



**RECHERCHE ET
ÉVALUATION**

**Qualité des interventions
infirmières dans un
épisode d'isolement avec
ou sans contention en
contexte psychiatrique :
points de vue d'infirmières
et de patients**



**Hôpital
Louis-H. Lafontaine**

Animés par l'espoir

AFFILIÉ À

**Université
de Montréal**

**Qualité des interventions
infirmières dans un
épisode d'isolement avec
ou sans contention en
contexte psychiatrique :
points de vue d'infirmières
et de patients**



**Hôpital
Louis-H. Lafontaine**

Animés par l'espoir

AFFILIÉ À
Université 
de Montréal

Chercheur principal :

Caroline Larue, Ph. D., chercheuse au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et au Groupe de recherche interdisciplinaire en sciences infirmières de Montréal; Professeure adjointe à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

Première phase du projet non subventionnée

Cochercheurs :

Geneviève Ménard, M. Sc. Inf., M. Sc. (a), directrice des soins infirmiers, Hôpital Louis-H. Lafontaine; Nicole Daigle, M. Sc. Inf., DESS (santé communautaire), conseillère infirmière clinicienne en soins infirmiers, Hôpital Louis-H. Lafontaine; Denise Grégoire, M. Sc. Inf., conseillère infirmière clinicienne en soins infirmiers, Hôpital Louis-H. Lafontaine.

Deuxième phase du projet subventionnée par le GRISIM

Cochercheurs :

Myra Piat, Ph. D., chercheuse. Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Hélène Racine, inf., M. Sc. MAP, directrice des soins infirmiers de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

Collaboratrices :

Sandra Clergé, M. Sc. Inf., infirmière clinicienne en soins infirmiers, Institut universitaire en santé mentale Douglas

Stagiaires de recherche :

Emanuelle Bernhéim, Doctorante à la Faculté de droit.

Christine Genest, Doctorante à la Faculté des sciences infirmières.

Marie-Hélène Goulet, Étudiante au baccalauréat à la Faculté des sciences infirmières.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN 13-978-2-922662-11-5

© Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2009

Tous droits réservés

Distribué par le Centre de documentation de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Téléphone : 514 251-4000 poste 2964; Télécopieur : 514 251-0270

Web : www.hlhl.qc.ca

Courriel : bibliotheque.lhl@ssss.gouv.qc.ca

Remerciements

Cette recherche n'aurait pu voir le jour sans la contribution de plusieurs personnes auxquelles nous tenons à rendre hommage. En premier lieu, c'est envers le GRISIM et le CRFS qui offrent les conditions matérielles et le soutien moral propices au développement de la recherche que nous exprimons notre reconnaissance. Nous soulignons l'appui indispensable de Mesdames Geneviève Ménard et Hélène Racine, respectivement directrices des soins infirmiers de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas. Nous sommes aussi redevables à M. Louis Rocheleau, adjoint au directeur général de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, pour son apport sur le concept de satisfaction des usagers, à madame Johanne Vaudry, avocate et responsable du comité des usagers, qui a collaboré au recrutement des usagers et à madame Johanne Fortier pour la transcription des entrevues des infirmières. Enfin, nous tenons à exprimer notre profonde reconnaissance à toutes les infirmières et aux usagers des deux hôpitaux, plus spécifiquement aux 24 infirmières et sept usagers qui ont contribué à l'avancement des connaissances en matière de pratiques d'isolement avec ou sans contention.

Table des matières

Remerciements	iii
Table des matières.....	4
SOMMAIRE	5
PROBLÉMATIQUE.....	5
QUESTIONS DE RECHERCHE.....	7
RECENSION DES ÉCRITS	7
MÉTHODE	8
COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES.....	8
RÉSULTATS.....	10
L'ÉVALUATION DE LA SITUATION : DÉCODER LES COMPORTEMENTS	11
LA PRISE DE DÉCISION	12
INTERVENTIONS INFIRMIÈRES AVANT L'ÉVÉNEMENT	14
INTERVENTIONS INFIRMIÈRES PENDANT L'ÉVÉNEMENT	18
LES COMMUNICATIONS AVEC LES PROCHES	20
INTERVENTIONS INFIRMIÈRES APRÈS L'ÉVÉNEMENT	20
RELATION ENTRE LES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES DÉCRITES ET LES MEILLEURES PRATIQUES.....	23
CONSTATS PRINCIPAUX	26
RECOMMANDATIONS.....	28
LIMITES MÉTHODOLOGIQUES	29
Références	30

SOMMAIRE

À l'automne 2002, les établissements de santé du Québec, en réponse notamment à l'ajout de responsabilités au Code des professions concernant la prise de décision en matière d'isolement avec ou sans contention, ont révisé leur protocole et leur pratique afin de promouvoir l'utilisation de mesures de remplacement et d'améliorer la qualité des soins.

Dans la présente étude, l'équipe de recherche a voulu mettre au point un protocole de recherche pour décrire les interventions infirmières lors des épisodes d'isolement et les mettre en relation avec d'une part, le point de vue de l'utilisateur et, d'autre part, les protocoles suggérés par les établissements et les lignes directrices développées aux EU.

Les infirmières rencontrées (n : 24) provenaient de deux établissements psychiatriques d'une région métropolitaine qui se distinguaient par une affiliation universitaire plutôt anglophone pour l'un et plutôt francophone pour l'autre. Elles ont répondu, lors d'entretiens, à un questionnaire semi-structuré qui explorait les interventions effectuées pour prendre la décision d'isolement, les interventions effectuées pour amener l'utilisateur en salle d'isolement, les interventions durant l'isolement et celles qui ont eu lieu à la suite de la cessation de l'isolement.

L'étude révèle des difficultés liées au recrutement et à la pertinence des données recueillies auprès des usagers aux fins de la recherche. Sur le plan des interventions infirmières avant et durant l'épisode d'isolement, les résultats amènent des éléments de discussion concernant la culture de partenariat avec l'utilisateur, la compréhension préventive du comportement et le maintien d'une relation thérapeutique durant l'épisode. Enfin, les interventions effectuées après l'épisode d'isolement sont peu systématisées malgré la charge émotionnelle de tels événements sur les intervenants et sur les usagers impliqués, suggérant des améliorations possibles.

PROBLÉMATIQUE

La contention physique et l'isolement sont deux mesures thérapeutiques visant soit à contraindre un patient par des moyens physiques, soit à isoler un patient et à limiter ses contacts avec les pairs (Kipman, 2005)¹ lors de

¹ Nous n'intégrons pas, dans cette étude, les substances chimiques utilisées comme mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne.

situations de soins en contexte psychiatrique. Ces mesures d'exception doivent être utilisées avec parcimonie, en dernier recours; elles font appel au jugement clinique de l'infirmière et à sa capacité de mettre en œuvre des interventions qui assurent la sécurité et le bien-être des patients lorsqu'elles s'avèrent essentielles.

Pourtant, dans un rapport d'enquête de 1999, le U.S. General Accounting Office révèle que les protocoles de contention et d'isolement sont appliqués et surveillés de manière irrégulière; que des enfants et des adultes sont, à l'occasion, blessés lors de ces interventions; que le personnel impliqué est peu formé et peu supervisé; et, enfin, qu'il n'y a pas de standardisation des pratiques lors de l'utilisation de ces mesures. De plus, selon *l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) (1998)* et Donat (2002), peu de recherches ont porté sur l'efficacité et l'efficacités des pratiques d'isolement et de contention sous l'angle du bien-être du patient.

En 2002, puisque l'application des mesures de contention et d'isolement s'avère un risque documenté pour la sécurité des patients, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec définit des orientations qui visent la réduction maximale, voire l'élimination, des contentions par l'innovation, la créativité et l'utilisation de mesures de remplacement. Plus récemment, au Québec, le libellé 118,1 de la *Loi sur les services de santé et les services de santé* précise que les mesures de contention et d'isolement doivent être minimales et exceptionnelles, rapportées de façon détaillée au dossier et qu'un protocole d'application de ces mesures doit être prévu. En réponse à ces diverses orientations, les administrations des hôpitaux psychiatriques ont élaboré des politiques, mis en œuvre des protocoles visant la promotion de la réduction des mesures de contrôle et offert des périodes de formation. Toutefois, aucune évaluation formelle n'a été réalisée sur les effets de ces mesures administratives. D'une part, il n'existe aucune donnée sur les interventions infirmières réellement effectuées et l'on ignore si ces interventions sont en lien avec les protocoles mis en place ou les meilleures pratiques dans le domaine. D'autre part, on ne peut se prononcer quant à l'effet de ces interventions sur la qualité des soins offerts à la clientèle.

QUESTIONS DE RECHERCHE

- *Quelles sont les interventions infirmières lors de l'épisode d'isolement avec ou sans contention?*
- *Quels sont les questionnements soulevés par les infirmières sur leurs pratiques?*
- *Quelles sont leurs relations avec les protocoles et les meilleures pratiques lors de l'épisode d'isolement avec ou sans contention?*

RECENSION DES ÉCRITS

La revue des écrits sur les épisodes de contention et d'isolement explore quatre dimensions: 1) les facteurs qui interviennent lors de la décision de contention et d'isolement (Holzworth, Wills, 1999; Griffith, 2001; Kling, 2001; Taxis, 2002; Winn, 2002), 2) les motifs invoqués pour justifier les pratiques de contention et d'isolement (Palazzolo, Favre, Vittini, Bougerol, 2001; Kaltiala-Heino, R.; Tuohimaki, C.; Korkeila, J.; Lehtinen, V. 2003; Morin, Michaud, 2003), 3) la recension des conditions favorisant les mesures de remplacement (Hukshorn, 2004; Labelle, 2005; McNasser, 1997) et 4) les études sur l'évaluation de programme de réduction des contentions et de l'isolement.

Les six études recensées traitent de l'impact des programmes de réduction de contention et d'isolement en comparant le taux d'utilisation de la contention et de l'isolement avant et après l'implantation de programmes dans les sites étudiés soit en fréquence, soit en nombre d'heures d'application de la mesure d'isolement ou de contention (Donat, 2003; Donovan, A., Siegel, L., Zera, G., Plant, R., Martin, A., 2003; Jonikas, J.A., Cook, J.A., Rosen, C., Laris, A., Kim, J.B., 2004; Khadivi, Patel, Atkinson, Levine, 2004; McCue, 2004; Taxis, 2002). Étonnamment, nous n'avons trouvé aucune étude sur la relation entre des pratiques de soins qui seraient exemplaires et des indicateurs de bien-être du patient lorsque la mesure de contrôle est nécessaire et justifiée. Qui plus est, aucune étude à notre connaissance n'aborde la problématique de la contention et de l'isolement sous un angle de soins globaux aux patients (aspects relationnels et aspects physiques du soin).

En somme, les objectifs de réduction d'utilisation des mesures de contention et d'isolement prônés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, en 2002, ont amené les établissements de santé à revoir leur protocole et leur pratique en matière de mesures de contrôle sans toutefois examiner comment ces protocoles sont appliqués par les infirmières.

MÉTHODE

Échantillon

L'étude s'est déroulée sur deux sites : l'Institut universitaire en santé mentale Douglas affilié à l'Université McGill (n : 6) et le centre hospitalier de soins psychiatriques Louis-H. Lafontaine affilié à l'Université de Montréal (n : 18). La population cible des infirmières est celle qui travaille à l'un ou l'autre de ces centres hospitaliers et qui a signé un protocole d'isolement ou un protocole d'isolement-contentions auprès d'une clientèle hospitalisée en psychiatrie, lors d'un épisode non planifié, dans une des unités de soins ciblées par l'équipe de recherche. Au total, 24 infirmières ont été recrutées, en deux temps, entre l'hiver 2007 et l'hiver 2008.

COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

Outils de collecte de données

Trois outils de collecte de données ont été utilisés dans ce projet. 1) Une grille d'entrevue auprès d'infirmières structurée selon une séquence ordonnée d'interventions : les interventions de remplacement **avant, durant et après l'épisode d'isolement**. Les dimensions retenues s'inspirent des différentes étapes de la prise de décision appliquées aux soins infirmiers qui s'appuient sur des études qui ont cherché à cerner le processus de résolution de problèmes (Benner, Tanner, Chesla, 1996; Corcoran, 1986; Jenkins, 1995; Jones, 1989; White, Nativio, Kobert, Engberg, 1992). 2) Une grille de recueil des données écrites² a été conçue pour permettre de catégoriser les notes infirmières relatives à la mise en isolement. 3) Enfin, la grille provisoire d'entrevue auprès des patients a été prétestée auprès d'un panel de cinq usagers et grandement simplifiée.

L'analyse des données

Les données des entrevues ont été enregistrées et transcrites textuellement. L'analyse des données qualitatives a été réalisée selon une méthode d'analyse de contenu classique (Bardin, 1997; Karsenti et Savoie-Zajc, 2000; Miles et Huberman, 2003; Van der Maren, 1999): classement du matériel, réduction puis établissement de catégories. L'identification et le regroupement des unités de sens en catégories ont été effectués en respectant les règles usuelles d'homogénéité, d'exhaustivité, d'exclusivité, d'objectivité et de pertinence (Bardin, 1998). Un échantillon de l'analyse des données a été soumis à un contrôle intra-codeur tel que suggéré par Miles et Huberman (2003). La gestion de la codification a été effectuée avec le logiciel d'analyse

² Les données écrites ont été consultées lors de la 1^e série d'entrevue.

qualitative QDA Miner qui a permis de coder les segments d'entretien dans différentes catégories.

Biais associés au projet

Lors des entretiens, le risque demeure toujours présent de suggérer, par des expressions non verbales, des réponses attendues (Speziale, 2007). Pour améliorer la restitution des événements qui se sont déroulés, la chercheuse a eu recours à un instrument de rappel : le formulaire de contention et d'isolement. Aussi, en combinant les notes écrites qui rapportent les événements in vivo, les entretiens et les éléments de contexte, la chercheuse a obtenu un portrait plus complet de l'épisode (triangulation méthodologique).

De plus, un biais d'échantillonnage est possible puisque les infirmières qui acceptent de répondre aux entretiens ont un profil particulier. Également, le biais de la désirabilité sociale exige de la prudence dans l'interprétation des données. En effet, il est raisonnable de croire que les infirmières qui sont complètement insatisfaites de leurs interventions ont refusé l'invitation.

RÉSULTATS

Caractéristiques sociodémographiques des infirmières de l'échantillon

- ❖ Les infirmières rencontrées ont en moyenne 40 ans (*moins de 30 ans =8 ; 30 à 39 ans =3 ; 40 à 49 ans =8 ; 50 à 59 ans =5*) et sont donc surreprésentées dans la catégorie d'âge « moins de trente ans ». Au Québec, la moyenne d'âge des infirmières en santé mentale est de 46,7 ans. (OIIQ, 2007a)
- ❖ Les hommes représentent 60% des infirmières rencontrées (H=9 ; F=15) ce qui est nettement supérieur aux 18% que l'on retrouve dans les centres hospitaliers psychiatriques du Québec (OIIQ, 2007a).
- ❖ Les infirmières rencontrées sont surreprésentées dans la catégorie « 16 ans et plus d'ancienneté » (n=14), car 37% des infirmières qui exercent en santé mentale ont 15 ans et plus d'expérience (OIIQ, 2007a). (*moins de 1 an =3 ; 1 à 3 ans =6 ; 7 à 9 ans =1 ; 16 à 18 ans =1 ; 18 et plus =13*)
- ❖ Les infirmières rencontrées qui ont une formation de baccalauréat (n=8) sont surreprésentées par rapport aux infirmières qui possèdent un DEC (n=16). En effet, dans les CH au Québec, 83% des infirmières ont un DEC, 6,7% ont obtenu un diplôme d'hôpital et 6,3% un baccalauréat (OIIQ, 2007a).
- ❖ La majorité des infirmières rencontrées sont titulaires d'un poste à temps complet (n=18) ou à temps partiel (n=6). La proportion est quasi identique à celle recensée en centre hospitalier psychiatrique du Québec où 67% occupent un poste à temps complet, 26% un poste à temps partiel et 7% un poste occasionnel (OIIQ, 2007 a).
- ❖ Les infirmières rencontrées travaillent surtout de jour (n=14), de soir (n=9) et en une occasion de nuit.
- ❖ Les infirmières provenant de l'hôpital F (n=18) sont surreprésentées par rapport à l'hôpital A (n=6).

En somme, l'échantillon comprend une surreprésentation d'infirmières jeunes, d'hommes, d'infirmières détenant un baccalauréat et d'infirmières ayant 16 ans et plus d'ancienneté.

Caractéristiques de l'environnement de travail des infirmières de l'échantillon

- ❖ Les infirmières rencontrées travaillent dans un établissement dans lequel il y a :
 - ◆ une philosophie de réduction des épisodes d'isolement
 - ◆ l'application des nouveaux protocoles à la suite de la formation
 - ◆ l'application d'un programme de pacification (PGCA pour l'hôpital F et Oméga pour l'hôpital A)

- ❖ Les infirmières rencontrées travaillent dans une unité de soins dans laquelle il y a :
 - ◆ une culture de partenariat avec le patient (discours qui n'est pas corroboré par l'examen des marqueurs d'une culture de partenariat)
 - ◆ une culture de collaboration de leur équipe de soins
 - ◆ une tolérance zéro par rapport aux comportements agressifs qui s'exprime par l'explication des règles ou encore qui s'acquiert de façon autonome par le patient (lecture de brochures, d'affiches sur les murs)

- ❖ Les infirmières rencontrées ont procédé à des décisions d'isolement dans les contextes suivants :
 - ◆ toute l'équipe de soins était présente dans la moitié des décisions alors que l'équipe était incomplète dans l'autre moitié
 - ◆ moins de la moitié des infirmières trouvait que l'environnement de travail était stressant, alors qu'un peu plus de la moitié était en surcharge de travail
 - ◆ l'équipe de soins est le plus souvent régulière
 - ◆ l'infirmière ou son équipe connaît généralement le patient

L'ÉVALUATION DE LA SITUATION : DÉCODER LES COMPORTEMENTS

Type de mesures de contrôle utilisé

La situation est décrite comme une situation d'urgence pour 10 infirmières. Pour ces dernières, la situation est tout à fait imprévisible. À l'inverse, 14 infirmières commentent une situation qui se détériore progressivement. Sur

les 24 épisodes recensés, dix ont été des cas d'isolement avec contention. Les quatorze autres cas ont seulement impliqué un isolement sans contention. La moyenne de la durée des isolements qui ont été commencés et qui se sont terminés lors du même quart de travail (n : 13) est de deux heures quarante-cinq minutes.

LA PRISE DE DÉCISION

Description de l'état du patient

Le tableau 1 fait voir que l'état du client est décrit selon des indicateurs assez constants d'une infirmière à l'autre : son discours, le contenu de sa pensée, son comportement caractérisé par l'agitation et son humeur empreinte de négativisme.

Tableau 1 : Description³ de l'état du client par les infirmières (n :24)

Rubriques	Indicateurs
Discours	<ul style="list-style-type: none"> • Incohérence, désorganisation, mutisme, confusion, élocution rapide, ton agressif, augmentation du ton de la voix
Contenu de la pensée	<ul style="list-style-type: none"> • Délire, hostilité des propos, hallucinations identifiées par des rires immotivés ou par des soliloques, propos menaçants (menaces de mort et d'agression), injures, autocritique absente, déconnexion de la réalité
Comportement	<ul style="list-style-type: none"> • Agitation identifiée par des cris, un débit rapide, un ton agressif, une tension musculaire, de la nervosité, des tremblements • Comportements moteurs inhabituels tels que marcher sur place, circuler sans cesse, enlever ses vêtements, cracher, voler les autres patients, sauter sur le lit, vomir, être violent envers les objets, frapper les autres patients ou les agents, se cogner la tête sur la porte • Expression faciale comme un visage fermé, un regard hostile et arrogant, un regard figé, fixe et hagard, des yeux révulsés
Humeur	<ul style="list-style-type: none"> • Négativisme, idées suicidaires, état dépressif

³ Les catégories retenues pour décrire l'état du patient proviennent de la collecte de données au sujet du statut émotionnel et mental ainsi que du contenu de la pensée développées par Varcarolis, E. (2006). *Manual of Psychiatric Nursing Care Plans* (3th ed.). Philadelphie, Saunders Elsevier, p.9-10

L'identification du niveau de sévérité du risque

Afin de saisir comment les infirmières décident de la mise en isolement à partir de l'état du patient, nous avons cherché à comprendre les critères de décision utilisés, l'importance accordée au poids de l'historique du patient, le but recherché et comment les infirmières expliquent le comportement du patient.

Critères de décision :

Les infirmières interrogées établissent le niveau de sévérité du risque à partir de trois critères : l'anticipation du risque d'agression, l'agression et l'agitation jumelée à la désorganisation.

Tableau 2 : Description des critères de décision de mise en isolement par les infirmières (n :24)

Rubriques	Indicateurs
Anticipation du risque d'agression	Agressivité, violence, menaces, dangerosité, impulsivité, imprévisibilité, risque imminent, risque de blessure pour le patient, les autres patients et le personnel
Agression	Coups de pieds à la mâchoire, coup derrière la tête d'un autre patient Coups aux agents
Agitation et désorganisation	Incapacité à encadrer le patient, désorganisation, agitation Comportement inadéquat : défaire les décorations de Noël, se tenir sur le bord de la fenêtre, se donner en spectacle devant les autres patients

Poids de l'historique :

La décision de mise en isolement se prend habituellement en deux volets : selon ce que l'infirmière observe et selon ce qu'elle connaît du patient. Lorsque l'infirmière connaît le patient (n : 14), elle justifie sa décision par le comportement observé ainsi que par sa connaissance de l'historique du patient. Lorsque les infirmières connaissent le patient par l'entremise de l'équipe de soins qui le côtoie fréquemment (n : 6), elles s'informent des antécédents et des comportements habituels du patient à divers intervenants. Quelques infirmières semblent alors agir plus rapidement pour ne pas prendre de risque. L'infirmière qui ne connaît pas le patient (n : 4) peut prendre la décision d'isolement plus rapidement ou plus lentement.

But recherché :

Les infirmières souhaitent placer les patients dans un environnement contrôlé pour plusieurs raisons : diminuer les stimuli, donner au médicament

d'appoint le temps de faire effet, permettre au patient de retrouver son calme, de se détendre et de se reposer, préserver une relative harmonie au sein de l'unité et le bien-être des autres patients et, de façon exceptionnelle, en prévention dans un contexte de surcharge de travail et de stress.

Causes des comportements :

Les causes du comportement du client sont souvent inconnues (n : 8) lorsque l'utilisateur refuse ou est incapable de communiquer; elles proviennent d'un refus du personnel (n : 7) à la suite d'une mésentente, d'un refus d'une sortie ou de consommation de drogues; ou elles sont d'origine très variée (n : 7) : congé prématuré, changement d'unité, changement corporel, environnement hostile. Dans tous les cas, les causes évoquées ne sont pas multifactorielles.

INTERVENTIONS INFIRMIÈRES AVANT L'ÉVÉNEMENT

Mesures de remplacement tentées

Lorsque les infirmières constatent une situation qui pourrait amener un épisode d'isolement, elles tentent d'appliquer des mesures de remplacement.

Tableau 7 : Interventions infirmières rapportées afin d'éviter l'épisode d'isolement

Type de mesures	Extrait d'entretiens
Offre d'un médicament selon l'ordonnance ou réévaluation (n : 17)	« On a fait réévaluer la médication, le PRN. On lui a donné le PRN au maximum selon la posologie. » (a4) « Je lui ai offert de la médication, il l'a refusée. » (b7)
Diminution des stimuli en retirant le client à la chambre (n : 16)	« On lui a donné des consignes... On essaie de diminuer les stimuli. Il restait en chambre d'observation... Il pouvait aller aux toilettes, mais il ne pouvait pas circuler dans le corridor. » (a9)
Recherche de solutions en expliquant les consignes et les conséquences (n : 16)	« Il faudrait que tu te calmes sinon il va falloir qu'on agisse. » (b4)
Recherche de contact verbal (n : 15)	« Je prenais des gants blancs quand je parlais avec le client à savoir d'où venaient ses frustrations. » (a6)
Recherche de pacification et de contrôle de l'environnement (n : 10)	« On a essayé que l'unité soit plus calme... On a essayé de mettre l'atmosphère plus calme, de pas faire plus de mouvements que cela avec les patients. » (a4) « On a tout de suite éloigné les autres patients. » (b4)
Examen physique (n : 5)	« Il avait comme des signes d'hypertension. Il devenait la face toute rouge. J'ai pris sa tension. » (a9)

La *médication d'appoint* semble bien intégrée pour beaucoup d'infirmières. Or, il arrive que cette médication soit refusée par le patient (n : 7). Une raison évoquée pour ne pas offrir de médication au besoin est le manque de temps.

La *diminution des stimuli* est fréquemment appliquée par l'infirmière. Le client est parfois mené à la chambre d'isolement, porte débarrée, afin de permettre une observation plus étroite de son comportement. La plupart des infirmières font allusion à la diminution des stimuli en concomitance avec la prise d'une médication d'appoint dans le but d'optimiser l'efficacité du médicament.

La recherche de solutions en discutant des consignes et des conséquences avec le patient est largement mentionnée par les infirmières et la plupart du temps cochée sur le formulaire ou inscrite au dossier. Toutefois, le discours sur la recherche de solutions revêt de nombreuses significations. La forme d'acte-conséquence est très prisée (n : 14). Le client est informé des conséquences de ses comportements sans toutefois être en mesure de se prendre en charge : « *s'il arrive un comportement X, il faudra...* ». Dans une moindre mesure (n : 2), certaines infirmières tentent de responsabiliser le client en lui donnant des choix et leurs conséquences. Le pouvoir décisionnel est alors remis au client.

La recherche de contact verbal se fait en discutant, en écoutant, en posant des questions au client, en essayant de le comprendre, en établissant un contact afin de rassurer, comprendre, expliquer ou convaincre le client.

La recherche de pacification et de contrôle de l'environnement va habituellement de pair avec la recherche de contact verbal. Bien connaître le client peut s'avérer un avantage majeur, car les interventions de pacification peuvent ainsi être ajustées aux spécificités des clients. En plus, certaines infirmières (n : 5) interviennent auprès des autres patients afin de les éloigner, de les faire circuler, d'en avertir certains ou d'en calmer d'autres.

L'examen clinique du client, généralement l'évaluation de la pression artérielle, est pratiqué par quelques infirmières (n : 5). Une infirmière a mentionné que, devant le comportement inhabituel de son patient, elle éliminait les causes possibles d'ordre physique par l'examen clinique sommaire.

Planification de la décision d'isolement :

La décision d'isolement s'effectue avec les autres intervenants. La décision peut se prendre en équipe (n : 7), seul tout en tenant compte des suggestions (n : 3) ou alors complètement seul (n : 4). Une fois que la décision est prise, le leadership est assumé principalement par les infirmières (n : 19) et plus rarement par les agents de sécurité (n : 2). Plusieurs infirmières (n : 7) s'assurent de la planification de l'intervention et celle-ci peut être discutée (n : 5) ou implicite (n : 2).

La mise en isolement est généralement une intervention effectuée en équipe lors de laquelle chacun a un rôle défini. Globalement, les rôles des infirmières consistent à appeler la sécurité, à déterminer le plan de match, à expliquer les mandats de chacun, à informer l'équipe de l'état du patient, à superviser ou aider les membres du personnel qui maîtrisent physiquement le

patient et à maintenir une relation thérapeutique avec lui. « *On a fait un plan de match, comment intervenir avec les agents pour le patient... Qu'est-ce qui s'était passé, comment je sentais mon feeling envers lui, comment le patient était, ce qu'on voulait faire.* » (a6). Les agents de sécurité doivent avant tout assurer la sécurité à la fois du patient et du personnel, tandis que les préposés assistent et accompagnent les infirmières dans leurs interventions, de même qu'ils peuvent aider à maîtriser le patient.

Collaboration de l'équipe

La collaboration de l'équipe est souvent très forte, ancrée dans la façon de faire les choses (n : 16). L'infirmière est soutenue dans l'application de l'intervention et dans la décision, que celle-ci soit le fruit d'une concertation de l'équipe ou de l'infirmière seule. En revanche, des infirmières (n : 8) ont vécu des situations où la collaboration de leur équipe aurait pu être meilleure. Les critiques se font surtout au sujet de la prise de décision : « *On a usé de laxisme dans nos interventions [...]. On se l'est fait reprocher.* » (b3).

Consentement et collaboration du patient

Les infirmières ont rapporté chercher à obtenir le consentement du patient en s'assurant de sa collaboration. Il y a la recherche de collaboration par l'entremise d'explications (n : 16) ou par l'observation d'un comportement passif (n : 9). Il arrive que la collaboration ne puisse être sollicitée (n : 4) lors de difficultés de communication et de situations d'urgence.

INTERVENTIONS INFIRMIÈRES PENDANT L'ÉVÉNEMENT

Tableau 8 : Description des interventions infirmières pendant l'isolement par les infirmières (n :24)

Interventions	Extraits
Offre d'une médication d'appoint (n : 15)	« Une fois à la salle de réflexion, on lui a proposé une médication qu'il a prise. » (b7)
Surveillance (n : 21 ⁴)	« On surveille si le patient est agité, comment il est, s'il soliloque, c'est quoi ses propos. On vérifie vraiment son état d'esprit, on vérifie tout. S'il est couché, on vérifie qu'il respire bien. » (b3)
Satisfaction des besoins fondamentaux (n : 13)	« On lui a toujours offert : avez-vous envie d'aller à la toilette? Avez-vous froid? Voulez-vous plus d'une couverture? » (a6)
Maintien de la relation thérapeutique (n : 19)	« J'ai essayé de voir avec lui s'il y avait d'autres façons pour mieux gérer son agressivité. » (b5)

Offre d'une médication d'appoint : En général, si l'infirmière n'a pas proposé de médication d'appoint avant l'isolement, elle l'offre une fois que le client est maîtrisé à la salle d'isolement.

Surveillance : Lorsque les infirmières assurent la surveillance, elles inspectent des paramètres liés à la condition mentale et à la condition physique, de même que l'installation des contentions s'il y a lieu. La surveillance aux 15 minutes à l'hôpital F et aux 10 minutes à l'hôpital A semble une pratique bien ancrée dans la réalité des infirmières. En revanche, la pratique de l'évaluation aux 30 minutes apparaît moins définie.

Les protocoles des centres hospitaliers étudiés ne précisent pas à qui revient la responsabilité d'assumer la surveillance aux 15 minutes. Même s'il est communément entendu que les préposés font la surveillance, quelques infirmières (n : 2) vérifient tout de même que ces derniers accomplissent adéquatement leurs tâches.

Les infirmières sont tenues d'entrer dans la chambre d'isolement aux demi-heures pour effectuer un examen clinique du client. Malgré cela, certaines

⁴ Dans les situations rapportées par les infirmières de l'hôpital A, les clients ont été pris en charge par des infirmières d'une unité adjacente aux soins intensifs.

d'entre elles (n : 3) croient préférable de ne pas entrer dans la chambre d'isolement, alors que d'autres y vont d'emblée afin d'assurer une meilleure évaluation et une surveillance rapprochée (n : 12). Les raisons évoquées de ne pas entrer sont de différents ordres : comportement, surcharge de travail, diminution des stimuli et ne pas vouloir déranger la sécurité aux demi-heures pour une évaluation. Quelques infirmières parlent plutôt d'ajuster le protocole à chaque situation (n : 3): « *on essayait de fonctionner avec le nouveau protocole tout en étant sécuritaire pour nous.* » (b2) Les infirmières abordent la question « d'entrer dans la chambre » du point de vue de la surveillance et de l'évaluation et non du soin relationnel.

Maintenir une relation thérapeutique : La relation thérapeutique est maintenue avec le client à différents niveaux. Cette relation prend souvent la forme de consignes (n : 8) ou d'explications sur les motifs et sur le déroulement de la mise en isolement (n : 11). Dans certains cas (n : 6), l'infirmière entreprend une communication avec le client de façon plus thérapeutique. La surveillance peut devenir l'occasion de rassurer le client et de le sécuriser. En revanche, quelques infirmières (n : 4) ne voient pas la nécessité de maintenir une relation thérapeutique en cours d'isolement. Les raisons retenues sont de laisser se reposer le client et de ne pas attirer son attention afin de diminuer les stimuli. Peu d'infirmières maintiennent une relation centrée sur le vécu du client.

Satisfaction des besoins fondamentaux : Les intervenants satisfont les besoins fondamentaux du client en isolement en avançant ses besoins ou en répondant à ses demandes. Les procédés de soins sont assurés selon ses besoins.

Critères pour cesser l'isolement : Beaucoup d'infirmières (n : 9) affirment procéder à la cessation de l'isolement en exigeant du client qu'il réintègre progressivement l'unité de soins en respectant quelques conditions. Les critères pour cesser l'isolement font évidemment référence à ceux qui ont conduit à la mise en isolement, donc un retour à l'état antérieur à la situation de crise est attendu. « *Est-ce qu'il a dormi? Est-ce qu'il est agité? Est-ce qu'il marche encore avec les poings serrés? La nature de son discours, le ton, le volume de son discours. Son visage. C'est quoi qu'il dégage?* » (a4) Les critères pour enlever les contentions semblent moins restrictifs. Un client moins agité mais encore agressif, de même qu'un patient qui dort répond aux exigences.

LES COMMUNICATIONS AVEC LES PROCHES

Communication avec la famille

Certaines infirmières (n : 3) se font un devoir de préserver la confidentialité des clients et s'informent parfois auprès du client s'il veut ou non que les proches soient informés.

« La plupart du temps, [les proches] vont demander pourquoi. Là cela devient plus compliqué... à cause de la confidentialité. On ne peut pas dire que le client est en isolement. Ce n'est pas à nous de verbaliser tout cela. Mais on est capable quand même de leur faire comprendre que le patient va moins bien... » (a6)

Or, quelques infirmières (n : 3) avisent spontanément les proches du patient de la mise en isolement lorsque ceux-ci souhaitent obtenir des informations, par téléphone ou de vive voix, sur l'évolution de son état de santé mentale. Certaines infirmières ont manifesté leur malaise par rapport à la décision d'informer ou non la famille qui communique avec elles (n : 3). En réaction, une philosophie de compromis s'instaure parfois naturellement.

INTERVENTIONS INFIRMIÈRES APRÈS L'ÉVÉNEMENT

Retour avec l'équipe de soins

Certaines infirmières (n : 10) mentionnent avoir un suivi d'équipe à la suite d'une mise en isolement. En revanche, la majorité de ces dernières affirment que les discussions ont surtout lieu lorsqu'il y a eu un problème lors de la mise en isolement. Dans les cas où une discussion a lieu, elle permet d'ajuster la pratique pour la prochaine fois et de verbaliser les émotions ressenties. Aucune infirmière ne mentionne un retour post-événement quelques jours suivant la mise en isolement. Par ailleurs, la plupart des infirmières font état d'un suivi de l'épisode lors du rapport interservice. Aucune infirmière ne rapporte une discussion avec l'équipe concernant les émotions ressenties lors de l'épisode malgré le fait que des émotions négatives (n : 10) ou neutres (n : 14) sont recensées.

Retour avec les patients

Quelques infirmières (n : 9) affirment effectuer un retour avec les clients. En certains cas, le retour avec le patient est impossible car il est transféré (n=11) ou il demeure en isolement. Plus de 8 infirmières ne font pas de retour avec le patient. Deux d'entre elles indiquent que si le client n'est pas ouvert à la discussion, elle n'a pas lieu. Les infirmières donnent surtout des explications sur les raisons de la mise en isolement ou soulignent l'amélioration du comportement, sans pour autant revenir sur la façon dont le client a vécu

l'épisode d'isolement. Aucune infirmière ne rapporte une discussion avec le client concernant les émotions ressenties ou sa capacité de réintégration dans l'unité de soins.

Retour avec les autres patients

Lorsque des clients sont témoins d'une mise en isolement ou sont impliqués, c'est surtout à la suite de leur propre initiative et non de façon systématique qu'un retour sur l'incident est fait avec eux. Il y a alors verbalisation de l'événement et volonté de les calmer.

Autoévaluation de l'événement par les infirmières

La quasi-totalité des infirmières n'a pas douté de la pertinence de leur prise de décision au moment de la mise en isolement (n : 18). Divers éléments favoriseraient cette absence de doute : les situations lors desquelles le risque semble évident, la sécurité d'un client est en jeu, la décision est prise en équipe ou les mesures alternatives sont inefficaces. Les infirmières se questionnent surtout sur la rapidité et la nécessité à mettre un client en isolement. Le doute constitue aussi un moyen de s'assurer que la décision ne devient pas un automatisme.

Lorsqu'on demande aux infirmières si, avec le recul, elles agiraient de la même façon, elles répondent toutes par l'affirmative. Quelques-unes d'entre elles (n : 8) spécifient néanmoins qu'elles apporteraient quelques changements à leurs interventions.

Affect de l'infirmière par rapport à l'événement

Dix infirmières ont avoué se sentir affectées négativement par rapport à la mise en isolement tandis que quatorze ne sont pas perturbées sur le plan émotif. Pour certaines infirmières, l'affect négatif ne se manifeste qu'en situation de très grosse altercation.

**Tableau 9 : Description de l'affect des infirmières dans la situation
(n :22)**

Affect négatif (n : 10)	Affect neutre (n : 14)
<ul style="list-style-type: none"> - se sentir traumatisé - peur d'un accident, de blessures, se sentir à risque - crainte - stress, énervement, nervosité - se sentir mal, jamais bien, mal à l'aise, inconfortable - épuisement, pleurs - culpabilité, sentiment d'impuissance - ne pas aimer 	<ul style="list-style-type: none"> - se sentir en contrôle, être en confiance, en sécurité - ne pas avoir peur ni se sentir menacé - aucun effet, fait partie du travail - se sentir à l'aise, confortable - niveau de stress bas - se sentir pas si mal que ça, pas mal à l'aise - <i>« ça fait longtemps que cela ne me fait plus de peine »</i> - savoir que c'est nécessaire

RELATION ENTRE LES INTERVENTIONS INFIRMIÈRES DÉCRITES ET LES MEILLEURES PRATIQUES

Nous avons aussi examiné la relation entre les interventions infirmières décrites, le protocole d'application des mesures d'isolement et les meilleures pratiques.

Tableau 12 : Relation entre les interventions infirmières décrites, les protocoles et les meilleures pratiques dans le domaine de l'isolement et de la contention⁵

Protocoles et meilleures pratiques	
1. Évaluation de la situation- décoder les comportements	
<i>Du client :</i> a. condition physique et psychologique de santé b. comportements observés c. aspects psychosociaux et culturels : croyances et valeurs	a) Identification des indicateurs de la condition et du comportement et du client b) Évaluation des comportements observés c) <i>Concepts non abordés par les infirmières</i>
<i>De son environnement :</i> a. aménagement des lieux b. environnement humain : les autres patients, la famille ou les proches si présents	<i>Concepts non abordés par les infirmières</i>
2. Analyse et interprétation	
<i>Identification du niveau de sévérité du risque</i>	Poids crucial des antécédents du client mentionnés
<i>Interventions rapides et concertées</i>	
<i>Causes multifactorielles des comportements observés</i>	<i>Causes inconnues ou résultant d'un seul facteur</i>
<i>Formulation d'hypothèses qui peuvent expliquer les comportements</i>	<i>Peu d'hypothèses abordées Examen physique peu mentionné</i>

⁵ Modèle des interventions infirmières les plus efficaces autour de l'épisode d'isolement à partir du document « Protocole d'utilisation des mesures de contrôle : isolement et contention », 2005, LHL, du programme de formation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) intitulé « Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement », 2006 et des lignes directrices du National Institute for Clinical Excellence, 2005.

3. Planification et interventions	
<p><i>Avant l'application des mesures :</i></p> <p>a. Formulation d'un but et des meilleures mesures de remplacement pour y parvenir (personne et proches mis à contribution)</p> <p>b. Utilisation de mesures de remplacement</p> <p>c. Choix de la mesure de contrôle la moins contraignante (contentions ou isolement)</p> <p>d. Prévision d'un nombre suffisant d'intervenants</p> <p>e. Identification d'une personne qui assume le leadership</p> <p>f. Explication des motifs de sa décision</p> <p>g. Recherche du consentement ou collaboration</p> <p>h. Intervention visant à rassurer</p>	<p>a) <i>But recherché formulé mais peu inscrit dans les notes aux dossiers</i></p> <p>b) <i>Utilisation de mesures de remplacement. Moins fréquentes quand il s'agit de trouver des moyens de pacification ou de contrôle de l'environnement. Identification de « rechercher des solutions avec le patient » même lorsque ces solutions ne lui offrent aucune alternative.</i></p> <p>c) <i>Non abordé</i></p> <p>d) <i>Prévision d'un nombre suffisant d'intervenants</i></p> <p>e) <i>Leadership assumé par l'infirmière mais en collaboration</i></p> <p>g) et h) <i>Recherche du consentement ou collaboration par des explications, par l'interprétation du comportement passif et, dans certains cas, par des interventions de réassurance. Le consentement du client est obtenu indirectement par l'observation d'un comportement passif ou par la collaboration.</i></p>
<p><i>Durant l'application des mesures:</i></p> <p>a. Planifie l'horaire de la satisfaction de besoins fondamentaux au plan thérapeutique infirmier : hygiène, hydratation (offrir au 60 min selon le MSSS), alimentation, élimination (offrir aux heures ou aux deux heures selon le MSSS), mobilité, confort</p> <p>b. Retrait des objets potentiellement dangereux⁶</p> <p>c. Visite aux 15 minutes par la fenêtre</p> <p>d. Présence dans la chambre aux 30 minutes (vérification du matériel et réévaluation de la condition de santé)</p> <p>e. Retrait de la contention en alternance aux deux heures (selon le MSSS) pour permettre la mobilisation des membres</p> <p>f. Demeurer à l'écoute, rappeler le but, informer famille au besoin</p> <p>g. Réévaluation de l'état de santé psychologique et physique</p>	<p>a) <i>Satisfaction des besoins fondamentaux de l'usager soit en répondant, soit en anticipant ses demandes</i></p> <p>b) <i>Respect du retrait des objets dangereux</i></p> <p>c) <i>Respect des protocoles de surveillance du client en isolement</i></p> <p>d) <i>Réserves des infirmières pour entrer dans la chambre, sauf lorsque le patient est sous contention</i></p> <p>e) <i>Concepts non abordés par les infirmières</i></p> <p>f) <i>Information sur les consignes, mais peu de relation centrée sur le vécu du client</i></p> <p>g) <i>Réévaluation et suivi de l'évolution du client</i></p>

⁶ Selon le National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care (2005), le patient en isolement peut garder ses vêtements et a l'autorisation d'amener avec lui des objets personnels incluant des objets religieux ou qui sont significatifs dans sa culture (Bible, etc.) en autant que cela ne compromet pas sa sécurité et celle des autres.

4. Communication	
<i>Consulte les membres de l'équipe de soins et de l'équipe multidisciplinaire avant la prise de décision</i>	<i>Variabilité des positions concernant la communication aux proches du patient : divulgation complète des informations jusqu'à la discrétion absolue</i>
<i>Inscrit au formulaire et au dossier toutes les données prévues au protocole</i>	<i>Variabilité des notes au dossier</i>
5. Réévaluation	
<i>De l'état de santé physique et psychologique du client</i>	
a) Évolution de la situation de santé	<i>Réévaluation est effectuée dans la chambre : critères peu définis</i>
b) Surveillance clinique	Surveillance effectuée
<i>De l'efficacité du plan de soins</i>	
a) Réaction de la personne aux mesures	<i>Concepts non mentionnés par les infirmières</i>
b) Pertinence des résultats	
c) Réajustement du plan et de la décision	
<i>Après l'événement</i>	
a) Retour sur l'événement avec l'utilisateur pour l'aider à identifier des mesures de remplacement ⁷	<i>Retour avec l'utilisateur peu effectué Retour avec les autres usagers à leur demande</i>
b) Retour de l'équipe de soins sur l'événement	<i>Suivi effectué si difficultés importantes Peu de suivi post-événement systématique</i>

⁷ Selon le National Collaborating Centre for Nursing and Supportive Care (2005), le personnel doit aider le client à réintégrer l'unité et lui donner l'opportunité de raconter son expérience

CONSTATS PRINCIPAUX⁸

Sur le plan des facteurs influençant la décision d'isolement

1. Certaines des infirmières qui affirment que l'équipe de soins promeut une « culture de partenariat » répondent probablement à une pression très forte en faveur de ce discours. L'examen plus attentif des indicateurs repérés dans les entrevues transcrites notamment celles portant sur le degré de participation du client confirme les observations de Vatne (2007) qui indique que la culture de correction demeure plus fréquente que la culture de reconnaissance. En effet, à cet égard, les infirmières utilisent davantage les expressions « collaborer, expliquer, aviser, donner des consignes » que « essayer, marchander, discuter, demander, parler, verbaliser ».
2. L'information fournie au client concernant la tolérance zéro à l'égard de comportements agressants n'est pas clairement attribuée à un intervenant.

Sur le plan des thématiques abordées

Avant la mise en isolement

3. La recherche des causes du comportement est sommaire. Lorsque peu d'efforts sont investis dans la recherche de causes, l'infirmière risque d'opter pour un comportement plus réactif que préventif à l'endroit des comportements des patients (Foster, 2007).
4. Dans les mesures de remplacement, les infirmières mentionnent et cochent la « recherche de solutions avec le patient » alors qu'elles sont plutôt dans une logique de solutions-infirmières. En effet, elles mentionnent aux patients les conséquences de leurs comportements et les consignes qu'ils devraient respecter pour ne pas se retrouver en isolement.
5. Les infirmières affirment qu'elles recherchent le consentement du patient à l'isolement. En fait, elles estiment que le patient a consenti lorsqu'il a collaboré ou lorsque son comportement a été passif.

⁸ Nous avons intégré dans la discussion nos échanges avec deux patients ainsi que ceux recueillis lors du *focus group* avec cinq patients. Malheureusement, en raison de l'autocritique et de la capacité de concentration limitées des patients rencontrés, ces entretiens recèlent peu de données utilisables aux fins de la recherche. Nous nous y référons à titre indicatif seulement.

Durant la période d'isolement

6. Les points de vue des infirmières divergent lorsqu'il est question d'effectuer une évaluation du patient en entrant dans la chambre. De cette problématique découle celle de la difficulté à maintenir une relation centrée sur le vécu de l'usager. Un usager souligne d'ailleurs que l'impossibilité de communiquer en salle d'isolement lui porte préjudice : « Tu te sens perdu, c'est la fin même » (FG). Qui plus est, les patients rencontrés n'avaient pas de repère temporel lors de leur isolement, ce qui ne peut pas les aider par rapport à l'orientation.
7. Les pratiques des infirmières varient quant à la divulgation de l'information aux proches: certaines préservent la confidentialité du patient, d'autres donnent l'information et quelques-unes font des compromis.

Après l'isolement

8. Un suivi immédiat avec l'équipe de soins a lieu, exceptionnellement, lorsque la mise en isolement se déroule de façon laborieuse alors que la majorité des infirmières vivent des émotions négatives lors de l'épisode.
9. Le suivi auprès des autres usagers de l'unité est rarement effectué.
10. Le retour avec le patient ne se fait pas de façon systématique et n'est pas centré sur le vécu du patient.

RECOMMANDATIONS

Les interventions des infirmières en matière d'isolement et de contention atteignent des standards de qualité. Nous présentons ici des cibles d'interventions pour raffiner les pratiques professionnelles des équipes déjà en place.

- 1) Soutenir la compréhension du comportement agressif
 - i) Mettre de l'avant la présence infirmière pour comprendre et désamorcer plus rapidement un comportement inadéquat
- 2) Renforcer la notion d'implication de l'utilisateur
 - i) Identifier, au niveau de l'institution, des moments ou des personnes qui se chargeront de rappeler les règles de l'unité (tolérance zéro) et qui s'informeront des attentes de l'utilisateur lorsque ses comportements seront inadéquats
 - ii) Discuter en équipe de soins de la question de la recherche de solutions avec l'utilisateur, des habiletés requises, des croyances afin de se situer davantage du côté de la culture de partenariat
 - iii) Discuter de la pertinence de la notion de consentement lorsque les épisodes ne sont pas planifiés
- 3) Discuter le soin relationnel durant l'épisode
 - i) Formaliser davantage les attentes institutionnelles durant la période d'isolement en mettant l'accent sur l'évaluation du comportement mais aussi sur le vécu de l'utilisateur
- 4) Questionner la transmission des communications à la famille
- 5) Consolider les suivis post-événements auprès des équipes de soins et des usagers
- 6) Poursuivre des projets de recherche pour obtenir un éventail de points de vue
 - i) Obtenir davantage de points de vue sur les épisodes d'isolement : famille/agent de sécurité/autres intervenants de l'équipe de soins
 - ii) Poursuivre des recherches corrélationnelles sur les facteurs qui influencent les décisions d'isolement
 - iii) Mettre en place des retours post-événements systématiques et en mesurer les effets

Parallèlement au soutien des équipes déjà en place, nous supportons l'idée que les pratiques des intervenants professionnels et non professionnels novices doivent être discutées dès l'embauche et soutenues par un mentor pour une période de six mois.

LIMITES MÉTHODOLOGIQUES

Les critères d'échantillonnage des infirmières fournissent une variété de caractéristiques sociodémographiques, mais l'échantillon d'infirmières est surreprésenté en fait d'hommes, d'ancienneté et de scolarisation. De plus, les critères d'échantillonnage des usagers ont limité considérablement la population des usagers et la qualité des données obtenues.

La grille pour collecter les données au dossier s'est avérée peu utilisable en raison de la variabilité des dimensions observées par les infirmières, lesquelles ne correspondaient pas à celles de la grille élaborée. En revanche, la grille de classification et de catégorisation des interventions a permis de mettre en relation les interventions avec les protocoles et les meilleures pratiques dans le domaine de l'isolement et de la contention.

Références

AACAP (2002). "Practice parameter for the prevention and management of aggressive behaviour in child and adolescent psychiatric institutions, with special reference to seclusion and restraint." *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41(2 supplément): 4s-25s.

Altenor, A. (2000). "Seclusion and restraints." *Psychiatric Services* 51: 1318.

Bartlett, P. (2005). "Book review : Sex and seclusion, class and custody : Perspectives on gender and class in the history of British and Irish psychiatry." *History of Psychiatry* 16(3): 373-376.

Bowers, L., J. Alexander, et al. (2004). "Cultures of psychiatry and the professional socialization process: the case of containment methods for disturbed patients." *Nurse Education Today* 24: 435-442.

Brenner, M. (2007). "Child restraint in the acute setting of pediatric nursing: an extraordinarily stressful event." *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 30(1 & 2): 29-37.

Chabora, N., M. Judge-Gorny, et al. (2003). "The Four S Model in action for de-escalation: An innovative state hospital-university collaborative endeavour." *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 41: 22-28.

Colaizzi, J. (2005). "Seclusion and restraint: A historical perspective." *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 43(2): 31-37.

D'Orio, B. and P. Haggard (2007). "Reducing risk associated with seclusion and restraint." *Psychiatric Times* 24(8).

Delaney, K. R. (2006, first quarter). "Evidence base for practice : Reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment." *Worldviews on Evidence-Based Nursing*: 19-30.

Delaney, K. R. and L. Fogg (2005). "Patient characteristics and setting variables related to use of restraint on four inpatient psychiatric units for youths." *Psychiatric Services* 56(2): 186-192.

Demir, A. (2007). "The use of physical restraints on children: practices and attitudes of paediatric nurses in Turkey." *International Nursing Review* 54(4): 367-374.

- Donat, D. C. (2002). " Impact of improved staffing on seclusion/restraint reliance in a public psychiatric hospital." Psychiatric Rehabilitation Journal **25**: 413-416.
- Donat, D. C. (2003). "An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital." Psychiatric Services **54**: 1119-1123.
- Donovan, A., R. Plant, et al. (2003). "Two-year trends in the use of seclusion and restraint among psychiatrically hospitalized youths." Psychiatric Services **54**: 987-993.
- Donovan, A., L. Siegel, et al. (2003). "Seclusion and restraint reform : An initiative by a child and adolescent psychiatric hospital." Psychiatric Services **54**: 958-959.
- Dorfman, D. H. and B. Kastner (2004). "The use of restraint for pediatric psychiatric patients in emergency departments." Pediatric Emergency Care **23**(3): 151-156.
- Edward, N., E. Danseco, et al. (2006). "Development and testing of tools to assess physical restraint use." Worldviews on Evidence-based Nursing **3**(2): 73-85.
- Giroux, M. T., C. Maheux, et al. (janvier 2005). "Pour une approche bienfaisante de la contention." Le médecin du Québec **40**(1): 83-91.
- Greene, R. W., J. S. Ablon, et al. (2006). "Use of collaborative problem solving to reduce seclusion and restraint in child and adolescent inpatient units. ." Psychiatric Services **57**: 610-612.
- Griffiths, L. (2001). "Does seclusion have a role to play in modern health nursing ? ." British Journal of Nursing **10**: 656-661.
- Gudjonsson, G. H., S. Rabe-Hesketh, et al. (2004). "Management of psychiatric in-patient violence: patient ethnicity and use of medication, restraint and seclusion." British Journal of Psychiatry **184**: 258-262.
- Guedj, M. J., A. Raynaud, et al. (2004). "Pratique de la contention dans un service d'urgences psychiatriques." L'Encéphale **30**: 32-39.
- Haimowitz, S. and J. Urff (2006). "Legal consequences of seclusion and restraint." Psychiatric Services **57**(10): 1516.
- Hall, J. (2004). "Restriction and control : The perceptions of mental health nurses in a UK acute inpatient setting." Issues in Mental Health Nursing **25**: 539-552.

- Hartley, J. (2004). "Restraint training plan need urgently." Nursing Time **100**(8): 8.
- Hoekstra, T., H. H. G. M. Lendemeijer, et al. (2004). "Seclusion : the inside story." Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing **11**: 276-283.
- Hofso, K. and F. M. Coyer (2007). "Chemical and physical restraints in the management of mechanically ventilated patients in the ICU: contributing factors, Part 1." Intensive and Critical Care Nursing **23**: 249-255.
- Holmes, D., S. L. Kennedy, et al. (2004). "The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective." Issues in Mental Health Nursing **25**(6): 559-578.
- Holt, E. (2004). "Rest and restraint." The Lancet **364**: 829-830.
- Holzworth, J. R. and C. E. Wills (1999). "Nurses' judgement regarding seclusion and restraint of psychiatric patients : A social judgment analysis." Research in Nursing & Health **22**: 189-201.
- Huckshorn, K. A. (2004). "Seclusion and restraint : Where have we been? Where are we now? Where are we going?" Journal of Psychosocial Nursing **42**(9): 6-7.
- Huckshorn, K. A. (2004). "Reducing seclusion and restraint use in mental health settings : core strategies for prevention." Journal of Psychological Nursing and Mental Health Service **42**(9): 22-32.
- Jonikas, J. A., J. A. Cook, et al. (2004). "A program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities." Psychiatric Services **55**: 818-820.
- Kaltiala-Heino, R., C. Tuohimäki, et al. (2003). "Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care." International Journal of Law and Psychiatry **26**: 139-149.
- Khadivi, A. N., R. C. Patel, et al. (2004). "Association between seclusion and restraint and patient-related violence." Psychiatric Services **55**: 1311-1312.
- Knutzen, M., L. Sandvik, et al. (2007). "Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint-A 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry." Nordic Journal of Psychiatric **61**(3): 201-206.
- Kozub, M. L. and R. Skidmore (2001). "Least to most restrictive interventions : a continuum for mental health care facilities." Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services **39**(3): 32-38.

Kozub, M. L. and R. Skidmore (2001). "Seclusion and restraint understanding recent changes." Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services **39**(3): 25-31.

Labelle, S. (2005). "An alternative view of restraint." Provider **31**(12): 38.

Lai, C. (2007). "Nurses using physical restraints: Are the accused also the victims? A study using focus group interviews." BMC Nursing **6**: 5.

Lazarus, A. (2001). "Physical restraints, thromboembolism, and death in 2 patients." Journal of Clinical Psychiatry **62**: 207-208.

Lebel, J. and R. Goldstein (2005). "The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination." Psychiatric Services **56**: 1109-1114.

Lee, S., R. G. Gray, K., et al. (2003). "Views of nursing staff on the use of physical restraint." Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing **10**: 425-430.

Marangos-Frost, S. and D. Wells (2000). "Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use : a decision dilemma. ." Journal of Advanced Nursing **31**(2): 362-369.

McCue, R. E., L. Urcuyo, et al. (2004). "Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service." Journal of Behavioral Health Services & Research **31**: 217-224.

Minnick, A. F., L. Fogg, et al. (2007). "Resource clusteurs and variation in physical restraint use." Journal of Nursing Scholarship **39**(4): 363-370.

Moylan, B. L. (1996). Relationship between the nurse's level of fear, anger and need for control, and the nurse's decision to physically restrain the aggressive patient. Nursing. New York, University Adelphi: 228.

Muir-Cochrane, E. C. and C. A. Holmes (2001). "Legal and ethical aspects of seclusion: an Australian perspective." Journal of Psychiatric Health Nursing **8**(6): 501-506.

Nelstrop, L., J. Chandler-Oatts, et al. (2006). "A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments." Worldviews on Evidence-Based Nursing **3**(1): 8-18.

OIIQ (2007a). *Données sur la population infirmière par région administrative à partir du tableau des membres au 31 mars 2007*. Récupéré le 14 janvier 2008 de <http://www.oiiq.org>.

Palazzolo, J. (2004). "À propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie: le témoignage des patients." L'Encéphale **30**(3): 276-284.

Palazzolo, J., P. Favre, et al. (2001). "Isolement thérapeutique et contention en psychiatrie : bilan et perspective." L'Encéphale **71**: 570-577.

Paterson, B. and J. Duxbury (2007). "Restraint and the question of validity." Nursing Ethics **14**(4): 535-545.

Pekkarinen, L., M. Elovainio, et al. (2006). "Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units." Medical Care **44**(12): 1114-1120.

Rochet, T. and R. De Villard (2002). "La contention et l'isolement de l'adolescent violent : entre légalité et légitimité." Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence **50**: 453-457.

Ryan, C. J. and L. Bowers (2005). "Coercive manoeuvres in a psychiatric intensive care unit." Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing **12**: 695-702.

Sailas, E. and M. Fenton (2006). "Seclusion and restraint for people with serious mental illness." The Cochrane Library **20**.

Schreiner, G. M., C. G. Crafton, et al. (2004). "Decreasing the use of mechanical restraints and locked seclusion." Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research **31**(6): 449-463.

Southcott, J., A. Howard, et al. (2002). "Control and restraint training in acute mental health care." Nursing Standard **16**(27): 33-36.

Steinert, T., G. Bergbauer, et al. (2007). "Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biographical correlates." The Journal of Nervous and Mental Disease **195**(6): 492-496.

Stolker, J. J., H. L. I. Nijman, et al. (2006). "Are patients' views on seclusion associated with lack of privacy in the ward?" Archives of Psychiatric Nursing **20**(6): 282-287.

Suen, L. K. P., C. K. Y. Lai, et al. (2006). "Use of physical restraints in rehabilitation settings: staff knowledge, attitudes and predictors." Journal of Advanced Nursing

55(1): 20-28.

Sullivan, A. M., J. Bezmen, et al. (2005). "Reducing restraints: alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service – Utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient." Psychiatric Quarterly **76(1): 51-65.**

Taxis, C. J. (2002). "Ethics and praxis : Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting." Issues in Mental Health Nursing **23: 157-170.**

Terpstra, T. L., E. J. Pettee, et al. (2001). "Nursing staff's attitudes toward seclusion and restraint." Journal of Psychosocial Nursing **39(5): 20-28.**

Unruh, L., L. Joseph, et al. (2007). "Nurse absenteeism and workload: negative effect on restraint use, incident reports and mortality." Journal of Advanced Nursing **60(6): 673-681.**

Vere-Jones, E. (2007). "The trust that challenge physical restraint." Nursing times **103(43).**

Winship, G. (2006). "Further thoughts on the process of restraint." Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing **13(1): 55-60.**

Wynn, R. (2002). "Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital." Scandinavian Journal of Caring sciences **16: 287-291.**

Zanni, G. R., P. F. Stavis, et al. (2007). "The effectiveness and ethical justification of psychiatric outpatient commitment." The American Journal of Bioethics **7(11): 31-41.**