

# **Les alternatives à l'utilisation de l'isolement en psychiatrie hospitalière adulte**

**Une revue de littérature actualisée**

Travail en vue de l'obtention du titre de Bachelor of  
Science HES-SO en soins infirmiers

Par  
**Bapst Aurélie et Guillemin Alan**  
Promotion 2013-2016

Sous la direction de Dorota Drozdek

**Haute Ecole de Santé, Fribourg**  
Filière soins infirmiers

Le 11 juillet 2016

## **Remerciements**

Nous remercions notre directrice de Bachelor, Mme Dorota Drozdek, pour sa disponibilité et ses encouragements tout au long de ce travail de Bachelor. Nous aimerons également remercier Mme Aurélie Perritaz pour ses précieux conseils du terrain, Mme Sonia Guillemin et M. Michael Chappuis pour leurs nombreuses heures de relecture, ainsi que nos proches pour leur soutien dans les moments d'incertitude.

## Résumé

**Introduction:** L'isolement est une mesure de contrainte couramment utilisée en psychiatrie. Il est en perpétuels conflits entre les principes éthiques, la législation et les droits du patient. Un décalage entre le vécu du patient et celui du soignant lors de cette pratique se fait vivement ressentir.

**But:** Le but de cette revue de littérature actualisée est de chercher des interventions permettant de diminuer voire éviter l'utilisation de l'isolement en psychiatrie hospitalière adulte.

**Méthode:** Dans cette revue de littérature, nous retenons sept articles scientifiques sur les banques de données Pubmed et Cinhal. Nos recherches sont effectuées à l'aide de combinaisons de mots clés. Des grilles d'analyse sont utilisées pour autoriser une analyse plus fine. Finalement, nos critères d'inclusion ont déterminé les articles sélectionnés.

**Résultats:** Des diverses recherches retenues, nous dégageons deux catégories: les interventions infirmières et les interventions proposées par les patients. Les interventions infirmières permettent de réduire l'isolement telles que l'empathie, le time out, la médication involontaire, le cadre décisionnel, l'environnement architectural et la chambre sensorielle.

**Conclusion:** Cette revue nous a permis de mettre en exergue le fait qu'il n'existe pas d'intervention permettant d'éviter l'isolement. Cependant, certaines d'entre elles peuvent en diminuer la prévalence.

**Mots-clés:** *Seclusion, reduce, psychiatry, nursing care, alternatives, restraint*

## Table des matières

<b>Remerciements .....</b>	<b>ii</b>
<b>Résumé .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>Problématique .....</b>	<b>3</b>
Les mesures de contrainte .....	3
La chambre de soins intensifs .....	3
La prévalence de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie hospitalière .....	5
Le décalage entre le vécu des patients et celui des soignants .....	6
Le vécu des patients .....	6
Le vécu des soignants .....	7
La législation .....	7
Les principes médico-éthiques .....	9
Question de recherche .....	10
Objectifs .....	10
<b>CADRE THÉORIQUE .....</b>	<b>12</b>
<b>Théorie / Aspects théoriques .....</b>	<b>13</b>
L'interactionnisme .....	13
Le contexte .....	13
La co-construction du sens .....	13
Le contrat communicationnel .....	13
Les quatre canaux de communication .....	14
Les principes de communication .....	14
Les attitudes rogériennes .....	14
<b>Concepts .....</b>	<b>14</b>
La crise .....	14
Les phases de la crise .....	15
Les types de crise .....	16
Interventions en situation de crise .....	16
L'immédiateté de l'intervention .....	17
La brièveté de l'intervention .....	17
La directivité de l'intervention .....	17
La position active du clinicien .....	17
Les étapes et stratégies d'intervention .....	17
Le stress .....	18
Les stratégies d'adaptation au stress .....	19
Le coping .....	19
L'advocacy .....	19
<b>MÉTHODE .....</b>	<b>21</b>

<b>Argumentation du devis.....</b>	<b>22</b>
<b>Description des étapes .....</b>	<b>22</b>
<b>Critères d'inclusion des écrits empiriques .....</b>	<b>23</b>
<b>Critères d'exclusion des écrits empiriques .....</b>	<b>23</b>
<b>Mots-clés et termes MESH.....</b>	<b>23</b>
<b>Articles retenus.....</b>	<b>24</b>
<b>Flow-chart.....</b>	<b>27</b>
<b>Moteurs de recherche .....</b>	<b>28</b>
<b>Grilles d'analyse .....</b>	<b>29</b>
<b>RÉSULTATS .....</b>	<b>30</b>
<b>Les alternatives infirmières à l'utilisation de l'isolement .....</b>	<b>32</b>
Les compétences des équipes infirmières .....	32
L'empathie .....	32
Les différents protocoles .....	34
Le time out.....	34
Le cadre décisionnel.....	36
Le premier protocole .....	36
Le deuxième protocole.....	37
La médication involontaire .....	37
L'environnement.....	39
La chambre sensorielle .....	39
Les espoirs et préoccupations des soignants .....	39
L'accent mis sur les auto-soins du patient .....	40
La chambre comme sanctuaire.....	40
L'environnement architectural .....	41
<b>Suggestions d'alternatives proposées par les patients.....</b>	<b>42</b>
<b>DISCUSSION .....</b>	<b>44</b>
<b>Regard critique sur le travail de Bachelor.....</b>	<b>45</b>
<b>Discussion des résultats .....</b>	<b>46</b>
Les alternatives infirmières à l'utilisation de l'isolement.....	46
Les compétences des équipes infirmières. ....	46
L'empathie .....	46
Les différents protocoles. ....	47
Le time out .....	47
Le cadre décisionnel.....	48
La médication involontaire .....	49
L'environnement .....	50

La chambre sensorielle .....	50
L'environnement architectural .....	51
Suggestions d'alternatives proposées par les patients .....	52
<b>Réponse à la question de recherche .....</b>	<b>53</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>55</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>58</b>
<b>Déclaration d'authentification .....</b>	<b>64</b>
<b>Appendices A.....</b>	<b>65</b>
Les grilles d'analyses .....	65
<b>Appendice B.....</b>	<b>133</b>
Le cadre décisionnel .....	133

### Table des tableaux

Tableau 1 : Mots-clés .....	24
Tableau 2 : Stratégie de recherche PubMed 1 .....	25
Tableau 3 : Stratégie de recherche PubMed 2.....	26
Tableau 4 : Stratégie de recherche Cinhal .....	26

### Table des figures

Figure 1 : Flow-chart PubMed .....	27
Figure 2 : Flow-chart Cinhal .....	28

## Introduction

Durant nos périodes de formation pratique, nous avons eu la chance de réaliser des stages dans des services psychiatriques de type admission. La première fois que nous avons été confrontés à la mise en isolement d'un patient, nous nous sommes posé un bon nombre de questions et d'interrogations. Cette pratique nous a d'abord semblé violente, punitive et chocante. Nous avons constaté que les soignants étaient en position de force et que leur argumentation était parfois pauvre. Sur la base de ce questionnement et de cette incompréhension, nous avons eu l'envie de réaliser notre travail de Bachelor sur ce sujet. En effet, nous aimerions mieux comprendre les enjeux liés à l'isolement afin d'acquérir de meilleures connaissances pour notre future pratique professionnelle. Ces connaissances vont nous donner des outils pour informer le patient, son entourage et les futurs stagiaires qui auront sûrement le même questionnement que nous avons eu il y a quelques années.

Dans cette revue de littérature actualisée, nous exposons d'abord la problématique sous l'angle de plusieurs aspects. Puis, nous élaborons notre cadre théorique sur la base de l'interactionnisme et de certains concepts-clés. La méthodologie utilisée est définie afin de sélectionner et de retenir les articles scientifiques. Ensuite, nous exposons leurs résultats. Les recherches sont liées à notre cadre théorique et nous y apportons un regard critique. Finalement, nous concluons en donnant des recommandations pour la pratique ainsi que pour la recherche future.



## **Problématique**

### **Les mesures de contrainte**

De nos jours, les mesures de contrainte sont des pratiques couramment utilisées dans le domaine de la psychiatrie. En préambule de ce travail de Bachelor, il semble important de définir cette notion pour la bonne compréhension de cette problématique. L'Association Suisse des Sciences médicales définit la mesure de contrainte comme « toute intervention allant à l'encontre de la volonté éclairée du patient ou suscitant sa résistance, ou, si le patient n'est pas capable de communiquer, allant à l'encontre de sa volonté présumée » (ASSM, 2005, p.4). Il existe quatre types de mesures de contrainte : la contention médicamenteuse (administration de sédatifs ou hypnotiques), le traitement sous contrainte (injection de force), la contention mécanique (attaches, force physique) et l'isolement (chambre de soins intensifs). Le placement à des fins d'assistance (PLAFA ou PAFA), quant à lui, est une mesure visant à placer le patient dans un but de protection contre lui-même ou autrui. Il est instauré par un médecin habilité ou par la Justice de Paix. Le patient a droit d'y faire recours en remplissant un document.

### **La chambre de soins intensifs**

La chambre de soins intensifs, communément abrégée CSI ou appelée *seclusion* dans la littérature anglophone, est un espace fermé à clef de l'extérieur. Il est séparé du reste du service par une porte vitrée ou blindée. Dans certains hôpitaux psychiatriques, un sas de sécurité est présent. Ce dernier permet au patient de sortir momentanément de sa chambre afin de s'entretenir avec l'équipe médico-infirmière ou de fumer une cigarette. L'agencement est très restreint, seuls un lit, un

fauteuil et une table en mousse sont présents. Le patient peut appeler le soignant à l'aide d'une sonnette et leur communication peut être établie à travers une vitre placée sur la porte, recouverte d'un store ouvrable. L'accès aux WC et au lavabo est possible, accompagné d'un soignant. Ce dernier peut modifier la luminosité de la chambre à l'aide de stores et de l'éclairage. De plus, l'heure et la date sont affichées dans la chambre afin d'orienter le patient dans le temps. Dans certaines chambres de soins, le patient a la possibilité d'écouter de la musique. Lors de la mise en CSI, le patient se vêt d'habits spécialement conçus pour ne pas prendre feu et l'équipe soignante s'assure qu'aucun autre objet caché et dangereux n'entre dans la pièce. Une surveillance infirmière rapprochée est mise en place et protocolée. Elle consiste à évaluer l'état psychique, l'hétéro-agressivité, la capacité de discernement et l'effet de la médication.

La mise en CSI est un ordre médical réévalué ponctuellement. Dans le canton de Fribourg, la mise en CSI contre le gré du patient requiert un PAFA dans les 24h. Dans la situation où la mise en CSI dépasse les 72h, son indication est réévaluée par deux experts externes à la prise en charge. Cet espace clos est réservé aux patients en crise qui, dans des situations de stress ou d'anxiété, ont épuisé leurs mécanismes d'adaptation. La CSI est un lieu qui leur permet de se protéger de toute auto ou hétéro-agressivité. Elle permet également de réduire les stimuli propres à l'environnement du service.

Les indications à la chambre de soins intensifs sont essentiellement la prévention d'un risque d'auto ou d'hétéro-agressivité et la demande du patient. Selon Baratta et Morali (2010), les contre-indications sont les instabilités médicales, que ce soit psychiatriques ou somatiques telles que « insuffisance cardiaque, état infectieux, trouble de la thermorégulation, trouble métabolique, atteinte orthopédique, atteinte neurologique, prise de drogue, prise d'alcool, surdosage médicamenteux » (p.87).

Toutefois, ces contre-indications doivent être adaptées au cas par cas. De plus, la CSI est choisie en dernier recours, après que toutes les autres alternatives aient été mise en place et qu'elles aient échoué. Une réévaluation fréquente de la mise en CSI s'avère nécessaire afin de la lever le plus tôt possible et que son objectif reste thérapeutique.

### **La prévalence de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie hospitalière**

La prévalence varie d'un pays à l'autre. Ces chiffres que nous exposons ici sont à prendre avec prudence car l'isolement est malheureusement peu recensé dans les pays occidentaux avec des critères communs. Un certain nombre de facteurs influencent l'épidémiologie tels que la législation, les protocoles d'utilisation, l'architecture du service, le nombre de personnes spécialisés en psychiatrie ou non ainsi que la culture de l'établissement (Palazzolo, 2002). Les pourcentages varient également selon les troubles psychiatriques. Toutefois, dans toute institution, la contention est utilisée.

Une étude réalisée en 2004 dans 10 hôpitaux psychiatriques allemands démontre que 9.5% des 36'690 personnes hospitalisées cette année-là ont été exposés à des mesures d'isolement. [Traduction libre] (Steinert & al., 2006, p.144) Certaines pathologies semblent plus associées à l'usage de contraintes et d'isolement, notamment les troubles de la personnalité, un retard mental, la schizophrénie et la consommation de substances. Vingt-huit pour cent des patients mis en CSI ont été diagnostiqués d'un trouble mental organique. Des études finlandaise et allemande vont dans le même sens et démontrent que les patients atteints de schizophrénie sont plus susceptibles d'être mis en isolement ou d'user de mesures de contrainte. [Traduction libre] (Keski-Valkama et al, 2009 ; Martin,

Bernhardsgrütter, Goebel et Steinert 2008) Selon une étude grecque, les patients admis volontairement ont un risque moins élevé d'être placés en isolement. [Traduction libre] (Bilanakis, Kalampokis, Christou & Peritogiannis, 2010, p.407)

### **Le décalage entre le vécu des patients et celui des soignants**

Force est de constater qu'il y a un important décalage entre le vécu des patients et celui des soignants. Dans une étude australienne regroupant 29 participants et 60 infirmières, un seul patient contre 36 infirmières croient que l'isolement est bénéfique. Concernant le sentiment qu'éprouvent les infirmières lorsqu'elles doivent mettre un patient en isolement, une sur deux réfute le sentiment de pouvoir sur le patient. De plus, 44 infirmières disent ne pas éprouver un sentiment de satisfaction ou de culpabilité. Cependant, 25 patients perçoivent un sentiment de pouvoir et de satisfaction chez les infirmières. [Traduction libre] (Meehan, Bergen & Fjeldsoe, 2004, p.36)

**Le vécu des patients.** La majorité des patients vivent le placement en CSI comme traumatisant. Ils décrivent une expérience négative en termes d'anxiété et de sentiment de punition. [Traduction libre] (Meehan & al., 2004, p.34) Ce vécu négatif aurait également une incidence sur la durée d'hospitalisation et notamment sur une augmentation marquée du séjour (Cano & al., 2011, p.5). De plus, les mesures de contrainte vont parfois à l'encontre des droits du patient. L'étude française de Cano et al. (2011), auprès de 30 patients, démontre bien ce phénomène. En effet, 22 patients expriment avoir eu peu d'informations et ne pas avoir pu en bénéficier lors de leur placement en isolement. Ils estiment que le motif de la mise en CSI n'était pas clair lors de leur prise en charge : « rien, je ne comprends pas », « pas d'explication claire » et « à l'hôpital, on fait ce qu'on veut de

vous » (p.7). Le confort des chambres d'isolement semble également rudimentaire. Un quart des patients ont décrit la chambre d'isolement en termes de « non vivable ». Un état de « saleté » et de « dégradation » a été relevé permettant d'associer la CSI à un « cachot » ou une « prison ». Le manque d'accès au lavabo et aux toilettes a également été mentionné (p.7). Finalement, dans son étude, Drozdek (2012) a évalué le vécu subjectif des patients en termes de pénibilité lors de la mise CSI. Les facteurs les plus significatifs sont la contrainte appliquée, l'humiliation et la séparation avec les soignants (p.58).

**Le vécu des soignants.** Les soignants, quant à eux, voient le placement en CSI comme un objectif thérapeutique permettant de contrôler et réduire les stimulations, un objectif sécuritaire et non punitif (Bardet Blochet, 2009, p.6). Les infirmières s'accordent à dire que la CSI permet au patient d'échapper à la tension présente dans le service et donc de bénéficier de calme et de sécurité. [Traduction libre] (Meehan & al, 2004, p.36) Quant à la question du manque de personnel soignant, peu d'études font état de cette problématique alors que la mise en CSI nécessite une évaluation infirmière rigoureuse, une surveillance rapprochée et de nombreux soins (Bardet Blochet, 2009, p.9). Un ratio soignant/soigné de 1/1 semble donc inévitable pour de telles situations. De plus, l'alliance thérapeutique est le moteur de la relation en psychiatrie. Celle-ci peut être mise à mal lors du placement en CSI (Bardet Blochet, 2009 ; Friard, 1998).

## **La législation**

Actuellement, il existe une loi fédérale régissant les mesures de contrainte en Suisse. Selon l'art. 383 du code civil suisse du 10 décembre 1907 (= CC ; RS 220)

concernant l'utilisation des mesures de contrainte dans les établissements médico-sociaux, il est stipulé que :

L'institution peut restreindre la liberté de mouvement d'une personne incapable de discernement que si des mesures moins rigoureuses ont échoué ou apparaissent a priori insuffisantes et que cette restriction vise à prévenir un grave danger menaçant la vie ou l'intégrité corporelle de la personne concernée ou d'un tiers ou à faire cesser une grave perturbation de la vie communautaire (p.109).

De plus, la personne concernée a le droit d'être informée « de la nature de la mesure, de ses raisons, de sa durée probable ainsi que du nom de la personne qui prendra soin d'elle durant cette période » (art. 383 CC, p.109). Cette décision est protocolée (art. 384 CC, p.110). De plus, le code civil suisse (art. 435) fait référence aux cas d'urgence en stipulant que : « les soins médicaux indispensables peuvent être administrés immédiatement si la protection de la personne concernée ou celle d'autrui l'exige. Lorsque l'institution sait comment la personne entend être traitée, elle prend en considération sa volonté » (p.123). Ceci sous-tend l'anticipation de la rédaction de directives anticipées. Plus spécifiquement pour le canton de Fribourg, l'art. 53 de la loi sur la santé du 16 novembre 1999 (= Lsan ; RS 821.0.1) mentionne les mêmes données que le code civil suisse en rajoutant que « par principe, toute mesure de contrainte est interdite, sauf à titre exceptionnel » (p.16). De plus, le droit des patients est un élément important à prendre en compte lors d'applications de mesures de contrainte. Malgré les textes de loi en vigueur et les protocoles institutionnels, le ressenti du personnel soignant, tel que la peur ou la colère, influence grandement la prise de décision en matière d'isolement en psychiatrie (Bardet Blochet, 2009 ; Holmes, Perron & Guimond, 2007).

## **Les principes médico-éthiques**

Les mesures de contrainte se retrouvent parfois en conflits avec les principes médico-éthiques. En effet, elles sont jugées comme une entrave majeure à la liberté car les droits du patient ne sont pas toujours respectés. Cependant, les mesures de contrainte sont utilisées afin de porter assistance ou protection au patient (Bardet Blochet, 2009, p.5). Il n'est pas toujours évident de concilier bienfaisance avec autonomie et consentement libre et éclairé du patient (ASSM, 2005 ; Bardet Blochet, 2009). Le principe de bienfaisance n'est parfois pas respecté, notamment lorsque le soignant place le patient en CSI pour sa protection alors que ce dernier vit cela comme traumatisant. De plus, dans l'étude de Cano et al. (2011), la majorité des soignants étaient présents physiquement lors de l'isolement. Cependant, certains « ne venaient qu'au repas », « ne restaient pas longtemps » ou « ne venaient pas quand le patient les appelait » (p.7). Selon Larue, Dumais, Ahern, Bernheim et Mailhot (2009), une explication concernant le fait de ne pas entrer dans la CSI serait « la surcharge de travail, le comportement du patient, la diminution des stimuli et ne pas vouloir déranger la sécurité aux demi-heures pour une évaluation » (p.19). Dans l'étude de Cano et al. (2011), le principe de non malfaisance n'est pas toujours respecté. Dix d'entre eux ont mentionné la violence et dix-huit ont relaté « un vécu de dévalorisation », « d'abus de pouvoir » et « d'une privation de liberté » (p.8). De plus, dans certains cas, il est difficile d'honorer le principe d'autonomie notamment lorsque le patient est incapable de discernement. Selon Larue et al. (2009), les infirmières s'accordent à dire qu'elles respectent le consentement du patient lors de l'isolement et que ce dernier a consenti lorsqu'il a collaboré ou que son attitude s'est révélée passive (p.17). Seul le principe de justice semble être respecté lorsqu'on l'associe au principe de proportionnalité (ASSM, 2005, p.7). Finalement, selon le droit des patients, des directives anticipées peuvent être

rédigées et un représentant thérapeutique peut être nommé. Lorsque le patient est incapable de discernement, il maintient ainsi son autonomie dans une période de crise. Dans la pratique et la littérature, cet agissement est encore peu représenté. En effet, dans la loi, le médecin n'est pas obligé de respecter les directives anticipées. Cependant, pour les patients, elles constituent une preuve qu'ils seront pris en soins avec dignité. De plus, les directives anticipées permettent de diminuer le taux de réhospitalisation, d'où l'importance de les effectuer en fin d'hospitalisation ou dans les structures secondaires à l'hôpital (Maître & al., 2013, p.244).

Pour conclure ce chapitre, il n'existe actuellement pas de preuve probante sur l'efficacité de l'isolement. [Traduction libre] (Sailas & Fenton, 2000, p.7) Selon Meehan et al. (2004), six patients sur vingt-neuf et une seule infirmière seraient en faveur de l'abolition de l'isolement. [Traduction libre] (p.36) Cependant, les patients ne semblent pas percevoir la CSI comme étant un endroit de soins. Au contraire, ils pensent que d'autres alternatives à l'isolement seraient plus efficaces (Bardet Blochet, 2009, p.9).

### **Question de recherche**

En regard de la problématique qui précède et en approfondissant la réflexion, la question de recherche suivante peut être formulée : *Quelles sont les interventions qui permettent de diminuer voire d'éviter l'utilisation des CSI pour des patients hospitalisés en psychiatrie adulte?*

### **Objectifs**

L'objectif de cette revue de littérature actualisée est de rechercher des réponses à notre question de recherche citée ci-dessus au niveau international. De plus, elle



permet de trouver des réponses qui se basent sur les propositions des patients qui ont été en CSI. Nous recherchons également le rôle infirmier dans cette démarche de recherche d'alternatives. L'objectif final étant de synthétiser les alternatives proposées à l'isolement sous différents angles : patients, soignants, environnement et protocoles.

## **Cadre théorique**

## **Théorie / Aspects théoriques**

### **L'interactionnisme**

Selon Fornerod (2007), l'interactionnisme est « un courant de pensée qui définit la relation comme la rencontre de deux subjectivités (intersubjectivité), dans un contexte donné, qui communiquent sur un objet d'interaction commun » (p.1).

Toujours d'après Fornerod (2007), les principes de la communication interactionniste sont les suivants : le contexte, la co-construction du sens, le contrat communicationnel, les quatre canaux de communication, les principes de communication et les attitudes rogériennes.

**Le contexte.** Le contexte est l'environnement dans lequel a lieu l'interaction. Il est inscrit dans l'espace et le temps et est régi par des normes, règles, modèles et rituels. Toute personne est prise en compte à part entière en incluant son statut et son rôle (Fornerod, 2007).

**La co-construction du sens.** Les actants, qu'ils soient locuteur ou auditeur, envoient des messages qui permettent d'aboutir à une construction commune du sens. Le contexte, la personnalité des actants, leurs cultures et les milieux sociaux ont une incidence sur cette construction (Fornerod, 2007).

**Le contrat communicationnel.** Le contrat communicationnel est une notion importante car, selon Fornerod (2007), « recevoir une communication, c'est d'abord en rechercher l'intention » (p.3). Il est essentiel qu'une coopération se fasse entre les actants afin que l'échange d'informations soit efficace. Cette coopération se base sur quatre règles fondamentales: la quantité, la qualité, la relation et la modalité.

**Les quatre canaux de communication.** La communication humaine est régie par quatre canaux tels que

Les distances entre les interactants (la proxémie : distance intime, personnelle, sociale, publique, rapprochée, éloignée, etc.), les signaux non-verbaux (apparence, postures, gestes, regards, mimiques et autres mouvements corporels, etc), les éléments para-verbaux (hauteur et intensité de la voix, débit et rythme des paroles, silences, etc.) et le canal langagier (deux axes : registres sémantique et syntaxique) (Fornerod, 2007, p.2).

**Les principes de communication.** Les principes reposent sur plusieurs notions. Tout d'abord, l'énonciation à la première personne qui permet de prendre position par rapport à l'autre et d'ainsi faire valoir sa propre identité. Ensuite, le principe de métacommunication repose sur la manière dont le locuteur s'assure que le receveur a compris le message qu'il a voulu lui faire passer. Finalement, le principe de pertinence sous-tend que l'information doit être précise et concise (Fornerod, 2007).

**Les attitudes rogériennes.** Rogers définit des attitudes fondamentales que le soignant doit avoir pour favoriser la relation d'aide et la bonne communication. Ce sont l'empathie, l'écoute active, la présence, le respect chaleureux, la congruence, l'authenticité et l'acceptation positive inconditionnelle.

## **Concepts**

En regard de la théorie sur l'interactionnisme, il paraît important d'établir et de définir certains concepts-clés complémentaires qui nous permettront d'analyser les résultats de notre revue de littérature étoffée.

### **La crise**

Selon Caplan, la crise se définit comme étant « un déséquilibre psychologique chez un sujet vivant une situation difficile ou dangereuse, laquelle lui pose un

problème important qu'il ne peut régler ni éviter au moyen des ressources habituelles de résolution de problèmes » (1964, cité dans Auderset, 2010, p.5). La crise est un événement aigu qui apparaît chez chaque individu au cours de sa vie et n'est pas spécifiquement associée à une psychopathologie. La crise est issue d'événement précis et nommable. Elle a un aspect personnel, elle peut être vécue et perçue par deux individus de manière totalement opposée. Si la crise est résolue positivement, elle permet un apprentissage personnel. Dans le cas contraire, elle conduit à une péjoration psychologique.

**Les phases de la crise.** Caplan propose 4 phases précises que suit l'individu lorsqu'il est confronté à un épisode stressant :

- Phase 1 : L'individu est confronté à un événement stressant, accroissement de l'anxiété et activation des mécanismes de résolution de problèmes classiques.
- Phase 2 : Les mécanismes de résolution de problèmes classiques ne diminuent pas le stress et l'anxiété continue d'augmenter. Les stratégies d'adaptation à un événement stressant ne permettent plus au sujet de retrouver un état d'apaisement comme auparavant. L'individu commence à ressentir des sentiments d'incertitude, d'incapacité et de déstructuration.
- Phase 3 : L'individu rassemble toutes les ressources internes et externes afin de résoudre le problème. Le sujet aborde l'obstacle de manière différente et met en place de nouveaux mécanismes de résolution de problème. S'ils sont suffisamment efficaces, ils permettent de résoudre la

difficulté à ce stade. Dans le cas échéant, l'individu en crise atteint un seuil de fonctionnement supérieur.

- Phase 4 : La crise n'a pu être résolue malgré les différents mécanismes de résolution de problème. Comme le dit Caplan (1946), l'individu atteint un seuil de rupture et les aboutissements en sont désastreux. L'anxiété est à son paroxysme, elle se transforme en panique.

**Les types de crise.** Il existe deux types de crise différents : les crises situationnelles (ou intratemporelles) ou les crises maturationnelles (ou intertemporelles).

Les crises situationnelles sont relatives à une situation particulière de la vie de tous les jours mettant l'individu dans une position de stress et d'anxiété. Baldwin les définit comme « des crises émotives précipitées par une situation ou un ensemble de situations stressantes très chargées émotivement, et qui n'avaient pas été prévues » (1977, cité dans Lecomte & Lefebvre, 1986, p.123). Par exemple, perte d'un emploi, décès d'un proche, divorce, etc.

Les crises maturationnelles sont relatives à des crises propres au développement de l'individu sur la base des théories d'Erikson et/ou de Levinson. Selon Aguilera et Messick, c'est « un processus normal de la croissance et du développement qui se déroule sur une longue période de temps et exige de l'individu plusieurs changements caractérogiques » (1976, cité dans Lecomte & Lefebvre, 1986, p.123). Par exemple, crise du mitan, crise du nid vide, mariage, etc.

**Interventions en situation de crise.** Séguin, Brunet et LeBlanc (2012) définissent la crise selon sa nature psychosociale, psychopathologique ou psychotraumatique. Ces genres de crises, aussi différentes qu'elles soient,

nécessitent cependant des interventions dont les caractéristiques sont les mêmes : « intervention immédiate, brève, directe et, conséquemment, une position active de la part du clinicien » (p.32).

***L'immédiateté de l'intervention.*** Les patients en situation de crise ont parfois des comportements à risque (consommation abusive d'alcool ou de substances illicites, violence, suicide, etc.). Il est donc nécessaire de donner une notion d'immédiateté à l'intervention afin de mettre en sécurité le patient. Le lieu de l'intervention varie et sort parfois du contexte cadrant et rassurant de l'hôpital.

***La brièveté de l'intervention.*** La notion de brièveté demande au soignant d'intervenir rapidement en aidant le patient. Le professionnel de la santé prend le contrôle de la situation de crise dans une courte durée. Le soignant doit convaincre le patient qu'il a les capacités de résoudre la situation.

***La directivité de l'intervention.*** Etant donné le risque accru d'un passage à l'acte, le soignant doit créer rapidement un lien de confiance avec le patient afin qu'il puisse livrer ses émotions dans un environnement d'accueil et d'acceptation. Ceci représente la directivité de l'intervention.

***La position active du clinicien.*** La position du soignant est active. En effet, c'est lui qui favorise le lien de confiance. Il doit se montrer convaincant quant à son rôle positif d'aidant. De plus, il doit bénéficier de compétences telles que l'empathie, l'écoute active, etc.

***Les étapes et stratégies d'intervention.*** Toujours selon Séguin et al. (2012),

Le clinicien est généralement occupé par trois grandes activités, qu'il mène simultanément du début à la fin de l'entretien : 1) la création d'un lien de confiance qui doit être maintenu tout au long de l'entretien afin de soutenir l'engagement du client dans la démarche d'intervention de crise ; 2) le recueil de données, lequel permet d'effectuer une évaluation clinique ; et enfin 3) le choix des meilleures interventions à proposer au client, basé sur l'évaluation que fait le clinicien, celui-ci mettant en action ses interventions et

s'assurant de l'engagement continu de la personne dans le traitement (p.39-40).

## **Le stress**

Selon Selye (1998), le stress est « une réponse de l'organisme aux facteurs d'agression physiologiques et psychologiques ainsi qu'aux émotions qui nécessitent une adaptation ». [Traduction libre] (p.230) Le but étant de maintenir l'homéostasie au sein de l'organisme. Dans sa théorie sur le syndrome général d'adaptation au stress, Selye définit 3 phases : la phase d'alarme, la phase de résistance et la phase d'épuisement (Townsend, 2010, p.5).

- La phase d'alarme : elle dure entre 24 et 48h. Lorsque l'organisme fait face à un événement stressant, de l'adrénaline et de la noradrénaline sont sécrétées. Le système nerveux sympathique est alors activé et induit une augmentation de la fréquence cardiaque, du pouls, de la tension artérielle, de la glycémie et une dilatation des pupilles. A ce stade, l'individu choisit entre la fuite ou l'attaque.
- La phase de résistance : l'organisme s'adapte aux dépenses énergétiques et libère de la cortisone et de l'aldostérone.
- La phase d'épuisement : l'événement stressant continue et s'intensifie. L'organisme libère encore plus d'hormones pour s'adapter, mais le système nerveux n'arrive plus à en réguler la sécrétion. L'organisme s'épuise. Une augmentation des infections, un burn out ou une dépression sont possibles.



**Les stratégies d'adaptation au stress.** Townsend (2010, p.10) propose des stratégies d'adaptation au stress, notamment la prise de conscience, la relaxation, la méditation, la résolution de problèmes et la musique.

### **Le coping**

Quelques années plus tard, Lazarus et Folkman (1984), ont suggéré l'approche transactionnelle du stress. Ils définissent le coping comme étant « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants, (déployés) pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources ». [Traduction libre] (p. 141) En d'autres termes, le coping regroupe toutes les attitudes et méthodes utilisées par l'individu pour faire face (« to cope ») à un événement stressant, en transformant le problème et en contrôlant les émotions.

Le coping centré sur le problème : il implique deux éléments distincts tels que la résolution du problème et l'affrontement de la situation (Bruchon-Schweitzer, 2001, p.71).

Le coping centré sur les émotions : il a pour but de gérer les émotions induites par la situation en utilisant par exemple la minimisation de la menace, l'évitement, l'auto-accusation, la réévaluation positive, etc. (Bruchon-Schweitzer, 2001, p.71-72).

La recherche de soutien social : elle implique la mobilisation du réseau social par l'individu dans le but de demander de l'aide.

### **L'advocacy**

Selon Phaneuf (2013), l'advocacy est

Une réaction de défense en faveur du malade quand la soignante constate la pauvreté des soins dispensés dans un contexte sanitaire donné, lorsqu'elle se rend compte que les droits d'un client ont été brimés, que sa dignité n'a pas été respectée, que ses besoins essentiels n'ont pas été satisfaits, que son bien-être ou ses intérêts doivent être protégés et qu'elle en fait part aux autorités concernées (p.1).

Le principe d'advocacy est un plaidoyer permettant de faire valoir les intérêts et le bien-être du patient. Dans la pratique professionnelle et surtout en milieu psychiatrique, les informations et droits des patients sont parfois masqués. De plus, peu d'infirmier-ères ont ce rôle de défenseur des droits du patient.

## Méthode

Dans ce chapitre, nous présentons la méthodologie utilisée pour réaliser ce travail de Bachelor. Dans un premier temps, nous argumentons le choix du devis de recherche, puis décrivons les différentes étapes de réalisation de la recherche. Les articles seront sélectionnés et retenus à l'aide de termes MESH et de critères d'inclusion et d'exclusion. L'extraction des données se fera à l'aide de deux grilles d'analyse, préalablement présentées.

### **Argumentation du devis**

La revue de littérature actualisée est une méthode intéressante pour des chercheurs débutants. En effet, elle permet de recenser les écrits et articles scientifiques déjà publiés en évaluant leur qualité et leur pertinence dans le but de faire un compte rendu de l'état des connaissances des huit dernières années. Par la suite, ces résultats sont analysés, synthétisés puis interprétés selon un cadre théorique afin d'en déterminer l'application pour la pratique infirmière et d'ouvrir sur de nouvelles perspectives.

### **Description des étapes**

Dans un premier temps, nous avons eu la possibilité de faire une sélection de trois sujets qui nous tenaient à cœur. Nous avons eu l'opportunité de traiter le sujet de Bachelor thesis qui nous intéressait le plus. Puis, nous avons rencontré notre directrice de Bachelor et nous lui avons fait une proposition de question de recherche. Ensuite, nous nous sommes attardés sur la recherche documentaire en élaborant une liste de termes MESH à l'aide d'« Inserm ». Nous avons navigué sur les bases de données telles que PubMed, Cinhal et le Consortium rassemblant une grande quantité d'articles scientifiques. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis afin de ne sélectionner uniquement des articles probants et pertinents. Une

lecture critique des articles a été effectuée avec comme support des grilles d'analyse d'articles quantitatifs et qualitatifs (Loiselle, 2007). Les recherches sont résumées en français et référencées. Les résultats sont présentés et ouvrent sur une discussion à l'aide du cadre de référence.

### **Critères d'inclusion des écrits empiriques**

Les critères d'inclusion suivants nous permettent de réduire et ainsi de mieux cibler les articles traités dans ce travail de Bachelor :

- Période : 2009 à 2016
- Langues : français et anglais
- Critères méthodologiques : devis quantitatif, qualitatif et mixte
- PICO :
  - Population : adulte de 18 à 65 ans
  - Interventions : alternatives à l'utilisation de l'isolement
  - Contexte : psychiatrie hospitalière
  - Outcome : éviter l'utilisation des CSI

### **Critères d'exclusion des écrits empiriques**

Les critères d'exclusion pris en compte dans nos recherches d'articles sont les suivants :

- Période : < 2009
- Toutes langues exceptées le français et l'anglais
- Population : enfants et personnes âgées

### **Mots-clés et termes MESH**

Nous nous sommes vite rendu compte que nos mots MESH préalablement définis restreignaient nos recherches et nous ne parvenions pas à trouver des

articles probants sur notre thématique. Des mots clés ont donc été définis et associés afin d'élargir nos recherches. Ces mots clés sont les suivants :

<b>Anglais</b>	<b>Français</b>
Seclusion	Isolement
Reduce	Réduire
Psychiatry	Psychiatrie
Nursing care	Soins infirmiers
Alternatives	Alternatives
Restraint	Contention

*Tableau 1 : Mots-clés*

### **Articles retenus**

Les stratégies de recherche d'articles scientifiques sont présentées ci-dessous :

<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	Texte en intégralité  Publié entre 2009 et 2016
<b>Mots clés</b>	Reduce – Seclusion – Psychiatry – Nursing care
<b>Résultats</b>	11 articles en date du 11 mai 2016
<b>Articles sélectionnés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Björkdahl, A., Perseus, K.-I., Samuelsson, M. &amp; Hedlund Lindberg, M.</li> </ul>	

(2015). Sensory rooms in psychiatric inpatient care: staff experiences.

*International Journal of Mental Health Nursing*, 52(9), 1-8.

- Van der Schaaf, P.S., Dusseldorp, E., Keuning, F.M., Janssen, W.A & Noorthoorn, E.O. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 142-149.
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M. & Välimäki, M. (2012). Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(1), 16-24.
- Bowers, L., Ross, J., Nijman, H., Muir-Cochrane, E., Noorthoorn, E. & Stewart, D. (2012). The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. *Journal of advanced nursing*, 68(4) 826-835.

Tableau 2 : Stratégie de recherche PubMed 1

<b>Banque de données</b>	PubMed
<b>Technique</b>	Texte en intégralité  Publié entre 2009 et 2016
<b>Mots clés</b>	Alternative – Seclusion – Restraint –  Psychiatry
<b>Résultats</b>	8 articles en date du 11 mai 2016
<b>Articles sélectionnés :</b>	

- Georgieva, I., Mulder, C.L. & Noorthoorn, E. (2013). Reducing seclusion through involuntary medication: a randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 205(1-2), 48-53.

Tableau 3 : Stratégie de recherche PubMed 2

<b>Banque de données</b>	CINAHL
<b>Technique</b>	Mot mesh  Publié entre 2009 et 2016
<b>Mots clés</b>	[Reduce seclusion restraint] AND [Nursing care]
<b>Résultats</b>	6 articles en date du 11 mai 2016
<b>Articles sélectionnés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Yang, C.-P. P., Hargreaves, W.A. &amp; Bostrom, A. (2014). Association of Empathy of Nursing Staff With Reducation of Seclusion and Restraint in Psychiatric Inpatient Care. <i>Psychiatric Services</i>, 65(2), 251-254.</li> <li>• Hyde, S., Fulbrook, P., Fenton, K. &amp; Kilshaw, M. (2009). A clinical improvement project to develop and implement a decision-making framework for the use of seclusion. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i>, 18(6), 398-408.</li> </ul>	

Tableau 4 : Stratégie de recherche Cinhal



### Flow-chart

Nous avons utilisé le flow-chart pour notre processus de recherche d'articles scientifiques. Ce dernier permet de représenter via un graphique les différentes étapes de sélection d'articles. Nous en utilisons deux, le premier pour la base de données PubMed et le second pour Cinhal.

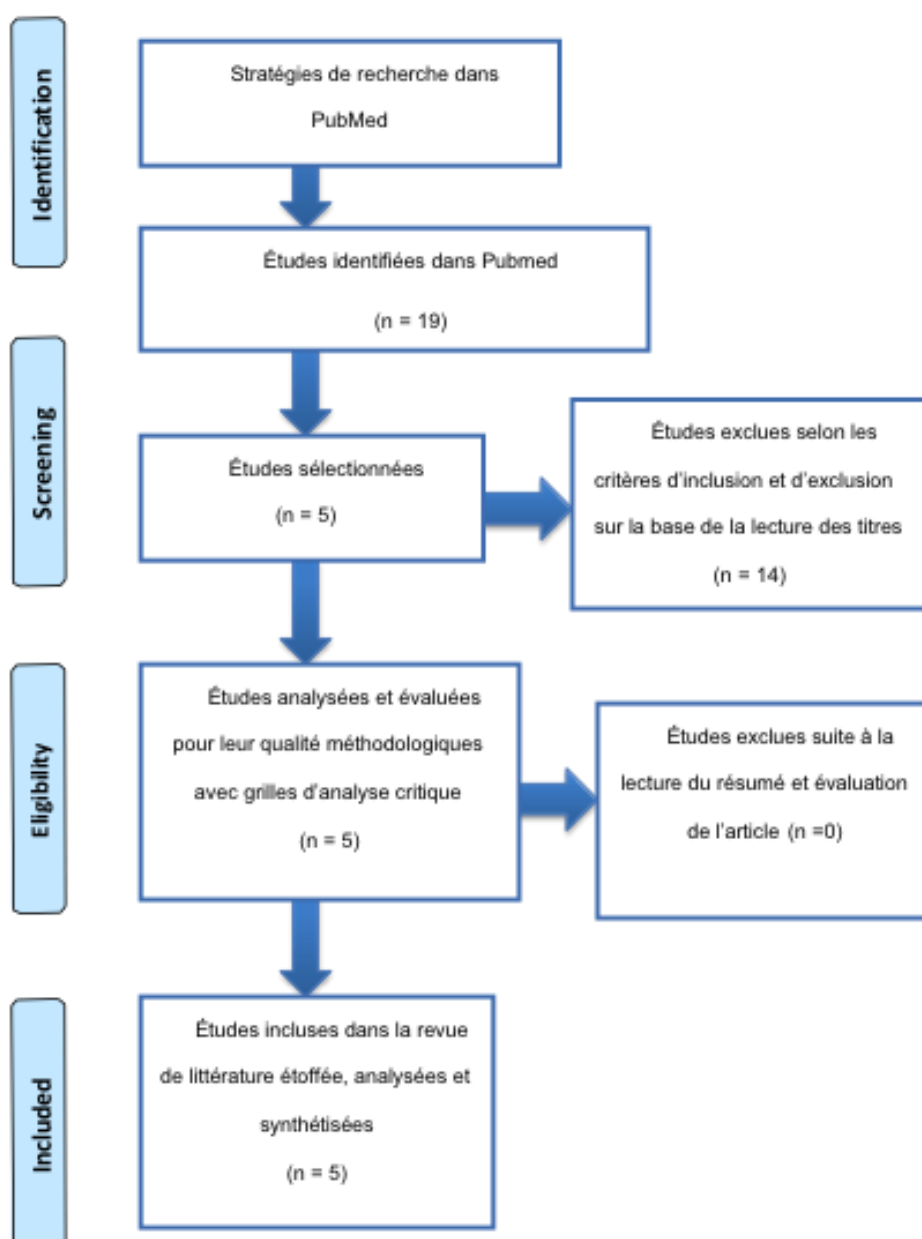


Figure 1 : Flow-chart PubMed

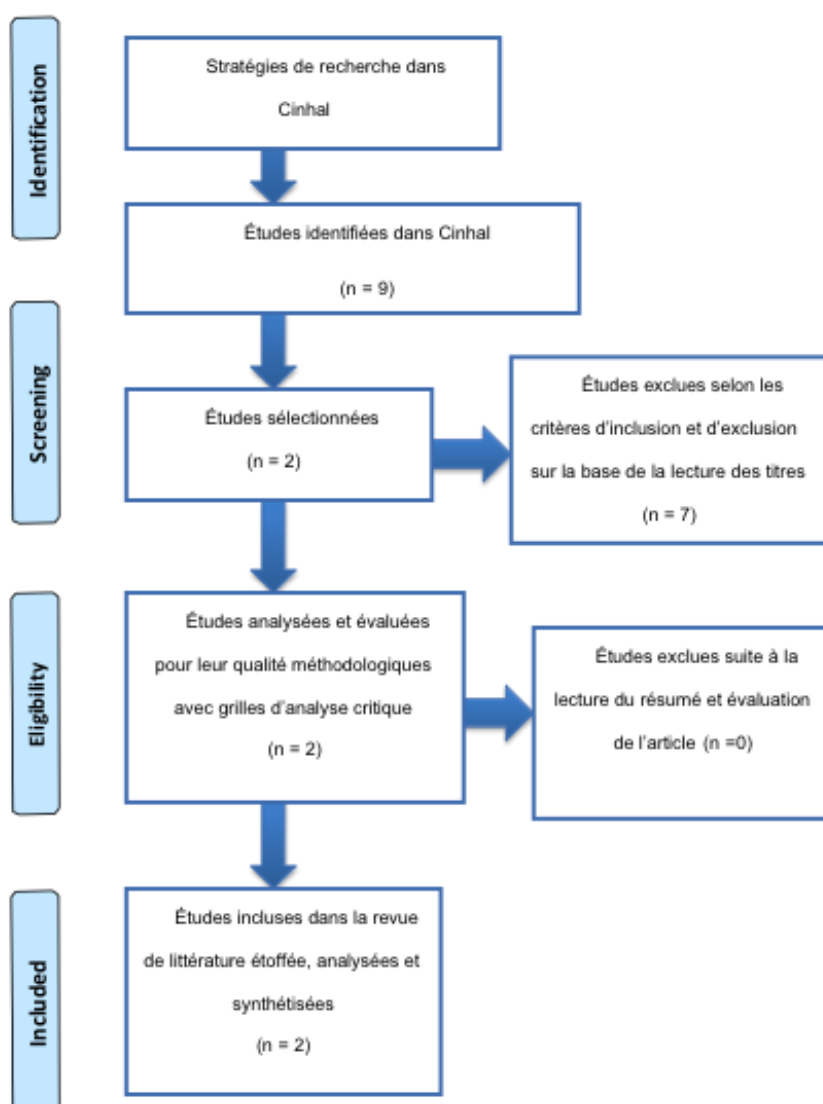


Figure 2 : Flow Chart de revue de la littérature.

Source : Prisma, 2009

Figure 2 : Flow-chart Cinhal

### Moteurs de recherche

Pour cette revue de littérature actualisée, nous avons débuté nos recherches sur la base de données du Consortium santé. Nous avons également effectué des recherches à l'aide du moteur de recherche « Pubmed » et « Cinhal ». Afin d'obtenir

des articles en texte intégral, nous avons consulté le moteur de recherche « Google ».

### **Grilles d'analyse**

Pour l'extraction des données des sept articles retenus, nous utilisons quatre grilles d'analyse de lecture d'articles scientifiques de Loisele (2007). Pour l'approche qualitative, une grille permettra de définir le contenu de l'article, l'autre d'en réaliser une lecture critique. Nous utiliserons ces deux mêmes types de grilles pour l'approche quantitative. Les grilles sont répertoriées à la fin de notre travail de Bachelor (Appendice A).

## Résultats

Pour ce chapitre traitant des résultats, 28 articles scientifiques sont d'abord identifiés sur des bases de données telles que PudMed ou Cinhal. Sept d'entre eux sont retenus selon des critères d'inclusion et d'exclusion. En effet, ils sont écrits en anglais car les moteurs de recherche sont anglophones. Une revue de littérature traitant de notre question a été réalisé, nous nous sommes donc restreints à des articles plus récents, tous sont postérieurs à 2009. Les résultats de notre travail de Bachelor ne sont donc pas exhaustifs mais d'actualité. La population cible est également respectée. Nous décidons d'accepter tous les devis car la littérature scientifique de notre sujet est pauvre. Finalement, les articles sont analysés à l'aide de grilles pour en apprécier leur qualité. Parmi ces articles, il y a des devis d'étude quantitatifs ( $n=4$ ) et qualitatifs ( $n=3$ ). Un seul article est un essai contrôlé randomisé. Les autres ( $n=6$ ) ont des niveaux de preuves relativement faibles. Ceci est une limite de notre travail de Bachelor.

L'échantillon total est difficilement définissable car tous les articles ne mentionnent pas leur échantillon. En outre, les données en notre possession sont : 15'906 patients, 126 soignants et 1'098 équipes infirmières (tranches horaires). Les patients sont tous recrutés dans des services psychiatriques aigus. Les études proviennent de plusieurs pays. Ces données prouvent que c'est un sujet d'actualité internationale dans le domaine de la psychiatrie. La majorité des études ( $n=5$ ) est approuvée par un comité d'éthique.

A la suite de l'analyse critique des sept articles, deux catégories et trois sous-catégories ont été définies afin de classer nos résultats. La première catégorie concerne les alternatives infirmières à l'utilisation de l'isolement. Elle est composée de trois sous-catégories : les compétences des équipes infirmières, les différents protocoles et l'environnement. La deuxième catégorie concerne les alternatives à l'utilisation de l'isolement proposées par les patients.

### **Les alternatives infirmières à l'utilisation de l'isolement**

Dans ce chapitre, nous proposons des alternatives infirmières à l'utilisation de l'isolement. Pour commencer, nous prenons conscience de l'importance des compétences infirmières dans la relation thérapeutique. Puis, nous proposons trois différents protocoles tels que le time out, le cadre décisionnel et la médication involontaire. Par protocoles, nous entendons un cadre strict permettant de prendre des décisions standardisées en matière d'isolement. Finalement, certaines études ont largement prouvé les effets positifs d'un environnement sécuritaire et propice au bien-être.

### **Les compétences des équipes infirmières**

**L'empathie.** Une étude américaine (Yang, Hargreaves & Bostrom, 2014) avec un devis quantitatif traite de l'empathie des équipes soignantes. Elle émet l'hypothèse qu'un personnel soignant ayant de l'empathie permettrait de réduire significativement l'utilisation de l'isolement et des mesures de contrainte.  
[Traduction libre]

L'étude s'est déroulée dans l'unité asiatique d'un hôpital psychiatrique aigu du San Francisco General Hospital. Cependant, il arrive que des patients d'autres nationalités soient hospitalisés dans cette unité en raison d'un taux important d'occupation dans les autres unités. Lors de cette étude, 60% des participants étaient d'origine asiatique. Ceci limite donc la généralisation des résultats. Mille nonante-huit équipes infirmières, pour une période de deux fois six mois avec un an d'intervalle, ont participé à cette étude. Des analyses hiérarchiques ont été utilisées afin de quantifier les effets de changements d'équipes (jour, soir, nuit), les caractéristiques des patients et les compétences et motivations des équipes

infirmières à utiliser l'empathie. De plus, une évaluation de l'empathie sur une échelle allant de 1 à 5 a été conduite. En effet, l'infirmière cheffe, trois autres infirmières et un psychiatre ont évalué chaque membre de l'équipe soignante en termes d'empathie. Les chercheurs se sont également posé la question de savoir si l'entraînement de l'empathie des équipes soignantes pouvait réduire la fréquence de l'utilisation de l'isolement et des mesures de contrainte.

Durant cette étude, 79 nouveaux cas d'isolement ont été comptabilisés dont 21 de jour, 53 de soir et 5 de nuit. En effet, les jours de semaine et les équipes de nuit ont des pourcentages similairement bas ( $OR=0.99$ ,  $p=.98$ ). Cependant, les équipes du soir, des jours de week-end et des jours de vacances sont plus susceptibles d'avoir de nouveaux cas d'isolement ou de mesures de contrainte ( $OR=2.18$ ,  $p<.01$ ). Ces résultats sont similaires à ceux de l'échelle d'empathie. En effet, les soignants ont un taux d'empathie plus élevé le jour (3.77) et la nuit (3.95) contrairement au soir (3.65). A savoir qu'un taux d'empathie se situant entre 3.72 et 5 signifie que le soignant a de bonnes compétences et motivations en terme d'empathie lorsqu'il est en présence d'un patient. De plus, les patients qui ont été isolés ou ayant subi d'autres mesures de contrainte dans le service par l'équipe infirmière actuelle (que ce soit l'équipe du jour, du soir ou de la nuit) ont un risque plus élevé d'être isolé en présence de l'équipe suivante ( $OR=1.82$ ,  $p<.01$ ), de même qu'ils ont passé une moyenne d'heures isolés plus importante que les autres patients du service. Cependant, une tendance montre que dans certaines situations, les patients sont moins à risque d'être isolés. Notamment les patients de nationalité asiatique ( $OR=.09$ ,  $p<.01$ ), le nombre de patients isolés aux urgences ( $OR=1.74$ ,  $p<.03$ ) ou ayant tentés de se suicider au cours des deux dernières semaines ( $OR=.01$ ,  $p=.04$ ). [Traduction libre] (Yang & al., 2014, p.253)

Du côté soignant, les auteurs montrent que les soignants ayant des compétences en termes d'empathie ( $>4$ ) diminuent l'utilisation de l'isolement ( $OR=.67$ ,  $p<.01$ ). Cependant, les cours d'entraînement de l'empathie n'ont pas eu d'incidence sur l'utilisation de l'isolement ou d'autres mesures de contrainte ( $OR=1.29$ ,  $p=.42$ ). Cela semble être dû au fait que les participants étaient plus empathiques que les autres à la base. Les auteurs recommandent donc de recruter et conserver du personnel infirmier empathique. [Traduction libre] (Yang & al., 2014, p.253)

### **Les différents protocoles**

**Le time out.** Une étude anglaise avec devis quantitatif traite de l'utilisation du *time out* comme alternative à l'isolement (Bowers, Ross, Nijman, Muir-Cochrane, Noorthoorn & Duncan, 2011). Par définition, le *time out* signifie demander au patient de s'isoler dans sa chambre (porte non fermée) jusqu'à ce qu'il se calme. Les auteurs ont réalisé une étude comparative entre l'utilisation du *time out* et de l'isolement. [Traduction libre] (p.827)

L'étude comprend 522 patients de 84 services différents de 31 hôpitaux anglais sur une période de 10 mois. Cet échantillon comprend des patients adultes de services aigus ou de soins intensifs de psychiatrie, dont 60% volontaires. Elle a été réalisée durant les deux premières semaines d'hospitalisation.

Parmi tous les participants de l'étude ( $n=522$ ), 36 d'entre eux (7,47%) ont été isolés au moins une fois durant les deux semaines et 81 ont utilisé le *time out* (15,52%). Effectivement, il y a une corrélation positive entre le pourcentage de patients isolés ou utilisant le *time out* ( $r=0.443$ ,  $p=0.014$ ). Bien que le *time out*



semble être plus fréquent, certains hôpitaux n'en ont jamais eu recours.  
[Traduction libre] (Bowers & al., 2011, p.828)

D'une part, les auteurs ont découvert que l'agression et la violence sont deux principaux comportements amenant le patient à l'isolement. Ils décrivent de la violence physique contre autrui (n=17), de la violence contre les objets (n=11), de la violence verbale (n=1) et finalement, certains patients ont été isolés sans motif d'agressivité (n=22). Cependant, ces derniers avaient des comportements désinhibés. D'autre part, les scientifiques ont défini les comportements amenant au *time out* comme suit : agressivité/violence (n= 90), refus de médication (n=9), non-respect des règles (n=7), tentative de désescalade (n=7), médication involontaire (n=6), changement de l'état mental (n=5). [Traduction libre] (Bowers & al., 2011, p.829-831)

Les résultats précédents indiquent que l'agressivité est le motif principal à l'isolement et au *time out*. En outre, les rédacteurs de l'article font une distinction. En effet, l'agression verbale a amené au *time out* dans 56% des cas (contrairement à l'isolement 20%). De plus, l'isolement a principalement découlé d'agressions physiques dans 49% des cas (vs 19% pour le *time out*). Cette différence est statistiquement significative ( $\chi^2 = 18,44$  ;  $p < .001$ ). De plus, les auteurs n'ont pas découvert de différences entre les patients isolés ou sujets au *time out* en fonction du genre, du diagnostic, du statut matrimonial, de l'histoire de consommation d'alcool ou d'auto-agressivité, de taille et de poids. [Traduction libre] (Bowers & al., 2011, p.830-831)

A travers cette étude, les auteurs peuvent ainsi dire que l'isolement et le *time out* peuvent être utilisés dans les mêmes circonstances. En effet, lorsqu'un patient présente un comportement agressif, le personnel soignant peut lui

proposer de se retirer en chambre plutôt que de le placer en isolement. Le *time out* est ainsi une alternative à l'isolement, car c'est une pratique plus acceptable et moins coercitive pour le patient. Finalement, cette étude présente quelques limites. Les résultats sont basés sur les notes des infirmières, certaines sont erronées voire manquants. De plus, les patients séjournant moins de deux semaines ont été exclus de l'étude et bon nombre d'entre eux (n=407) ont refusé d'y participer. Ceci limite la généralisation des résultats. [Traduction libre] (Bowers & al., 2011, p. 833)

**Le cadre décisionnel.** Une étude qualitative australienne (Hyde, Fulbrook, Fenton & Kilshaw, 2009) cherche à créer deux protocoles (Appendice B) qui permettraient à l'équipe infirmière, d'une part, de prendre la décision ou non d'isoler un patient, d'autre part, de libérer ou non ce dernier. Cette décision ne repose plus uniquement sur un ordre médical ou judiciaire. Cela permet de favoriser le rôle autonome de l'équipe infirmière tout en étant objectif. [Traduction libre]

**Le premier protocole.** Tout d'abord, l'équipe infirmière observe le comportement du patient et évalue le danger qu'il représente pour lui-même ou pour les autres. Puis, elle met en place un plan permettant d'assurer la sécurité du patient et de son entourage. Les actions infirmières proposées sont notamment les techniques de désescalade, la médication involontaire, le *time out*, le rapport 1/1 soigné/soignant, etc. L'équipe infirmière évalue à ce moment-là l'efficacité des interventions. Si le patient ne présente plus un risque imminent d'auto ou d'hétéro-agressivité, les soignants mettent en évidence les stratégies efficaces utilisées. Ils discutent avec le patient, négocient un plan de traitement et le documentent dans le dossier de soins du patient afin de transmettre

l'information. Si la personne soignée présente toujours un risque imminent d'auto ou d'hétéro-agressivité, le personnel infirmier détermine un plan permettant de favoriser la sécurité de tous les intervenants et décident d'isoler le patient. [Traduction libre] (Hyde & al., 2009, p.404)

**Le deuxième protocole.** Afin de déterminer si l'isolement est toujours nécessaire, l'équipe infirmière observe et évalue le comportement du patient aux quinze minutes. De plus, chaque trois heures, le patient est jugé par des infirmiers expérimentés et par l'équipe médicale. Ces deux corps de métiers évaluent conjointement le patient et déterminent s'il peut être libéré ou s'il continue à présenter un risque d'auto ou d'hétéro-agressivité. [Traduction libre] (Hyde & al., 2009, p.405)

Dans cette démarche expérimentale, le nombre de patients isolés n'a pas encore pu être évalué. Cependant, il a permis de baser la prise de décision sur des compétences cliniques.

**La médication involontaire.** Une étude hollandaise randomisée contrôlée (Georgieva, Mulder & Noorthoorn, 2013) vérifie si la médication involontaire, en guise de première intervention, pourrait réduire le nombre et la durée de l'utilisation de l'isolement et des autres mesures de contrainte. Par médication involontaire, les auteurs entendent tous les tranquillisants rapides impliquant l'administration orale et intramusculaire d'une combinaison d'halopéridol et de prométhazine. Ceci dans le but d'accéder rapidement au contrôle d'un comportement d'extrême agitation, d'agression ou d'un potentiel comportement violent qui pourrait mettre en danger l'individu ou son entourage. [Traduction libre] (Georgieva & al., 2013, p. 49)

Cette enquête a été réalisée auprès de 520 patients, sur une durée de 3 ans. Elle a eu lieu dans un seul service aigu de psychiatrie, ce qui limite la généralisation des résultats. Les principaux diagnostics des patients, cités selon la fréquence, sont les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, les troubles borderlines, les addictions et les troubles de stress post-traumatique. Les auteurs ont réparti de façon aléatoire l'échantillon en deux groupes. Le groupe 1 rassemble les patients (n=236) dont l'intervention de premier choix lors d'agitation et de violence est la médication involontaire. Le groupe 2 regroupe les patients (n=284) dont l'intervention prioritaire est l'isolement ou d'autres mesures de contrainte.

Par leur recherche, les auteurs ont découvert que, pour 1000 jours d'admission, le groupe 1 a un taux d'isolement de 7,8 contrairement au groupe 2 dont le taux est de 15. De plus, la médication involontaire, pour 1000 jours d'admission, est de 11,8 pour le groupe 1 et de 4,6 pour le groupe 2. Ces résultats entre les groupes sont statistiquement significatifs. En effet, le risque relatif d'être isolé a été plus faible dans le groupe 1 que dans le groupe 2 ( $RR=0.51$ ,  $p<.001$ ), tandis que le risque relatif de médication involontaire était plus élevé dans le groupe 1 que dans le groupe 2 ( $RR=2.58$ ,  $p<.001$ ). En outre, la durée totale des incidents d'isolement par groupe a montré que le groupe 1 avait un risque relatif plus faible de rester isolé que le groupe 2 ( $RR=0.54$ ,  $p<.001$ ). [Traduction libre] (Georgieva & al., 2013, p.50)

En conclusion, cette étude permet de démontrer que l'isolement peut être réduit grâce à l'utilisation de la médication involontaire en première intention.

## L'environnement

**La chambre sensorielle.** Une étude suédoise (Björdahl, Perseius, Samuelsson & Hedlund Lindberg, 2016) fait un état des lieux des expériences vécues auprès de 126 soignants travaillant avec les chambres sensorielles dans le milieu psychiatrique. C'est un devis qualitatif, plus précisément une étude descriptive croisée. [Traduction libre] Costa, Morra, Sabino et Call définissent la chambre sensorielle (ou chambre de confort) comme

Un environnement exempt de défaillance dans lequel l'esprit peut errer et le corps peut se détendre tout en découvrant la stimulation graduelle des activités ciblées. Ces environnements offrent aussi l'occasion d'apprendre à utiliser un *time out* pour réduire l'agression ou la colère, recevoir l'intervention de crise dans un environnement sûr et apprendre des techniques de gestion du stress. [Traduction libre] (2006, cité dans Björdahl et al., 2006, p.2)

Lors de cette étude, bien que ce soit majoritairement des soignants qui ont initié un passage en chambre sensorielle, 92% des patients ont découvert des effets positifs lors de son utilisation. De cette étude, trois grands résultats ressortent : les espoirs et préoccupations des soignants, l'accent mis sur les auto-soins du patient et la chambre comme sanctuaire. [Traduction libre] (Björdahl & al., 2016, p.3)

**Les espoirs et préoccupations des soignants.** Tout d'abord, les soignants ont bon espoir quant à l'implantation des chambres sensorielles. Ils voient en elles une nouvelle approche intéressante qui permettrait de diminuer l'utilisation de l'isolement ou de la médication involontaire. Dans cette même idée, les soignants espèrent également que la chambre sensorielle aura un impact positif sur la diminution de l'anxiété et de l'inquiétude des patients. Ceci dans un but de les calmer et de favoriser le repos. Cependant, les soignants ont quelques

préoccupations. Ils ont peur que la chambre sensorielle soit instaurée dans une pièce déjà destinée à des thérapies et que son usage se fasse au détriment de ces dernières. De plus, certains professionnels de la santé confient douter de l'intérêt du patient pour la chambre sensorielle si ce dernier est trop en crise, s'il trouve cela ridicule ou si des membres de l'équipe soignante ont des aprioris négatifs. [Traduction libre] (Björdahl & al., 2016, p.4)

***L'accent mis sur les auto-soins du patient.*** Certains soignants mettent l'accent sur la régulation émotionnelle. Lorsque les patients sentent que leur stress et leur anxiété augmentent, la chambre sensorielle leur permet de réguler leurs émotions. En effet, il a été relevé qu'ils se sentent plus relaxés après utilisation. Il a aussi été noté que les patients choisissaient délibérément de passer seul un moment en chambre. Les soignants ont dû faire confiance en les capacités des patients à faire face à leur anxiété et agitation de manière indépendante. Cela a permis aux patients d'augmenter leur confiance en soi et de s'impliquer davantage dans leurs auto-soins. [Traduction libre] (Björdahl & al., 2016, p.5)

***La chambre comme sanctuaire.*** La chambre sensorielle a été définie comme un endroit tranquille où les patients peuvent se reposer et être au calme. Elle permet donc de rendre l'environnement général du service plus paisible. [Traduction libre] (Björdahl & al., 2016, p.6)

Cette étude très récente (2016) nous montre bien que l'utilisation de chambre sensorielle en psychiatrie est une nouvelle approche. A ce jour, il y a peu de littérature sur ce sujet et il n'existe pas encore d'étude sur l'expérience des patients ainsi que leur efficacité.

**L'environnement architectural.** Une étude hollandaise (van der Schaaf, Dusseldorp, Keuning, Janssen & Noorthoorn, 2013) explore l'impact des caractéristiques environnementales de services de psychiatrie sur l'incidence et la prévalence de l'isolement. C'est un devis quantitatif, plus précisément une analyse en composantes principales non linéaire. Les auteurs émettent l'hypothèse que certaines caractéristiques environnementales auraient un impact sur l'utilisation de l'isolement. [Traduction libre]

Cette étude a été réalisée auprès de 14'824 patients hospitalisés dans 199 services hollandais, dont des services d'admission (n=82), de non-admission (n=92) et psychiatrie pénitentiaire (n=25), de 16 hôpitaux psychiatriques. Les pathologies principales des patients étaient des psychoses (schizophrénie, troubles hallucinatoires), des troubles de l'humeur, des troubles du comportement et de la personnalité et des troubles du comportement ou mentaux dus à l'usage de substances psychoactives. Cette recherche s'est déroulée sur une période d'une année. Les caractéristiques des services étaient les suivantes : une taille variant de 87,1 à 1321,5 m<sup>2</sup> ; une moyenne de 10m<sup>2</sup> par patient d'espace commun, principalement des chambres individuelles (93,6%), un espace extérieur (n=192) et la plupart des services ont une à six chambres d'isolement. [Traduction libre] (van der Schaaf & al., 2013, p.144-145)

Les auteurs ont découvert que certaines caractéristiques environnementales augmentent le risque que les patients soient isolés, notamment la présence d'un espace extérieur ou jardin (OR=9.09), la disponibilité de mesures spéciales de sécurité (présence de dispositifs sur la porte qui permettent de l'ouvrir et la fermer, un système d'alarme et le type de communication utilisé lors de l'interaction soignant-soigné) (OR=1.60) ainsi qu'un nombre important de patients

dans le bâtiment (OR=1.01). En outre, certaines caractéristiques diminuent l'isolement telles qu'un plus grand espace privé par patient (OR=0.88), un niveau de confort plus important (OR=0.77) et une meilleure visibilité sur le service (caméras, couloirs plus larges, bonne vue d'ensemble) (OR=0.69). [Traduction libre] (van der Schaaf & al., 2013, p.145-146)

Cet article permet de mettre en lumière que certaines caractéristiques environnementales ont une incidence sur la prévalence de l'isolement.

### **Suggestions d'alternatives proposées par les patients**

Une étude finlandaise (Kontio, Joffe, Putkonen, Kuosmanen, Hane, Holli & Välimäki, 2012) s'est intéressée au vécu des patients lors de l'isolement. A travers des interviews, les patients ont pu proposer des suggestions d'amélioration de pratiques et d'alternatives à l'utilisation de l'isolement. C'est un devis inductif qualitatif.

Cette étude a été réalisée auprès de 30 patients hospitalisés dans six services aigus fermés de deux hôpitaux psychiatriques finlandais, sur une durée de six mois, dans lesquels les patients souffraient principalement de schizophrénie (n=18). Le motif prioritaire de la mise en isolement était l'auto ou l'hétéro-agressivité. [Traduction libre]

Les patients suggèrent un traitement plus humain, des évaluateurs externes (médiateurs ou aumôniers), des informations mises à jour, des accords écrits et un environnement plus convivial. Ces mesures permettraient de rendre l'isolement plus confortable. Les patients souhaiteraient participer activement à leur prise en soins. Quatre alternatives à l'isolement sont proposées par les patients telles que des interactions empathiques avec les soignants, des



activités, la communauté thérapeutique (l'environnement affecte le comportement) et des traitements médicamenteux. De plus, les patients souhaiteraient avoir une chambre individuelle ou un endroit calme au sein du service où il serait possible de se relaxer en écoutant de la musique. [Traduction libre] (Kontio & al., 2012, p.20-21)

Finalement, cette étude permet de mettre en lumière les besoins des patients. Il serait intéressant de les inclure, dans la mesure du possible, lors des colloques d'amélioration continue qui traiteront de la chambre de soins.

## Discussion

Dans ce chapitre, nous avons tout d'abord un regard critique sur notre travail de Bachelor. Puis, nous présentons la discussion de nos résultats. Finalement, nous répondons à la question de recherche.

### **Regard critique sur le travail de Bachelor**

Dans un premier temps, nous faisons l'inventaire des obstacles rencontrés durant ce travail. Dans un second temps, nous définissons nos ressources.

La rédaction d'une revue de littérature a été expérimental pour nous. Tout d'abord, nous avons rencontré des difficultés pour acquérir une rigueur méthodologique. En effet, la navigation sur les bases de données a été, dans un premier temps, assez laborieuse. Nous ne trouvions aucune recherche pertinente lors de combinaisons de mots MESH. Nous avons dû nous en tenir à élaborer des mots clés. Puis, étant de langue maternelle française, nos connaissances de base d'anglais étaient lacunaires. Effectivement, elles nous ont mis en difficulté lors de la lecture des articles scientifiques et de leur analyse. De plus, la compréhension des statistiques nous a pris énormément de temps et nous avons été contraints de faire appel à des professeurs pour en apprécier leur utilisation.

Nous avons pu nous appuyer sur nos ressources afin d'élaborer ce travail de Bachelor avec succès. Nous avons pu compter sur le soutien de notre directrice de Bachelor, de nos professeurs et d'experts du terrain qui nous ont été d'une grande aide ; sans oublier le soutien et la solidarité omniprésents de nos pairs. De plus, notre intérêt commun pour la problématique ainsi que pour le domaine psychiatrique ont été le moteur principal de ce travail. En effet, nous avons eu énormément de plaisir à travailler sur un sujet qui nous tenait à cœur. Nous nous voyons complètement appliquer les résultats de notre recherche dans notre future pratique professionnelle. Finalement, nos méthodes de travail et nos caractères aussi

différents soient-ils, nous ont permis de nous rendre complémentaires l'un envers l'autre.

### **Discussion des résultats**

Dans cette partie de notre travail de Bachelor, nous discutons des résultats en faisant des liens avec notre cadre théorique, c'est à dire, la théorie et les concepts préalablement définis à la page 14.

#### **Les alternatives infirmières à l'utilisation de l'isolement**

La recension des articles scientifiques nous a permis de mettre en évidence des pistes d'interventions infirmières permettant de diminuer l'isolement.

#### **Les compétences des équipes infirmières.**

**L'empathie.** Premièrement, Yang et al. (2014) ont découvert qu'un personnel soignant empathique permet de réduire l'isolement. Aussi, ils constatent que la prévalence de l'isolement est plus élevée le soir, le week-end et les jours de vacances. Les auteurs n'ont pas argumenté ce fait. Cela mériterait d'être investigué dans les études à venir. Finalement, Yang et al. (2014) semblent indiquer que l'entraînement de cette compétence ne réduit pas significativement l'isolement. En effet, recruter et conserver du personnel soignant empathique de base semble être une bonne alternative. Cette étude corrobore la théorie de Fornerod (2005). En effet, l'empathie est une compétence que le soignant doit avoir pour favoriser une alliance thérapeutique. L'empathie est une attitude rogérienne basée sur les quatre canaux de communication. Afin d'être empathique, la distance entre soignant-soigné doit être adaptée, ni trop près, ni trop loin. Aussi, le soignant est tenu de se mettre à même hauteur que le soigné pour éviter toute position de force. Il doit

également contrôler son non-verbal. Ainsi, par exemple, l'apparence du soignant de ne pas transparaître un jugement de valeur. De plus, il doit adapter sa voix (ton adapté, débit lent, accepter les silences, voix chaleureuse). Phaneuf (2013) signale que le soignant, de par son rôle de défenseur du patient, a comme objectif de révéler la pauvreté des soins. En effet, l'étude de Yang et al. (2014) a montré que les patients étaient moins empathiques à l'égard des soignés à différents moments. Le soignant doit donc être vigilant afin de dispenser des soins de qualité.

**Les différents protocoles.** Deuxièmement, nous proposons aux infirmières certains protocoles permettant de diminuer l'isolement. Effectivement, nous avons défini trois protocoles : le time out, le cadre décisionnel et la médication involontaire.

**Le time out.** Dans leur étude, Bowers et al. (2011) démontrent que l'agression verbale est le motif principal de l'utilisation du time out contrairement à l'isolement qui découle d'agression physique. Ils concluent en disant que le time out peut être utilisé à la place de l'isolement. Ce résultat est à prendre avec prudence, car l'échantillon de leur étude est composé à 60% de patients admis volontairement. En effet, Bilanakis et al. (2010) démontrent que le type d'admission volontaire diminue l'isolement. Bowers et al. (2011) relèvent que le motif principal, que ce soit pour l'utilisation de l'isolement ou du time out, est l'agression. Ce résultat est appuyé par le concept de crise décrit par Séguin et al. (2012). En effet, ils décrivent que les patients en crise ont parfois des comportements à risque, notamment la violence. De plus, Selye (1998) propose trois phases dans sa théorie du stress. Lors de la première phase (la phase d'alarme), l'organisme fait face à un événement stressant qui met l'individu dans un état d'hypervigilance. Il a alors la possibilité de fuir ou d'attaquer et par attaque, on peut entendre, des comportements de violence (verbale, hétéro ou auto agressivité). Ces propos confirment bien les résultats de Bowers et al. (2011).

**Le cadre décisionnel.** Dans leur étude, Hyde et al. (2009) suggèrent un cadre décisionnel renforçant le rôle infirmier et comprenant deux protocoles, l'un permet d'isoler et l'autre permet de libérer le patient. Il est actuel et recense les bonnes pratiques avec des interventions infirmières dans le but de réduire l'isolement. Il a également pour conséquence de rendre le personnel infirmier plus objectif lors de ses décisions. Ce cadre décisionnel liste une série d'interventions infirmières en amont de l'isolement. Il autorise donc de proposer des interventions moins coercitives. Dans cette même idée, Phaneuf (2013) rend le soignant défenseur de l'intérêt du patient. Etant donné que le patient vit l'isolement comme un événement traumatisant, le soignant doit proposer un éventail d'alternatives pour rendre la prise en charge plus acceptable. De plus, Séguin et al. (2012) signalent que l'intervention de crise doit être immédiate étant donné qu'elle peut induire des comportements à risque pour le patient et son entourage. Le soignant doit alors rapidement observer le comportement du patient et mesurer le risque d'auto ou hétéro-agressivité. Une fois évalué, l'équipe infirmière se doit de proposer des interventions adaptées à la dangerosité. Cette démarche est en totale adéquation avec la première phase du protocole proposée par Hyde et al. (2009). Cependant, à ce stade, le cadre décisionnel ne reprend pas la notion de co-construction proposée par Fornerod (2005) car il induit un rapport de force. En effet, le patient étant en état de crise et ayant épuisé toutes ses stratégies d'adaptation, le soignant met en place des interventions protocolées sans lui demander son avis. Dans un deuxième temps, lorsque la crise est passée, la séquence peut être reprise en entretien. Le soignant fait l'état des lieux des interventions proposées au patient et ensemble, ils en discutent pour répertorier les plus efficaces. Cette action a pour but d'améliorer la prise en charge lors d'éventuelles futures crises. A ce stade, la relation entre soignant et soigné est basée sur la co-construction. Dans un hôpital psychiatrique

romand, l'équipe infirmière propose des interventions allant dans ce même ordre d'idée. En effet, à la sortie de la CSI, le patient est vu en entretien infirmier afin de réaliser un defusing (permettre au patient de s'exprimer d'un point de vue émotionnel sur sa mise en CSI). A l'issue de cet entretien, le patient a la possibilité de rédiger des directives anticipées. Celles-ci permettent de favoriser l'autonomie du patient lors d'un nouvel état de crise.

***La médication involontaire.*** Dans leur étude, Georgieva et al. (2013) confirment que l'isolement peut être diminué en utilisant la médication involontaire en première intention. De plus, ils proposent de combiner de l'halopéridol et de la prométhazine d'abord par oral, puis par intramusculaire lors de violence ou d'agitation. Ces deux principes actifs semblent être la meilleure combinaison afin de diminuer l'anxiété, l'agitation et les comportements violents des patients. De plus, s'ils sont administrés par voie intramusculaire, leur action est plus rapide. Cette pratique renforce l'idée d'immédiateté de l'intervention de crise proposée par Séguin et al. (2012). De plus, pour respecter le droit des patients et dans un but de défendre leurs intérêts (Phaneuf, 2013), les soignants doivent donner l'information nécessaire quant à la médication instaurée et aux voies d'administration possibles. Dans ce même ordre d'idée, le principe de pertinence proposé par Fornerod (2005) sous-tend que l'information doit être précise et concise. Selon le concept de coping (Lazarus et al., 1984), l'intervention de soins proposée ci-dessus répond à l'épuisement des stratégies du patient en situation de crise. En effet, le soignant constate que les stratégies d'adaptation sont inefficaces et met en place une alternative à l'isolement. Bien que la médication involontaire semble être efficace dans de telle situation, ce geste invasif n'en est pas moins traumatisant pour le patient.

**L'environnement.** La dernière sous-catégorie d'interventions infirmières proposées dans ce travail regroupe les interventions environnementales telles que la chambre sensorielle et l'environnement architectural.

***La chambre sensorielle.*** Dans leur étude, Björdahl et al. (2016) investiguent les expériences des soignants utilisant la chambre sensorielle. Les soignants interviewés réservent un bon accueil à cette nouvelle pratique. Ils pensent que ce lieu permettrait aux patients d'augmenter leurs auto-soins. De plus, d'un point de vue général, la chambre permettrait de diminuer la tension présente au sein du service et d'ainsi le rendre plus confortable. Pour qu'un coping soit efficace (Lazarus et al., 1984), le patient doit connaître ses stratégies d'adaptation à un événement stressant (par exemple musique, relaxation, etc.). Il se doit d'être attentif aux signaux d'alarme induisant un état de crise et doit être capable de définir ses émotions en y mettant des mots dessus. La réflexion sur les stratégies d'adaptation nécessite tout un travail en amont avec l'équipe infirmière sur la base d'entretiens. Ainsi, la chambre sensorielle ne semble pas forcément accessible à tous les patients, car ils doivent d'abord connaître leurs stratégies d'adaptation efficaces avant d'y séjourner. Par exemple, le patient a connaissance des outils lui permettant de diminuer son anxiété pour pouvoir pleinement bénéficier des avantages de la chambre. Cette conception est primordiale car les auteurs de cette étude ont mis en évidence que les patients préféreraient y passer du temps seuls. Ils se retrouvent donc isolés face à leur anxiété et essaient d'y remédier de façon indépendante, ce qui leur permet d'augmenter leurs auto-soins. De plus, les signaux d'alarme cités ci-dessus font référence au concept de stress défini par Selye (1998). En effet, l'organisme réagit à un événement stressant par augmentation de la fréquence cardiaque, du pouls, de la tension, etc. Ces réactions biologiques peuvent donc être ressenties par le patient comme signaux d'alarme. La chambre sensorielle est un



espace réservé au patient qui permet de retrouver un état de bien-être sur la base de stimulations sensorielles (odorat, ouïe, goût, toucher et vue). Townsend (2010) propose des stratégies pour faire face au stress allant dans ce même ordre d'idée. En effet, elle indique des techniques de relaxation, de la musique, de la méditation, etc. Toutes ces interventions sont applicables dans la chambre sensorielle.

**L'environnement architectural.** Dans leur étude, van der Schaaf & al. (2013) confirment que certaines caractéristiques environnementales ont un impact sur la prévalence de l'isolement. En effet, un espace extérieur, des mesures spécialisées de sécurité et un nombre élevé de patients dans le bâtiment augmentent de façon importante le taux d'isolement. Cependant, un espace privé par patient, plus de confort et une meilleure visibilité sur le service permettent de diminuer l'isolement. Il semble évident que si beaucoup de patients occupent le service, il y aura une augmentation des stimuli stresseurs. Le patient sera donc plus vulnérable et présentera une réaction d'hypervigilance. Ce qui peut potentiellement déclencher un état de crise. Les infirmières doivent être attentives au fait que quelques caractéristiques environnementales peuvent induire cet état. L'espace privé par patient rejoint l'idée du *time out* présenté par Bowers et al. (2011). En effet, certains patients ont comme stratégies d'adaptation le retrait en chambre. Pour cela, il est impératif que chaque patient ait une chambre individuelle. Ceci est en adéquation avec le concept de coping présenté par Lazarus et al. (1984). Cependant, dans la pratique, il est actuellement difficile d'accorder une chambre individuelle à tous les patients. En effet, selon l'Office Fédéral de la statistique (OFS, 2016), il y a une augmentation considérable des hospitalisations dans les hôpitaux psychiatriques en Suisse. Depuis 2010, environ 2'000 hospitalisations par année ont été recensées alors que le nombre de lits quant à lui n'a pas suivi cette augmentation.

Pour conclure ce sous-chapitre, les auteurs ont mis en évidence que l'environnement est un élément important à prendre en compte dans le domaine de la psychiatrie hospitalière. En effet, il a un impact sur la prévalence de l'isolement. Cependant, ces résultats sont à prendre en compte lors de la construction d'un hôpital. Effectivement, les hôpitaux psychiatriques actuels sont difficilement modifiables en termes d'architecture. De plus, les coûts d'une telle modification sont importants.

### **Suggestions d'alternatives proposées par les patients**

La recension des articles scientifiques nous a finalement permis de mettre en évidence des pistes d'interventions diminuant l'isolement proposées par les patients.

Dans leur étude, Kontio et al. (2012) révèlent que les patients suggèrent un certain nombre d'alternatives à l'utilisation de l'isolement. Ils réclament notamment un traitement plus humain, la présence d'intervenants externes (aumôniers), des informations plus claires, des accords écrits (par exemple : plan de traitement écrit, planning de la CSI, etc.), plus d'activités, plus d'espaces individuels et plus de traitements médicamenteux. Ils souhaitent également participer plus activement à leur prise en soins. Par traitement plus humain, il est possible de reprendre les principes de Fornerod (2005), notamment les attitudes rogériennes. Un personnel infirmier plus empathique, plus respectueux et non jugeant amèneraient une meilleure relation humaine. De plus, le principe de coopération permettrait d'inclure d'avantage le patient dans sa prise en soins. Les patients interviewés en post crise savent ce qui les aide ou ce qui aurait pu les aider en période de crise. Cette idée reprend l'importance de la notion de *defusing* et de directives anticipées

mentionnées ci-dessus. Finalement, les patients pensent ne pas avoir suffisamment d'informations claires. Le soignant, de par son rôle de défense des droits du patient (Phaneuf, 2013), se doit d'informer son patient et lui permettre de voir son dossier de soins quand la situation le permet.

En guise de conclusion à la discussion des résultats, nous pouvons désormais dire qu'il est important d'inclure les patients dans leur prise en soins en les mettant au centre. D'un point de vue général, les soignants se doivent de faire plus confiance à leurs patients. Si l'on se réfère à la notion de chronicité bien présente dans le domaine de la psychiatrie, il est intéressant de reprendre l'idée que le patient est considéré comme expert de sa maladie (Sager Tinguely et al., 2011). D'une part, il est important de prendre en compte son vécu, les stratégies d'adaptation déjà mises en place et leur efficacité. D'autre part, le patient n'est pas toujours apte à utiliser ses stratégies lors de crises. Le soignant doit alors le convaincre qu'il a les capacités de faire face à une situation stressante (Séguin & al., 2012). C'est à ce moment-là que les directives anticipées prennent tout leur sens.

### **Réponse à la question de recherche**

Nous pouvons ainsi répondre à notre question de recherche : *Quelles sont les interventions qui permettent de diminuer voire d'éviter l'utilisation des CSI pour des patients hospitalisés en psychiatrie adulte?*

Les différentes interventions proposées dans les sept articles retenus pour cette revue de littérature actualisée ont démontré des résultats intéressants qui mériteraient un plus haut niveau de preuve. Ils ont tous des résultats positifs mais ne sont pas applicables dans tous les contextes. Nous avons découvert que

l'empathie est une compétence infirmière primordiale dans la relation d'aide. Aussi, pour éviter que la prise en soins du patient se fasse de manière subjective en raison du ressenti des soignants, nous proposons trois types de protocoles. Premièrement, le soignant peut avoir recours à la médication involontaire. Dans la pratique actuelle, nous avons pu constater que la médication involontaire est souvent administrée lors de la mise en CSI du patient. Cet agissement rajoute une contention supplémentaire et traumatisante pour le patient. En effet, ce genre de prise en soins ne respecte pas le principe de proportionnalité. Deuxièmement, le time out est une alternative intéressante car elle peut également être appliquée dans d'autres structures ne disposant pas de CSI. C'est une démarche qui permet de collaborer avec le patient et ainsi de maintenir l'alliance thérapeutique. Finalement, le cadre décisionnel permet aux soignants d'être objectif dans la prise de décision. De plus, il est proportionnel à la situation de crise et il propose diverses alternatives à l'isolement en amont. Une des qualités de ce protocole est qu'il prend en compte la mise en CSI dans sa globalité jusqu'à la sortie du patient. Ainsi, cela permet de ne pas prolonger une mise en CSI inutilement. Nous proposons également des alternatives à l'isolement d'un point de vue environnemental. La chambre sensorielle est une nouvelle approche non violente et collaborative avec le patient. C'est une ressource supplémentaire que les soignants lui apportent. De plus, l'environnement architectural présente plus de sécurité aux usagers. Il permet aux soignants d'avoir un contact visuel constant avec les patients ce qui améliore la prise en soins. Dernièrement, nous avons recueilli les suggestions d'alternatives à l'isolement proposées par les patients. Leurs témoignages nous convainquent de l'importance de tenir compte de leur vécu et leurs besoins.

## Conclusion

A l'issue de ce travail de Bachelor, nous avons pu acquérir de nouvelles compétences dans notre rôle infirmier. Développer et améliorer notre rigueur méthodologique et scientifique ont été des points à relever lors la rédaction de cette revue de littérature. A travers les différentes recherches d'articles scientifiques, nous avons pu acquérir une certaine dextérité quant à l'utilisation des bases de données. Cette expérience va nous permettre d'améliorer notre pratique future en nous basant sur des evidences based nursing. Cette façon de faire appuiera notre positionnement professionnel à l'aide de recherches probantes.

En ce qui concerne les implications pour la recherche future, nous suggérons de continuer à étudier l'efficacité de la chambre sensorielle. En effet, Björdahl & al. a proposé une étude très récente (2016) sur cette alternative à l'isolement. Cependant, nous n'avons découvert aucune étude qualitative sur l'expérience des patients. De plus, cette chambre mériterait une étude quantitative (idéalement contrôlée randomisée) permettant de définir si oui ou non son utilisation réduit le taux d'isolement en psychiatrie. Aussi, il a été difficile de faire une généralisation des résultats pour bon nombre des études retenues, car elles ont eu lieu dans un seul hôpital. Nous suggérons des études nationales à plus large échelle. Finalement, il serait complexe d'uniformiser les pratiques en Europe, puisqu'en observant l'exemple de la Suisse, l'utilisation de l'isolement varie déjà beaucoup d'un canton à l'autre, voire d'une institution à l'autre. Cependant, il est important de continuer à s'inspirer d'études internationales afin d'améliorer les pratiques en Suisse. Nous proposons de favoriser le benchmarking.

Concernant les implications pour la pratique, nous pouvons affirmer qu'à ce jour il n'existe pas de moyens permettant d'arrêter complètement l'usage de l'isolement. Cependant, des interventions peuvent être réalisées en amont dans le but d'en diminuer la prévalence. Nous recommandons d'inclure d'avantage le patient dans

sa prise en soins. Pour ce faire, nous proposons de favoriser le *defusing* à la sortie de la CSI afin de diminuer tout traumatisme. De plus, nous proposons aux équipes infirmières d'organiser des moments d'entretien avec le patient afin de faire un retour sur les événements qui ont induit l'isolement. Il est également important de répertorier les stratégies d'adaptation efficaces lors de crises. Les données ainsi recueillies peuvent être recensées dans le dossier de soins comme mentionnées dans des directives anticipées, ce qui permettrait d'améliorer la prise en soins future.

## Références



Art. 838 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (= CC ; RS 220)

Art. 435 du Code civil suisse du 10 décembre 1907 (= CC ; RS 220)

Art. 53 de la loi sur la santé du canton de Fribourg du 16 novembre 1999 (= Lsan ; RS 821.0.1)

Association Suisse des Sciences Médicales (2005). Mesures de contrainte en médecine. *Directives médico-éthiques de l'ASSM*. Bâle.

Auderset, P.-B. (2010). *Crise et intervention de crise*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.

Bardet Blochet, A. (2009). Les chambres fermées en psychiatrie : poursuivre le débat pour dépasser les conflits. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 160, 4-11.

Baratta, A. & Morali, A. (2010). Chambre d'isolement en psychiatrie : état des lieux en France. *Médecine & Droit*, 2010, 86-89.

Bilakanis, N., Kalampokis, G., Christou, K. & Peritogiannis, V. (2010). Use of coercive physical measures in a psychiatric ward of general hospital in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, 56(4), 402-411.

Björkdahl, A., Perseius, K.I., Samuelsson, M. & Hedlund Lindberg, M. (2016). Sensory rooms in psychiatric inpatient care : Staff experiences. *International Journal of Mental Health Nursing*, 1-8.

Bowers, L., Ross, J., Nijman, H., Muir-Cochrane, E., Noorthoorn, E. & Stewart, D. (2011). The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. *Journal of advanced nursing*, 68(4), 826-835.

- Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, stress, coping. *Recherche en soins infirmiers*, 67, 68-83.
- Cano, N., Boyer, L., Garnier, C., Michel, A., Belzeaux, R., Chabannes, J.-M., Samuelian, J.-C., & Harle, J.-R. (2011). L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. *L'encéphale*, 55.
- Caplan, G. (1964). Principles of Preventive Psychiatry. *Basic Books*. New York.
- Costa, D. M., Morra, J., Sabino, M. & Call, K. (2006). Sensory-based treatment for adults with psychiatric disorders. *OT Practice*, 6, 19–23.
- Drozdek, D. (2012). *Les chambres de soins intensifs en psychiatrie : étude descriptive du vécu des patients et de l'évaluation de l'effet thérapeutique par les soignant* (Mémoire de master inédit). Université de Lausanne, Suisse.
- Fornerod, P. (2007). *L'approche interactionniste de la relation et de la communication*. [Polycopié]. Fribourg : Haute Ecole de Santé.
- Friard D. (1998). *L'isolement en psychiatrie – séquestration ou soin*. Paris: Editions hospitalières.
- Georgieva, I., Mulder, C. L. & Noorthoorn, E. (2013). Reducing seclusion through involuntary medication : A randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 205, 48-53.
- Holmes, A., Perron, A. & Guimond, P. (2007). Le personnel infirmier et l'isolement en psychiatrie : critique du processus de décision. *Santé mentale*, 116, 16-23.
- Hyde, S., Flubbrook, P., Fenton, K. & Kilshaw, M. (2009). A clinical improvement project to develop and implement a decision-making framework for the use of seclusion. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 398-408.

- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A.-M., Lönnqvist, J. & Kaltiala-Heino, R. (2009). Who are the restrained and secluded patients : a 15-year nationwide study. *Soc Psychiat Epidemiol*, 1087-1093.
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M. & Välimäki, M. (2012). *Perspectives in Psychiatric Care*, 48, 16-24.
- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E. & Mailhot, M.P. (2009). Qualité des interventions infirmières dans un épisode d'isolement avec ou sans contention en contexte psychiatrique : points de vue d'infirmières et de patients. Québec : Université de Montréal. Hôpital Luis-H. Lafontaine.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York : Springer.
- Lecomte, Y. & Lefebvre, Y. (1986). L'intervention en situation de crise. *Santé mentale au Québec*, 11(2), 122-142.
- Loiselle, C.G. (2007). *Méthodes de recherche en science infirmière, approches quantitatives et qualitatives*. Québec: ERPI.
- Maître, E., Debien, C., Nicaise, P., Wyngaerden, F., Le Galudec, M., Genest, P., Ducrocq, F., Delamillieure, P., Lavoisy, B., Walter, M., Dubois, V. & Vaiva, G. (2013). Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. *Advanced directives in psychiatry : A review of the qualitative littérature, a state-of-the-art and viewpoints*, 39, 244-251.
- Martin, V., Bernhardsgrütter, R., Goebel, R. & Steinert, T. (2007). The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia : A

comparison of practice in Germany and Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1-6.

Meehan, T., Bergen, H. & Fjeldsoe, K. (2004). Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 33-38.

Office fédérale de la statistique (OFS, 2016). *Prestataires de services et personnels de santé : Hôpitaux – Indicateurs*. Repéré à <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/03/01/key/01.html>.

Palazzolo, J. (2002). *Chambre d'isolement et contention en psychiatrie*. Paris : Masson.

Phaneuf, M. (2013). Le concept d'advocacy en soins infirmiers. 1-13.

Sager Tinguely, C., Weber, C., Gasser, C., Graber, J., Gross, J., Nadot-Ghanem, N., Progin, E. & Schenevey Perroulaz, E. (2011). *Précis de chronicité et soins dans la durée*. Paris, France : Edition Lamarre.

Sailas, E.E.S. & Fenton, M. (2000). Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2000*; CD001163.

Séguin, M., Brunet, A. & LeBlanc, L. (2012). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Canada, Québec : Chenelière Education.

Selye, H. (1998). A syndrome procuded by diverse nocuous agents. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 10(2), 230-231.

Steinert, T., Martin, V., Bauer, M., Bohnet, U., Goebel, R., Hermelink, G., ... Voigtländer, W. (2006). Diagnosis-related frequency of compulsory mesures in 10 German psychiatric hospitals and correlates with hospital characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 140-145.

- Steinert, T., Lepping, P., Bernhardsgrütter, R., Conca, A., Hatling, T., Janssen, W., Keski-Valkama, A., Mayoral, F. & Whittington, R. (2008). Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals : a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiat Epidemiol*, 889-897.
- Townsend, M. (2010). *Soins infirmiers en psychiatrie et santé mentale*. St-Laurent : ERPI.
- Van der Schaaf, P.S., Dusseldorp, E., Keuning, F.M., Janssen, W.A. & Noorthoorn, E. (2013). Impacts of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *The British Journal of Psychiatry*, 202, 142-149.
- Yang, C.-P. P., Hargreaves, W. A. & Bostrom, A. (2014). Association of Empathie of Nursing Staff With Reduction of Seclusion and Restraint in Psychiatric Inpatient Care. *Psychiatry Services*, 65(2), 251-254.

**Déclaration d'authentification**

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Bapst Aurélie

Guillemin Alan

## Appendices A

### Les grilles d'analyses

Aspects du rapport	Contenu de l'article Empathie [Traduction libre]
Références complètes	Yang, C.-P. P., Hargreaves, W.A. & Bostrom, A. (2014). Association of Empathy of Nursing Staff With Reduction of Seclusion and Restraint in Psychiatric Inpatient Care. <i>Psychiatric Services</i> , 65(2), 251-254
Résumé	<p><u>Objectif</u> : Le comportement perturbateur amenant à l'isolement ou à la contrainte augmente chez des patients en phase aiguë ayant des antécédents de comportement agressif. Cette étude définit si des compétences et motivations en matière d'empathie chez le personnel infirmier réduit l'utilisation de l'isolement et de mesures de contrainte et si la formation de l'empathie peut favoriser cet effet. <u>Méthode</u> : L'étude s'est déroulée dans 1'098 tranches horaires sur une période de 2x6 mois avec 1 an d'intervalle. Des analyses hiérarchiques ont examiné les effets de changements d'équipes infirmières et les caractéristiques des patients, l'effet des compétences et motivations de chaque équipe infirmière à utiliser l'empathie et si l'entraînement de l'empathie pouvait diminuer l'isolement et les mesures de contrainte. <u>Résultats</u> : La présence d'une équipe infirmière avec un pourcentage d'empathie supérieure à la moyenne est fortement associée à une réduction de l'utilisation de l'isolement et des mesures de contrainte. Cependant, l'entraînement de l'empathie n'a pas montré de bénéfice. <u>Conclusion</u> : Recruter et conserver une équipe infirmière empathique est la meilleure façon de réduire l'isolement et les mesures de contrainte.</p>
Introduction Enoncé du problème	Les préoccupations concernant les effets néfastes de l'isolement et des mesures de contrainte en psychiatrie a mené à des mandats réglementaires limitant leur utilisation. L'isolement génère chez le patient le sentiment d'être déshumanisé. L'isolement est une mesure de dernier recours et la réduction voire l'élimination de cette pratique est devenu un objectif national pour certains pays. Ce sont souvent les

	infirmières qui prennent la décision d'isoler un patient afin de sécuriser les autres patients.
Recension des écrits	<p>(1998) Des études ont déterminé si l'isolement avait un lien avec le patient et les caractéristiques environnementales. La violence est augmentée en cas de manque d'expérience, d'entraînement ou de distinction du rôle. Cependant, peu d'études ont examiné les facteurs propres aux membres de l'équipe qui induisent un isolement ou une mesure de contention.</p> <p>(2004, 2005) Des programmes ont permis de réduire l'isolement et les mesures de contrainte, ils sont axés notamment sur diverses approches telles que l'intensification du leadership, des politiques organisationnelles, de l'enseignement de techniques de désescalade aux soignants, des plans concernant un comportement individualisé, des équipes d'urgence et de l'amélioration en terme de qualité et quantité de traitement.</p> <p>(2004) Toutes ces approches sont dans l'intention d'un respect de l'autonomie du patient, l'amélioration de l'alliance thérapeutique et la promotion de l'empathie des soignants.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique n'est défini pour cet article.
Hypothèses	<p>Une meilleure empathie du personnel soignant serait associée à une diminution de l'isolement ou de contention.</p> <p>L'entraînement de l'empathie diminuerait l'isolement ou la contention lors de la deuxième période de collecte de données (après l'entraînement).</p>
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Devis quantitatif
Population et contexte	<p>Population : Les membres de l'équipe soignante de l'unité asiatique.</p> <p>Contexte : Cette étude se déroule dans un hôpital psychiatrique aigu du San Francisco General Hospital, approuvée par l'University of California. Diversité ethnique, beaucoup d'immigrants ne parlant pas l'anglais, 4 unités : unité espagnole, unité africaine et américaine, unité asiatique, unité mixte VIH/gai/lesbiennes/transgenres. Cette étude s'est déroulée dans l'unité asiatique, ce qui limite la</p>



	généralisation des conclusions. Le choix de cette unité s'est fait en raison d'un intérêt de l'auteur pour la méditation asiatique et l'empathie. Le taux d'occupation des asiatiques américains est de 60%, les 40% restant sont issus d'autres nationalités.
Collecte des données et mesures	La variable indépendante qui a suscité le plus d'intérêt a été celle de l'empathie des soignants qui ont travaillé dans les équipes du jour ou du soir. L'infirmière cheffe, trois autres infirmières expérimentées et un psychiatre ont indépendamment évalué 32 membres du personnel soignant sur leur capacité et leur motivation à engager leurs patients dans une relation thérapeutique respectueuse. Les infirmières n'étaient pas informées qu'elles étaient notées. Les évaluateurs ont donné un score allant de 1 à 5 à tous les membres du personnel qu'ils estimaient connaître suffisamment pour évaluer. Aucun membre n'avait plus de deux évaluations. Pour chacun d'eux, les notes reçues ont été changées en pourcentage afin d'estimer leur empathie envers les patients. L'accord entre les évaluations a été modéré, avec une corrélation de .22 intraclasse (4 et + = bonne capacité et motivation liée à l'empathie).
Déroulement de l'étude	L'utilisation de l'isolement et de la contention ainsi que d'autres variables ont été récoltées dans les trois équipes chaque jour (équipe de jour, du soir et de la nuit, durant 2x6 mois (du 1 <sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2003 et 2004 ; 549 équipes pour une durée de 183 jours). Après la première période de récolte de données, un entraînement de l'empathie basée sur du mindfulness a été donné par le premier auteur. L'enregistrement des données inclues tous les patients et soignants ayant passé du temps dans l'unité pendant les trois équipes (jour, soir, nuit).
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Le résultat de l'étude a été une variable binaire représentant l'utilisation de l'isolement ou de contrainte dans chaque équipe de jour et de soir. Les auteurs ont d'abord déterminé les facteurs externes qui peuvent induire de l'isolement tels que : comportement précédent d'agressivité, nombre de patients récemment admis dans le service, isolement/contention dans la précédente équipe, type d'équipe (jour vs soir car l'entrée en chambre d'isolement est plus répandue le soir à cause de la diminution du nombre de soignants).</p> <p>Les auteurs ont utilisé une régression logique hiérarchique pour tester les hypothèses et SAS Proc Logistic, version 9.2. Ils ont analysé 4 ensembles de variables indépendantes : variables de l'équipe soignante, variables des patients, variables des soignants et la période en fonction de l'entraînement de l'empathie et l'interaction.</p>

	<p>(1) 1<sup>er</sup> ensemble de variable (3 types d'équipes soignantes) : jour (jour ouvrable) – nuit – soir, jour de week-end, vacances → jour ouvrable = beaucoup de soignants, peu d'isolement</p> <p>(2) 2<sup>ème</sup> ensemble de variable (variables patients) : moyenne d'âge, pourcentage d'hommes, pourcentage d'asiatiques, pourcentage d'agression dans l'année précédente, pourcentage de tentative de suicide dans les deux dernières années, moyenne d'heures passées dans le département des urgences avant d'être admis dans le service, pourcentage de status aigus, moyenne de jour depuis l'admission dans le service, nombre de patient isolés dans les équipes précédentes.</p> <p>(3) 3<sup>ème</sup> ensemble de variable (caractéristiques des soignants) : nombre de soignants avec un score élevé d'empathie (4-5) parmi le personnel soignant de chaque jour ou soir, avec 0 utilisé pour l'équipe de nuit.</p> <p>(4) 4<sup>ème</sup> ensemble de variable (période en fonction de l'entraînement de l'empathie et l'interaction) : période avant l'entraînement, période après l'entraînement de l'empathie, nombre de soignants entraînés, interaction des deux périodes</p>
Présentation des résultats	<p>Parmi les 1098 équipes soignantes, 79 ont dû faire face à de nouveaux cas d'isolement ou de contention dont 21 équipes de jour, 53 équipes du soir et 5 équipes de nuit. A la vue de ce résultat, il semble donc important de protéger l'équipe du soir. Les résultats sont également similaires lorsque l'on calcule la moyenne sur l'échelle de l'empathie : jour = 3.77, soir = 3.65, nuit = 3.95. Les jours de semaine et les équipes de nuit ont des pourcentages similaires bas (OR = .99, p=.98) mais les équipes du soir, des jours de week-end et des jours de vacances sont plus susceptibles d'avoir des incidents d'isolement (OR=2.18, p&lt;.01). Les patients qui ont été isolé ou contenu dans l'équipe précédente ont également un risque plus accru d'être isolés dans le service actuel (OR=1.82, p&lt;.01), de même qu'ils ont passé une moyenne d'heures isolés plus importante que les patients du service. Cependant, une plus grande proportion de patients asiatique a réduit la probabilité d'utiliser l'isolement ou la contention (OR=.09, p&lt;.01), tout comme le nombre de patients isolés aux urgences (OR=1.74, p&lt;.03). La proportion de patients avec une tentative de suicide au cours des deux dernières semaines a aussi réduit l'isolement et la contention (OR=.01, p=.04).</p> <p>Les caractéristiques des soignants ont un effet significatif sur l'utilisation de l'isolement ou de la contention (OR=.67, p&lt;.01), notamment le nombre de soignants présentant une haute compétence en</p>

	<p>matière d'empathie (ratings &gt;4 ; OR=.67, p&lt;.01). Bien que le résultat soit significatif, l'OR reste modeste (diminution constante mais non importante de l'isolement). Les résultats montrent également que les équipes qui avaient plus de soignants ayant participé à l'entraînement de l'empathie avaient moins d'incident d'isolement ou de contrainte mais cet effet n'est pas amélioré après le cours. Cela résulte peut-être dans le fait que les participants à la base étaient plus empathiques que les autres.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Le résultat le plus important de cette étude résulte dans le fait significatif que la présence d'un personnel infirmier empathique permet de réduire l'isolement et la contention. Cependant, l'entraînement de l'empathie auprès du personnel n'a pas permis de réduire l'isolement. La meilleure conclusion est de recruter et de conserver un personnel infirmier empathique.</p> <p>Jusqu'à présent, aucune étude s'est penchée sur ce sujet et a trouvé des résultats similaires. Cependant, ces résultats semblent coïncider avec ceux de Owen et ses collègues (1998), la présence d'une équipe plus jeune et ayant une plus grande expérience en psychiatrie a une association négative en terme de violence. Il semblerait que les compétences des membres de l'équipe par rapport au respect, au prendre soin et à la relation thérapeutique pourrait réduire les comportements dérangeants des patients et donc réduire l'isolement et la contention.</p>
Perspectives futures	<p>Limitation de l'étude : Les résultats sont basés sur une généralisation car l'étude s'est déroulée que dans un seul service.</p>
<p><b>Questions générales</b></p> <p>Présentation</p>	<p>L'article est bien écrit car il contient les parties d'une étude en général. L'article est petit mais agréable car les auteurs vont droit au but.</p>
Evaluation globale	<p>C'est une bonne étude car les résultats permettent d'améliorer la pratique infirmière. Les auteurs concluent que les services devraient recruter et garder que des personnes empathiques car l'empathie ne s'entraîne pas. Cependant, il est difficile de faire une généralisation car l'étude s'est déroulée que dans un seul service.</p>

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			Association de l'empathie d'une équipe infirmière avec la réduction de l'isolement et des mesures de contrainte dans les soins aux patients hospitalisés en psychiatrie.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			L'article contient l'objectif, la méthode, les résultats et la conclusion.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			L'isolement et la contention sont des sujets de préoccupation notamment du à leurs effets néfastes menant à des mandats réglementaires limitant leur utilisation.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			La recension des écrits est relativement brève (2 paragraphes). Cependant elle résume l'état des connaissances actuelles en termes de techniques réduisant l'isolement (notamment des programmes déjà mis en place). Peu d'études se sont intéressées aux facteurs caractéristiques des membres de l'équipe menant à l'isolement.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		x		Aucune concept ni théorie n'est défini.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	x			Les hypothèses sont présentées dans le paragraphe « méthode » : (1) une meilleure empathie du personnel

					soignant serait associée à une diminution de l'isolement ou de contention, (2) l'entraînement de l'empathie diminuerait l'isolement ou la contention lors de la deuxième période de collecte de données (après l'entraînement).
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?			x	
<b>Méthodes</b>					
Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			x	C'est un devis quantitatif mais nous n'avons pas plus d'informations.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?			x	1098 équipes infirmières d'une unité asiatique d'un hôpital psychiatrique de San Francisco. Nous n'avons pas de précisions sur les soignants (genre, âge, nationalité, etc).
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x			1098 équipes soignantes est un nombre relativement élevé qui peut donner des résultats significatifs.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?		x		Les auteurs ont utilisé une échelle allant de 1 à 5 pour évaluer l'empathie des soignants. Les instruments sont nommés mais peut décrits.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			Les 4 ensembles de variables à mesurer sont décrites afin de savoir ce qu'elles regroupent (dans le texte ainsi que dans le tableau 1).
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	x			La procédure est décrite. Les auteurs évoquent le fait que l'étude ait été approuvée par l'université de Californie. Nous n'avons pas plus d'informations concernant l'éthique.
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les				

	droits des participants (éthique) ?				
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			L'utilisation de l'odd ratio et de la valeur p a été utilisée pour l'analyse des résultats.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Les résultats de l'étude sont présentés dans un tableau à l'aide de l'odd ratio, de la valeur p et de l'indice de confiance. Ils sont également présentés dans le paragraphe « résultats ».
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?		x		Aucun cadre théorique ni conceptuel n'a été défini au début de l'étude et repris dans la conclusion. Les auteurs disent qu'aucune autre étude n'est similaire à la leur.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			Dans les limites, les auteurs mentionnent le fait qu'on ne peut pas faire de généralisation car cette étude ne s'est déroulée que dans un service.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Oui il le font. Cependant, ils ne mentionnent qu'une limite, celle de la généralisation.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			x	Ils ne parlent pas des conséquences de l'étude sur la pratique clinique en elle-même. Cependant, ils concluent que les services devraient recruter et garder que des personnes empathiques car l'empathie ne s'entraîne pas.
<b>Questions générales</b>	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé	x			L'article est bien écrit car il contient les parties d'une étude en général. L'article est petit mais agréable car les auteurs

Présentation	pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				vont droit au but.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			Oui, ils concluent que les services devraient recruter et garder que des personnes empathiques car l'empathie ne s'entraîne pas. Cependant, il est difficile de faire une généralisation car l'étude s'est déroulée que dans un seul service.

Aspects du rapport	Contenu de l'article Time out [Traduction libre]
Références complètes	Bowers, L., Ross, J., Nijman, H., Muir-Cochrane, E., Noorthoorn, E. & Stewart, D. (2011). The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. <i>Journal of advanced nursing</i> , 68(4), 826-835.
Résumé	<p>L'isolement est désagréable pour les patients et les soignants. Le Time-out est évalué par les patients et les infirmiers comme plus accessible. Plusieurs pays ont lancé des idées pour réduire l'isolement, mais pas l'Angleterre.</p> <p>Dans cette étude les données ont été recueillies sous forme de séquence de conflit. Entre juin 2009 et mars 2010, une analyse de description du moment avant, pendant et après l'isolement a été faite, afin d'en comprendre le fonctionnement.</p> <p>Un système d'enregistrement sur le plan national devrait être mis en place et de sérieux efforts devraient être fournis pour réduire l'isolement dans les hôpitaux psychiatriques en Angleterre.</p>
Introduction Enoncé du problème	<p>Comment remplacer l'isolement par le « Time-out » en psychiatrie aiguë en Angleterre ?</p> <p>Time Out : moyens demandant aux patients de rester dans une chambre, habituellement leur chambre à coucher, seul et sur une base consensuelle, jusqu'à ce qu'ils soient devenus calmes.</p>
Recension des écrits	Les raisons de l'utilisation de l'isolement sont diverses, mais on peut déjà citer : la violence envers la propriété (Ahmed & Lepnurm 2001); les agressions verbales ou menaces (Sullivan et al., 2004 ); les menaces d'automutilation ou d'automutilation réelle (O'Brien & Cole2003); l'agression physique à d'autres (El-Badri & Mellsop 2002); et les

	<p>symptômes psychiatriques graves ou les comportements perturbés (O'Brien &amp; Cole 2004). Les patients rapportent que le fait d'être isolé met en colère (Meehan et al., 2004). Un sentiment d'abandon (Hoekstra et al., 2004), une dépression (Tooke &amp; Brown, 1992) ou un sentiment de punition (Holmes et al., 2004) peuvent se faire sentir.</p> <p>Le ressenti des infirmiers est contradictoire à celui des patients. Ils trouvent l'isolement bénéfique. Il y a par contre un sentiment de culpabilité lorsque les situations ne peuvent pas être résolues de façon plus bénigne (Exworthy et al., 2001). Certains pays ont travaillé pour réduire l'isolement comme les USA (USA, American Psychiatric Association, 2003), l'Australie (Austra-gouvernement 2008) et les Pays-Bas (Abma et al. 2005, Janssen et al., 2008). En Angleterre, il y a des lignes directrices pour l'utilisation de l'isolement qui précisent le type de pièces à utiliser. Le personnel doit être formé et un équipement de réanimation doit être à disposition. L'isolement est utilisé en dernier recours.</p> <p>Le patient sera traité avec respect et examiné aux 2 heures.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique n'est défini.
Hypothèses	Les initiatives prises dans les autres pays n'ont pour la plupart, pas influencé la pratique au Royaume-Uni (UK), peut-être en partie parce que la réduction de l'isolement est couplée avec une réduction de l'utilisation de la contention mécanique (qui ne sert pas au Royaume-Uni). L'isolement semble être peut utilisé en Angleterre voire même, pas du tout dans certains hôpitaux.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	<p>C'est une rétrospective pas une revue</p> <p>Remplacer l'isolement par le time-out en Angleterre.</p>
Population et contexte	<p>C'est un échantillon aléatoire d'adultes de 18 à 65 ans, patients dans le service de psychiatrie aiguë et soins intensifs à Londres et dans les environs.</p> <p>L'échantillon comprend 54% d'hommes, des blancs à 68%, 60%. d'admissions volontaires avec un âge moyen 41 ans (SD=13).</p>



Collecte des données et mesures	Ils ont recensé tous les incidents et les conflits pendant les 2 premières semaines d'hospitalisation. La check-list est testée, est fiable selon le test de Cronbach. L'isolement et le time-out ont été défini. Pour cette étude, le PCC (Patient-staff conflit checklist) a été élargi et une version informatisée créée de sorte à recueillir l'ordre des événements et les jours des événements. Le nombre d'événement est aussi rentré dans la base de données. Les données démographiques ont été recueillies. Mais, aussi les antécédents d'hospitalisation, l'histoire de l'agressivité auto ou hétéro-agressivité, la hauteur, le poids du patients ainsi que son état mental.
Déroulement de l'étude	<p>L'étude a été approuvée par un comité éthique et adoptée par le réseau de recherches sur la santé mentale. Les patients étaient volontaires pour participer et répondaient aux critères de l'étude. Les patients ont reçu des informations et ceux qui avaient un consentement éclairé ont été admis.</p> <p>963 patients ont été exclus, 407 patients ont refusé. L'échantillon préalable d'admissions était de 11'000 patients admis en psychiatrie aiguë en Angleterre. Après que le consentement éclairé ait été obtenu, le chercheur a consulté les dossiers médicaux et ceux de soins infirmiers du patient pendant environ 60 minutes pour remplir le PCC. Les données ont été saisies directement sur un ordinateur portable. En plus, deux chercheurs de l'Université City sont intervenus et ont été formés pour recueillir les informations.</p>
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Les données ont été recueillies chez 522 patients dans 84 salles et 31 centres hospitaliers entre juin 2009 et Mars 2010. Après la compilation de l'ensemble des données, celles-ci ont été organisées de telle sorte que chaque ligne représente la séquence des événements.</p> <p>Pour cette analyse, les séquences comprenant le temps de l'isolement ont été sélectionnées et soumises à une analyse descriptive de la séquence. Tous les événements avant le time-out, après et comment la séquence se termine ont été relevés. Une analyse plus poussée descriptive a eu lieu pour déterminer l'ordre des événements clés, et décrire le motif de l'absence / présence d'autres personnes. Les intervalles de confiance pour les proportions ont été calculés en utilisant la méthode de Wilson (1927). La corrélation de Spearman a été utilisée pour tester la relation d'isolement et du time-out chez les patients. Les patients soumis à l'isolement ou au time-out pendant les 2 premières semaines ont-été comparés à ceux qui ne l'ont pas été à l'aide et des t -tests chi-carrés. Puis, le même test statistique a été fait pour ceux qui ont connu plusieurs épisodes en comparaison à ceux qui n'en ont connu qu'un seul.</p>
Présentation des résultats	39 patients ont-été isolés une ou plusieurs fois lors des deux premières semaines. Dix l'ont été plus d'une fois. Un total de 59 épisodes d'isolement a été recensé. Huitante et un ont été soumis au time-out une ou plusieurs fois.

	<p>Trente-sept patients ont été soumis au time-out plus d'une fois pour un total de 162 épisodes. La figure 1 affiche le taux d'isolement et de time-out par hôpital. Un tiers des hôpitaux n'ont pas utilisé l'isolement. Un tiers on isolé un patient sur 20 et le derniers tiers un sur 10. Le tableau 1 montre la fréquence relative des différents types d'événements avant, pendant et après l'isolement. Le comportement agressif engendre le plus souvent l'isolement, suivi du changement de statuts de volontaire à involontaire (PAFA pour la suisse).</p> <p>Les tentatives de désescalades étaient importantes avant la mise en isolement.</p> <p>Le tableau 2 : les comportements avant l'isolement : n17 étaient violents physiquement, n11 violents avec le mobilier, n7 seulement de la violence verbale. N22 n'étaient pas violents mais sur ces 22 patients, 6 avaient des comportements sexuels inadaptés comme des masturbations publiques.</p> <p>Le tableau 3 relate les événements avant pendant et après le time-out. Par exemple 57% ont été violents verbalement avant la mise en time-out. Six pour cent ont été placés en time-out pour refus de traitement.</p> <p>Pour conclure, l'isolement est le plus souvent utilisé pour les agressions physiques et le time-out pour les agressions verbales.</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Sur 522 patients, 7,5 % ont été isolés une ou plusieurs fois lors des 2 premières semaines de leur admission, 15,5 % en time-out. Il y avait de grands écarts dans les hôpitaux. La violence physique a souvent une conséquence d'isolement. Les 2 méthodes d'isolement ont été utilisées avec un profil de risques similaire.</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p>Un système d'enregistrement national devrait être créé afin de recenser l'isolement, des efforts devraient être faits pour réduire l'isolement.</p>
<p><b>Questions générales</b></p> <p>Présentation</p>	<p>C'est un bonne article avec des tableaux clairs.</p>
<p>Evaluation globale</p>	<p>L'étude est indépendante et suggère des recommandations pour la pratique. De plus, il y a un tableau récapitulatif avec un état des connaissances actuelles qui regroupe ce que l'article apporte et les recommandations pour la pratique, ce qui facilite la lecture. Par contre, 44% de refus de participation est un nombre très élevé, qui peut fausser les résultats.</p>

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			Regarder comment remplacer en psychiatrie l'isolement avec une mise en chambre volontaire (time-out) en Angleterre.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			Contexte Méthode Résultats Conclusion
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			L'isolement est désagréable pour les infirmiers et les patients, plusieurs pays ont lancé des idées pour diminuer l'isolement, mais pas l'Angleterre.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			Oui la recension des écrits est complète.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		x		
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		x		
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et		x		

	recherches antérieures ?				
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	x			Analyser avant pendant et après l'isolement / Time-out.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			Oui on a toutes les informations même le poids et la taille des participants.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x			Oui, 522 patients dans 31 centres hospitaliers entre juin 2009 et Mars 2010.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			Oui, le PCC est décrit.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			Et en plus testées.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x			Oui la procédure est décrite, l'étude a été approuvée par un comité éthique.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?			x	Les hypothèses ne sont pas clairement définies.

Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Les tableaux sont bien lisibles et on voit la progression sur le tableau 1.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			x	Il n'y a pas de cadre théorique clair.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			La prise d'infos a été faite par rapport à des notes de soins il y a des variables de qualité et de précision. Il y a donc un risque d'erreur.  44 % des patients ont refusé que leurs notes soient utilisées pour l'étude ce qui peu biaiser les résultats.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			Un système d'enregistrement et des rapports nationaux devraient être introduits, des efforts pourraient être faits pour réduire l'utilisation de l'isolement dans les hôpitaux où les taux sont élevés.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			x	Il manque certaines rubriques dans l'introduction notamment, devis et hypothèses.

Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			Les résultats sont là, mais la méthode de récolte de données laisse une forte marge d'interprétation et 44 % des patients ont refusé que leurs notes soient utilisées.
--------------------	---	---	--	--	--

Aspects du rapport	Contenu de l'article Decision-making framework [Traduction libre]
Références complètes	Hyde, S., Fulbrook, P., Fenton, K., & Kilshaw, M. (2009). A clinical improvement project to develop and implement a decision-making framework for the use of seclusion. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 18, 398-408.
Résumé	<p>L'utilisation de l'isolement au sein de milieu psychiatrique aigu est controversé. Cependant, il reste largement utilisé par les professionnels de la santé mentale. Cet isolement est perçu négativement par les patients et peut provoquer de la détresse. En Australie et dans plusieurs autres pays, l'utilisation de l'isolement est remis en question. Certaines directives politiques ont pour but de réduire ou abolir l'isolement. Malgré cette prise de conscience collective, la pratique de l'isolement est fortement ancrée dans les milieux psychiatriques australiens. Cet article décrit un cadre de prise de décision clinique sur l'utilisation de l'isolement. Le cadre est un établissement de soins de santé mentale aigus se trouvant dans le sud-est du Queensland en Australie. L'impulsion de ce projet a été demandée par les patients mais aussi par les professionnels qui souhaitent réduire l'incidence de l'isolement ainsi que la durée. Ce projet a duré 6 mois et a abouti à 2 cadres de prise de décisions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-La décision d'isoler</li> <li>-La décision de libérer</li> </ul>

<b>Introduction</b>  Enoncé du problème	<p>En Australie, les patients gravement malades psychiquement et qui ont un risque d'auto ou d'hétéro-agressivité sont régulièrement placés en isolement. Des éclaircissements sont fournis dans la loi sur la santé mentale du Queensland qui le définit comme « le confinement du patient à tout moment de la journée ou de la nuit seul dans une pièce ou une zone à partir de laquelle la sortie libre est empêchée » (loi sur la santé mentale du Queensland p. 97). Cependant, son utilisation est controversée dans le cadre des soins de santé mentale. Au cours des dernières années, les discussions éthiques et juridiques se sont intensifiées.</p>
Recension des écrits	<p>Aux USA, le ministère de la santé, les services de toxicomanie et de santé mentale ont pris la décision d'éliminer l'utilisation de l'isolement en santé mentale (Curie, 2005). Au Royaume-Uni, en 2008, le ministère de la santé déclare: l'isolement et l'observation doivent être utilisés que lorsque la désescalade seule se révèle insuffisante et pour la durée la plus courte possible. Lorsque les professionnels concernés sont convaincus que la nécessité de protéger d'autres personnes l'emporte sur les risques accrus pour la santé ou la sécurité du patient. Depuis 2005, l'une des priorités nationales du groupe de travail sur la santé mentale est de réduire ou éliminer l'isolement. Des fonds ont été débloqués pour récolter des données sur l'isolement. Dans le Queensland, un agent de projet a été engagé afin de diminuer l'isolement. Celui-ci est également gestionnaire et clinicien dans le sous groupe isolement et contention. Le groupe de travail a été créé par la collaboration clinique de santé mentale dans le Queensland. L'une des tâches définies par la collaboration était de développer un ensemble d'indicateurs pour surveiller l'utilisation de l'isolement et de la contention. L'isolement a été identifié comme protecteur dans les cas d'auto-mutilation et les comportements destructeurs (Muir - Cochrane &amp; Holmes, 2001; Petti et al., 2001). Il est décrit comme punitif par les patients agités, criants et jurants. Il est aussi décrit dans la littérature comme une forme de contrôle social et comme une pratique coercitive. L'idée que le dernier concept de l'isolement est contraire aux philosophies humanistes fondamentales de la pratique des soins de santé mentale est une préoccupation. Les patients ont des opinions très négatives sur l'isolement mais pour les professionnels, l'isolement était nécessaire. Dans une étude randomisée américaine, des expériences traumatiques et nuisibles dans un milieu psychiatrique, 48% des participants à l'étude qui ont été enfermés indiquent des niveaux sévères ou extrêmes de détresse associés à l'événement (Frueh &amp; al., 2005). Dans le Queensland, une étude sur la perception des patients a mis en évidence l'aspect humiliant de l'isolement. Plus récemment, Meehan &amp; al. (2004) ont étudié le personnel infirmier et les perceptions de l'isolement des patients et ont constaté que, tandis que le personnel a estimé que l'isolement était nécessaire et très thérapeutique, les patients estimaient qu'ils étaient punis et que l'isolement avait peu de valeur thérapeutique.</p> <p>Les patients insistent sur l'importance d'être impliqués dans les décisions de traitement (Allen &amp; al., 2003). Le</p>

	<p>deuxième plan national pour la santé mentale (Les ministères Australian Health 1998) a décrit les changements, les patients devraient avoir un rôle clé dans la planification et l'évaluation des services. (p.16) Les normes nationales pour les services de santé mentale (Santé du Conseil consultatif des ministres australiens, 1997) ont approuvé les droits des patients à participer à la prestation des soins qui est individualisée et dans l'environnement le moins restrictif et propice à leur sécurité. Les membres du personnel négligent souvent les forces et les ressources inhérentes du patient. (Ashcraft &amp; Anthony 2008).</p> <p>L'australie indique que les stratégies alternatives à l'isolement peuvent être utilisées avec autant de succès. (Chabora &amp; al 2003;. Donat 2005; Huck- tondu 2004; McCue &amp; al 2004;. Nelson &amp; al., 2006; Smith &amp; al., 2005). Cependant, un examen australien de la littérature et des interventions visant à réduire le recours à l'isolement a conclu que c'était un domaine complexe qui nécessite généralement plusieurs interventions (Gaskin et al., 2007). La gestion des comportements fournit une approche alternative à l'utilisation de l'isolement (Donat 2005). La littérature décrit l'amélioration des résultats grâce à l'utilisation de stratégies, telles que l'évaluation précise et le debriefing (par exemple Petti &amp; al ., 2001) et des actions de prévention (en utilisant une approche organisationnelle et la pratique intégrée ) (par exemple Huckshorn, 2004) . Les initiatives qui mettent l'accent sur le développement de relations de travail avec les consommateurs sont également réussies ( Visalli &amp; McNasser 2000) .</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique défini.
Question de recherche	Comment améliorer la prise de décisions pour l'utilisation de l'isolement et comment faire sortir le patient rapidement.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	L'objectif était de concevoir un cadre de prise de décisions sous la forme d'un organigramme qui mettrait l'accent sur l'identification du patient à risque et la sélection des interventions appropriées.
Population et contexte	Le cadre de ce projet était un établissement de soins de santé mentale grand district basé dans un hôpital tertiaire occupé dans le sud-est du Queensland. Les deux services d'hospitalisation de courte durée peuvent accueillir 30 lits chacun. Ils sont situés sur le campus de l'hôpital Prince Charles. Les participants à ce projet étaient des infirmières qui travaillaient dans les services d'hospitalisation. La participation au projet était volontaire, et la majorité du



	<p>personnel infirmier était impliqué. Un agent de projet a été employé pour la durée du projet. L'agent de projet était une infirmière clinicienne qui était connue du personnel sur les deux unités où elle avait déjà travaillé. Le personnel était en contact avec elle sur une base quotidienne au cours du projet .</p>
Collecte des données et mesures	<p>L'Australie a débloqué des fonds pour recueillir des données sur l'isolement.</p> <p>Les données recueillies en 2006-2007 ont montré que 8,8% des patients étaient en isolement parmi ceux-ci 79,6% ont été isolés plus de 4 heures.</p>
Déroulement de l'étude	<p>L'étude s'est déroulée en 4 cycles avec le modèle PDSA.</p> <p>Cycle 1 : Le personnel a participé à 2 ateliers de 2 heures. L'agent de projet a informé les participants sur l'étude. Il a également mis en place des affiches informant sur le projet dans les zones réservées au personnel. Ces 2 ateliers ont porté sur la décision d'isoler le patient. Les participants ont reçu des questions sur l'isolement afin d'en débattre avec leurs collègues. Chaque atelier se composait de 6 participants. Il y avait des niveaux d'infirmières différents. La taille du groupe a été décidée en fonction de la possibilité d'être libéré des obligations, ces ateliers étaient sur les heures de travail. Les infirmiers ont apporté les résultats de leurs discussions avec les questions reçues au départ. Les 2 ateliers étaient très productifs et ont donné des infos riches et variées. La décision de mettre un patient en isolement était justifiée par l'aspect sécuritaire que ce soit pour soi-même ou pour autrui. De plus, les infos des participants utilisées pour évaluer la sécurité ont été répertoriées et utilisées plus tard dans le cadre de prises de décisions. Cela comprenait l'histoire du patient en cours, l'histoire passée et des indicateurs verbaux et comportementaux. Des stratégies alternatives à l'isolement ont également été répertoriées et discutées. Certains participants ont également apporté leurs expériences dans d'autres services de santé mentale. Un sujet délicat concernait les patients sous influence de drogues ou en état d'ébriété, ceux-ci sont souvent admis en urgence. Suite à une analyse thématique des deux ateliers, un schéma a été élaboré, qui identifie chacune des étapes qui ont été impliquées dans la prise de décisions pour l'isolement et les listes de facteurs favorisant l'isolement. A ce stade, le schéma contient quelques liens et une certaine cartographie conceptuelle.</p> <p><u>Cycle 2</u> : Un forum quotidien a été mis en place afin de permettre un plus grand nombre de participants. Les infos provenant des ateliers ont été utilisées comme une base pour alimenter les débats sur l'isolement, identifier les effets et les résultats de l'isolement ainsi que les pratiques alternatives. Ces forums ont eu lieu pendant 4 semaines et duraient 20 minutes, ceci afin de ne pas perturber la marche du service. Les forums se sont déroulés après la remise entre l'équipe du matin et de l'après-midi. L'agent de projet assistait à ses forums. Les infirmières</p>

participaient à au moins un forum par semaine. Les sujets, pour chaque semaine ont été placardé sur un tableau de bord. Les infos des débats ont été écrites au cours des forums. Dans un premier temps, ils devaient définir les données permettant d'évaluer la sécurité dans le contexte de l'utilisation de l'isolement. Les résultats de cette phase ont permis le développement de 3 thèmes principaux : l'histoire du patient (passé, actuel et y compris une histoire de solitude), leur présentation physique actuelle, y compris les indices comportementaux et verbaux, et les données d'évaluation des risques. Ensuite, les participants ont dû décrire d'autres stratégies qu'ils utilisent dans la pratique clinique qui ont été considérées comme efficaces à l'isolement. Pour faciliter la discussion, des études de cas (anonymisées) basées sur les admissions récentes de patients ont été présentées et examinées. Ce processus d'examen a été utilisé pour raconter l'histoire de la détérioration de l'état mental de chaque patient. Cela a été ensuite utilisé pour articuler les indices comportementaux et verbaux qui ont été observés par des infirmières. Par la suite, cette base de données a constitué les fondements de leurs prises de décisions cliniques. Puis, la discussion a ensuite pu se construire sur les stratégies alternatives. Puis, ils ont aussi discuté sur le processus pour libérer un patient de l'isolement.

Comme ils l'ont expliqué ci-dessus, le facteur le plus important a été la sécurité, ce qui engendre un personnel suffisant et suffisamment disponible pour entrer dans les chambres d'isolement et pour évaluer le patient en toute sécurité. Le but de l'évaluation est d'identifier les indices verbaux et comportementaux du patient afin de déterminer si ce dernier peut constituer un risque pour lui-même ou les autres. Après 4 heures d'isolement, le patient était impérativement évalué avec ACHS clinical indicator 5.3 et cette évaluation a été réalisée par des infirmiers expérimentés. Chaque semaine, le protocole a été remodifié et rediscuté la semaine suivante. Les ébauches du cadre décisionnel ont également été présentées et discutées avec les membres de l'équipe et les commentaires précieux y ont été inclus.

Cycle 3 : le projet était en évolution constante pendant 4 semaines et 2 tableaux ont émergé. Un pour isoler et un autre pour libérer. Dans ce cycle, les protocoles ont été évalués pour voir s'il correspondaient à la prise de décisions des infirmières. Ces discussions courtes ont eu lieu entre la remise du matin et de l'après-midi. Discussions franches honnêtes et confidentielles. Ils ont ensuite réduit l'évaluation des 4 heures à 3 heures. A la fin du cycle 3, le cadre a été légèrement modifié, mais comportait toujours 2 organigrammes. À ce stade, le comité de direction a convenu que le cadre était prêt à être utilisé par le personnel dans les unités d'hospitalisation.

Cycle 4 : Le quatrième cycle représente la phase finale du projet de 6 mois. La portée du projet avait augmenté au-delà des plans originaux. Comme le cadre de prise de décisions a été élaboré, d'autres domaines ont été

	<p>identifiés nécessitant une modification comme la rescension des données sur l'isolement et la gestion des patients isolés plus d'une fois, ou après 10 jours suivant l'admission. L'équipe a finalisé la mise en page visuelle du projet. La couleur a été utilisée délibérément, sur la base du système de feux de circulation familiers, pour indiquer les étapes clés du processus de prise de décision. Le cadre a ensuite été préparé et imprimé professionnellement comme affiches A3 par un centre multimédia. Ils ont célébré la fin du projet avec l'ensemble du service. Les affiches ont été mises dans les bureaux du personnel et distribuées à la sécurité à titre indicatif. Une brochure a été réalisée pour soutenir les informations importantes de la prise de décisions. Le livret inclut des références sur le Web, des articles et des lectures que le personnel pourrait tirer comme une ressource. Il comprenait des renseignements sur la Loi sur la santé mentale, les normes de soins de santé en Australie, et les indicateurs cliniques. Les brochures ont été placées stratégiquement dans les domaines de l'unité de soins intensifs psychiatriques des quartiers où ils pourraient être accessibles facilement par le personnel. Une deuxième tâche consistait à réviser le registre d'isolement afin qu'il reflète la pratique actuelle du personnel, étayée par le cadre de prise de décisions. Le registre d'isolement est utilisé pour enregistrer les observations physiques et comportementales et les interventions qui sont effectuées alors que le patient est dans l'isolement. La principale modification a été d'évaluer le patient aux 3 heures. Ce changement a été fait pour assurer que les examens des patients étaient plus rapidement et, par conséquent, plus susceptibles d'aboutir à une décision de libérer dans le délai d'indicateurs de performance de 4 heures. Le registre révisé a été présenté au personnel par le biais de séances d'information, qui ont été fournies à des moments de transferts. Le registre a été considéré comme un document de travail, et ses collègues ont été encouragés à fournir des feed-back sur son utilisation avant le prochain tirage. Un comité étudie la variance de taux d'isolement. Les patients isolés 2 fois et ceux isolés pendant 7 jours sont une priorité pour le groupe qui a des réunions 2 fois par semaine.</p>
Rigueur	Avec le plan PDSA en quatre cycles.
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Cycle 3 : le projet était en évolution constante pendant 4 semaines et 2 tableaux ont émergé. Un pour isoler et un autre pour libérer. Dans ce cycle les protocoles ont été évalués pour voir s'ils correspondaient à la prise de décisions des infirmières. Ces discussions courtes ont eu lieu entre la remise du matin et de l'après-midi. Discussions franches honnêtes et confidentielles, puis ils ont réduit l'évaluation des 4 heures à 3 heures. A la fin du cycle 3, le cadre a été légèrement modifié, mais comportait toujours 2 organigrammes. À ce stade, le comité de direction a convenu que le</p>

	<p>cadre était prêt à être utilisé par le personnel dans les unités d'hospitalisation.</p> <p>Pour l'instant, il n'y a pas de résultat sur la diminution de l'isolement, mais le cadre de référence permet de prendre des décisions cliniques. (structurées)</p>
Présentation des résultats	<p>Sous forme de protocole.</p> <p>Un pour isoler</p> <p>Un pour libérer</p>
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	Très bonne intégration et implication du personnel infirmier dans cette étude. Les organigrammes sont utilisés et en amélioration continue.
Perspectives	Un système de gestion et d'examen des données a été mis en place afin de maintenir une amélioration probante sur ce projet notamment en diminuant le temps d'isolement.
<b>Questions générales</b> Présentation	La question de recherche est claire.
Evaluation globale	<p>C'est une magnifique étude basée sur la pratique qui répond à une réelle demande des patients et des soignants.</p> <p>Cependant, elle mériterait d'être testée à plus large échelle.</p>

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			Oui améliorer la prise de décisions pour l'utilisation de l'isolement.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			Oui ils font un bref retour sur l'isolement, puis parle du cadre de l'étude, de la méthodologie et des résultats.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	x			L'isolement est perçu négativement par les patients et provoque du mal-être.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	x			Oui un tour d'horizon est fait dans les différents pays.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	x			Le concept de l'isolement est contraire à la théorie humaniste et cela préoccupe les auteurs de l'étude.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	x			Oui avec des objectifs de projet clairs.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	x			Oui, l'isolement est perçu négativement par les patients c'est un fait et ils répondent à cette demande.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données	x			Le devis est descriptif ce qui est normal pour une recherche qualitative.

recherche	correspond-elle à la tradition de recherche ?  -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?				La méthode est décrite et correspond au standard.  Oui, les cycles et le temps sont même détaillés.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	x			Cadre : hôpital psychiatrique dans un grand district  Dans le sud-est du Queensland  L'échantillon était composé d'infirmières et infirmiers volontaires
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		x		
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			Avec un colloque d'information sur l'étude puis avec des temps de parole entre les rapports.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	x			Tout à fait le projet était axé sur la pratique avec une idée concrète. Les instruments de recherche ne sont pas décrits, mais il y avait un contact quotidien avec l'infirmière clinicienne chargée du projet et les infirmiers.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?		x		Non, la démarche éthique n'est pas détaillée dans la recherche mais l'éthique était un des moteurs pour modifier la prise en charge.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et	x			Oui, l'étude était détaillée en 4 cycles.  Les résultats sont crédibles et largement transférables à la pratique.

	transférables ?				
<b>Résultats</b> Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	x			Dans les 4 cycles.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Sous forme d'organigramme.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	x			Tout à fait, l'aspect éthique et la révision des lois ont nettement motivé ce projet.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	x			Oui, tout à fait les grandes lignes de la recherche sont reprises.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les données d'entrée sont faibles selon les chercheurs.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			Oui ils ont vu l'avantage d'un cadre clinique standardisé.
<b>Questions générales</b>	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique	x			Il est très bien structuré.

Présentation	minutieuse ?				
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			L'organigramme est vraiment utilisable dans la pratique.

Aspects du rapport	Contenu de l'article Médication involontaire [Traduction libre]
Références complètes	Georgieva, I., Mulder, C.L. & Noorthoorn, E. (2013). Reducing seclusion through involuntary medication : A randomized clinical trial. <i>Psychiatry Research</i> , 205, 48-53.
Résumé	<u>Objectif</u> : Cette étude a pour but d'évaluer si la médication involontaire en guise de premier choix d'intervention pourrait réduire l'isolement et les mesures de contention. <u>Méthode</u> : Cette étude randomisée divise les patients d'un service aigu de psychiatrie en deux groupes : groupe 1 = la médication involontaire est utilisée en premier choix d'intervention lors d'agitation et de risque de violence ; groupe 2 = l'isolement est le premier choix d'intervention. Les caractéristiques des patients ont été comparé à l'aide de Pearson et de t-test. Les pourcentages et les risques relatifs ont été calculé pour examiner la différence en nombre et durée de l'utilisation des mesures de contrainte. <u>Résultats</u> : Dans le groupe 1, le risque relatif d'être isolé était plus bas que celui du groupe 2. La durée moyenne et le nombre des mesures coercitives ne changeaient pas de manière significative entre les deux groupes. <u>Conclusion</u> : L'utilisation de médication involontaire semble donc être une bonne alternative pour réduire le nombre d'isolement et peut être implantée en tant qu'interventions selon certaines conditions.
Introduction Enoncé du problème	Les mesures de contraintes posent plusieurs problèmes : elles permettent de protéger les patients et les personnes aux alentours mais également restreignent la liberté des patients et sont mises en place contre leur volonté. L'utilisation de telles mesures peuvent être traumatisante pour les patients ainsi que les soignants. Elles posent des problèmes éthiques. Chaque pays a ses propres méthodes et il n'existe pas de consensus concernant les bonnes



	pratiques en termes d'efficacité, de bénéfices et d'inconvénients d'une médication involontaire, d'isolement ou de mesures de contention. Toutefois, l'utilisation de la médication involontaire dans des situations de crise semble être la méthode la plus utilisée en Europe.
Recension des écrits	<p>En Hollande, les cliniciens psychiatres utilisent la médication involontaire dans seulement 22% des cas. Ils préfèrent utiliser l'isolement comme méthode de contrainte (59%) bien que cette préférence ne soit pas basée sur des évidences. La médication involontaire est utilisée moins souvent car l'administration d'une injection intramusculaire est considérée comme étant une plus sérieuse violation à l'intégrité corporelle de l'individu que d'être enfermé à clé dans une chambre. Les patients hollandais semblent toutefois autant préférer l'isolement que la médication involontaire. De par une mauvaise application et une utilisation abusive de l'isolement, la Hollande a mis en place un programme national focalisé sur la réduction de l'isolement.</p> <p>L'Allemagne, quant à elle, a récemment fait une initiative de comparaisons en remplaçant l'isolement et les mesures de contraintes mécaniques par des mesures de contraintes physiques et la médication. L'évaluation de l'efficacité de cette initiative est en cours.</p> <p>Deux études ont découvert un pourcentage plus important et plus long de durée d'isolement ou de contention chez les patients qui refusaient de prendre leur médication. La médication involontaire a démontré une efficacité en termes d'amélioration du fonctionnement psychosocial, de diminution des agressions, du stress et de l'utilisation de mesures de contention. Les patients se sentent également moins humiliés.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique n'est défini.
Hypothèses	Le but de cette étude est d'établir si le nombre et la durée l'isolement et de mesures de contraintes pourraient être réduit si la médication involontaire était le premier choix d'intervention dans un contexte d'agitation dans un service de psychiatrie aiguë.
<b>Méthodes</b>  Devis de recherche	Le devis est une étude randomisée contrôlée.
Population et	659 admissions ont été incluses dans cette étude sur 8544 jours d'hospitalisation. Parmi ces 659 admissions, 109 d'entre eux ont été admis à plusieurs reprises (21%). Il n'y a pas eu de différences statistiquement significatives dans

contexte	les données démographiques et variables cliniques entre les deux groupes.
Collecte des données et mesures	Les données sociodémographiques et les variables cliniques ont été collecté par les enregistrements de patients (genre, âge, ethnie, statuts d'admission volontaire/involontaire, durée de l'hospitalisation). Les diagnostics psychiatriques ont été posé par les psychiatres du service. Les infirmières ont utilisé différents instruments pour évaluer le fonctionnement mental des patients (une version courte de Kennedy Axis V : 4 domaines dont 1) détérioration psychologique, 2) compétences sociales, 3) violence, 4) activités de la vie de tous les jours et compétences occupationnelles. Tous évalués en pourcentage de 10 à 100. Un pourcentage élevé signifie un bon fonctionnement), leur coopération à prendre leur médication (évaluée par l'échelle de positif et négatif syndrome, notamment les items G8 et G12. Chaque item est évalué sur une échelle de 1 (absent) à 7 (extrême)) et la perspicacité à repérer immédiatement à l'admission la maladie du patient. Les données concernant les mesures de contraintes ont été extraites directement de la base de données de l'hôpital. L'étude a été approuvée par le local Medical Ethical Committee.
Déroulement de l'étude	L'étude se déroule au sud-ouest de la Hollande, dans un service aigu d'un hôpital psychiatrique. Entre novembre 2007 et août 2010, tous les patients admis ont pris part à l'étude randomisée et ont été séparé en deux groupes : Groupe 1 = médication involontaire en première intention en cas d'agitation ou de risque de violence ; groupe 2 = isolement en première intention (traitement usuel en Hollande). Les patients des deux groupes ont été traités par les mêmes cliniciens et les mêmes infirmières dans des services identiques avec le même nombre de lits et de soignants. Les mesures restrictives ont été appliquées que lorsque les techniques de désescalade n'ont pas fonctionné à elles seules. Afin d'avoir une même ligne de conduite, une voie de traitement décrivant la manière d'administration et le type de tranquilisant rapide a été mis en place. Les tranquillisants rapides impliquent l'administration orale et intramusculaire d'une combinaison d'halopéridol et de prométhazine pour diminuer de façon rapide l'agitation, l'agression ou toute potentiel comportement violent pour pourrait mettre en danger l'individu et les personnes aux alentours. Initialement, 10mg d'halopéridol ou 100mg de prométhazine, ou 2.5-5mg de lorazepam sont proposé oralement aux patients agités avec ou sans symptômes psychotiques (il a été démontré que l'administration orale était autant efficace que celle intramusculaire). L'administration orale réduit également tout risque associé à l'injection. Si le patient refuse de prendre le traitement oral, à ce moment-là, le traitement intramusculaire est utilisé (5mg haloperidol and 50mg promethazine ou 2.5-5mg lorazepam).
<b>Résultats</b> Traitement des	Les données ont été calculées statistiquement à l'aide de Pearson pour tester les différences entre les catégories de variables. Le t-test a permis de tester les différences entre les variables continues. Le chi-square a été utilisé pour

données	comparer et tester le nombre et la durée de chaque incident d'isolement et le nombre de fois que la médication involontaire a été administrée. Les pourcentages d'indice, le risque relatif et les prévalences ont été calculé.
Présentation des résultats	128 mesures de contraintes ont été inscrites. Dans 35% des cas, une combinaison de deux ou plus interventions coercitives dans lesquelles la médication involontaire a été combinée à de l'isolement et/ou des mesures de contraintes, 177 mesures individuelles ont été inscrites. Les taux d'incidence d'isolement pour 1000 jours d'admission ont été de 7,8 dans le groupe 1 et 15 dans le groupe 2. Les taux d'incidence des médicaments involontaires pour 1000 jours d'admission ont été de 11,8 dans le groupe 1 et 4,6 dans le groupe 2. Ces différences entre les groupes étaient statistiquement significatives, à nouveau confirmée par les risques relatifs. Le risque relatif d'être isolé a été plus faible dans le groupe 1 que dans le groupe 2 ( $RR=0.51$ , $p<0.001$ ), tandis que le risque relatif de médicament involontaire était plus élevé dans le groupe 1 que dans le groupe 2 ( $RR=2.58$ , $p<0.001$ ). Cependant, le nombre total de mesures coercitives (individuels ou combinés) ne différait pas significativement entre les deux groupes. En outre, la durée totale des incidents d'isolement par groupe a montré que le groupe 1 avait un risque relatif plus faible de rester dans l'isolement que le groupe 2 ( $RR=0.54$ , $p<0.001$ ). Toutefois, lorsque le risque relatif a été calculé sur la base de la durée moyenne des incidents de l'isolement, aucune différence significative n'a été observée entre les groupes.
<b>Discussion</b>  Intégration de la théorie et des concepts	Médication involontaire vs isolement :  Cette étude a démontré que l'utilisation de l'isolement pouvait être réduite grâce à l'utilisation de médication involontaire en première intention. Cela pourrait notamment intéresser les pays qui ont comme but de réduire l'isolement. L'administration orale peut être une bonne intervention de première intention si une mesure coercitive est jugée appropriée et que le patient n'a pas de préférence. La médication involontaire doit toutefois être administrée avec beaucoup de précaution car elle peut notamment causer de sérieuses complications cardiaques. Les résultats ont montré que même quand les patients ne constituent pas un danger pour eux-mêmes ou pour les autres, les sédatifs sont souvent utilisés pour calmer les patients perturbateurs. L'utilisation prolongée de sédatif peut rendre plus difficile le développement des activités de tous les jours. D'autres interventions ont déjà prouvé être efficace dans la réduction de l'isolement : placer les patients sérieusement dérangeant dans des unités prévues à cet effet, une évaluation structurée du risque, augmenter le nombre de soignants, améliorer les compétences des soignants, gestion de la crise, interventions de désescalade, etc.  Mettre en place une nouvelle politique de gestion des agressions aiguës :  Les soignants ont trouvé difficile de gérer l'agitation et la violence que par médication involontaire et pas

	<p>d'isolement. Les facteurs qui y ont contribué sont les suivants : (1) en cas d'urgence, et surtout pendant les nuit et les week-ends, les infirmières ne pouvaient pas toujours compter sur le fait de recevoir une assistance rapide du personnel supplémentaire ou les médecins sur appel; (2) les infirmières ne sont pas utilisées pour restreindre physiquement les patients agressifs pendant de longues périodes tout en attendant que le tranquillisant rapide ait fait effet; et (3) ils ont également trouvé une telle contention difficile et conflictuelle, engendrant la crainte qu'ils seraient ensuite incapables de réparer la relation thérapeutique endommagé avec les patients qu'ils avaient isolé. Dans l'ensemble, notre étude a montré que la mise en œuvre d'une nouvelle politique n'a été que partiellement atteint. D'une manière générale, le succès de la mise en œuvre d'une telle nouvelle politique dépend d'un certain nombre de conditions : 1) la nouvelle politique doit être clairement prioritaire comme un objectif de l'institution. Cette priorité est alors clairement et systématiquement diffusées, avec des rappels réguliers par les dirigeants cliniques et administratifs, 2) les mesures doivent être enregistrées et également évalué de manière objective, 3) la procédure est décrite en détail dans une ligne directrice de la politique qui était en conformité avec les exigences éthiques et médicales et des normes pour les meilleures pratiques et fait désormais partie de la routine quotidienne, 4) le personnel doit être ouvert à la réflexion sur leurs actions dans le cadre du travail sous pression, 5) toutes les parties prenantes, y compris les représentants des patients, doivent être informés et activement impliqués dans la mise en œuvre de la nouvelle politique, 6) le processus de mise en œuvre doit être régulièrement évaluée dans une procédure de surveillance du rendement et de la rétroaction de discuter chaque incident en dehors de cela, le personnel psychiatrique suffisant doit être prévu. Tout le personnel doit avoir été correctement formé aux techniques de maintien et de réanimation, et devrait de préférence être assisté par une équipe d'intervention rapide qui a prouvé être très efficace dans la gestion des situations d'urgence.</p>
	<p>Limitations de l'étude :</p> <p>Manque de mesures quantitatives comparant l'efficacité (comme la réduction de l'agitation et de gravité de la maladie), et de la nocivité des deux interventions. La mise en œuvre de la nouvelle politique n'était pas optimale. Etant donné que les chercheurs ont été incapables de recueillir des données fiables sur le nombre d'incidents agressifs, les comparaisons entre les groupes en ce qui concerne cette variable de résultat n'a pas été possible. Enfin, la prudence est nécessaire lors de la généralisation des résultats, puisque l'étude a été réalisée dans un seul hôpital psychiatrique néerlandais.</p>
Perspectives futures	<p>Si la médication involontaire doit être mis en œuvre avec succès comme une nouvelle politique, la participation active de toutes les parties prenantes, y compris les représentants des patients et des dirigeants administratifs, est</p>

	nécessaire, et le personnel infirmier doit être très motivé, bien formé, et suffisant en nombre. Pour éviter la surconsommation de médicaments sédatifs, toute utilisation de médicaments involontaire doit être enregistrée et contrôlée systématiquement. Des interventions supplémentaires sont nécessaires pour réduire le nombre total et la durée des mesures de contrainte. Enfin, nous recommandons une réplication de cet essai clinique randomisé dans d'autres hôpitaux où l'isolement est la mesure coercitive de premier choix, ainsi que l'étude de l'utilisation relative et des effets secondaires des médicaments involontaires, l'isolement et d'autres mesures coercitives.
<b>Questions générales</b> Présentation	De façon globale, l'étude est bien structurée (Introduction, méthode, résultats, conclusion, remerciements) par paragraphes qui différencient les « chapitres » et « sous-chapitres ». Les différents « chapitres » manquent parfois de données détaillées ou les informations pourraient être plus expliquées (description de l'utilisation des instruments de recherche par ex). Pour la description du déroulement de l'étude, les informations doivent être récoltées dans tous les différents paragraphes.
Evaluation globale	L'échantillon relativement important nous donne de bons résultats. Les résultats, notamment l'efficacité de la médication involontaire, sont démontrés comme positifs et peuvent permettre d'être une solution à l'utilisation abusive de l'isolement, cela peut donner des idées d'interventions aux infirmières.

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			« Réduire l'isolement à travers la médication involontaire : une étude clinique randomisée » : le problème de recherche est de trouver une alternative à l'utilisation de l'isolement e
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie,	x			<u>Objectif</u> : Cette étude a pour but d'évaluer si la médication involontaire en guise de premier choix d'intervention pourrait réduire l'isolement et les mesures de contention. <u>Méthode</u> : Cette étude randomisée divise les patients d'un service aigu de

	etc.)?				<p>psychiatrie en deux groupes : groupe 1 = la médication involontaire est utilisée en premier choix d'intervention lors d'agitation et de risque de violence ; groupe 2 = l'isolement est le premier choix d'intervention. Les caractéristiques des patients ont été comparées à l'aide de Pearson et de t-test. Les pourcentages et les risques relatifs ont été calculées pour examiner la différence en nombre et durée de l'utilisation des mesures de contrainte. <u>Résultats</u> : Dans le groupe 1, le risque relatif d'être isolé était plus bas que celui du groupe 2. La durée moyenne et le nombre des mesures coercitives ne changeaient pas de manière significative entre les deux groupes. <u>Conclusion</u> : L'utilisation de médication involontaire semble donc être une bonne alternative pour réduire le nombre d'isolement et peut être implanté en tant qu'interventions selon certaines conditions.</p> <p>L'introduction n'est pas clairement définie, l'objectif de l'étude est décrit à la place. Aucun cadre théorique n'est défini pour cette étude.</p>
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			<p>Oui, les mesures de contraintes posent plusieurs problèmes : elles permettent de réduire l'auto et l'hétéro-agressivité, restreignent la liberté (contre le consentement), peuvent être vécues comme traumatisantes, posent des problèmes éthiques. Chaque pays a ses propres méthodes et il n'existe pas de consensus concernant les bonnes pratiques en termes d'efficacité, de bénéfices et d'inconvénients d'une médication involontaire, d'isolement ou de mesures de contention. Toutefois, l'utilisation de la médication involontaire dans des situations de crise semble être la méthode la plus utilisée en Europe.</p>
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les	x			<p>Deux exemples actuels de pays sont présentés :</p> <p>- La Hollande, suite à son utilisation abusive de l'isolement, a</p>

	variables étudiées ?				<p>décidé de mettre en place un programme national pour réduire l'isolement.</p> <p>- L'Allemagne est en train de réaliser une étude permettant de décrire l'efficacité d'un remplacement de l'isolement et des mesures de contrainte mécaniques par de la médication involontaire et des mesures de contraintes physiques.</p> <p>Deux études ont découvert un pourcentage plus important et plus long de durée d'isolement ou de contention chez les patients qui refusaient de prendre leur médication. La médication involontaire a démontré une efficacité en termes d'amélioration du fonctionnement psychosocial, de diminution des agressions, du stress et de l'utilisation de mesures de contention. Les patients se sentent également moins humiliés.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		x		Aucun concept ou théorie n'est défini dans cet article.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			x	Il n'y pas d'hypothèse véritablement formulée. Cependant, le but de l'étude est énoncé (établir si le nombre et la durée l'isolement et de mesures de contraintes pourrait être réduit si la médication involontaire était le premier choix d'intervention dans un contexte d'agitation dans un service de psychiatrie aiguë)
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?			X	
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			C'est une étude randomisée.

Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?		x		Informations quasi inexistantes concernant la description de l'échantillon. Tous les patients admis entre 2007 et 2010 dans un hôpital psychiatrique en Hollande ont pris part à l'étude. Il est dit qu'il n'y a pas eu de différences statistiquement significatives dans les données démographiques et variables cliniques entre les deux groupes
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x			L'échantillon est de 659 admissions (109 d'entre eux ont été admis à plusieurs reprises (21%)). C'est déjà un échantillon relativement important pour que les résultats puissent commencer à devenir pertinents.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			Les données sociodémographiques et les variables cliniques ont été collecté par les enregistrements de patients (genre, âge, ethnie, statuts d'admission volontaire/involontaire, durée de l'hospitalisation). Les infirmières ont utilisé différents instruments pour évaluer le fonctionnement mental des patients (une version courte de Kennedy Axis V : 4 domaines dont 1) détérioration psychologique, 2) compétences sociales, 3) violence, 4) activités de la vie de tous les jours et compétences occupationnelles. Tous évalués en pourcentage de 10 à 100. Un pourcentage élevé signifie un bon fonctionnement), leur coopération à prendre leur médication (évaluée par l'échelle de positif et négatif syndrome, notamment les items G8 et G12. Chaque item est évalué sur une échelle de 1 (absent) à 7 (extrême)) et la perspicacité à repérer immédiatement à l'admission la maladie du patient. Les données concernant les mesures de contraintes ont été extraites directement de la base de données de l'hôpital.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			



Déroulement de l'étude	<p>-La procédure de recherche est-elle décrite ?</p> <p>-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?</p>				L'étude a été approuvée par le local Medical Ethical Committee.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			Les données ont été calculées statistiquement à l'aide de Pearson pour tester les différences entre les catégories de variables. Le t-test a permis de tester les différences entre les variables continues. Le chi-square a été utilisé pour comparer et tester le nombre et la durée de chaque incident d'isolement et le nombre de fois que la médication involontaire a été administrée. Les pourcentages d'indice, le risque relatif et les prévalences ont été calculés.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Ils sont présentés sous forme de tableaux et de commentaires écrits.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?		x		
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des	x			Il est difficile de faire une généralisation des conclusions car l'étude s'est déroulée dans un seul hôpital.

	conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Manque de mesures quantitatives comparant l'efficacité (comme la réduction de l'agitation et de gravité de la maladie), et de la nocivité des deux interventions. La mise en œuvre de la nouvelle politique n'était pas optimale. Etant donné que les chercheurs ont été incapables de recueillir des données fiables sur le nombre d'incidents agressifs, les comparaisons entre les groupes en ce qui concerne cette variable de résultat n'a pas été possible. Enfin, la prudence est nécessaire lorsque la généralisation des résultats, puisque l'étude a été réalisée dans un seul hôpital psychiatrique néerlandais.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			Si la médication involontaire doit être mis en œuvre avec succès comme une nouvelle politique, la participation active de toutes les parties prenantes, y compris les représentants des patients et des dirigeants administratifs, est nécessaire, et le personnel infirmier doit être très motivé, bien formé, et suffisant en nombre. Pour éviter la surconsommation de médicaments sédatifs, toute utilisation de médicaments involontaire doit être enregistré et contrôlé systématiquement. Des interventions supplémentaires sont nécessaires pour réduire le nombre total et la durée des mesures de contrainte. Enfin, nous recommandons une réplication de cet essai clinique randomisé dans d'autres hôpitaux où l'isolement est la mesure coercitive de premier choix, ainsi que l'étude de l'utilisation relative et des effets secondaires des médicaments involontaires, l'isolement et d'autres mesures coercitives.
<b>Questions générales</b>	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une	x			De façon globale, l'étude est bien structurée (Introduction, méthode, résultats, conclusion, remerciements) par paragraphes qui différencient les « chapitres » et « sous-chapitres ». Les

Présentation	analyse critique minutieuse ?				différents « chapitres » manquent parfois de données détaillées ou les informations pourraient être plus expliquées (description de l'utilisation des instruments de recherche par ex). Pour la description du déroulement de l'étude, les informations doivent être récoltées dans tous les différents paragraphes.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			L'échantillon relativement important nous donne de bons résultats. Les résultats, notamment l'efficacité de la médication involontaire, sont démontrés comme positifs et peuvent permettre d'être une solution à l'utilisation abusive de l'isolement, cela peut donner des idées d'interventions aux infirmières.

Aspects du rapport	Contenu de l'article Chambre sensorielle [Traduction libre]
Références complètes	Björkdahl, A., Perseus, K.-I., Samuelsson, M. & Hedlund Lindberg, M. (2016). Sensory rooms in psychiatric inpatient care : staff experiences. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> , 1-8
Résumé	<u>Introduction</u> : Les chambres de confort suscitent de plus en plus d'intérêt dans le domaine des soins psychiatriques. Elles permettent notamment de réduire la détresse et l'agitation grâce à diverses stimulations telles que la vue, l'odorat, l'ouïe, le toucher et le goût. <u>Méthode</u> : Cette étude a été réalisée auprès de 126 soignants travaillant avec les chambres de confort en Suède. Une étude descriptive croisée a été utilisée. Les données ont été récoltées grâce à un questionnaire de 12 questions ouvertes et fermées envoyé par mail aux participants. <u>Résultats</u> : Les résultats rejoignent ceux d'études antérieures. 3 catégories sont ressorties telles que l'espoir et les préoccupations, le focus sur les auto-soins des patients et la chambre comme sanctuaire. Les soignants qui, au début, avaient une opinion autant positive que négative des chambres de confort, ont fini par vivre plus d'expériences positives. Parmi ces dernières figurent « un relâchement du contrôle, une augmentation de la confiance en soi des patients, des auto-soins émotionnels et un bien-être ». <u>Conclusion</u> : Ces résultats soutiennent les principes importants des soins centrés sur la personne et le rétablissement

	en santé mentale et l'habilité des soignants à implanter ces principes en parallèle aux chambres de confort.
<b>Introduction</b>  Enoncé du problème	Au cours des dernières années, il y a eu un intérêt international accru dans l'utilisation des chambres sensorielles dans les soins aux patients hospitalisés en psychiatrie. L'histoire des chambres sensorielles provient des années 1960, quand les chambres ont été développées pour offrir une stimulation sensorielle afin d'enrichir l'entrée sensorielle et de stimuler le fonctionnement du cerveau chez les personnes atteintes de multiples handicaps graves et des troubles d'apprentissage (Baillon et al., 2002). Depuis les années 1990, les chambres sensorielles ont été utilisées dans de nombreux environnements de soins de santé, tels que les soins de la démence, la réhabilitation des lésions cérébrales, l'habilitation des personnes ayant des troubles d'apprentissage et les soins psychiatriques (Baillon et al., 2002).
Recension des écrits	<p>(2002) Le début des chambres sensorielles remontent à 1960 où elles étaient utilisées chez les personnes atteintes de multiples handicaps graves et des troubles de l'apprentissage. Depuis 1990, elles sont utilisées dans des contextes de démence, réadaptation des lésions cérébrales, habilitation des troubles de l'apprentissage et les soins psychiatriques.</p> <p>(2010) Les chambres sensorielles stimulent les sens (toucher, vue, ouïe, odorat, goût).</p> <p>(2002, 2004, 2010, 2012) Elles sont agencées de lumières, images, murs peints, huiles aromatiques, radio, vidéos, couverture, coussins et autres meubles confortables.</p> <p>(2012) Le but principal étant d'offrir aux patients un endroit pour se reposer, alléger leur sentiment de détresse et exécuter et développer « routines auto-apaisantes ».</p> <p>(2002, 2010) Les patients peuvent choisir la voie sensorielle qu'ils souhaitent utiliser durant leur séjour en chambre sensorielle.</p> <p>(2002, 2004, 2010, 2012, 2013) Les chambres de confort sont également communément appelées chambres sensorielles ou chambres multisensorielles</p> <p>(2004, 2010, 2012) Ces environnements fournissent aussi une occasion d'apprendre à utiliser "un temps" pour réduire l'agression ou la colère, recevoir une intervention de crise dans un environnement sûr et apprendre des techniques de gestion de stress.</p> <p>(2013) Les patients et les soignants ont trouvé que les chambres permettant d'accéder à un état calme, une meilleure</p>

	<p>connexion interpersonnelle et une prise en charge de l'autogestion des patients.</p> <p>(2014) Lorsqu'une nouvelle intervention voit le jour en psychiatrie, l'attitude et l'approche des membres de l'équipe soignante jouent un rôle important en terme de résultats et d'efficacité d'une intervention.</p> <p>(2002) Les soignants peuvent être préoccupés par les questions de sécurité et de formation du personnel.</p> <p>(2010) Les soignants se sentent incertains concernant le temps passé dans la chambre et le manque de clarté des chambres sensorielles. Ils ont besoin de temps pour se familiariser et utiliser les chambres sensorielles.</p> <p>(2010) Le rôle des soignants peut changer car les chambres sensorielles diminuent le contrôle du personnel soignant pour augmenter la responsabilisation du patient et de son auto soins.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre conceptuel ni théorique défini.
Question de recherche	Pas de question de recherche mentionnée. Le but de cette étude est de comprendre les expériences vécues par les soignants qui travaillent avec les chambres de confort en milieu psychiatrique.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	Le devis de recherche est une étude descriptive croisée.
Population et contexte	Entre 2012 et 2014, 10 services psychiatrique suédois (2 services pour enfants et adolescents ; 2 services pour les troubles psychotiques ; 3 services de psychiatrie général ; 2 services de psychiatrie intensive et un service long séjour de psychiatrie forensic) ont été agencé d'une chambre de confort. La population est de 335 soignants travaillant dans l'un des 9 services (un n'ayant finalement pas participé à cause de modifications architecturales du service).
Collecte des données et mesures	En 2013, 335 soignants des 9 services ont été invité par e-mail à remplir un questionnaire sur Internet (EsMaker, ver.nx2). Cet e-mail respectait les critères d'anonymat et de volontariat. Le questionnaire était composé de 12 questions dont 9 ouvertes (descriptions espérances et peurs concernant l'implantation de chambre de confort) et 3 fermées (qui a initié les visites dans la chambre, quels sont les effets prédominants des chambres sur les patients et quels sont les effets de l'environnement du service en général). Ce questionnaire n'a pas été testé au préalable. Les participants ont

	été séparé en deux sous-groupes ayant reçu deux versions différentes du questionnaire en fonction de la durée d'utilisation des chambres de confort par le service. 3 services (sous-groupe A) ont utilisé les chambres de confort d'une durée d'environ une année alors que 6 services ont récemment installé une chambre. L'étude a été approuvée par le Stockholm Ethical Review Board.
Déroulement de l'étude	Une introduction de 3h a été faite aux soignants où ils ont pu essayer les différents objets de la chambre de confort. Ils ont également reçu un manuel d'utilisation, de bonnes pratiques. Les chambres de confort étaient accessibles 24/24 et toujours à utilité volontaire. Les chambres ont été présentées aux soignants comme étant une chambre de traitement pour les auto-soins émotionnels, afin de diminuer le stress et d'améliorer le bien-être. Les chambres étaient fermées à clé lorsqu'elles n'étaient pas utilisées. Les soignants demandaient toujours aux patients de choisir s'ils souhaitaient rester seuls en chambre ou accompagnés. La plupart du temps, les patients choisissaient de rester seuls.
Rigueur	
<b>Résultats</b> Traitement des données	Les 3 questions fermées ont été analysées à l'aide de statistiques quantitatives descriptives alors que les 9 questions ouvertes à l'aide d'analyse de contenu qualitative (de Burnard, 1991). Ensuite, les thèmes ont été enregistrés dans un système de catégories. Les données ont été lues à plusieurs reprises par les différents auteurs. Le codage ouvert a été utilisé pour des expressions, phrases ou parties de phrases qui ont été significatives dans l'expérience des patients. Les phrases ayant un contenu similaire ont été condensées et catégorisées par un code. Les codes ont ensuite été organisés dans différentes catégories et sous-catégories basées sur des similitudes.
Présentation des résultats	<p>En tout, 126 personnes ont accepté de participer à l'étude (54 faisant partie du sous-groupe A et 72 du sous-groupe B). Bien que 47% était des membres de l'équipe soignante (VS 15% patients) à initier le passage en chambre de confort, 92% des patients en ont vécu des effets positifs. 78% ont également décrit un effet positif sur l'environnement du service.</p> <p>Les résultats sont présentés en trois catégories : 1) Espoirs et préoccupations 2) Accent mis sur les auto-soins du patient 3) La chambre comme sanctuaire.</p> <p>1) Espoir : les membres du personnel soignant trouvent le principe des chambres de confort comme quelque chose de nouveau, d'excitant et d'innovant dans les soins psychiatriques. Ils espèrent que cette nouvelle approche sera une nouvelle option de traitement. D'autres espèrent que ces chambres vont augmenter le statut d'infirmière en tant que discipline ou alors qu'elles vont permettre de diminuer l'inquiétude et l'anxiété des patients en les rendant plus calme, de</p>

leur permettre de se reposer et d'améliorer leur bien-être. Certains soignants espèrent que ces chambres seront une alternative ou un complément aux traitements pharmacologiques. Ils imaginent aussi qu'elles pourraient être utilisées à titre préventif et d'intervention de désescalade afin de diminuer l'utilisation d'interventions telles que la médication involontaire ou les mesures de contention.

1) Préoccupations : Les membres de l'équipe soignante se font du souci, notamment ont peur que la chambre sensorielle soit installée dans une pièce déjà existante pour d'autres activités et que l'on prête moins d'attention, par exemple, à l'art-thérapie ou à la musicothérapie. D'autres soignants pensent que ces chambres ont des risques d'être peu utilisées si les patients sont trop en crise pour être intéressés. Certains pensent alors que si les membres de l'équipe soignante ont des aprioris négatifs concernant les chambres de confort, cela aura un impact sur l'intérêt du patient à les utiliser. Certains soignants ont peur que les patients trouvent ces chambres ridicules ou alors que le fait que les patients se retrouvent seuls dans ces chambres réveille d'importantes émotions et augmente le niveau d'anxiété et d'automutilation. Finalement, certains soignant ont peur que les patients vandalisent la chambre, qu'ils volent des objets, qu'ils soient claustrophobes, qu'ils utilisent de manière abusive les chambres et qu'ils ne veulent plus en ressortir, qu'ils manquent de temps pour nettoyer la chambre entre deux utilisations.

2) Régulation émotionnelle : les patients utilisent les chambres comme un outil d'auto-soins émotionnel quand ils se sentent dérangés ou comme stratégies de prévention quand ils sentent que le stress et l'anxiété augmentent. Les chambres ont un effet positif sur la régulation émotionnelle et le bien-être. Les patients se sentent plus relaxés après avoir utilisé les chambres. Il a été relevé que les chambres permettaient de diminuer le stress, l'anxiété ou les troubles du sommeil.

2) Confiance en l'indépendance des patients : Alors que pour les patients, il semblait normal qu'ils restent seuls dans la chambre de confort, pour les membres de l'équipe, cela a été une source d'inquiétude et ils ont dû lâcher le contrôle. Les soignants ont du faire confiance en les capacités des patients à faire face à leur anxiété et leur agitation de manière indépendante. Cela a permis d'augmenter la confiance en soi des patients en augmentant la confiance et l'intérêt de s'impliquer dans ses auto-soins.

3) Un endroit pour se reposer/être au calme : Les chambres de confort sont également un endroit où se réfugier pour être tranquille loin de l'environnement stressant du service.

3) Influence de l'environnement de soins : les chambres de confort ont un effet positif sur l'environnement du service, elles le rendent plus paisible. Elles ont permis d'avoir également un effet positif sur l'état de santé des patients en général, même après qu'un patient soit sorti de la chambre et ait rejoint le service car le patient est plus calme et cela

	crée ainsi un environnement de calme au sein du service. Les soignants sont également très fier d'utiliser ces chambres de confort car elles permettent de trouver une alternative aux traitements médicaux et voient cette utilisation comme un développement positif des soins psychiatriques.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	<p>Le but de cette étude était de décrire l'expérience des membres de l'équipe soignante lors de l'utilisation de chambre de confort. Les résultats positifs permettent de contribuer à rendre cette intervention plus populaire dans les soins psychiatriques. Le but de cette étude n'étant pas de se focaliser sur une réduction de l'utilisation de la contention, elle a surtout permis de se focaliser sur le bien-être des patients et sur leur auto-soins émotionnels. Dans cette même idée, les chambres de confort pourraient être utilisées en lien avec le principe de rétablissement. Cette étude a montré que 47% des utilisations de chambre de confort ont été initiées par un soignant. Cela montre bien l'importance d'une approche active des soignants dans l'implantation de cette nouvelle stratégie (par ex en encourageant d'aller visiter la chambre, de faire des démonstrations afin d'intégrer les chambres dans le plan de soins). Dans cette étude, les soignants ont donné le choix aux patients à savoir s'ils préféraient être seuls ou accompagnés lors de leur passage en chambre. Les patients ont unanimement choisi d'être seuls. Cela a demandé aux soignants de lâcher le contrôle. Dans sa théorie de la dynamique de la relation infirmière-patient, Halldorsdottir a décrit qu'il était essentiel de respecter une distance ainsi qu'une proximité. La relation entre ces deux individus est construite sur le développement de connexion, dépendante d'un maintien d'une distance agréable pour les deux individus basée sur le respect et la confiance. C'est une approche centrée sur le patient.</p>
Perspectives	<p>Les limites de l'étude : le choix du devis n'a peut-être pas été judicieux pour cette étude car l'échantillon était relativement faible (38% des 335 personnes = 126 participants), le fait de rendre cette étude anonyme n'a pas permis de déterminer les personnes qui n'avaient pas participé et de faire une analyse de ce groupe. Des interviews semi-structurés individuels ou narratifs auraient peut-être été plus appropriés. Le questionnaire a été utilisé sans avoir été testé au préalable, ce qui n'est pas recommandé.</p> <p>En termes de perspectives futures, il serait intéressant d'identifier les composantes essentielles à l'implantation de chambres de confort. Ceci permettrait de guider le développement et l'efficacité des chambres de confort dans les soins psychiatriques.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	Oui, l'article est bien écrit, structuré en différents paragraphes permettant au lecteur de ne pas se perdre. Chaque paragraphe contient des informations pertinentes et accessibles.



Evaluation globale	Les chambres sensorielles sont relativement récentes dans les soins en santé mentale et pas encore en vigueur dans tous les services. Cette étude permet d'identifier tous les avantages de cette nouvelle intervention et de répondre aux questions/craintes que certains soignants peuvent avoir étant donné la qualité des témoignages.
--------------------	--

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			« Sensory rooms in psychiatric inpatient care : staff experiences » . L'étude s'intéresse à comprendre les expériences que le personnel soignants vivent lorsqu'ils travaillent avec les chambres de confort.
<b>Résumé</b>	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			Dans l'ensemble, le résumé contient les principales parties (introduction, méthode, résultats, conclusion). Le cadre théorique est absent.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?		x		Aucun problème n'est énoncé. L'étude présente une nouvelle approche sur la base de chambre de confort mais aucun problème amène à introduire cette nouvelle stratégie de soins.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	x			La recension des écrits est très riche et explique bien l'état des connaissances.
Cadre théorique ou	-La base philosophique, la tradition, le cadre		x		Aucun cadre théorique ou conceptuel a été défini au préalable.

conceptuel	conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?				
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?			x	Aucune question n'est formulée. Néanmoins, le but de l'étude est décrit (décrire les expériences que les soignants vivent lors de l'utilisation de chambre de confort)
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?		x		
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	<p>-Le devis de recherche est-il décrit ?</p> <p>-Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ?</p> <p>-Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?</p>				Il s'agit d'une étude descriptive croisée.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?			x	Les auteurs nous présentent un échantillon de 335 personnes décrits comme étant des membres du personnels soignants mais nous ne savons pas leur statut (infirmières, ASSC, aides, ... ?). Ce n'est qu'en lisant les résultats que nous apprenons que seuls 126 personnes ont finalement participé à l'étude. Nous avons cependant connaissances des services dans lesquels travaillent les soignants mais pas du nombre par service.

	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			x	Aucune information
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			C'est un questionnaire (EsMaker, ver.nx2) reçu par e-mail. Le questionnaire était composé de 12 questions dont 9 ouvertes (descriptions espérances et peurs concernant l'implantation de chambre de confort) des et 3 fermées (qui a initié les visites dans la chambre, quels sont les effets prédominants des chambres sur les patients et quels sont les effets de l'environnement du service en général). Ce questionnaire n'a pas été testé au préalable. Les participants ont été séparé en deux sous-groupes ayant reçu deux versions différentes du questionnaire en fonction de la durée d'utilisation des chambres de confort par le service. 3 services (sous-groupe A) ont utilisé les chambres de confort d'une durée d'environ une année alors 6 services ont récemment installé une chambre. L'étude a été approuvé par le Stockholm Ethical Review Board.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	x			
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			x	Pas très clair, les informations doivent être recueillies dans tout le texte pour comprendre la procédure entière de recherche.  Il est mentionné que l'e-mail envoyé avec le questionnaire respectait les critères d'anonymat et de volontariat. L'étude a été approuvé par le Stockholm Ethical Review Board.

Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?		x		Les auteurs proposent un autre devis pour rendre les conclusions plus transférables.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	x			Les 3 questions fermées ont été analysé à l'aide de statistiques quantitatives descriptives alors que les 9 questions ouvertes à l'aide d'analyse de contenu qualitative (de Burnard, 1991). Ensuite, les thèmes ont été enregistré dans un système de catégories. Les données ont été lues à plusieurs reprises par les différentes auteurs. Le codage ouvert a été utilisé pour des expressions, phrases ou parties de phrases qui ont été signification dans l'expérience des patients. Les phrases ayant un contenu similaire ont été condensées et catégorisés par un code. Les codes ont ensuite été organisé dans différentes catégories et sous-catégories basées sur des similitudes.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Les résultats sont présentés selon trois catégories bien distinctes les unes des autres (écriture en gras, sous catégories en italique). Présence de verbatim bien différenciées des résultats également grave à l'italique. Un tableau présentant les réponses des questions fermées y figure. Pour une étude quantitative, je trouve que les résultats sont bien présentés.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?				Les résultats sont présentés selon le concept de rétablissement ainsi que la théorie de Halldorsdottir.
	-La recherche tient-elle compte de la question de		x		

	généralisation des conclusions ?				
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?				Le choix du devis n'a peut-être pas été judicieux pour cette étude car l'échantillon était relativement peu (38% des 335 personnes = 126 participants), le fait de rendre cette étude anonyme n'a pas permis de déterminer les personnes qui n'avaient pas participé et de faire une analyse de ce groupe. Des interviews semi-structurées individuelles ou narratives auraient peut-être été plus appropriées. Le questionnaire a été utilisé sans avoir été testé au préalable, ce qui n'est pas recommandé.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				Le choix du devis n'a peut-être pas été judicieux pour cette étude car l'échantillon était relativement peu (38% des 335 personnes = 126 participants), le fait de rendre cette étude anonyme n'a pas permis de déterminer les personnes qui n'avaient pas participé et de faire une analyse de ce groupe. Des interviews semi-structurées individuelles ou narratives auraient peut-être été plus appropriées. Le questionnaire a été utilisé sans avoir été testé au préalable, ce qui n'est pas recommandé.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			Oui, l'article est bien écrit, structuré en différents paragraphes permettant au lecteur de ne pas se perdre. Chaque paragraphe contient des informations pertinentes et accessibles.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière	x			Les chambres sensorielles sont relativement récentes dans les soins en santé mentale et pas encore en vigueur dans tous les services. Cette étude permet d'identifier tous les avantages de cette nouvelle intervention et de répondre aux questions/craintes

	ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				que certains soignants peuvent avoir étant donné la qualité des témoignages.
--	---	--	--	--	--

Aspects du rapport	Contenu de l'article Environnement architectural [Traduction libre]
Références complètes	Van der Schaaf, P.S., Dusseldorp, E., Keuning, F.M., Janssen, W.A & Noorthoorn, E.O. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. <i>The British Journal of Psychiatry</i> , 202, 142-149.
Résumé	<u>Contexte</u> : L'agression et l'utilisation de l'isolement dans les services de psychiatrie ont un lien étroit avec son environnement. <u>But</u> : Explorer l'effet des caractéristiques de conception sur le risque d'être isolé, le nombre d'isolement et le temps d'isolement chez des patients hospitalisés dans un service fermé de soins psychiatriques aigus. <u>Méthode</u> : Durant une année, des données basées sur la qualité et la sécurité du bâtiment ainsi que la fréquence et le type de mesure de contention ont été combiné et analysé grâce à des analyses de régression (two-level multilevel logistic). <u>Résultats</u> : La présence d'un espace extérieur, des mesures particulières de sécurité ainsi qu'un nombre important de patients dans le bâtiment sont des caractéristiques qui augmentent le risque d'être isolé. Cependant, d'autres en diminuent le risque, notamment un espace privé par patient, un niveau de confort élevé et une meilleure visibilité sur le service. <u>Conclusion</u> : Cette étude a révélé qu'un certain nombre de caractéristiques de conception pouvaient avoir un lien avec le fait d'être isolé. Être attentif à l'environnement peut réduire l'isolement.
Introduction Enoncé du problème	L'agressivité de certains patients ainsi que leurs comportements dérangeants dans les services de psychiatrie menacent la sécurité des patients. L'agressivité et la violence sont deux fréquents comportements qui induisent l'utilisation de mesures de contrainte. Ces mesures font débats notamment en Hollande où le Dutch Health Care Inspectorate a récemment déclaré qu'un patient malade ne doit jamais être seul. L'agression et les conflits résultent d'un certain nombre de facteurs, notamment l'environnement physique du service, ce qui est encore peu connu.
Recension des écrits	(2002, 2003, 2009) Des études se sont penchées principalement sur l'impact de l'isolement sur des patients et sur les caractéristiques des membres de l'équipe.  (2005) La plupart des études sont petites et se déroulent dans un seul hôpital, les résultats sont ainsi stables.

	<p>L'impact de l'environnement physique sur le comportement des patients n'a pas été systématiquement investigué.</p> <p>(2005, 1983) Certaines études ont plutôt évalué l'impact d'un changement de service, notamment d'un ancien à un récent bâtiment.</p> <p>(1998, 2004, 2006) Des études ont démontré l'impact de l'environnement physique sur l'état émotionnel, le comportement et les résultats patients.</p> <p>(2009) L'isolement est défini comme le fait de placer un patient dans une chambre fermée où il est seul et ne peut se déplacer.</p> <p>(1994, 2009) La chambre de contention est un endroit, agencé de façon minime, dans lequel le patient ne peut se faire du mal ou blesser quelqu'un de manière accidentelle ou intentionnelle.</p> <p>(2004, 2009) Les deux définitions ci-dessus ne font pas de distinction concernant le type de chambre. Cependant, selon le point de vue du patient, cela a réellement une différence entre être enfermé dans une chambre vide (avec un haut degré de sécurité) et un endroit design avec une attention personnelle et un environnement confortable.</p> <p>(2011) Dans une étude hollandaise, l'isolement a une incidence variant de 116 à 948 par 1000 admissions.</p> <p>(2012) Dans une autre étude comportant 29 services d'admission, la durée d'isolement varie entre 1 à 157 heures pour 1000h par lit.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Aucun cadre théorique ni conceptuel est défini.
Hypothèses	But de l'étude : explorer de manière systématique la relation entre les variétés de caractéristiques de conception environnementaux dans les services psychiatriques et l'incidence et la prévalence de l'isolement.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	Le devis de recherche est une analyse en composantes principales non linéaire (CATPCA)
Population et contexte	<p>La population cible est catégorisée en : adolescents et patients adultes (15-65 ans) – patients âgés (65 ans et plus).</p> <p>82 services d'admission : 9124 patients dont 4793 hommes, pour la majorité célibataires, moyenne d'âge 41,9 ans</p>

	<p>et le diagnostique principal est la schizophrénie/schizotypal/troubles hallucinatoires</p> <p>92 services de non-admission : 5094 patients dont 2674 hommes, pour la majorité célibataires, moyenne d'âge 57.3 ans et diagnostique principal idem.</p> <p>25 services forensics : 616 patients dont 482 hommes, pour la majorité célibataires, moyenne d'âge 37.6 ans et le diagnostique principal idem.</p> <p>L'étude se déroule en Hollande, 199 services de 16 hôpitaux psychiatriques, 2446 lits, 23'868 admissions, 14'834 patients sur une durée d'une année.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Pour évaluer la relation entre les caractéristiques de conception et l'isolement, une combinaison de deux majeures sources de données a été réalisé :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Les données d'une étude multicentrique sur la qualité et la sécurité du bâtiment de 77 hôpitaux psychiatriques</li> <li>2) Une étude de benchmarking sur l'utilisation de mesure de contention dans 16 hôpitaux psychiatriques</li> </ol> <p>La récolte de données s'est effectuée sur une période d'une année en 2009.</p> <p>Le premier ensemble de données concernant les caractéristiques de conception de 505 services couvrent 93% des services hollandais. Les données ont été récolté par un chercheur qualifié et randomisé par un deuxième chercheur (pourcentage d'entente de 80-90% = haut pourcentage).</p> <p>Le service a été défini comme un endroit physiquement distinct avec une entrée privée (qui peut être fermée à clé), plusieurs chambres, corridors et des endroits communs tel qu'un séjour, une cuisine, un jardin, un espace fumeur, partagés par les patients et les membres de l'équipe soignante.</p> <p>Le type de service a été catégorisé en deux groupes : 1) services d'admission (service qui admettent des patients aigus dans un espace sans restriction) 2) services de non-admission (patients admis pour traitement et réadaptation ou pour des soins forensics).</p> <p>La deuxième base de données contient des données concernant l'utilisation de mesures de contention et les caractéristiques des patients et de l'équipe de 199 services. L'échelle Argus a permis de récolter les données concernant les mesures de contention (bonne fiabilité : Cohen = 0.64-0.92). Les données concernant les caractéristiques des patients (date de naissance, genre, nationalité, statut matrimonial) ont été récolté grâce à l'ICD-10 et le Global Assessment of Functioning (GAF). Les caractéristiques des soignants ont été collecté au moyen d'une</p>



	enquête portant sur des éléments tels que le nombre de personnel infirmier présent dans le service durant la journée/la soirée/la nuit et le nombre total de personnel disponible pour les patients (ex : psychiatres, docteurs, psychologues, assistants sociaux).
Déroulement de l'étude	Les caractéristiques de conception inclus dans cette étude sont associées à la qualité et la sécurité de l'environnement physique et du bien-être des patients. 115 variables par service ont été observé et groupé en 6 concepts théoriques : intimité, confort/contrôle, sécurité, lumière du jour/vue/nature, niveau de l'établissement, chambres d'isolement. Ils résultent de l'analyse en composantes principales non linéaire (CATPCA).
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Des statistiques descriptives ont été utilisé pour les caractéristiques des patients et les caractéristiques de conception (= features design). L'utilisation de CATPCA a permis de réduire les caractéristiques observées en un nombre plus petit de composantes et d'inclure des variables nominales et ordinales. SPSS Statistics (version 17.0 de Windows 7) a permis de réaliser les analyses. CATPCA a résulté en 7 composantes fiables (Cronbach &gt; 0.60)) et 17 variables restantes.</p> <p>Les analyses de régression (two-level multilevel) ont été effectué en utilisant le paquet lme4 dans le R-environnement de Windows 7.</p> <p>Afin de réduire le nombre de caractéristiques de conception dans les analyses, pour chaque résultat de mesure, deux séries d'analyse à niveau multiple ont été réalisé. La première série par famille (patients, personnel et caractéristiques générales du service) et la seconde (toutes les caractéristiques de conception sélectionnées dans la première phase). Afin d'évaluer si l'impact des caractéristiques de conception était significatif, une analyse de variance (ANOVA) a été réalisé.</p>
Présentation des résultats	<p>Les caractéristiques des patients :</p> <p>L'échantillon est composé de 6882 femmes (46.6%) et 7952 hommes (53.6), âgés entre 10 et 100 ans (moyenne 46.6 ans, s.d. = 17.9). La plupart des patients ont été diagnostiqué de schizophrénie, schizotypal et troubles délirants (29,8%) ; troubles de l'humeur (16.1%), troubles de la personnalité (12.2%), troubles dus à la consommation de substances psychoactives (10.4%).</p> <p>Les caractéristiques du service :</p> <p>46.2% (n=92) = services de non admission / 41.2% (n=82) = services d'admissions / 12.6% = services forensics</p>

Le nombre de patients par service est de 4 à 32 (moyenne = 12.3, s.d. = 5.1). La taille du service est de 87.1 à 1321.5 m<sup>2</sup> (moyenne 460, s.d. = 213.6), dont une moyenne de 13.6m<sup>2</sup> d'espace privé par patient (s.d. = 3.6) et une moyenne de 10m<sup>2</sup> par patient d'espace commun (s.d. 3.3). 93.6% des services ont uniquement des chambres seules (s.d. = 14.8). 96.5% des services ont un endroit extérieur disponible pour les patients. Le niveau de sécurité est le plus haut dans les services forensics, suivi par les services d'admission et les services de non-admission.

Les caractéristiques des mesures de contrainte et d'isolement :

La plupart des services ont 1 à 6 chambre d'isolement disponibles dans leur service ou proche (mean 1.4, s.d. = 1.1). Dans les services forensics, il est possible de trouver des chambres de time-out ou des chambres d'isolement où le patient peut être enfermé (moyenne = 9.1, s.d. = 5). Cela s'explique par les mesures strictes de sécurité et le nombre important de chambre qui peuvent être fermées. La majorité des incidents qui ont conduit à des mesures de contrainte ont lieu dans les services forensics. La moyenne des mesures de contention dans les services forensics est de 686.1 pour 1000 admissions (s.d. = 613.2) (vs 545.1 services d'admission et 544.4 services non admission). Le nombre d'isolement pour 1000 admissions varie entre 0 et 2485.8 (moyenne = 183, s.d. = 323.6). Dans 94% des admissions (n= 22409), les patients n'ont pas été isolé. Le temps passé en isolement est plus long dans les services forensics que dans les autres services.

Analyse multiniveau :

- 1) La sécurité est la composante la plus importante (mesures spéciales de sécurité, visibilité du service, etc)
- 2) L'intimité (degré d'intimité des patients)
- 3) Le confort et le contrôle (conditions ambiantes à l'intérieur, contrôle personnel des environs)
- 4) Les chambres d'isolement

Concernant « facility level », seule la présence de soins infirmiers a été sélectionné. Concernant la lumière du jour, la vue et la nature, seul la présence d'un espace extérieur ou jardin a été sélectionné. Ils sembleraient que ces deux dernières familles sont moins importantes que les 4 premières.

La deuxième série d'analyses multiniveaux a été réalisée (comprenant tous les patients, le personnel et les caractéristiques générales, en plus de l'ensemble des 14 caractéristiques de conception précédemment sélectionnés). Dans l'ensemble, les 14 caractéristiques de conception sélectionnées ont eu un effet significatif sur le risque d'être isolé lors de l'admission ( $\Delta\chi^2 = 45.89$ ,  $\Delta d.f. = 14$ ,  $P < 0.001$ ). Les caractéristiques de conception qui augmentent le

	<p>risque d'être isolé sont: présence d'un espace extérieur (OR = 9,09), disponibilité des mesures spéciales de sécurité (OR = 1,60) et un grand nombre de patients dans le bâtiment (OR = 1,01). Les caractéristiques de conception qui diminuent le risque d'être isolé sont: plus d'espace total privé par patient (OR = 0,88), niveau de confort plus élevé (OR = 0,77) et plus grande visibilité sur le service (OR = 0.69) .</p>
<p><b>Discussion</b></p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats montrent que l'environnement physique a un effet significatif sur le risque d'être isolé durant l'hospitalisation. Bien que peu décrit dans cet article, des effets similaires en terme d'autres mesures de contention utilisées durant l'admission ont été observé.</p> <p>Le résultat d'une augmentation du risque d'être isolé en présence d'un espace extérieur ou d'un jardin ne concorde pas avec la littérature. En effet, des études ont montré que l'exposition à des éléments naturels (jardin) est associé à un effet positif, au confort, à un bien-être psychologique, à une récupération en terme de fatigue et de stress et moins de problème de comportement. Une vue sur la nature, des tableaux de paysages et des plantes d'intérieur ont également un effet positif sur les patients (1991, 2008). Afin d'avoir plus d'informations concernant le risque accru de cette caractéristique de conception, il aurait été intéressant de documenter la qualité et l'attractivité de l'espace extérieur et si les patients avaient accès à cet espace. Seul 3.5% des services n'avait pas d'espace extérieur, ce qui peut biaiser les résultats.</p> <p>Les mesures particulières de sécurité (dispositif de verrouillage sur les portes avec un retard d'alarme et d'ouverture, l'endroit de la porte de surveillance et le type de système de communication entre les patients et les soignants) augmentent également le risque d'être isolé. Ces dispositifs rendent l'atmosphère du service impersonnel, restrictif et institutionnalisé. Ceci pouvant provoquer de l'anxiété, des conflits et de l'agression aboutissant à l'isolement. Des études ont démontré que ces comportements indésirables et menaçant sont associés à cette problématique (1997, 2001, 2003).</p> <p>La visibilité du service diminue le risque d'être isolé. Bien que les services ayant une visibilité importante (caméra, larges couloirs, bonne vue d'ensemble, etc) rendent l'atmosphère plus institutionnalisée et moins agréable, il a été démontré que cela était moins intrusif et intimidant pour les patients que d'autres mesures de contrainte.</p> <p>L'autonomie et la vie privée des patients (espace total privé par patient, petit nombre de patient dans le bâtiment et niveau de confort) permettent de diminuer le risque d'être isolé. Un espace privé permet aux patients d'améliorer leur bien-être grâce à un contrôle territorial, un sentiment d'appartenance, une identité, un sens de la dignité et une capacité de régulation des interactions sociales.</p>

	Aucun résultat significatif a été trouvé par rapport à la taille totale du service, le niveau de facilité (type et nombre de chambres communes, espace total commun) et le nombre de patient dans le service, ce qui permet de penser qu'un espace privé est plus important qu'un espace commun en terme de risque d'isolement.
Perspectives futures	<p>Limitations de l'étude :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 groupes de variables semblent importantes pour des recherches futures tels que 1) l'utilisation de la médication et du traitement (communication patient-soignant incluse), 2) nombre de soignants, le mélange et la formation, 3) variété d'initiatives (engagement de la première admission, formation de l'agression et évaluation des risques).</li> <li>- Dans cette étude, il a été demandé si oui ou non des mesures de contention avaient été prises mais pas quel type de mesures.</li> <li>- Ajouter d'autres mesures de résultats telles que le bien-être, la satisfaction, la qualité de vie, etc. qui pourraient augmenter le nombre de caractéristiques de conception qui ont un effet positif sur les patients.</li> </ul> <p>Implications :</p> <p>Cette étude a permis d'identifier les caractéristiques de conception permettant de réduire l'isolement et la contention. Ce sont des éléments à prendre en considération lors de la construction d'un hôpital psychiatrique. Cette étude a également mis en évidence, ainsi que d'autres interventions importantes, de porter une plus grande attention dans les soins de santé mentale sur le rôle et la fonction de l'environnement du service sur le bien être des patients et la réduction du besoin d'isolement et de contention.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	Plusieurs données spécifiques au contenu d'un article ne sont pas présentes (par exemple le cadre théorique, l'échantillon (autre que sous forme de tableau), le déroulement de l'étude, l'éthique, etc.). Le devis n'est pas clairement formulé.
Evaluation globale	L'étude apporte des données importantes à prendre en compte dans la construction d'un hôpital psychiatrique. Concernant la pratique infirmière, cette étude permet de rendre attentives les infirmières que l'environnement a un impact sur le comportement des patients (violence et agression) et que l'environnement peut augmenter et/ou réduire l'isolement.

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	x			« L'impact de l'environnement physique des services psychiatriques sur l'utilisation de l'isolement »
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?			x	Les différentes parties du résumé présents dans cet article sont : contexte, but, méthode, résultats, conclusion. La cadre théorique n'est pas défini.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			L'agression et la violence sont deux fréquents comportements qui induisent l'utilisation de mesures de contrainte. Ces comportements sont notamment issus de l'environnement physique du service.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?			x	La recension des écrits montre qu'à l'heure actuelle, très peu d'études se sont penchées sur la question de l'impact de l'environnement sur l'isolement.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		x		Aucune théorie ni concept n'a été défini.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		x		Les hypothèses ne sont pas formulées, seul le but de l'étude est mentionné.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et		x		

	recherches antérieures ?				
<b>Méthodes</b>					
Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			x	Le devis de recherche n'est pas clairement défini, il s'agit d'une analyse en composantes principales non linéaire ? analyse de régression ? Analyse multiniveau ?
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			Il est mentionné que la population cible est catégorisée en : adolescents et patients adultes (15-65 ans) et patients âgées (65 ans et plus). Ceci pour un total de 14'834 patients (6882 femmes et 7952 hommes) Services d'admission : 9124 patients dont 4793 hommes (moyenne d'âge 41.9 ans) – Services de non-admission : 5094 patients dont 2674 hommes (moyenne d'âge 57.3 ans) - Service forensics : 616 patients dont 482 hommes (moyenne d'âge 37.6 ans). La majorité des patients sont célibataire. Le diagnostic principal est la schizophrénie.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x			Une taille d'échantillon de 14'834 patients est adéquate.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?			x	Les instruments ne sont pas vraiment ou que peu définis. Il fait mention d'une combinaison de deux sources de données et d'utilisation d'analyse de régression et d'analyse en composantes principales non linéaire.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			Les variables sont brièvement décrite dans le chapitre des analyses multiniveau : caractéristiques design et isolement.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver		x		La procédure de recherche est peu décrite et aucune information n'est donné sur l'éthique.

	les droits des participants (éthique) ?				
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			Odds ratio a été utilisé afin d'analyser le risque d'être isolé ou non durant l'admission dans un service. Trois caractéristiques augmentant le risque d'être isolé sont mis en évidence et trois caractéristiques diminuant le risque également.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Les résultats sont présentés de manière claire à l'aide d'un tableau et d'un paragraphe écrit.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	x			Les résultats sont principalement interprétés à l'aide d'études antérieures.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		x		
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			x	Un paragraphe concernant les limites de l'étude est rédigé mais son contenu nous donne des informations plus particulièrement pour les perspectives à venir, notamment des pistes pour des nouveaux travaux de recherche.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur	x			Ils proposent 3 autres groupes de variables pour une recherche future, d'étudier plus spécifiquement le type de mesures de contention utilisées et d'ajuster d'autres mesures de résultats.

	les travaux de recherche à venir ?				
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?		x		Plusieurs données spécifiques au contenu d'un article ne sont pas présentes (par exemple le cadre théorique, l'échantillon (autre que sous forme de tableau), le déroulement de l'étude, l'éthique, etc). Le devis n'est pas clairement formulé.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			L'étude apporte des données importantes à prendre en compte dans la construction d'un hôpital psychiatrique. Concernant la pratique infirmière, cette étude permet de rendre attentives les infirmières que l'environnement a un impact sur le comportement des patients (violence et agression) et que l'environnement peut augmenter et/ou réduire l'isolement.

<b>Aspects du rapport</b>	<b>Contenu de l'article</b> Expériences des patients [Traduction libre]
<b>Références complètes</b>	Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M., & Valimäki, M. (2010) Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experience and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i> , 48, 16-24.
<b>Résumé</b>	<p><b>OBJECTIF:</b> Cette étude explore les expériences des patients et leurs suggestions pour l'amélioration de l'isolement. Les patients finlandais proposent des alternatives.</p> <p><b>METHODE:</b> Les données ont été recueillies au moyen d'interviews ciblées (n = 30) avec une analyse de contenu inductive.</p> <p><b>RÉSULTATS:</b> Les patients ont reçu une attention insuffisante au cours des processus isolement / retenue. Des améliorations (par exemple, un traitement humain) et alternatives (par exemple, empathiques interactions entre le</p>



	<p>patient et le personnel) à l'isolement / retenue, comme suggérées par les patients.</p> <p>Implication pour la pratique : l'interaction patient-personnel doit continuer aussi pendant l'isolement / retenue. Fournir aux patients des activités pendant l'isolement, donner une planification, documenter les souhaits des patients, et faire des accords patient personnel réduisent la nécessité de restrictions et offrent des solutions de rechange pour l'isolement / retenue. Les utilisateurs du service doivent être impliqués dans tout le développement pratique.</p>
<b>Introduction</b>  Enoncé du problème	<p>« L'isolement et la retenue sont largement utilisés dans les hopitaux psychiatriques pour contrôler le comportement difficile des patients psychotiques. » (Whittington, Bowers, Nolan, Simpson, et Lindsay, 2009). Le comportement violent ou la menace de violence est une indication communément acceptée pour l'utilisation de l'isolement / retenue (Whittington et al., 2009). Le comportement psychotique est la raison la plus fréquente pour l'utilisation de mesures coercitives, même sans aucun signe de violence potentielle, ce qui signifie que la pratique clinique dévie de la base théorique et juridique établie pour des mesures coercitives. Souvent l'isolement de retenue est utilisé pour contrôler l'agitation ou la désorientation. « L'isolement comporte de nombreux risques et peut aller jusqu'au décès, mais aussi provoquer des effets psychologiques et physiques néfastes sur le patient. » (Happell &amp; Harrow 2010; Sailas &amp; Fenton, 2000). Il n'y a pas de preuves d'efficacité sur le comportement agressif des patients ou le soulagement de maladies mentales graves. L'isolement doit toujours être supervisé par un médecin. Il ne peut être utilisé qu'en dernier recours.</p>
Recension des écrits	<p>En général, les patients psychiatriques hospitalisés ont tendance à être satisfaits de leurs soins (Hansson, 1989; Howard, El-Mallakh, Kay Rayens, &amp; Clark, 2003; Müller, Schlösser, Kapp-Steen, Schanz, &amp; Benkert, 2002), mais la restriction utilisée dans la gestion de l'agressivité et des comportements violents (par exemple, l'isolement / retenue) peut miner cette satisfaction (Kuosmanen, Hätönen, Jyrkinen, Katajisto, &amp; Välimäki, 2006). Les expériences des patients d'isolement / de retenue sont essentiellement négatives, nuisibles, ou traumatiques (Frueh et al., 2005). De nombreux patients ne savent pas la raison pour laquelle ils sont placés dans l'isolement / de retenue (Meehan, Bergen, &amp; Fjeldsoe, 2004). La retenue est perçue comme une punition (Holmes, Kennedy, et Perron, 2004; Keski-Valkama, Koivisto, Eronen, &amp; Kaltiala-Heino, 2010) ou comme une violation de leur autonomie. (Hoekstra, Lendemeijer, et Jansen, 2004). Les émotions négatives souvent mentionnées par les patients sont : la colère, l'impuissance, la confusion, la solitude, la désolation, et l'humiliation (Hoekstra et al., 2004). Les sentiments négatifs à cause du manque perçu de l'interaction avec le personnel avant, pendant, et après l'isolement / de retenue sont communs (Keski-Valkama et al, 2010; Meehan, Vermeer, et Windsor, 2000). Cependant, il y a aussi des expériences positives telle que</p>

le sentiment de sécurité; certains patients voient l'isolement / retenue comme une partie du traitement de leur comportement agressif et violent (Kjellin et al., 2004; Kuosmanen, Hätönen, Malkavaara, Kylmä, & Välimäki, 2007). En raison de ces résultats contradictoires, il est essentiel d'être conscient des perceptions et suggestions individuelles des patients concernant l'utilisation isolement / retenue. « Les suggestions des patients afin d'améliorer la pratique lors de l'isolement sont : meilleures interactions avec le personnel, plus d'activités, médication forcée et un environnement moins nuisible. » (Keski- Valkama et al, 2010; Kuosmanen et al. , 2006; Meehan et al, 2000) » Les infirmiers voulaient respecter l'autonomie des patients aux maximum ».(Olofsson & Nordberg, 2001). Les patients ont également fourni des suggestions pratiques sur la façon d'améliorer l'utilisation de mesures coercitives, par exemple, la possibilité d'utiliser les toilettes et prendre soin de leur hygiène, literie plus confortable, dispositions pour les fumeurs, une sonnette d'alarme, et des vêtements ordinaires (Keski-Valkama et al., 2010). Les patients ont exprimé le besoin de discuter de l'isolement avec le personnel. (Keski-Valkama et al, 2010; Ryan & Happell, 2009). Les patients eux-mêmes ont proposé des solutions de rechange moins restrictives à l'isolement / de retenue (par exemple, une seule intervention verbale suivie par des médicaments, une observation constante, l'utilisation de l'unité de soins intensifs psychiatriques, un "time out" du programme, la possibilité de négocier avec le personnel [Meehan et al., 2000]), les activités, la musique, et une meilleure explication des règles (Keski-Valkama et relaxant al., 2010). Au cours des dernières années, les patients ont été de plus en plus encouragés à jouer un rôle plus actif dans la planification et la prestation des soins de santé (Conseil de l'Europe, 2000). En psychiatrie, aussi, un certain nombre de mesures ont été prises pour renforcer la position des patients (Commission européenne, 2005). De plus, l'importance de la perspective et le service de la participation des utilisateurs du patient dans le développement de programmes de gestion de l'agression en milieu hospitalier a été reconnu (Ministère des affaires sociales et de la Santé, 2009). En Finlande, cependant, en dépit de tous ces efforts, les statistiques continuent à ne pas montrer une baisse constante de l'utilisation de l'isolement / de retenue (Keski-Valkama et al., 2007). Par conséquent, il est important de recenser l'avis des patients sur la question. Pour comprendre la situation actuelle en Finlande et pour délimiter les orientations futures (par exemple, dans les programmes éducatifs), nous avons exploré en parallèle (a) les expériences d'isolement / de retenue des patients hospitalisés en psychiatries, (b) leurs suggestions pour l'amélioration des pratiques isolement / retenue, et (c) des solutions de rechange à l'isolement / retenue en psychiatrie. Cette étude fait partie d'une organisation internationale européenne financée par la Commission (Leonardo da Vinci, FI-06-B- F-PP-160701) projet de recherche sur la formation professionnelle des infirmières dans la gestion des patients psychiatriques hospitalisés agressifs et perturbés dans six pays européens.

Cadre théorique ou conceptuel	Donnée inductive qualitative
Question de recherche	Utiliser les expériences des patients afin d'améliorer la prise en charge des patients et proposer des alternatives à l'isolement.
<b>Méthodes</b> Tradition et devis de recherche	L'objectif de la recherche est de recenser l'avis des patients et leurs expériences afin d'exploiter les alternatives qu'ils proposent.
Population et contexte	L'étude a été menée sur six quartiers fermés aigus dans deux hôpitaux psychiatriques en Finlande du sud du 12 mai au 31 octobre 2007. Chaque quartier avait 18-20 lits et 18-23 infirmières.
	La population interrogée était des patients ayant vécu l'isolement.
	L'âge moyen des 30 patients interviewés étaient de 41 ans (extrêmes 20-64 ans) ; 63 % étaient des hommes. Le diagnostic le plus fréquent était la schizophrénie.
Collecte des données et mesures	Une approche qualitative descriptive avec des questions d'entrevue ciblées, ouvertes a été utilisée pour explorer le vécu du patient et les alternatives proposées par ceux-ci.
Déroulement de l'étude	Les questions d'entrevue étaient ouvertes dans le but de promouvoir une relation de confiance sans que les interviews affectent leurs soins. Quatre chercheurs de soins infirmiers avec la formation en psychiatrie, ont mené des entrevues de patients. Pour capturer des expériences aiguës et récentes, les patients ont été interrogés dans les salles d'entretien 2-7 jours après l'isolement / retenue. L'évaluation clinique de la capacité du patient à être interrogé sans risque de préjudice a été effectuée par un médecin et une infirmière avant l'inscription. La durée des entrevues menées variait de 11 à 60 minutes (M = 25). Les entrevues ont été enregistrées avec la permission des patients et transcrites. Pour cinq patients qui ne donnent pas leur autorisation pour l'enregistrement, des notes précises ont été rédigées. Les caractéristiques démographiques des patients ont été recueillies à partir des documents de patients et les données relatives à l'isolement. Les incidents de retenue ont été issues de la base de données isolement / de

	retenue des hôpitaux.
Rigueur	Les phrases clés ont été recensées en intégrant tous les points clés de l'entrevue puis afin de diminuer les interprétations, deux chercheurs indépendants ont analysé les mêmes données afin de comparer les résultats.
<b>Résultats</b> Traitement des données	<p>Les patients transmettent que l'isolement était un processus longitudinal avant, pendant et après l'isolement</p> <p>Les expériences des patients ont été classées en 2 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le manque d'informations</li> <li>- La manière d'être traité</li> </ul> <p>Les patients ont rapporté principalement qu'ils ne reçoivent pas suffisamment d'informations sur leur situation, le traitement et les plans, ce qui allait arriver, et la raison de l'isolement / retenue.</p> <p>Les expériences des patients pendant l'isolement sont classées en 4 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les sentiments pendant l'isolement (colère, peur, solitude)</li> <li>- Des problèmes dans la prise en charge des besoins de base</li> <li>- Le manque d'activité (lecture d'un livre ou magazine, écouter de la musique, faire de l'exercice physique.)</li> <li>- Les problèmes de communication avec le personnel</li> </ul> <p>Puis les suggestions des patients classées en 5 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Un traitement humain</li> <li>-Des évaluateurs externes (médiateur, aumônier)</li> <li>-Les informations mise à jour</li> <li>-Des accords écrits</li> <li>-Un environnement convivial pour le patient.</li> </ul> <p>Les patients devraient avoir des informations sur leurs traitements ainsi que sur les motifs de l'isolement et à partir</p>

	<p>de quand ils sont isolés. Ils veulent aussi participer activement à leurs soins, voir le plan de traitement écrit.</p> <p>Les alternatives à l'isolement proposées par les patients sont divisées en 4 groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-interactions empathiques avec les soignants une présence silencieuse, l'écoute.</li> <li>-des activités</li> <li>-la communauté thérapeutique</li> <li>-les traitements biologiques</li> </ul> <p>Les patients ont souligné l'importance de la communauté thérapeutique, atmosphère sécuritaire et environnement confortable, des salles fermées où ils ont passé la majeure partie de leur temps.</p> <p>Le rôle des infirmières dans la création de cette atmosphère est déterminant.</p> <p>Une chambre individuelle pour chaque patient permettrait plus de possibilités de passer du temps seul ou avec les autres patients et ainsi de mieux réguler ce temps.</p>
Présentation des résultats	<p>Par secteur de récoltes de données, les phrases clés sont recensées ainsi que le nombre de réponses allant dans ce sens.</p>
<b>Discussion</b>  Intégration de la théorie et des concepts	<p>L'isolement est perçu comme essentiellement négatif pour les patients.</p> <p>Les patients disent qu'ils ne reçoivent pas suffisamment d'attention.</p> <p>Le constat de besoins physiques non satisfaits pendant l'isolement était frappant.</p> <p>Il y a même eu dans certains cas des refus d'accès aux sanitaires et le patient a dû déféquer sur le plancher. Ceci est une violation des droits fondamentaux.</p> <p>L'isolement était perçu comme trop long et ennuyeux parce qu'il n'avait rien à faire. C'est est une déclaration du Comité européen pour la prévention de la torture et des traitements inhumains ou dégradants(2009) qui dit que lors de l'isolement les patients doivent avoir des activités significatives. Les résultats indiquent un profond changement dans la culture et les pratiques. Par exemple, les chambres d'isolement sont les mêmes depuis des décennies. De plus, elles n'ont toujours pas de preuves d'efficacité clinique dans le traitement des comportements agressifs. Un environnement plus confortable devrait être testé en milieu psychiatrique.</p>

	<p>Pour améliorer la communication avec le patient une infirmière pourrait-être nommée responsable de situation afin de favoriser la communication en incluant des arguments essentiels sur l'isolement. Etant donné l'interaction faible avec les soignants les patients ont proposé l'intervention d'un évaluateur externe.</p> <p>Les patients ont suggéré peu de nouvelles alternatives à l'isolement.</p> <p>Par exemple, Huckshorn (2004) a présenté une base théorique et pratique pour la prévention de l'isolement / retenue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la direction exécutive</li> <li>- les données en tant que moteur du changement</li> <li>- le développement de la main-d'œuvre</li> <li>- des outils et des techniques pratiques</li> <li>- l'autonomisation des utilisateurs de services</li> <li>- le post-isolement / retenue débriefing.</li> </ul>
Perspectives	<p>Dans la pratique, il faut avant tout satisfaire les besoins fondamentaux des patients, des activités significatives devraient être proposées ainsi qu'un environnement plus confortable.</p> <p>Faire participer le patient dans le processus d'amélioration continue et réaliser des soins infirmiers axés sur le patient. Augmenter l'interaction patient personnel. Chaque expérience négative de l'isolement devrait pouvoir être discutée avec le personnel et un évaluateur externe.</p> <p>La planification préalable et le souhait du patient devraient être pris en compte, ainsi que les accords soignant soigné pour diminuer l'isolement.</p> <p>Encourager les patient à jouer un rôle plus actif dans leurs prises en charge.</p> <p>Les travaux d'améliorations continues devraient inclure les patients systématiquement.</p>
<b>Questions générales</b> Présentation	<p>C'est clair et ciblé par thème.</p> <p>L'étude apporte des résultats probants susceptible d'être utilisés dans la pratique.</p>
Evaluation globale	<p>Limitations de l'étude : seuls 2 hôpitaux participant et peu de patients impliqués en raison d'une incapacité de communications et d'autres ne répondaient pas au critère d'inclusion. Certains ne voulaient pas participer à cause de</p>

	<p>l'inattention du personnel. Finalement seuls 31 sur 120 ont participé puis un a été éliminé pour violation du protocole.</p> <p>Il est aussi possible que certains patients ont été omis par le personnel exprès, mais c'est peu probable vu qu'il y avait un double contrôle.</p> <p>Le but de cette étude était de ne pas fournir des données généralisables, mais plutôt d'obtenir des données qualitatives approfondies et des informations sur les points de vue et les besoins subjectifs des patients.</p>
--	--

Aspects du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
<b>Titre</b>	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Il parle de l'expérience des patients qui ont subi l'isolement et la contention en psychiatrie, il parle aussi de suggestions pour la pratique.
<b>Résumé</b>	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	x			Objectifs de l'étude Méthodes Résultats L'implication dans la pratique.
<b>Introduction</b> Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	x			Analyser le ressenti des patients lors de l'isolement et les alternatives qu'ils proposent.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	x			Oui tout à fait : l'isolement est très souvent utilisé. Les psychotiques sont les plus isolés.

					<p>Le comportement violent est une indication d'isolement.</p> <p>La pratique clinique dévie de la base théorique et juridique.</p> <p>L'isolement est risqué : effets physique, psychique et mort selon (Happell &amp; Harrow 2010) (Sailas &amp; Fenton 2000)</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			x	<p>Repris dans la discussion :</p> <p>Huckshorn (2004) a présenté une base théorique et pratique pour la prévention de l'isolement / retenue : (a) le management ; ( B ) les données en tant que moteur du changement ; (C) le développement de la main-d'œuvre ; (D) des outils et des techniques pratiques ; (E) l'autonomisation des utilisateurs de services ; et (F) post-isolement / retenue débriefing.</p>
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			x	L'isolement est perçu comme négatif pour les patients.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	x			Tout à fait.
<b>Méthodes</b> Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	x			Recueillir le ressenti de patients ayant subi l'isolement.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	x			<p>18/65 ans qui parlent le finlandais et souhaitent participer à l'étude ayant donné leur consentement éclairé.</p> <p>Exclusion si incapacité de communiquer.</p>
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	x			30 patients c'est un échantillon faible mais peut-être suffisant pour se faire une idée de la situation. Par contre, il n'y a que 2 hôpitaux participants, ce qui est aussi très faible.

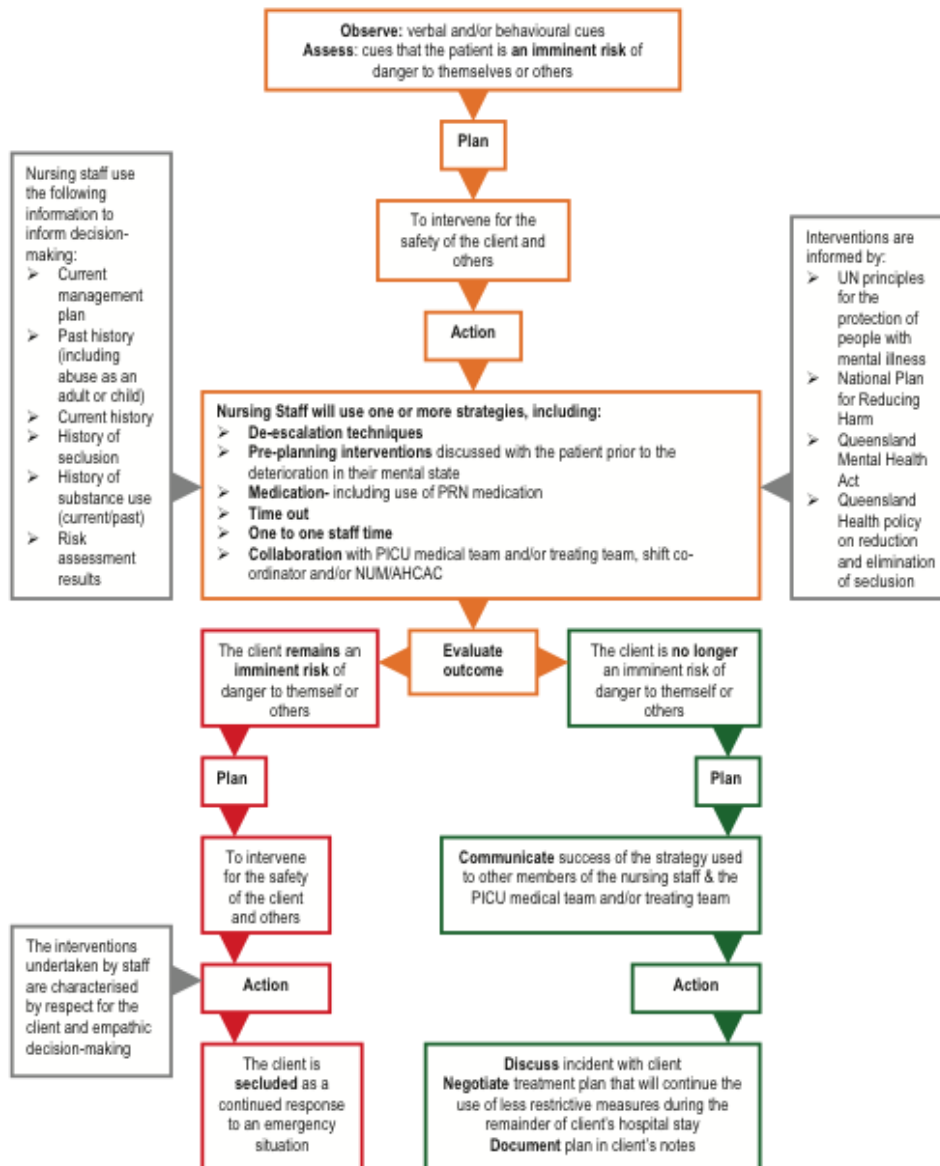


Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	x			Approche qualitative descriptive avec des questions d'entrevue ciblées ouvertes.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	x			4 groupes -Sentiments pendant l'isolement -Problèmes pendant les prises en charge -Le manque d'activité -Problème de communication.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?  -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				Plusieurs lectures ont été faites, afin de constituer des thématiques pertinentes, puis un codage a été fait avec des sous catégories.  Deux chercheurs ont réalisé ce travail afin de diminuer les interprétations subjectives.
<b>Résultats</b> Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	x			Ils ont observé statistiquement : le genre, le diagnostique, les raisons de l'isolements, le nombre d'isolement et d'environnements restreints.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Avec le tableau 1 et aussi avec les suggestions des patients.
<b>Discussion</b> Intégration de la théorie et des	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches		x		Ils sont classé en 2 groupes :  le manque d'informations et la manière d'être traité.

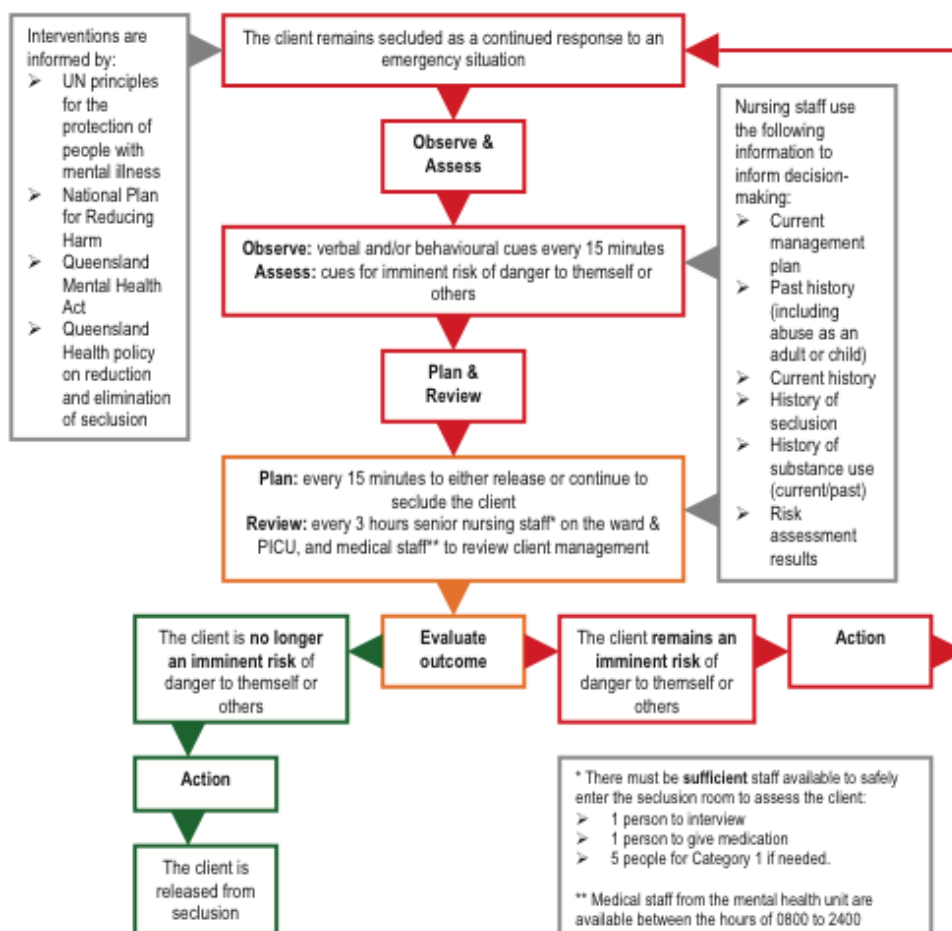
concepts	antérieures ?				
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	x			Par l'intermédiaire de l'implication dans la pratique infirmière.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			Seuls 2 hôpitaux ont participé à l'étude et seulement quelques patients pouvaient être inscrits. Echantillons faibles
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	x			Il y a une rubrique consacrée à cela : elle dit que les interactions avec le personnel doivent se poursuivre pendant l'isolement. Il faut fournir aux patients des activités significatives, la planification préalable, la documentation des souhaits des patients, et faire des accords - patient - personnel - réduisant la nécessité de restrictions et, offrir des solutions de rechange pour l'isolement / retenue. Les utilisateurs du service doivent être impliqués dans tout le développement pratique.
<b>Questions générales</b> Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			Tout à fait .
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	x			C'est une bonne étude qui nous apporte une vision indicative centrée sur les patients. L'étude recueille uniquement 30 témoignages dans 2 hôpitaux de psychiatrie, ce qui est faible, mais donne déjà une bonne indication.

## Appendice B

### Le cadre décisionnel



Prise de décision pour isoler le patient



Prise de décision pour sortir le patient