

**« *L'isolement en psychiatrie :*
Parlons-en ! »**

Approche analytique du ressenti des soignants
sur la mise en chambre d'isolement

Note aux lecteurs :

« Il s'agit d'un travail personnel effectué dans le cadre d'une scolarité à l'IFSI de l'Hôpital Saint-Antoine et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur et de l'IFSI ».

UN GRAND MERCI !

A toutes les infirmières et à tous les infirmiers qui ont répondu à mes questions,

Aux cadres et aux cadres supérieurs de santé des Hôpitaux de Saint-Maurice,

A mon IFSI, à mes formatrices et à mes formateurs, qui m'ont permis
de découvrir le monde passionnant de la psychiatrie,

A mon formateur référent de TFE,

A ma famille, à ma fiancée.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
PROBLEMATIQUE	3
CADRE DE REFERENCE	5
I – L'isolement thérapeutique	5
1. Quelques définitions	5
1.1. Isolement	5
1.2. Thérapeutique	5
1.3. Contention	6
2. L'application de l'isolement	6
3. La finalité de l'isolement	6
4. Règles et protocole	6
4.1. Pré requis	6
4.2. Les recommandations de l'ANAES	7
4.3. Les indications	7
4.4. Les contre indications	8
4.5. La surveillance	8
4.6. L'intérêt d'un protocole	8
5. Le cadre juridique	9
5.1. En droit international	9
5.1.1. La Charte des droits de l'homme	9
5.1.2. La résolution 46/119 de l'ONU	9
5.2. En droit français	10
5.2.1. La loi du 27 juin 1990	10
6. Le cadre déontologique	10

7. La représentation de l'isolement	10
II – Ethique & valeurs	11
1. Les grandes notions	11
1.1. Ethique	11
1.2. Morale	11
1.3. Sens moral	11
1.4. Valeurs morales	11
1.5. Principe	12
2. Le sens de l'éthique	12
3. Les valeurs professionnelles	12
4. La prise de décision éthique	13
5. L'éthique dans la relation soignant-soigné	13
6. L'éthique infirmière au quotidien	14
ENQUETE	15
I – Méthodologie	15
1. Choix de l'outil d'enquête	15
2. Choix de la population interrogée	15
3. Difficultés rencontrées	16
II – Analyse et interprétation des données	17
1. Présentation de la population interrogée	17
1.1. Taux de réponse	17
1.2. Ratio femmes / hommes	17
1.3. Expérience en psychiatrie	17
1.4. Type de formation infirmière	18
1.5. Formation sur la mise en chambre d'isolement	18
2. Ressenti et opinions de la population interrogée	19
2.1. Ressenti après une mise en chambre d'isolement	19

2.2. L'isolement : soin, contrainte ou répression ?	20
2.3. Critères de mise en chambre d'isolement	21
2.4. Désaccord avec une décision d'isolement	21
2.5. Rôle de l'IDE dans le suivi d'un patient en isolement	22
2.6. Alternatives à l'isolement	23
2.7. Valeurs professionnelles	24
2.8. Isolement et dignité	25
2.9. Isolement et relation soignant-soigné	26
2.10. Définitions de l'isolement thérapeutique	27
2.11. Remarques et suggestions	27
3. Réponse à la question de recherche	28
CONCLUSION	29
BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXES	33
Annexe I. Outil d'enquête	33
Annexe II. Recommandations de l'ANAES	36
Annexe III. Charte de la personne hospitalisée	38

INTRODUCTION

Lors de ma première année de formation à l'IFSI Saint-Antoine, j'ai effectué un stage dans un service de psychiatrie adulte, en secteur fermé, à l'hôpital Ville-Evrard d'Aubervilliers.

Mon stage avait débuté depuis une dizaine de jours environ et je me trouvais dans le service lorsqu'un patient schizophrène, que j'avais toujours vu très calme, est devenu physiquement et verbalement très agressif, sans qu'il ait été possible d'anticiper ce soudain accès de violence. L'épisode s'est déroulé dans le couloir situé en face du poste de soins du service, ce qui a permis à l'équipe soignante d'assister à la scène et de pouvoir intervenir très rapidement.

Nous étions donc dans le poste de soins, lorsque le patient s'est littéralement jeté sur une infirmière et a tenté de l'étrangler, tout en hurlant des propos inintelligibles. Immédiatement, toute l'équipe – composée de six personnes, moi compris – s'est précipitée pour tenter de séparer le patient et l'infirmière, ce dernier nous insultant et essayant de nous donner des coups de pieds tout en continuant de brutaliser notre collègue. Nous avons réussi à le maîtriser, puis nous l'avons porté jusqu'à une chambre d'isolement et, tout en continuant à le maintenir, nous l'avons sédaté au moyen d'une piqûre intramusculaire, conformément au protocole du service.

En effet, étant dans un service de psychiatrie fermée, nous disposons de chambres d'isolement utilisées notamment lors de ce type d'urgences et dont le but est de placer le patient à l'écart afin qu'il puisse se calmer progressivement, sans mettre en danger sa sécurité ou celle d'autrui. Une fois le patient enfermé, nous sommes ressortis de la chambre d'isolement et une prescription médicale autorisant cet acte a été établie par un médecin psychiatre du service.

De retour dans le poste de soins, encore sous le choc, j'ai appris que ce patient d'une cinquantaine d'années, suivi depuis plus de 20 ans pour schizophrénie

paranoïde, avait déjà été très violent lors de crises aiguës de délire, prenant pour cible les soignants comme les patients.

Le lendemain en début d'après-midi, lors de mon arrivée dans le service, le patient n'était visiblement plus agressif, mais toujours enfermé en chambre d'isolement. Il pleurait et suppliait qu'on le laisse sortir, ce qui était contraire au protocole en cours, il était encore trop tôt. Il semblait profondément désespéré et j'ai éprouvé de la peine pour lui. Cette alternance entre supplications, mutisme et pleurs a duré jusqu'à la fin de son isolement.

Lorsque le protocole d'isolement a été levé, l'attitude du patient à mon égard n'a plus été la même qu'avant ma participation active à son isolement. Durant les deux dernières semaines de mon stage, il n'a plus voulu ni se confier, ni communiquer avec moi de quelque façon que ce soit. Il fuyait le dialogue et le contact.

L'une des rares phrases qu'il ait prononcé en s'adressant à moi était « tu es un mauvais infirmier ».

PROBLEMETIQUE

À l'issu de ce stage, j'ai beaucoup repensé à cet épisode, ce qui m'a amené à réfléchir à de nombreuses reprises à cette situation et en particulier au fait de placer un patient en isolement. J'ai alors pris conscience du fait que mon opinion concernant le principe d'isolement était mitigée, ce qui m'a conduit à me poser une question de départ : « L'isolement est-il bénéfique » ?

En effet, au moment où j'écris ces lignes (octobre 2010), mon opinion sur l'isolement est partagée entre deux points de vue : premièrement, d'un point de vue personnel, je trouve « extrême » l'acte d'isoler – et de maintenir en isolement – car il évoque chez moi des principes carcéraux et donc liberticides. Deuxièmement, d'un point de vue professionnel, j'ai conscience du fait qu'isoler un patient schizophrène en crise aiguë peut s'avérer nécessaire pour sa sécurité ainsi que pour celle des personnes en contact direct avec lui.

Cette divergence entre mes principes moraux et les nécessités professionnelles m'a amenée à me poser diverses questions concernant le ressenti des IDE (Infirmier(e)s Diplômé(e)s d'Etat) sur l'isolement thérapeutique en service de psychiatrie :

- L'isolement en psychiatrie est-il un soin ou une punition ?
- Les infirmier(e)s perçoivent-ils des résultats ou des changements chez le patient après sa sortie d'isolement, qui justifieraient cet isolement ?
- L'isolement est-il toujours utilisé dans un but thérapeutique ?
- Le patient bénéficie t'il d'une réelle prise en charge psychologique durant son isolement ?
- A-t-on recours à l'isolement trop facilement ou de manière trop systématique ?

Ces différentes questions, nées d'une réflexion personnelle sur ma situation d'appel, m'ont permis d'aboutir à une question de recherche précise et synthétique, qui sera le point de départ de mon travail.

Cette question est la suivante :

« L'éthique de l'IDE est-elle en adéquation avec le principe d'isolement thérapeutique et son application en service de psychiatrie » ?

J'ai choisi de traiter cette question de recherche pour deux raisons :

Tout d'abord, ce questionnement est issu de la situation de stage qui m'aura le plus interpellé et le plus fait réfléchir durant mes études. Il est donc très important pour moi de connaître le ressenti des soignants qui mettent quotidiennement en pratique ces prescriptions médicales d'isolement.

De plus, ce sujet est en rapport direct avec la discipline dans laquelle j'ai choisi de travailler après l'obtention de mon diplôme d'état d'infirmier : la psychiatrie adulte en secteur intra-hospitalier.

Avant d'entrer en poste, j'ai besoin d'avoir une vision plus précise de la mise en chambre d'isolement, une vision étayée notamment par les écrits existants et par le vécu des soignants, afin d'avoir un positionnement clair et professionnel dès le départ.

CADRE DE REFERENCE

Ce travail de fin d'études s'articule autour de deux grands thèmes, liés entre eux par ma question de recherche. Ces thèmes sont l'isolement thérapeutique et l'éthique.

J'aborderai donc dans un premier temps, l'isolement thérapeutique en psychiatrie : son application, sa finalité, les règles et les protocoles qui s'y rattachent, les aspects juridiques et déontologiques de cet acte, ainsi que sa représentation dans l'inconscient collectif.

Puis, j'orienterai ma recherche sur l'éthique et les valeurs qui l'accompagnent. Je m'intéresserai au rôle de l'éthique ainsi qu'à son utilité dans la vie professionnelle des infirmières et des infirmiers.

I – L'isolement thérapeutique

« La solitude n'est pas l'isolement. On est toujours deux en un. Il y a les autres en soi. » (GODARD Jean-Luc, 1997)

1. Quelques définitions

1.1. Isolement

« Mesure à visée thérapeutique dont le but est de soustraire l'individu à son milieu de vie habituel. » (Grand Larousse Universel, 1991, tome 8)

« Tout placement – involontaire ou volontaire – d'un patient en chambre fermée est défini comme étant un isolement. » (PALAZZOLO Jérôme, 2000, page 23)

« Placement du sujet, seul, dans une pièce que l'on peut fermer et dans laquelle il peut être surveillé par une fenêtre. » (KIRCKPATRICK Donald, 1989, page 24)

1.2. Thérapeutique

« *Partie de la médecine qui a pour objet le traitement des maladies.* » (Grand Larousse Universel, 1991, tome 14)

1.3. Contention

« *La contention consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif, soit fixé sur un lit ou un siège, soit mobile comme une camisole de force.* » (ANAES, 2000, page 8)

2. L'application de l'isolement

La mise en chambre d'isolement est un acte professionnel infirmier relevant du [Décret 2004-802 du 29 juillet 2004](#) relatif aux parties IV et V du code de la santé publique. Ce soin est uniquement réalisé sur prescription médicale écrite, datée et signée par le médecin.

3. La finalité de l'isolement

Le placement d'un patient en isolement a pour but de le protéger, notamment contre toute stimulation extérieure qui pourrait s'avérer néfaste. La chambre d'isolement fait fonction de pare-excitation, l'isolement, jouant un rôle de contenant, permet de réduire la dispersion des contenus psychiques et le morcellement paranoïde.

La mise en chambre d'isolement est le plus souvent prescrite dans le cadre d'un accès de violence, lors d'une crise aiguë de délire chez un patient psychotique ou encore sur demande d'un patient qui en ressentirait le besoin.

4. Règles et protocole

4.1. Pré requis

Le placement d'un patient en chambre d'isolement n'est pas un acte anodin. Outre la prescription médicale écrite indispensable à sa réalisation, l'isolement est soumis à des impératifs précis de sécurité et de soins : le patient devra être en pyjama, sans affaires personnelles avec lui. Une présence régulière des soignants en nombre suffisant est requise, en particulier aux moments clés de la journée tels que la toilette

et les repas. De plus, le patient en isolement doit bénéficier au minimum de deux visites médicales par jour, dans le cadre de son suivi psychiatrique et somatique.

4.2. Les recommandations de l'ANAES

En 1998, l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) – devenue en août 2004 une composante de la haute autorité de santé (HAS) – a défini vingt-trois critères destinés à améliorer les conditions d'isolement des patients et à valider l'aspect thérapeutique de cet acte en renforçant les mesures de sécurité et de qualité des soins. Cette démarche a pour vocation première d'amener les soignants à réfléchir à leurs pratiques et à évaluer la qualité de ces dernières.

Ces vingt-trois critères ont également pour but de mettre en exergue les risques liés à l'isolement thérapeutique et donc de prévenir les dérives pouvant porter atteinte à la liberté individuelle, ou encore les problèmes d'ordre matériel tels que les départ d'incendies en chambre d'isolement. Il est important de préciser que les critères de l'ANAES n'ont aucun caractère obligatoire vis-à-vis de la loi et font donc office de simples recommandations. La liste des vingt-trois critères de l'ANAES est disponible en annexes : Annexe II, pages 36-37.

Comme tous les soins, l'isolement thérapeutique répond à un certain nombre d'indications et de contre indications décrites en juin 1998 dans l'audit de l'ANAES, devant être intégrées dans un protocole de mise en chambre d'isolement. Les voici :

4.3. Les indications

- Utilisation de l'isolement en prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même, alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces, ni appropriés.
- Utilisation de l'isolement en prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins.
- Isolement intégré dans un programme thérapeutique.
- Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.
- Recours à l'isolement à la demande du patient.

4.4. Les contre indications

- Utilisation de l'isolement à titre punitif.
- Isolement d'un patient sans nécessité clinique.
- Utilisation de l'isolement dans un but de confort consistant à réduire la charge de travail des soignants.
- Utilisation de la chambre d'isolement pour une admission en l'absence de lits disponible.

4.5. La surveillance

La surveillance infirmière concerne aussi bien l'état physique du patient en isolement, par la surveillance régulière de ses paramètres vitaux, que son état psychologique. En effet, l'infirmier doit être à l'écoute du patient et se montrer particulièrement attentif à son comportement ainsi qu'à ses requêtes, le travail relationnel des soignants étant crucial dans cette situation très particulière.

4.6. L'intérêt d'un protocole

La finalité du protocole encadrant l'isolement est la protection du patient et le respect de ses droits. La nécessité d'une prescription médicale écrite, datée et signée dans l'isolement d'un patient a pour but de limiter le risque d'isolement abusif, le psychiatre étant la seule personne à même de juger de la nécessité d'un tel acte.

Ainsi, grâce aux deux visites médicales quotidiennes, le psychiatre peut suivre en temps réel l'évolution de l'état du patient et décider, si la symptomatologie le permet, de lever l'isolement.

De plus, le protocole stipule que toutes les informations concernant les raisons de la mise en isolement doivent être fournies au patient, comme le spécifie la Charte de la personne hospitalisée, datée du 2 mars 2006. Les principes généraux de la Charte de la personne hospitalisée sont disponibles en annexes : Annexe III, pages 38-39.

5. Le cadre juridique

5.1. En droit international

5.1.1. La Charte des droits de l'homme

A la base de la législation régissant l'isolement, on retrouve la Charte des droits de l'homme, datée du 10 décembre 1948.

Ce texte définit les droits civils de tout individu dans notre société, que les établissements de santé se doivent de respecter et d'appliquer au même titre que les principes généraux du droit, sous peine de sanctions pénales.

Ces principes sont les suivants :

- Non-discrimination.
- Respect de la personne.
- Respect de la liberté individuelle.
- Respect de la vie privée.
- Respect de l'autonomie.

5.1.2. La résolution 46/119 de l'ONU

La résolution 46/119 de l'organisation des nations unies (ONU) votée le 17 décembre 1991, insiste sur le principe de la liberté fondamentale de toute personne hospitalisée, atteinte de maladie mentale.

En effet, par ce texte de loi internationale, l'organisation des nations unies indique que l'isolement ne doit durer que le temps nécessaire et être inscrit dans le dossier du patient. Il doit s'exercer dans des conditions humainement acceptables, avec du personnel qualifié, en avisant le patient ou son représentant légal de toute instauration d'une mesure de contrainte.

5.2. En droit français

5.2.1. La loi du 27 juin 1990

La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en service de psychiatrie nous indique que les restrictions apportées à l'exercice des libertés individuelles des patients hospitalisés doivent être limitées à celles nécessitées par leur état de santé et par la mise en œuvre de leur traitement. Cette loi dispose également que les infirmiers hospitaliers sont tenus de demander au médecin d'établir un protocole thérapeutique d'urgence, daté et signé, lorsqu'ils l'estimeront nécessaire. Ce protocole aura pour but de décrire les techniques à mettre en œuvre et les consignes à observer lors du placement d'un patient en isolement.

6. Le cadre déontologique

Concernant les modalités de la mise en chambre d'isolement, notamment en cas d'urgence, l'article 34 du code de déontologie médicale indique que la décision d'isolement est soit prise en urgence en raison de comportements qui imposent de prendre rapidement des mesures pour assurer la sécurité du patient, des autres patients et du personnel ; soit décidée après un temps de réflexion suffisant qui permet de préparer l'isolement et de diminuer les risques. Si la décision peut être prise en l'absence d'un médecin, en cas d'urgence, une décision médicale doit dans tous les cas venir confirmer l'indication d'isolement sous la forme d'une prescription écrite, datée et signée.

Cet état de fait laisse donc une marge de manœuvre, évidemment très encadrée, à l'équipe soignante, lui permettant de gérer au mieux les urgences en faisant valoir son expertise.

7. La représentation de l'isolement

L'isolement est une pratique controversée, qui a alimenté un grand nombre de débats au cours des dernières décennies.

Selon Alty et Mason, dans la représentation collective – qui comprend les patients, les soignants et le public – le concept d'isolement en service de psychiatrie est associé à la contrainte, à l'abus de pouvoir et à l'atteinte aux libertés individuelles.

Lors de mon enquête sur le terrain, je tenterai d'explicitier la représentation de l'isolement thérapeutique que se font les infirmières et les infirmiers qui l'appliquent.

II – Ethique & valeurs

« Ah, Dieu, comme l'esprit peut hésiter dès qu'il se préoccupe de considérations morales ou éthiques ! » (ALLEN Woody, 1981)

1. Les grandes notions

1.1. Ethique

« Ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un. »
(Grand Larousse Universel, 1991, tome 6)

1.2. Morale

« Science du bien et du mal, théorie des comportements humains en tant qu'ils sont régis par des principes éthiques. » (Grand Larousse Universel, 1991, tome 10)

1.3. Sens moral

« Capacité à discerner le bien du mal, à se référer à ce qui est bien. » (Grand Larousse Universel, 1991, tome 13)

1.4. Valeurs morales

« Ensemble des règles de conduites, des lois jugées conformes à un idéal par une personne ou par une collectivité. » (Grand Larousse Universel, 1991, tome 15)

1.5. Principe

« Règle définissant une manière type d'agir et correspondant le plus souvent à une prise de position morale. » (Grand Larousse Universel, 1991, tome 12)

2. Le sens de l'éthique

L'Association Départementale des Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales (ADAPEI) met l'accent sur le lien primordial unissant, dans le cadre professionnel, l'éthique et la conscience : « *L'éthique professionnelle se présente comme un ensemble de principes de bonnes pratiques adapté à chaque situation, associé à une conscience professionnelle* ». (ADAPEI 64 : Pratiques & Ethique)

De la même manière, « *Si l'éthique s'intéresse à « l'agir », elle s'intéresse surtout au « devoir bien agir ». L'acte moralement bon est celui qui est accompli parce qu'il devrait l'être.* » (BLONDEAU Danielle & MORIN Lucien, 1999, page 17)

Il apparaît donc que l'éthique considère les actions humaines sous l'angle du bien et du mal. Dans le domaine de la médecine, ce « devoir bien agir » est l'essence même du serment d'Hippocrate, dont un des principes fondamentaux « *Primum non nocere* » signifie : « d'abord, ne pas nuire ».

Au concept d'éthique est donc rattachée l'idée de faire le bien, en évitant le mal, ce qui suppose une recherche des valeurs qui doivent guider nos actions.

3. Les valeurs professionnelles

Justement, le métier d'infirmier est basé sur des valeurs morales, mises en pratique au quotidien par les IDE. Ces valeurs sont : la justice et l'équité, l'intégrité, la bienfaisance, l'altruisme, le respect de l'égalité, de la liberté et de la dignité de l'être humain, ainsi que la compétence professionnelle, nécessaire à une bonne pratique du métier d'infirmier. Parallèlement à l'éthique personnelle, ces valeurs professionnelles sont les fondements collectifs nécessaires à la bonne pratique de la profession infirmière, guidant la réflexion, en particulier lorsque l'IDE est confronté à des choix moraux et à des prises de décisions éthiques.

4. La prise de décision éthique

« L'infirmière doit être d'accord avec les actes qu'elle a à accomplir dans l'exercice de sa profession. Sinon, elle renie sa capacité de jugement et, à la limite, sa profession elle-même. En effet, en n'agissant pas en harmonie avec ses sentiments profonds, elle devient une simple exécutante. » (BLONDEAU Danielle & MORIN Lucien, 1999, page 81)

Cette théorie est intéressante car elle montre l'importance de la prise de décision éthique comme vecteur d'accomplissement professionnel, non pas au sens moral comme c'est souvent le cas, mais au sens d'une liberté individuelle nécessaire à l'accomplissement personnel dans l'exercice de la profession d'infirmier.

5. L'éthique dans la relation soignant-soigné

« La relation soignant-soigné est le lien existant entre deux personnes de statut différent, la personne soignée et le professionnel de santé. » (POTIER Marguerite, 2002, page 112)

Il m'a semblé important de me pencher sur le rôle de l'éthique dans la relation soignant-soigné, une relation qui est au cœur du métier d'infirmier, en particulier en service de psychiatrie. L'analyse d'Hervé Marchal m'a beaucoup éclairé :

« L'éthique, dans la relation soignant-soigné, prend forme à l'intersection des trois principales manières d'identifier la personne hospitalisée. En effet, au cours des relations entre le personnel infirmier et les patients hospitalisés, il est possible de repérer trois registres d'identification : l'universel, le catégoriel et le personnel. » (MARCHAL Hervé, 2009, page 181)

Hervé Marchal distingue donc trois registres principaux d'identification du patient, à l'intersection desquels naît l'éthique. Ces trois registres sont :

- *« L'humanisation » qui consiste à admettre l'existence de prédispositions humaines universelles à l'origine d'une compréhension intuitive d'autrui.*

- « *la catégorisation* » qui revient à définir le patient à partir de catégories identitaires, à commencer par celle de « *malade* ».
- « *La personnalisation* » qui permet une reconnaissance de l'ensemble des supports de sens sur lesquels le patient s'appuie pour se définir et donner un sens à sa maladie. (MARCHAL Hervé, 2009, page 183)

Il apparaît donc nécessaire, de développer un art de la conjugaison entre le registre de l'universel, du catégoriel et du personnel, pour amener l'éthique là où elle doit être : au centre de la relation soignant-soigné.

6. L'éthique infirmière au quotidien

Par son contact avec les patients dont il a la charge, l'infirmier bénéficie d'une position privilégiée pour protéger les droits de ces personnes et faire valoir leurs requêtes. De ce fait, le rôle de l'infirmier est un rôle de surveillance de la bonne application des principes de l'éthique en santé.

En effet, l'article 26 du décret relatif aux règles professionnelles infirmières dispose que « *L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient.* »

En pratique, lors d'un protocole de mise en chambre d'isolement en urgence, en attendant la rédaction d'une prescription médicale, l'infirmier, en plus de son sens critique et de ses connaissances cliniques, devra faire appel à son sens moral et à son éthique pour agir au mieux des intérêts du patient et prendre les décisions qui s'imposent.

En conclusion, l'infirmier, grâce à son sens moral, est garant des pratiques qu'il met en œuvre, tant dans le cadre de son rôle propre que de son rôle sur prescription médicale.

ENQUETE

I – Méthodologie

1. Choix de l'outil d'enquête

En m'appuyant sur mon cadre de référence, je me suis attelé à la création d'un outil d'enquête destiné à recueillir les données nécessaires au travail d'analyse.

Le sujet de l'isolement étant un sujet sensible car controversé, l'enquête au moyen d'un questionnaire comprenant quinze questions m'a semblé être la meilleure des solutions. En effet, un questionnaire est adapté à ce type de sujets délicats, car c'est un support réellement anonyme et qui permet donc d'obtenir des réponses sincères et objectives, sans autocensure, par peur du « qu'en dira-t-on ».

De plus, ce support permet aux soignants de répondre aux questions quand ils le souhaitent, à l'hôpital ou chez eux, contrairement à la méthode d'entretien qui nécessite une prise de rendez-vous à un moment bien précis. Cette façon de procéder permet au soignant de ne pas être bloqué par un rendez-vous et me permet de ne pas être tributaire d'une urgence susceptible d'annuler ce rendez-vous.

Enfin, le questionnaire est un support intuitif, facile d'accès, rapidement lisible et facilement diffusable, permettant d'interroger un grand nombre de personnes. Cet outil d'enquête est disponible en annexes : Annexe I, pages 33-34-35.

2. Choix de la population interrogée

Dans la mesure où mon travail de recherche s'intéresse au ressenti des infirmières et infirmiers diplômés d'état (IDE) vis-à-vis de l'isolement thérapeutique en psychiatrie, j'ai naturellement ciblé cette catégorie de soignants.

Mon questionnaire a donc été distribué aux IDE des services de psychiatrie adulte des Hôpitaux de Saint-Maurice (anciennement Esquirol), en secteur intra hospitalier fermé, avec l'accord de la direction des soins infirmiers et des différents cadres.

3. Difficultés rencontrées

Tout d'abord, le questionnaire en tant qu'outil d'enquête a montré certaines limites. En effet, si les questions écrites ont l'avantage d'être simples et ciblées, les réponses obtenues par ce même biais sont moins riches que des réponses orales, les échanges et discussions étant inexistantes.

De la même manière, un questionnaire ne permet pas d'apprécier les éléments de communication non verbale, tels que l'intonation de la voix, le regard, ou encore les gestes, pouvant appuyer une réponse ou au contraire la relativiser.

Il est également impossible d'obtenir des précisions sur une réponse ambiguë, ce qui peut être préjudiciable, d'autant plus que certaines de mes questions ont été perçues comme étant trop complexes.

J'ai également rencontré des difficultés d'ordre pratique, notamment en ce qui concerne la restitution des questionnaires. Après avoir obtenu l'aval de la direction des soins infirmiers, en accord avec les cadres de pôles et les cadres de santé des services concernés, je devais récupérer les questionnaires complétés, dans un délai de trois semaines après les avoir distribués.

Or, à l'issue de cette période tous les questionnaires n'étaient pas encore revenus dans les bureaux des cadres de santé, et ce, dans plusieurs services. J'ai donc dû retourner à différentes reprises dans ces services afin de récupérer mes questionnaires, ce qui m'a retardé dans le dépouillement et le travail d'analyse des données.

Parallèlement au retard de restitution, j'ai été surpris par le faible nombre de questionnaires qui m'ont été retournés, au regard du nombre total de questionnaires distribués.

Enfin, deux des trois grands hôpitaux psychiatriques franciliens que j'ai contactés n'ont pas accepté de diffuser mon questionnaire. La mise en chambre d'isolement serait-elle un sujet à ce point sensible ?

II – Analyse et interprétation des données

1. Présentation de la population interrogée

1.1. Taux de réponse

En tout, 75 questionnaires ont été distribués, je n'en n'ai récupéré que 25.

Le taux de réponse au questionnaire est donc de 33%, de qui représente 1/3 des questionnaires distribués.

1.2. Ratio femmes / hommes

« *Etes-vous une femme ou un homme ?* »

Sur 25 questionnaires récupérés, 19 ont été remplis par des femmes et 6 l'ont été par des hommes.

Les femmes représentent donc 76% des IDE enquêtés et les hommes 24%. En arrondissant, nous pouvons donc dire qu'environ 3/4 des IDE ayant répondu sont des femmes et 1/4 sont des hommes.

Ce chiffre est représentatif de la profession infirmière, en grande majorité féminine.

Les réponses aux questionnaires sont donc statistiquement représentatives de l'actuel ratio femmes / hommes de la profession infirmière.

1.3. Expérience en psychiatrie

« *Depuis quand travaillez-vous en service de psychiatrie ?* »

15 IDE, soit 60% des personnes interrogées ont coché « plus de cinq ans ».

10 IDE, soit 40% des personnes interrogées ont coché « entre un et cinq ans ».

Personne n'a coché « moins d'un an ».

Nous constatons que plus de la moitié de la population interrogée travaille en psychiatrie depuis plus de 5 ans et que personne n'a moins d'un an d'expérience. Nous pouvons donc affirmer que les IDE interrogés sont des professionnels expérimentés dans leur domaine, la psychiatrie.

1.4. Type de formation infirmière

« Avez-vous suivi une formation d'infirmier(e) générale ou une formation d'infirmier(e) psychiatrique ? »

17 personnes, soit 68% des enquêtés ont effectué une formation générale.

8 personnes, soit 32% des enquêtés ont effectué une formation psychiatrique.

Nous constatons donc que 2/3 des personnes interrogées ont suivi une formation générale, instaurée en 1992, le dernier tiers ayant suivi une formation spécifique à la psychiatrie, antérieure au programme unique.

En croisant ces données avec celles de la question 2 (Expérience en psychiatrie, page 17), j'ai pu constater que 100% des IDE ayant effectué une formation psychiatrique ont une expérience de plus de 5 ans en psychiatrie. Cela s'explique par le fait que la formation psychiatrique est antérieure à 1992, année de l'instauration d'un programme infirmier unique, il y a presque 20 ans.

1.5. Formation sur la mise en chambre d'isolement

« Avez-vous suivi une formation spécifique concernant la mise en chambre d'isolement ? »

22 personnes, soit 88% des soignants n'ont pas suivi de formation spécifique à la mise en chambre d'isolement.

3 personnes, soit 12% des soignants ont bénéficié d'une formation spécifique à la mise en chambre d'isolement.

A la lecture de ces résultats, j'ai été surpris par le pourcentage écrasant d'infirmier(e)s n'ayant pas suivi de formation spécifique à la mise en chambre d'isolement. Ce chiffre est d'autant plus étonnant que tous les IDE interrogés travaillent dans des services de psychiatrie où l'isolement thérapeutique est pratiqué.

Peut-être faudrait-il envisager de remédier à cet état de fait, ou tout du moins prendre la peine d'y réfléchir attentivement, la mise en chambre d'isolement étant un acte fort, marquant et controversé, il doit être réalisé dans des conditions optimales, pour les patients comme pour les soignants.

2. Ressenti et opinions de la population interrogée

2.1. Ressenti après une mise en chambre d'isolement

« En général, que ressentez-vous après avoir participé à une mise en chambre d'isolement ? »

22 IDE ont répondu à cette question, soit 88% des personnes interrogées. Parmi ces réponses, on distingue 3 grands courants :

1. Les IDE éprouvant un sentiment à « tendance positive » : ils sont 10 sur 22, soit 45% du personnel ayant répondu. Les mots-clés de cette tendance sont « protection, apaisement, soin, bénéfice, sécurité, soulagement ». Pour eux, la mise en chambre d'isolement est bénéfique aux patients comme au personnel, elle est un gage de sécurité collective, de pare-excitation et d'apaisement du patient.

2. Les IDE éprouvant un sentiment à « tendance négative » : ils sont 5 sur 22, soit 23% du personnel ayant répondu. Les mots-clés de cette tendance sont « échec, culpabilisation, stress, interrogations éthiques, frustration, fatigue ». Ils vivent la mise en chambre d'isolement comme un moment difficile et douloureux, parfois synonyme d'échec de la prise en charge antérieure à l'isolement.

3. Les IDE estimant que tout dépend du contexte de l'isolement et que l'on ne peut répondre à cette question qu'au cas par cas : ils sont 5 sur 22, soit 23% du personnel ayant répondu.

Les 2 derniers IDE interrogés, représentant 9% des réponses, ressentent pour leur part soit un ensemble de sentiments antagonistes : un soulagement associé à une sensation de culpabilité, soit une interrogation concernant le bien fondé de la décision de mise en chambre d'isolement, décision qui mériterait parfois un délai de réflexion plus long.

Au regard de ces chiffres, la tendance dominante révèle un ressenti positif des IDE, qui souligne leur confiance dans l'efficacité de la mise en chambre d'isolement. Cette confiance s'exprime au travers de notions telles que la sécurité et l'apaisement du patient isolé, ainsi que la protection des autres malades et du personnel.

2.2. L'isolement : soin, contrainte ou répression ?

« Diriez-vous que l'isolement est plutôt un acte de soin, un acte de contrainte ou un acte de répression ? »

19 personnes, soit 76% des soignants interrogés ont coché « un acte de soin ».

4 personnes, soit 16% des soignants interrogés ont coché « un acte de soin et un acte de contrainte ».

Personne n'a coché « un acte de répression ».

2 personnes, soit 8% des soignants interrogés ont formulé un choix différent, en donnant des précisions :

La première personne a jugé que la mise en chambre d'isolement était « un acte préventif », sans plus de détails.

La seconde personne explique que pour elle, la mise en chambre d'isolement est perçue comme un acte de soin ou un acte de contrainte selon que le patient accepte ou non cet isolement. L'IDE conclut sa réponse en expliquant qu'à son sens,

l'isolement devient un acte de répression à partir du moment où le personnel en effectif insuffisant n'a plus suffisamment de temps à consacrer au patient isolé, du fait de tâches annexes chronophages incombant à l'IDE, telles que les tâches administratives, venant s'ajouter aux soins infirmiers.

En résumé, il apparaît clairement qu'une grande majorité des infirmières et infirmiers interrogés estiment que l'isolement thérapeutique est un acte de soin. Certains pensent que cet acte de soin devient également un acte de contrainte s'il est appliqué contre la volonté du patient, ce qui revient à dire que l'opinion du patient concernant son isolement définit la nature même de cette pratique.

2.3. Critères de mise en chambre d'isolement

« Les critères de décision d'une mise en chambre d'isolement vous semblent-ils toujours adaptés ? »

18 personnes, soit 72% des IDE ont répondu « oui ».

5 personnes, soit 20% des IDE ont répondu « non », notamment à cause du côté « abusif et punitif » qu'elles associent au placement en isolement.

2 personnes, soit 8% des IDE ont répondu « oui et non », estimant, à l'instar de la question précédente, que chaque cas est spécifique.

Nous pouvons constater qu'une grande majorité – presque les 3/4 – des professionnels interrogés estime que les critères de décision d'une mise en chambre d'isolement sont toujours adaptés. Ce chiffre est à associer avec la tendance majoritaire de la question précédente, associant l'isolement au soin, en opposition à la contrainte et à la répression.

2.4. Désaccord avec une décision d'isolement

« Vous est-il arrivé d'être en désaccord avec une décision d'isolement ? »

Cette question est la suite logique de la question précédente, elle est à considérer comme étant la seconde partie d'une réflexion sur la décision d'isoler un patient.

16 personnes, soit 64% des enquêtés ont répondu « non ».

9 personnes, soit 36% des enquêtés ont répondu « oui », formulant divers reproches : « prise de décision trop rapide, anticipation excessive sur un éventuel passage à l'acte, décision difficilement justifiable, isolement suite à une dénonciation concernant des faits impossibles à vérifier, isolement inadapté pour un patient atteint de certains troubles somatiques, manque de communication aboutissant à l'isolement, durée d'isolement excessive ».

Au vu des réponses obtenues, nous nous apercevons que les griefs concernant une ou plusieurs décisions d'isolement sont nombreux et variés. Malgré tout, il est intéressant de noter que les IDE ayant répondu « oui » sont souvent en accord avec les critères de décision d'une mise en chambre d'isolement (cf. question précédente), ce qui revient à dire qu'ils contestent un ou plusieurs isolements précis mais cautionnent les mécanismes décisionnaires aboutissants à l'isolement d'un patient.

De plus, une importante majorité d'IDE n'a jamais été en désaccord avec une décision d'isolement : c'est le cas de 2/3 des personnes interrogées. Cela traduit une confiance et une approbation nettement majoritaire de la prise de décision médicale concernant le placement d'un patient en isolement. C'est une donnée importante à recouper avec le 4^{ème} point de la 2^{ème} partie de mon cadre de référence (La prise de décision éthique, page 13) qui indique en substance que « *l'IDE doit être d'accord avec les actes qu'il a à accomplir, sous peine de renier sa capacité de jugement et par extension, sa profession* ». Pour l'infirmier(e), l'harmonie d'opinion avec le médecin représente un gage d'épanouissement personnel au travail et permet une prise en charge optimale des patients.

2.5. Rôle de l'IDE dans le suivi d'un patient en isolement

« Que pensez-vous du rôle infirmier dans le suivi psychologique et somatique d'un patient en isolement ? »

Cette question ouverte a été rédigée dans le but de permettre aux IDE interrogés de s'exprimer librement sur la vision et la définition qu'ils ont de leur rôle dans le suivi global d'un patient en isolement.

24 personnes, soit 96% des IDE interrogés ont répondu à cette question.

A la lecture des réponses obtenues, tous les IDE jugent que leur rôle est avant tout un rôle de surveillance, « essentiel » et « primordial », idéalement réalisé dans le cadre d'une « relation de confiance » avec le patient. Ils développent les actions et les surveillances qu'ils réalisent :

Sur le plan psychologique, l'accent est mis sur l'importance du dialogue et de la réassurance. Les soignants insistent sur la nécessité d'expliquer clairement au patient les raisons de son isolement, dans un but pédagogique et dans certains cas, en prévention d'un futur isolement dû aux mêmes motifs. La surveillance de l'évolution de l'état psychologique et comportemental du patient se fait très régulièrement, grâce au dialogue, au même titre que la surveillance de son état de conscience.

Sur le plan somatique, les IDE surveillent l'état cutané des patients et les risques de phlébites liées au manque d'activité physique et à l'immobilité de patients sédatisés ou contentionnés. Ils surveillent également l'apparition d'éventuels effets indésirables des traitements, les paramètres vitaux et la régularité du transit.

La majorité des contacts entre les patients isolés et les IDE se fait pendant les repas, ce qui permet une surveillance de l'alimentation, de l'hydratation et de la prise effective du traitement.

En résumé, les surveillances psychologiques et somatiques sont indispensables et d'importances égales, elles sont, avec le dialogue, les piliers du rôle infirmier, un rôle essentiel auprès des patients en isolement.

2.6. Alternatives à l'isolement

« *Pour vous, existe-t-il des alternatives à l'isolement ?* »

13 personnes, soit 52% des IDE interrogés ont coché « non ».

11 personnes, soit 44% des IDE interrogés ont coché « oui ».

1 personne, soit 4% des IDE interrogés n'a coché aucune réponse car elle pense que tout dépend de l'état du patient : s'il est en crise aiguë il n'y a pas d'alternative possible, mais s'il est accessible, le dialogue demeure la meilleure des solutions.

Les propositions énoncées par les professionnels qui prônent des alternatives à l'isolement sont les suivantes : une minorité préconise une sédation et des traitements médicamenteux plus importants et une grande majorité propose des solutions axées sur la communication soignant-soigné. On retrouve des propositions d'augmentation du nombre d'entretiens infirmiers, plus de dialogue et d'écoute, plus de proximité et d'empathie, une prise en charge réellement individualisée. Cependant, un important problème est souligné par les IDE : le manque de personnel infirmier en nombre suffisant pour réaliser correctement ces actions rend presque impossible la mise en place d'alternatives efficaces.

Enfin, il est intéressant de noter que quantitativement, la balance ne penche que très légèrement du côté des IDE qui ne croient pas en l'existence de solutions alternatives à l'isolement (52%). Autant dire que les avis sont très partagés.

2.7. Valeurs professionnelles

« Quelles sont les trois valeurs professionnelles les plus importantes à vos yeux ? »

La finalité de cette question est d'établir, au moyen d'une énumération puis de son analyse, l'éventuelle émergence d'une tendance commune aux IDE, s'exprimant par des valeurs partagées dans le cadre de leur profession. Les données recueillies illustreront le 3^{ème} point de la 2^{ème} partie de mon cadre de référence (Les valeurs professionnelles, page 12).

23 personnes, soit 92% des soignants interrogés ont répondu à cette question.

Voici les valeurs professionnelles les plus importantes aux yeux des IDE interrogés : « Intégrité, respect, patience, empathie, tolérance, disponibilité, humanité, sécurité, communication, observation, écoute, présence, vigilance, réassurance, protection, relationnel, dignité, neutralité, éthique, politesse, dialogue, déontologie, compassion, application ».

A la lumière des réponses obtenues, une tendance commune apparaît nettement : en effet, les valeurs professionnelles énoncées se situent toutes dans le cadre de la relation soignant-soigné. Ces valeurs sont partagées par tous les IDE interrogés. Elles s'expriment par le biais d'un rapport à autrui, fait de respect, d'écoute et d'empathie, s'inscrivant dans une optique de dévouement, d'éthique professionnelle et de déontologie.

2.8. Isolement et dignité

« Selon vos valeurs, l'isolement respecte-t-il le principe de dignité de l'être humain ? »

Illustrant toujours la seconde partie de mon cadre de référence, cette question est stratégiquement posée après que les IDE aient défini leurs principales valeurs professionnelles, afin qu'ils confrontent ces valeurs à leur vision de l'isolement, du point de vue de la dignité humaine.

17 personnes, soit 68% des IDE interrogés ont coché « oui ».

7 personnes, soit 28% des IDE interrogés ont coché « non ».

1 personne, soit 4% des IDE interrogés a coché « oui et non » : « oui » de son point de vue et en réponse à la question ; « non » du point de vue de la plupart des patients.

Plus de 2/3 des soignants pensent que l'isolement respecte le principe de dignité de l'être humain, mais sous certaines conditions : une durée d'isolement la plus courte possible, une prise en charge adéquate du patient isolé et un suivi de qualité prodigué par les équipes soignantes.

Les IDE pour qui l'isolement ne respecte pas le principe de dignité de l'être humain expliquent leur opinion par le fait que l'isolement porte atteinte au droit de liberté du patient (liberté de circulation). Ils estiment également que l'isolement est un acte dégradant (hygiène minimaliste du fait de l'absence de point d'eau dans la chambre d'isolement), parfois extrême (patients sanglés à leurs lits), très inconfortable (chaleur excessive, odeurs nauséabondes) et inadapté, voire dangereux, lorsque les locaux ne sont pas suffisamment fonctionnels et propices à l'enfermement.

Si une majorité des IDE estime que l'isolement respecte le principe de dignité humaine, les griefs exprimés par la minorité opposée soulignent des conditions d'isolement pour le moins précaires et perfectibles.

2.9. Isolement et relation soignant-soigné

« A vos yeux, une relation soignant-soigné de qualité est-elle possible dans le cadre d'un isolement ? »

En analysant la question 11 du chapitre 2.7 traitant des valeurs professionnelles des IDE (page 24), je me suis aperçu que les réponses obtenues mettaient en exergue l'importance de la relation soignant-soigné comme vecteur commun des valeurs énoncées. Justement, cette relation soignant-soigné, tellement importante dans la profession infirmière, peut-elle s'épanouir correctement lors d'un isolement ?

23 personnes, soit 92% des soignants ont répondu « oui ».

2 personnes, soit 8% des soignants ont répondu « non ».

Les IDE ayant répondu « non » nous expliquent que l'enfermement est vécu par le patient comme un acte punitif, ce qui instaure une certaine distance entre le soignant et le soigné, pouvant dans un premier temps nuire à leur relation. Le patient isolé éprouve alors un sentiment de persécution, il devient méfiant et refuse le contact. Toutefois, cet état de fait est décrit comme transitoire.

La très grande majorité des infirmier(e)s pensent au contraire qu'une relation soignant-soigné de qualité est possible dans le cadre d'un isolement et qu'elle est

même essentielle. Selon eux, la proximité physique et psychologique avec le patient est primordiale pour le rassurer et le cadrer, ainsi que pour évaluer le plus précisément possible l'évolution de son état. Une fois de plus, le manque de personnel infirmier, additionné à la surcharge de travail des IDE en poste, est vécu comme le principal obstacle à une relation soignant-soigné de qualité.

2.10. Définitions de l'isolement thérapeutique

« Comment définiriez-vous l'isolement thérapeutique ? »

23 personnes, soit 92% des professionnels interrogés ont répondu à cette question.

La finalité de cette question est l'obtention d'un complément aux définitions « classiques » de l'isolement, de la première partie de mon cadre de référence (page 5), en demandant aux IDE de nous livrer leur propre vision de cet acte.

La synthèse des réponses obtenues permet l'émergence de trois principales définitions de l'isolement thérapeutique du point de vue infirmier. Les voici :

« Sécurité et protection du patient et d'autrui ».

« Période permettant au patient de se rassembler psychiquement et de s'apaiser ».

« Lien de soin spécifique permettant une surveillance accrue ainsi qu'une diminution des stimulations extérieures ».

Nous retiendrons plus particulièrement l'aspect protecteur de l'isolement, exprimé dans la plupart des définitions recueillies.

2.11. Remarques et suggestions

« Avez-vous des suggestions ou des remarques à ajouter ? »

J'ai souhaité conclure mon enquête par un espace d'expression totalement libre et ouvert, me permettant de recueillir les remarques, suggestions, critiques des IDE ayant eu la gentillesse de me consacrer du temps en répondant à ce questionnaire.

Les suggestions concernant mon questionnaire ont été prises en compte et incluses dans la troisième partie de la méthodologie de l'outil d'enquête, « difficultés rencontrées » (page 16).

Sur le sujet de l'isolement thérapeutique, les remarques ont été les suivantes :

- Nécessité d'une bonne coordination de tous les membres de l'équipe soignante pour minimiser les désagréments de l'isolement et majorer son efficacité.
- Nécessité d'une rénovation des chambres d'isolement pour plus de confort et de sécurité.
- Nécessité d'une formation dédiée à la mise en chambre d'isolement, d'autant plus que la formation infirmière spécifique à la psychiatrie n'existe plus.
- Insistance sur la psychiatrie en tant que « discipline infirmière à part entière », souvent dénigrée au profit des soins techniques des services généraux. Dénigrement infondé, la psychiatrie permettant une réponse adaptée aux patients souffrant de troubles psychiques, comme l'isolement thérapeutique, réponse qu'ils n'obtiennent pas dans les services généraux, concentrés sur les troubles somatiques.
- Du fait du flou protocolaire entourant cette pratique, les isolements abusifs seraient monnaie courante au sein des services de psychiatrie...

3. Réponse à la question de recherche

« L'éthique de l'IDE est-elle en adéquation avec le principe d'isolement thérapeutique et son application en service de psychiatrie » ?

Au vu de l'analyse du contenu des questionnaires, il n'existe pas de réponse toute faite à cette question.

L'isolement thérapeutique est un acte qui ne peut être analysé, étudié et discuté qu'au cas par cas.

L'éthique de l'IDE peut donc être en adéquation avec le principe d'isolement thérapeutique et son application en service de psychiatrie, comme elle peut ne pas l'être : tout dépend du contexte, tout dépend du patient.

Néanmoins, il émerge de cet analyse un postulat de base à respecter : si l'isolement est considéré comme globalement utile et efficace, il doit, pour être éthiquement acceptable, se dérouler dans des conditions décentes. Ce n'est pas toujours le cas.

CONCLUSION

S'articulant autour de mon projet professionnel, ce travail de fin d'études m'aura permis d'affiner ma vision du métier d'infirmier en service de psychiatrie. Plus que jamais, je suis certain de mon orientation professionnelle, la psychiatrie est un domaine absolument passionnant.

Grâce aux nombreuses lectures et travaux de recherche nécessaires à l'élaboration de mon cadre de référence, j'ai pu découvrir des auteurs, des thèses et des courants de pensée qui ont enrichis mes connaissances et m'ont apporté de nouvelles bases de réflexion.

Les données recueillies auprès des infirmières et des infirmiers qui ont répondu à mon questionnaire m'ont fait prendre conscience de problèmes annexes pouvant nuire à la finalité thérapeutique d'une mise en chambre d'isolement : des conditions matérielles précaires, des locaux d'un autre âge, un manque évident de formations spécifiques à l'isolement – et à la psychiatrie d'une manière générale – ainsi qu'une réelle pénurie de personnel infirmier.

Cet état de fait m'a inspiré plusieurs pistes de réflexion. Dans un premier temps, il me semblerait judicieux d'organiser des formations internes à tous les services de psychiatrie, traitant de la mise en chambre d'isolement dans sa globalité : l'isolement d'un point de vue pratique, répondant à la question « comment faire ? » et l'isolement d'un point de vue théorique, répondant à la question « pourquoi faire ? » A mon sens, on ne peut travailler correctement que lorsque l'on a intégré tous les tenants et les aboutissants d'une pratique.

Enfin, il me paraît indispensable de clarifier et d'uniformiser les protocoles de mise en chambre d'isolement, afin d'éviter certaines dérives inacceptables telles que les isolements abusifs, c'est-à-dire sans réelles nécessités thérapeutiques.

La psychiatrie moderne a eu l'immense mérite d'extraire la maladie mentale de l'obscurantisme qui la caractérisait pendant des siècles, gageons qu'elle parviendra également à encadrer davantage la si controversée pratique de l'isolement !

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages & manuels

ALLEN Woody – *Destins tordus* – Editions Robert Laffont, Paris, 1981, 193 pages.

BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise, NEGRE Isabelle – *La communication entre soignant et soigné : Repères et pratiques* – Editions Bréal, 2ème édition, Lille, 2009, 158 pages.

BLONDEAU Danielle, MORIN Lucien – *Éthique et soins infirmiers* – Editions des Presses Universitaires de Montréal, Montréal (Québec), 1999, 336 pages.

CLEMENT Philippe – *Bienvenue à l'hôpital psychiatrique !* – Editions Les empêcheurs de penser en rond, Condé-sur-Noireau, 2007, 187 pages.

CLEMENT Philippe – *La forteresse psychiatrique* – Editions Flammarion, Mayenne, 2001, 341 pages.

DUPONT Marc – *Soins sous contrainte en psychiatrie* – Les guides de l'AP-HP, Editions Lamarre / Doin Editeurs, Lassay-les-Châteaux, 2005, 161 pages.

FRIARD Dominique – *L'isolement en psychiatrie - Séquestration ou soin ?* – Editions Masson, 2ème édition, Paris, 2002, 221 pages.

MANOUKIAN Alexandre, MASSEBEUF Anne – *La relation soignant-soigné* – Editions Lamarre, 3ème édition, Lassay-les-Châteaux, 2008, 223 pages.

PALAZZOLO Jérôme – *Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie* – Editions Masson, Paris, 2002, 226 pages.

PERRY Anne, POTTER Patricia – *Soins infirmiers : Théorie et pratique* – Editions Erpi, Saint-Laurent (Québec), 2002, 1606 pages.

POTIER Marguerite – *Dictionnaire encyclopédique des soins infirmiers* – Editions Lamarre, Lens, 2002, 363 pages.

WORMS Frédéric – *Le moment du soin - A quoi tenons-nous ?* – Editions PUF, Amiens, 2010, 271 pages.

Revue

GODARD Jean-Luc – *Entretien avec Pierre Assouline* – Lire, N°225, mai 1997, pages 132 à 140.

MARCHAL Hervé – *La relation de soin éthique ou l'art de conjuguer le singulier au pluriel* – Éthique & Santé, Volume 6, N°4, décembre 2009, pages 181 à 186.

Documents divers

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) – *Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie* – Service évaluation en établissements de santé, 1998, 97 pages.

Association Départementale des Parents et Amis de Personnes Handicapées Mentales (ADAPEI 64) – <http://www.adapei64.fr/Pratiques/Ethique.htm> –

Collectif Larousse – *Grand Larousse Universel* – Editions Larousse, Miramas, 1991, 18 tomes.

Textes législatifs et réglementaires

Charte des droits de l'homme du 10 décembre 1948, relative aux droits et libertés de tout être humain.

Loi du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en service de psychiatrie.

Résolution 46/119 de l'organisation des nations unies (ONU) du 17 décembre 1991, relative à la liberté de toute personne hospitalisée, atteinte de maladie mentale.

Article 26 du 16 février 1993, du décret relatif aux règles professionnelles infirmières.

Décret 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique.

Charte de la personne hospitalisée du 2 mars 2006, relative aux droits des patients hospitalisés.

Article 34 du code de déontologie médicale du 14 décembre 2006, relatif aux devoirs du corps médical vis-à-vis des patients hospitalisés.

Recueil des principaux textes du 30 août 2007, relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession d'infirmier.

ANNEXE I

L'ISOLEMENT EN PSYCHIATRIE

Actuellement étudiant infirmier en 3ème année, à l'IFSI de l'Hôpital Saint-Antoine, j'ai choisi le thème de l'isolement en psychiatrie pour mon travail de fin d'études.

Afin de me permettre de recueillir les données nécessaires à ce travail, je vous serais très reconnaissant de bien vouloir répondre à ce questionnaire.

Vos réponses resteront absolument anonymes et confidentielles. Merci d'avance !

Francis Boussaroque

1. Êtes-vous une femme ou un homme ?

Une femme Un homme

2. Depuis quand travaillez-vous en service de psychiatrie ?

Moins d'un an Entre un et cinq ans Plus de cinq ans

3. Avez-vous suivi une formation d'infirmier(e) générale ou une formation d'infirmier(e) psychiatrique ?

Formation générale Formation psychiatrique

4. Avez-vous suivi une formation spécifique concernant la mise en chambre d'isolement ?

Oui Non

5. En général, que ressentez-vous après avoir participé à une mise en chambre d'isolement ?

.....
.....
.....
.....

6. Diriez-vous que l'isolement est plutôt un acte de soin, un acte de contrainte ou un acte de répression ?

Un acte de soin Un acte de contrainte Un acte de répression

Autre, précisez :

.....
.....
.....
.....

7. Les critères de décision d'une mise en chambre d'isolement vous semblent-ils toujours adaptés ?

Oui Non

Si non,

pourquoi ?

.....
.....
.....

8. Vous est-il arrivé d'être en désaccord avec une décision d'isolement ?

Oui Non

Si oui, pour quelle(s)

raison(s) ?

.....
.....
.....

9. Que pensez-vous du rôle infirmier dans le suivi psychologique et somatique d'un patient en isolement ?

.....
.....
.....
.....

10. Pour vous, existe-t-il des alternatives à l'isolement ?

Oui Non

Si oui,
lesquelles ?.....
.....
.....
.....

11. Quelles sont les trois valeurs professionnelles les plus importantes à vos yeux ?

.....
.....
.....
.....

12. Selon vos valeurs, l'isolement respecte-t-il le principe de dignité de l'être humain ?

Oui Non

Si non,
pourquoi ?.....
.....
.....
.....

13. A vos yeux, une relation soignant-soigné de qualité est-elle possible dans le cadre d'un isolement ?

Oui Non

Si non,
pourquoi ?.....
.....
.....
.....

14. Comment définiriez-vous l'isolement thérapeutique ?

.....
.....
.....
.....

15. Avez-vous des suggestions ou des remarques à ajouter ?

.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE II

Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie

ANAES/Service Évaluation en Établissements de Santé/Juin 1998

- Chapitre 4 : Les 23 recommandations, le référentiel -

1. Les données concernant l'identité, la date et heure de début et de fin de MCI sont renseignées.
2. Si le patient vient d'une autre unité de soins, dans le cadre de ce qui est appelé un prêt de chambre d'isolement, le dossier du patient et toutes les informations nécessaires sont fournies, en temps utile.
3. La MCI est réalisée sur prescription médicale, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la prescription doit être réalisée dans l'heure qui suit le début de l'isolement.
4. L'isolement initial et chaque renouvellement éventuel sont prescrits pour une période maximale de 24 heures.
5. Le trouble présenté par le patient correspond aux indications de MCI et il n'y a pas d'utilisation à titre non thérapeutique.
6. Les contre-indications somatiques de la MCI sont identifiées et notées.
7. Les facteurs de risque éventuels (suicide, automutilation, confusion, risques métaboliques, médicamenteux et liés à la thermorégulation) sont repérés et un programme spécifique de surveillance et de prévention est mis en place.
8. La conformité de la MCI avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la prescription.

- 9.** L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la CI ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.
- 10.** L'entrée et la sortie du patient sont signalées aux services de sécurité incendie en temps réel.
- 11.** La MCI est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.
- 12.** Le patient reçoit les explications nécessaires sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement. La nécessité d'informer l'entourage est examinée.
- 13.** En cas de recours à la contention physique, celle-ci est réalisée avec les matériels adéquats, en toute sécurité pour le patient et en tenant compte de son confort.
- 14.** Une visite médicale est assurée dans les deux heures qui suivent le début de l'isolement.
- 15.** Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour.
- 16.** Le rythme programmé de surveillance de l'état psychique est respecté.
- 17.** Le rythme programmé de surveillance de l'état somatique est respecté.
- 18.** La surveillance biologique prescrite est réalisée.
- 19.** Le séjour du patient en CI est interrompu par des sorties de courte durée, durant la journée.
- 20.** Un entretien centré sur le vécu du patient en CI est réalisé à la fin du processus.
- 21.** L'hygiène du patient est assurée durant toute cette phase de soins.
- 22.** L'état de propreté de la chambre est vérifié au moins deux fois par jour.
- 23.** Les documents (feuille de surveillance, rapport d'accident, etc.) sont intégrés au dossier du patient.

ANNEXE III

Charte de la personne hospitalisée

- Principes généraux -

- 1.** Toute personne est libre de choisir l'établissement de santé qui la prendra en charge, dans la limite des possibilités de chaque établissement. Le service public hospitalier est accessible à tous, en particulier aux personnes démunies et, en cas d'urgence, aux personnes sans couverture sociale. Il est adapté aux personnes handicapées.

- 2.** Les établissements de santé garantissent la qualité de l'accueil, des traitements et des soins. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur et mettent tout en œuvre pour assurer à chacun une vie digne, avec une attention particulière à la fin de vie.

- 3.** L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. La personne hospitalisée participe aux choix thérapeutiques qui la concernent. Elle peut se faire assister par une personne de confiance qu'elle choisit librement.

- 4.** Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient. Celui-ci a le droit de refuser tout traitement. Toute personne majeure peut exprimer ses souhaits quant à sa fin de vie dans des directives anticipées.

- 5.** Un consentement spécifique est prévu, notamment, pour les personnes participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
- 6.** Une personne à qui il est proposé de participer à une recherche biomédicale est informée, notamment, sur les bénéfices attendus et les risques prévisibles. Son accord est donné par écrit. Son refus n'aura pas de conséquence sur la qualité des soins qu'elle recevra.
- 7.** La personne hospitalisée peut, sauf exceptions prévues par la loi, quitter à tout moment l'établissement après avoir été informée des risques éventuels auxquels elle s'expose.
- 8.** La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité est préservée ainsi que sa tranquillité.
- 9.** Le respect de la vie privée est garanti à toute personne ainsi que la confidentialité des informations personnelles, administratives, médicales et sociales qui la concernent.
- 10.** La personne hospitalisée (ou ses représentants légaux) bénéficie d'un accès direct aux informations de santé la concernant. Sous certaines conditions, ses ayants droit en cas de décès bénéficient de ce même droit.
- 11.** La personne hospitalisée peut exprimer des observations sur les soins et sur l'accueil qu'elle a reçus. Dans chaque établissement, une commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge veille, notamment, au respect des droits des usagers. Toute personne dispose du droit d'être entendue par un responsable de l'établissement pour exprimer ses griefs et de demander réparation des préjudices qu'elle estimerait avoir subis, dans le cadre d'une procédure de règlement amiable des litiges et/ou devant les tribunaux.