

Soucieuse de soutenir le développement de la clinique infirmière, *Santé mentale* vous propose chaque trimestre une rubrique intitulée « Chercheurs de savoirs » afin de diffuser des articles intéressants la clinique et la recherche. Certains feront débat et susciteront des critiques que nous espérons nombreuses et argumentées pour alimenter une clinique infirmière plurielle et vivante.

## ■ Exclusivité de publication

Les manuscrits soumis à la revue ne doivent pas avoir fait l'objet d'une publication antérieure. Ils ne doivent pas non plus avoir été proposés ou acceptés pour publication dans une autre revue ou ailleurs. Cependant, exceptionnellement, *Santé mentale* acceptera de publier un texte déjà publié dans une autre revue ; par exemple : si cette revue est peu accessible et que le sujet est très pertinent pour les sciences infirmières. Dans cette situation, l'auteur devra avoir les autorisations requises de publier à nouveau le texte par le titulaire du droit d'auteur.

## ■ Arbitrage des textes

Lorsqu'un manuscrit est confié à *Santé mentale* aux fins de publication, il est soumis à l'approbation du Comité de lecture mis en place spécifiquement pour la rubrique « Chercheurs de savoirs » et qui accueille des infirmiers cliniciens et chercheurs :

- Philippe Delmas, inf.Ph.D, Professeur d'université associé, chercheur au sein de l'UFRSI, cadre de nuit hôpital vaugirard (Paris)
- Dominique Friard, infirmier de secteur psychiatrique, Gap (05) ;
- Dave Holmes, inf, Ph.D, Professeur agrégé, école des sciences infirmières, Université d'Ottawa, Canada ;
- Sylvie Noiseux, inf, Ph.D, Professeur adjoint, faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, Québec ;
- Nicole Ouellet, inf, Ph.D, Professeur agrégé, campus de Rimouski, Québec, directrice de publication de la revue en ligne « *L'infirmière clinicienne* »
- Anne-Marie Pronost, inf, Ph.D, Professeur d'université associé, Présidente de l'UFRSI, DSI-DRH, clinique pasteur, Toulouse.

Les membres du comité de lecture doivent fournir leur compte rendu et recommandations (acceptation, acceptation avec certaines conditions ou rejet du manuscrit) dans un délai de quatre semaines. La rédactrice en chef informe l'auteur des évaluations. Ce processus peut nécessiter plusieurs semaines. Si la décision est favorable, le comité peut proposer des corrections que l'auteur effectuera dans des délais raisonnables. Au moment de l'envoi de la dernière version du manuscrit, l'auteur doit inclure une déclaration de propriété et de cession de droits d'auteurs.

## ■ Cinq types de manuscrits peuvent être présentés à *Santé mentale*

### 1. L'article de recherche

Ce type d'article fait état des résultats d'une recherche en sciences infirmières. L'article n'a pas fait l'objet d'une publication dans une autre revue. Il doit présenter une réflexion suffisamment poussée et appuyée par une problématique clairement définie ainsi que par une argumentation solide. Il doit présenter la méthodologie utilisée, les résultats obtenus ainsi qu'une discussion de ceux-ci. Il doit mettre en évidence l'incidence des résultats sur la pratique et la recherche.

### 2. La revue critique des écrits

La revue critique des écrits fait état des connaissances dans un domaine particulier en sciences infirmières. Elle apporte des éléments nouveaux ou traite d'un sujet sous un nouveau jour ou réalise une critique sur l'état des connaissances et donne des pistes d'orientation sur le développement de ces connaissances.

### 3. L'article clinique

L'article clinique est un texte de fond traitant de la pratique et des nouveautés cliniques en sciences infirmières. Cet article est issu de la pratique et doit mettre en évidence des projets, interventions infirmières, technologies récentes ou autre en tenant compte des développements scientifiques et technologiques.

### 4. L'article de réflexion

Ce type d'article présente une réflexion de fond sur une situation, un problème, une idée ou un concept ou une théorie. Il peut traiter aussi d'une question d'ordre philosophique ou épistémologique en lien avec la discipline infirmière.

### 5. L'article méthodologique

Ce type d'article traite de problématiques d'ordre méthodologique rencontrées dans la recherche en sciences infirmières. Elle apporte un regard nouveau sur une méthode, un devis de recherche, une analyse statistique, etc...

Les articles ne doivent pas excéder 25 000 caractères (espaces et bibliographie compris).

Ces recommandations sont empruntées à *L'infirmière canadienne* ; en savoir plus sur : [www.uqar.qc.ca/revue-inf](http://www.uqar.qc.ca/revue-inf)



## Le personnel infirmier et l'isolement en psychiatrie : critique du processus de décision

En France, sauf en urgence, et à condition qu'un médecin puisse confirmer la mesure dans l'heure, le personnel infirmier ne décide pas de la mise en chambre d'isolement. Il s'agit d'une prescription médicale stricte. Au Québec, le personnel infirmier peut décider d'une telle mesure si le tableau clinique du patient l'exige. Cette recherche canadienne sur les variables qui influencent la prise de décision du personnel infirmier sur la mise en chambre d'isolement permet néanmoins d'éclairer le contexte français.

■ **Dave Holmes,**

Inf., PhD, professeur agrégé.

■ **Amélie Perron,**

Inf., candidate au PhD et chargée d'enseignement.

■ **Pierrette Guimond,**

Inf., PhD, professeure adjointe et directrice adjointe, programmes des études supérieures.

Université d'Ottawa, Faculté des sciences de la santé, École des sciences infirmières (Canada).

La salle (ou chambre) d'isolement est un outil couramment utilisé en psychiatrie. Bien qu'elle s'inscrive comme une mesure de protection, cette stratégie est critiquée par plusieurs chercheurs et cliniciens. Sur le plan strictement juridique, la mise en isolement fait l'objet de débats animés dans la mesure où elle enfreint certains principes fondamentaux tels que la liberté de mouvement. Par ailleurs, le recours à la salle d'isolement pose un questionnement déontologique fondamental : respect de l'autonomie du patient, engagement du personnel infirmier avec le patient, « non malfaisance ». La mise en salle d'isolement (MSI) demeure donc une intervention courante mais controversée. En effet, certains résultats de recherche tendent à démontrer que ses effets iatrogènes dépassent largement ses bénéfices. Les résultats d'une recherche antérieure (Holmes, Kennedy & Perron, 2004) le confir-

ment : la majorité des patients rencontrés ont exprimé des sentiments négatifs vis-à-vis de leur expérience en salle d'isolement. Un premier volet étudié, sous forme de recherche phénoménologique, il y a un peu plus de deux ans, avait pour but de mieux comprendre cette expérience d'enfermement à partir de l'expérience de patients suivis en psychiatrie (Holmes, Kennedy & Perron, 2004). Dans le cadre d'une nouvelle recherche, nous avons estimé nécessaire de nous attarder sur ce que vivait le personnel infirmier. En effet, si quelques études ont traité des expériences du patient isolé, rares sont celles qui se sont intéressées aux variables qui influencent la prise de décision du personnel infirmier sur la mise en salle d'isolement. Présentés dans le cadre de cet article, les résultats de cette recherche viennent compléter notre compréhension de la problématique de la mise en salle d'isolement à l'hôpital psychiatrique.

## ■ Etat des connaissances

En milieu hospitalier, et particulièrement en psychiatrie, l'agitation, l'agressivité et parfois aussi la violence sont des problématiques coutumières au personnel infirmier. On sait en effet que certaines pathologies peuvent engendrer des comportements susceptibles de menacer le bien-être et la sécurité d'autrui mais aussi du patient (Wynaden, Chapman, McGowan, Holmes, Ash & Boschman, 2002). La mise en salle d'isolement constitue donc une mesure restrictive couramment utilisée afin de répondre à certains comportements (Hantikainen & Kappeli, 2000 ; Meehan, Vermeer & Windsor, 2000 ; Morrall & Muir-Cochrane, 2002). Il devrait s'agir, bien évidemment, de mesures mises en place lors de circonstances exceptionnelles (loi sur les services de santé et services sociaux du Québec, article 118.1, 2002).

À ce jour, bien peu de résultats de recherches permettent d'orienter les interventions infirmières face à un patient placé en salle d'isolement et la recherche infirmière ne fait pas exception à ce constat (Holmes, Kennedy & Perron, 2004). Cependant, on connaît un peu mieux les impacts de cette mesure restrictive sur les patients isolés. Wadeson et Carpenter (1976), dans un article notoire, ont adroitement départagé les impacts positifs et négatifs associés à cette intervention. Bien que les données de cette recherche démontrent les vertus positives d'une telle mesure, la majorité de la discus-

sion renvoie aux impacts négatifs de la MSI. Vingt ans plus tard, un constat semble persister : « *l'isolement, fils de l'enfermement, repose sur un paradoxe qui lie autant qu'il les oppose la fonction thérapeutique et la fonction répressive, les attentes de l'individu et les enjeux de la société, le rapprochement et le retranchement, le dialogue et la maîtrise* » (Cozic, Genest & Kress, 1996, p. 85). La MSI est actuellement utilisée à des fins behavioristes (comportementalistes), de protection, d'urgence et de retrait.

Dans le même ordre d'idée, Alty et Mason (1994) ont identifié trois objectifs motivant la mise en salle d'isolement de patients : thérapeutiques (retrait d'un patient en phase maniaque sur-stimulé par son environnement immédiat), sécuritaires (passage à l'acte ou risque important de passage à l'acte de manière hétéro ou auto agressive) ou punitifs (programme de modification de comportement). Ce dernier type d'isolement, communément pratiqué en institution psychiatrique, suscite de vifs débats dans les milieux cliniques (Morrall & Muir-Cochrane, 2002).

Dans la majorité des pays occidentaux, la MSI fait l'objet d'une attention particulière. Le Québec impose désormais un protocole qui encadre l'utilisation de ces mesures restrictives. Le nouvel article (118.1) de la loi sur la santé et les services sociaux du Québec expose sans équivoque les modalités d'application des « mesures de protection » : « *La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne* » (Gouvernement du Québec, article 118.1, 2002 p. 30-31). Cette ligne directrice fait écho aux écrits de Friard (1998), qui soutient que « *s'il doit être nécessaire... d'isoler un malade mental, les conditions d'utilisation... doivent être encadrées par des textes réglementaires précis qui offrent au malade des garanties contre tout arbitraire* » (p. 13-14).

Certains auteurs estiment cependant qu'en dépit de son caractère répressif, la salle d'isolement peut toutefois constituer un lieu où un traitement peut être institué (Alty & Mason, 1994). Mais des questions émergent lorsque son utilisation vise un but

punitif et ne constitue plus un soutien provisoire au soin (Friard, 1998).

Ce risque touche plus particulièrement les intervenants chargés de l'appliquer et en particuliers les infirmières et les infirmiers. C'est à ce titre, que nous estimons qu'il faut maintenant étudier cette problématique de leur point de vue.

## ■ Les résultats

À la lumière des propos des participants, cinq catégories descriptives ont été élaborées regroupant les facteurs qui modulaient leur décision d'isoler ou non un patient : gestion de la situation, connaissances, valeurs, sentiments, influences.

### • Gestion de la situation

Il s'agit de la catégorie centrale, celle à laquelle s'articulent toutes les autres et dont le thème revient le plus fréquemment à travers les propos des participants. Elle comprend trois points souvent réitérés par le personnel infirmier : la complexité de la prise de décision (de même que ses implications pour la préservation de la relation thérapeutique), le *continuum* des interventions et les mesures alternatives à l'isolement afin de composer avec la situation.

### • Connaissances

Il s'agit des connaissances nécessaires à une prise de décision compétente et informée en psychiatrie.

– **L'expérience antérieure** (savoir empirique) constitue un élément essentiel dans la prise de décision du personnel infirmier leur permettant de mieux jauger certains comportements des patients, comme en témoigne l'extrait suivant :

« *L'évaluation de la dangerosité, c'est subjectif. Moi, je serai capable d'en parler. Un patient agressif, qui verbalise de la colère, qui frappe sur un bureau en parlant..., pour moi ça peut être acceptable. Cela ne veut pas dire que je suis en danger ou que le personnel est en danger* ».

– **Les connaissances théoriques** renvoient quant à elles aux références apprises lors de la formation infirmière et qui permettent de dispenser les soins de manière cohérente et compétente. En ce sens, la pratique centrée sur le patient constitue un élément fondamental des soins infirmiers. Elle a été relevée par plusieurs participants comme étant indispensable :

« *Si l'on veut offrir de bons soins, il faut au départ avoir une bonne relation de*



confiance, et si tu la perds... tu peux dire "échec" sur le traitement ».

- Les **connaissances esthétiques** renvoient à la créativité dont doivent continuellement faire preuve le personnel infir-

mier afin de réagir rapidement et efficacement à certaines situations complexes. Elles renvoient également à l'intuition qui guide la compréhension de l'état du patient et l'adéquation des interventions. Sur ce

point, un participant évoquait la cigarette comme une alternative à la mise en salle d'isolement :

« *Emmener le patient dehors pour fumer. C'est en apparence très simple, mais tu*

## ● Méthodologie

### • Buts de la recherche

- décrire et comprendre le processus décisionnel des infirmières et des infirmiers qui utilisent la salle d'isolement comme stratégie d'intervention ;
- promouvoir une pratique réflexive en regard des mesures restrictives (dites de protection) en psychiatrie.

### • Questions et sous questions de recherche

- quelles sont les variables impliquées dans le processus de décision du personnel infirmier ayant recours à la mise en salle d'isolement comme stratégie d'intervention en psychiatrie ? ;
- quel sont les motifs exprimés par les infirmières et les infirmiers en regard de leur décision d'isoler ou non un patient ? ;
- quels sont les facteurs déterminants impliqués dans la prise de décision ?

### • Considérations méthodologiques

Compte tenu de la nécessité d'appréhender la problématique à partir du ressenti du personnel infirmier, une perspective qualitative a été retenue car elle permettra une meilleure compréhension du phénomène ainsi que de décrire l'expérience humaine au quotidien et dans un milieu de vie précis. De plus, le processus social ainsi que le contexte dans lequel se situe le questionnement constituant deux éléments clés pour les chercheurs, la méthodologie la plus pertinente parmi le panel possible d'approche qualitative est celle empruntée à « la théorisation ancrée » (\*), développée par les sociologues Glaser et Strauss (1967), puis revue par Strauss et Corbin (1998). Depuis le début des années 1980, cette méthodologie est largement utilisée en sciences infirmières.

### • Méthodes de collecte et d'analyse des données

Bien que la théorisation ancrée puisse faire appel à trois approches distinctes de collecte des données (entrevues, observation, recherche documentaire), seule les entrevues semi directives ont été utilisées comme sources de données. Chaque informant a été vu environ 60 minutes (dans son unité de soins) au cours desquelles il s'est vu remettre une histoire de cas fictive dépeignant un patient en état d'agitation et au regard duquel la décision d'avoir recours ou non à l'isolement devait être prise. L'entretien a été enregistré sur bande audio. Toutes les mesures de confidentialité disponibles ont été mises en place afin d'assurer des réponses franches et ouvertes. Les chercheurs ont veillé aussi à établir un climat de confiance avec les informants afin d'obtenir des réponses honnêtes et exemptes de censure. Toutes les entrevues ont été retranscrites par une assistante de recherche en suivant la méthode Labrie (1982). Pour ce qui a

trait à l'analyse des données proprement dites, le processus de la théorisation ancrée prévoit trois étapes : la codification ouverte, la codification axiale et la codification sélective.

De façon plus explicite, la codification ouverte permet la mise en perspective des catégories, outil analytique qui permet de saisir une partie de la complexité de la vie psychologique, social et culturelle ; la codification axiale vise à spécifier chaque catégorie en termes de causalité, de contexte, d'action-interactions et de conséquence. Cette activité de recherche de lien entre les catégories permet aussi de faire apparaître la catégorie centrale (*core variable*) à partir de laquelle part l'ensemble des action/interactions. Enfin la codification sélective est un processus d'intégration et de raffinement théorique qui permet de relier toutes les catégories entre elles autour de la catégorie centrale avec des liens bien précis ce qui permet de voir émerger une proposition théorique. La théorie ainsi construite est validée simultanément par la comparaison constante des données au sein de la réalité observée et l'analyse en émergence soutenue par les contributions d'autres chercheurs sur le sujet ; il y a donc simultanéité de la collecte et de l'analyse (Paillé, 1994 ; Strauss & Corbin, 1998).

Il est commun en analyse qualitative de signaler au lecteur la sensibilité théorique et expérientielle du chercheur afin de mieux comprendre ses choix, son espace d'analyse et son interprétation du phénomène. Dans ce cas, l'interprétation des données a été influencée au plan théorique par la compréhension des travaux de Foucault concernant le discours (1997), l'asile (1996), le pouvoir (1994) et la gouvernementalité (1991) ; par les travaux de Goffman sur les institutions totales (1998), les rites d'interaction (1993) et les stigmates (1996) ; et enfin, par les travaux de Castel (1984, 1991) et de Lupton (1999) sur la notion de risque.

### • Milieux d'étude et échantillon

Trente infirmières(ers) exerçant dans six unités de soins psychiatriques de deux centres hospitaliers universitaires ont participé à la recherche. Ces unités ont les vocations suivantes : soins intensifs, urgence, unité d'admission, unité de soins aigus, unité de réadaptation et enfin une unité de psychiatrie légale.

(\*) *La théorisation ancrée : cette approche sociologique qui prend appui sur l'interactionnisme symbolique stipule que l'être humain construit sa réalité à partir des interactions sociales et d'autres parts des sources du pragmatisme par la méthode utilisée, respecte le plus possible les standards acceptés par la communauté scientifique. Cette démarche vise non seulement en la description minutieuse d'un phénomène, mais elle recherche aussi la pertinence des concepts utilisés dans l'analyse des données pour en développer une compréhension théorique. C'est une approche claire, bien codifiée, rigoureuse mais aussi flexible et qui trouve tout à fait sa place dans les phénomènes à analyser en sciences infirmières.*

*l'isoles des autres pour essayer d'établir un meilleur contact avec lui. La cigarette, c'est merveilleux pour ça ».*

- **Quant aux connaissances éthiques**, elles font référence aux cadres déontologiques régissant la pratique infirmière et assurent des soins qui respectent les droits des patients. Pour la plupart des participants, le recours à l'isolement peut à la fois constituer une intervention éthique et non éthique, en regard des circonstances qui ont motivé son utilisation :

*« La salle d'isolement peut être un endroit humain mais aussi inhumain. Si le patient risque de se blesser alors je pense que la salle d'isolement peut être un bon endroit. Si le patient est placé en isolement au moindre doute, abus ou punition, alors c'est un endroit terrible. Alors tu dois décider, utiliser ton jugement : est-ce vraiment nécessaire ».*

Selon ce participant, il importe donc de bien réfléchir aux motifs et aux implications de la mise en salle d'isolement. Plusieurs infirmières et infirmiers ont identifié leur code de déontologie professionnelle comme une ressource utile dans leur prise de décision.

- **Les connaissances légales** : textes de loi et manuels de procédures. Toutefois, bien que la majorité des participants aient identifié la loi et les politiques organisationnelles régissant l'utilisation des mesures restrictives comme étant importants dans leur prise de décision, plusieurs d'entre eux ont reconnu ne pas être au fait de tels cadres procéduraux, tel qu'illustré par l'extrait suivant :

*« Qu'est-ce que tu veux dire, la loi ? Laquelle au juste... Tu vois, je ne la connais même pas, la loi. Je sais que le patient a des droits, je pense que je l'ai vue mais je ne me souviens pas ».*

D'autres estimaient que leur milieu de travail ne disposait pas de politiques et procédures mises à jour et que cela entraînait de la confusion parmi les soignants de même que des disparités dans l'interprétation et l'utilisation des outils à leur disposition.

#### • Valeurs

Les participants ont identifié plusieurs valeurs intervenant dans leur processus décisionnel, que nous regroupons en valeurs personnelles, professionnelles et organisationnelles. Les valeurs professionnelles, notamment, renvoient aux valeurs prisées par les intervenants en tant que professionnels de la santé et qui guident

l'ensemble de la profession infirmière. Selon les participants, de telles valeurs incluent le respect du patient, même si cela implique d'aller à l'encontre de l'opinion de leurs collègues :

*« Je peux te dire la satisfaction d'avoir géré une situation comme ça, et de voir que le patient n'a pas eu besoin d'être isolé. On se fait critiquer par d'autres infirmières, par certaines personnes qui ne comprennent pas la situation et qui nous disent : "tu gâtes le patient, tu encourages le clivage" ».*

En vertu de ces valeurs, le personnel infirmier a une idée précise de son exercice, notamment en psychiatrie, ce qui lui permet d'user de la salle d'isolement de manière réfléchie :

*« Parce-que c'est de la psychiatrie que je veux faire, ce n'est pas de la modification de comportement ».*

La question de la modification des comportements par le recours à la salle d'isolement a été évoquée à de nombreuses reprises par les participants. Dans une logique béhavioriste, l'isolement servirait à punir le patient de comportements indésirables, ce qui est prohibé par les textes de loi québécois portant sur l'utilisation des mesures restrictives. La majorité des participants ont tenu à souligner qu'une telle approche ne s'accordait nullement avec leur rôle professionnel, et que leur responsabilité à l'égard des patients nécessitait, entre autres, de s'assurer du respect de leurs droits. Cet aspect touche à la compréhension par le personnel infirmier des troubles mentaux des patients, étant donné que plusieurs d'entre eux sont hospitalisés pour des raisons « comportementales » plutôt que pour une « réelle » pathologie psychiatrique :

*« J'essaie toujours de passer du temps avec la personne. Mais une collègue m'a déjà dit : "Les patients sont ici pour des troubles de comportement, alors on ne va pas rendre leur séjour agréable, de cette manière ils y penseront deux fois avant de venir ici". J'hésite à utiliser l'isolement pour la modification de comportements. Je trouve cela difficile ».*

L'utilisation de la salle d'isolement pour modifier les comportements semble donc provoquer un malaise chez certains participants. À cet égard, la culture hospitalière joue peut-être un rôle dans la perception des troubles présentés par les patients. Selon les participants, le personnel infirmier n'est pas toujours valorisé par l'administration. Il semblerait qu'au contraire,

une culture du blâme persiste, tout particulièrement en cas d'incident dans les unités de soins. Certains membres du personnel infirmier ont par ailleurs suggéré qu'un tel climat favorisait justement l'utilisation de la salle d'isolement à des fins non prescrites par la loi, telles que la modification de comportement.

Ainsi, afin d'éviter des perturbations dans les unités de soins et pour lesquelles ils pourraient être réprimandés, certains participants considéreraient l'isolement comme une mesure d'intervention préventive garantissant le maintien du calme en cas d'agitation. En somme, les participants interrogés estimaient que leur milieu de travail privilégiait la gestion des risques et de la dangerosité (et l'absence d'incidents), plutôt que le bien-être des patients et du personnel soignant.

#### • Sentiments

Le personnel infirmier avec lequel nous nous sommes entretenus a identifié des sentiments et des émotions intervenant dans leur décision d'avoir recours ou non à l'isolement des patients. Certains préjugés, notamment envers les maladies mentales et les patients psychiatisés, pouvaient affecter cette décision, comme le montre ce témoignage :

*« La peur, le rejet du patient, le jugement très dur en regard du patient... sont des facteurs qui influencent notre décision. Certaines préconceptions... une attitude négative envers un patient qui a été admis plusieurs fois à l'hôpital ».*

La peur a été évoquée par plusieurs participants comme instigatrice du recours à l'isolement, notamment envers les patients connus pour des épisodes d'agressivité ou de violence, (ces informants ayant parlé de la peur de certains collègues plutôt que de la leur). Il en va de même vis-à-vis de la colère ressentie à l'égard de certains patients, des infirmières et des infirmiers ayant évoqué le risque d'isoler un patient qui les exaspérait :

*« Les mots abusifs verbalisés par le patient... Il va te dire : "vas te faire foutre !" Il ne faut pas prendre cela de manière personnelle ».*

Les sentiments à l'égard des collègues de travail interviennent également dans la manière dont les participants gèrent une situation mouvementée, tout particulièrement lorsque certains ne semblent pas capables d'intervenir auprès des patients

agités, au risque d'envenimer la situation : *« Certains employés me font peur si je les laisse intervenir avec des patients agressifs... J'aime autant voir les patients moi-même, désamorcer la crise moi-même, être le leader de l'intervention, plutôt que de laisser quelqu'un qui a peur, intervenir ».*

Certains membres du personnel infirmier sont donc perçus comme n'ayant pas le tact et les habiletés requises pour gérer l'agitation de certains patients. Ce manque de confiance à l'égard des pairs entraîne donc la crainte qu'une situation ne se détériore.

#### • Influences

Des influences diverses ont été évoquées par les participants sur la décision de recourir à l'isolement, dont les collègues de travail. Au-delà du sentiment d'appréhension que certaines infirmières ou infirmiers pouvaient provoquer chez leurs pairs, l'opinion de certains sur la manière la plus adéquate de gérer une situation problématique est également déterminante. Le témoignage suivant a été rapporté par un infirmier qui refusait d'isoler un patient :

*« Mes collègues m'ont dit : "Tu les traites trop bien, tu les maternes. Regarde, ils viennent ici, c'est un problème de comportement, et si on les traite trop bien, ils vont vouloir revenir" ».*

Ici encore, on constate chez des membres du personnel infirmier la conviction que certains patients ne souffrent pas réelle-

ment d'un trouble psychiatrique et que l'isolement constitue une approche acceptable en vue de modifier leur comportement. Dans certains cas, des intervenants d'autres unités de soins peuvent dicter la marche à suivre, notamment lorsqu'un patient doit être transféré.

Le personnel de ces unités exige parfois que le patient reçoive systématiquement un calmant avant d'être transféré, sinon il refuse de le prendre en charge. Dans ce cas, des facteurs exogènes priment sur l'état du patient dans l'utilisation d'une mesure restrictive, en dépit du cadre légal de l'intervention :

*« On avait de la pression de l'extérieur (prescription médicale) alors que le patient ici était calme, il avait un potentiel de violence, était psychotique, avait besoin de médication mais on ne pouvait pas légalement intervenir, ni le mettre en isolement ».*

Un tel environnement de travail peut donc rendre difficile une action concertée fondée sur l'état d'un patient qui présente des signes d'agitation. Font partie de cet environnement, outre les autres infirmières et infirmiers, tous les patients qui peuvent être exposés à un risque, et les participants interrogés ont largement évoqué cet élément comme étant déterminant dans leur prise de décision :

*« Le respect du patient passe toujours en premier, mais il y a aussi le respect des autres patients. Laisser une personne se désorganiser au risque de fragiliser toute l'unité...*

*à un moment donné aussi il faut faire la part des choses. Je ne mettrai pas vingt-trois personnes en danger pour une ».*

Cet extrait évoque la fragilité chronique du climat des unités de soins où se côtoient des patients potentiellement psychotiques et anxieux. Ajoutée à la culture du blâme qui régit les institutions, on est à même de saisir la complexité du recours à la MSI dans un contexte d'instabilité. Enfin, dernière influence identifiée par les participants, les prescriptions médicales en vigueur qui peuvent dicter les interventions du personnel infirmier :

*« Souvent des patients ont un protocole de salle d'isolement. Par exemple : une heure d'isolement lors de l'admission. Mais ils sont sages comme des images. Ils collaborent bien, ils ne crient pas, ils ne sont pas agressifs. Pourquoi dois-je les isoler ? Parce que c'est prescrit ? ».*

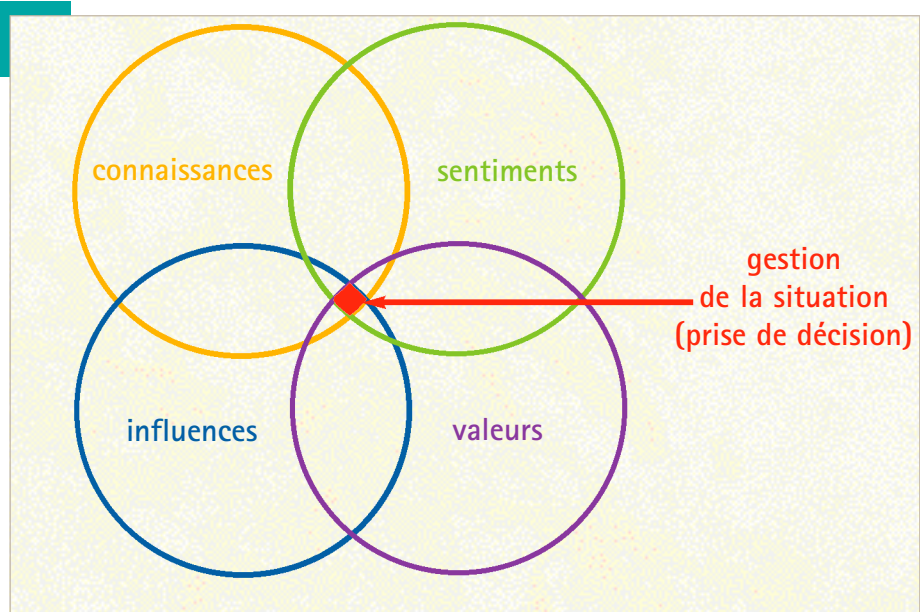
Ce témoignage est particulièrement troublant, étant donné qu'il concerne des patients institutionnalisés et porteurs d'une déficience mentale et envoyés à l'hôpital (où nous avons effectué notre recherche) uniquement dans le but d'être placés en salle d'isolement. Il est clair ici que l'isolement est prescrit dans une optique de modification de comportement, bien que cela soit contraire à la loi québécoise. L'hôpital se fait donc complice de telles pratiques et impose notamment au personnel infirmier des pratiques à l'encontre de leur code de déontologie et de la loi.

Les éléments identifiés par les participants et que nous avons amalgamés en catégories descriptives peuvent maintenant être regroupés dans un modèle explicatif permettant d'organiser et de schématiser les composantes du processus décisionnel du personnel infirmier face au recours à la salle d'isolement.

#### ■ Modélisation

Le modèle élaboré à la lumière des données recueillies reprend les quatre catégories identifiées plus tôt et place la catégorie centrale que nous avons identifiée, à savoir la gestion de la situation, à l'intersection de ces dernières (cf. figure 1). Cette catégorie centrale réfère à la prise de décision du personnel infirmier en regard de la salle d'isolement qui constitue la dimension sur laquelle nous nous sommes attardés dans

Figure 1 : Modélisation du processus décisionnel du personnel infirmier en regard de la mise en salle d'isolement





notre étude plus large de l'utilisation de la salle d'isolement en psychiatrie.

## ■ Discussion

Les résultats de notre recherche montrent que la mise en salle d'isolement est une intervention infirmière (*catégorie centrale*) modulée par quatre catégories de variables : connaissances, sentiments, valeurs et influences.

Ces catégories descriptives sont composées de variables socio-professionnelles, structurelles et personnelles. Bien que les dimensions relatives au rôle professionnel soient prises en compte lors de la MSI, il est clair que des variables structurelles (ex.: pression des pairs, culture de blâme) influencent la décision de recourir à l'isolement, même si cela ne s'accorde pas avec les aspects légaux et déontologiques de la pratique professionnelle infirmière.

Devant une situation de soins complexes identique, le personnel infirmier réagit de différentes manières, entraînant des variations importantes dans les interventions. La prise de décision est hautement subjective et interpelle un ensemble de variables dont le poids (importance symbolique) diffère. La gestion du risque (notamment l'évaluation de la dangerosité) constitue une variable centrale dans la prise de décision, cette évaluation relevant davantage de l'intuition. Les lois et les politiques ne permettent donc pas de réguler les pratiques professionnelles et d'enrayer l'arbitraire des décisions.

Les sentiments du personnel infirmier tels que la peur et la colère vis-à-vis d'un patient sont des facteurs qui influencent la prise de décision en matière d'utilisation de la salle d'isolement. La prise de décision repose sur des pratiques réflexes et formelles, voire institutionnalisées (rencontre avec le patient, médication, isolement), alors que peu d'alternatives à la MSI sont rapportées par les participants. La prise de décision s'opère dans un cadre institutionnel précis dans lequel la culture organisationnelle (macro et micro) joue un rôle majeur puisque celle-ci oriente le choix des options. Le processus décisionnel est très complexe alors qu'il repose sur un ensemble de discours (et de pratiques) personnels, professionnels et organisationnels.

La prise de décision est difficile et complexe parce qu'elle mobilise des fonctions souvent paradoxales (soins/contrôle, relation-discipline, empathie/sécurité). Il existe des tensions vives entre les valeurs personnel-

les/professionnelles et les influences. L'évaluation de la dangerosité influence le degré de confort, ce qui peut générer de la peur, qui module alors la prise de décision.

La gestion d'une situation instable est d'autant plus complexe que le personnel infirmier transige avec des « possibilités » de détérioration de l'état du patient ou un « potentiel » de violence. Il s'agit donc de négocier avec des risques qui ne sont pas concrétisés et qui ne le seront peut-être pas. Le personnel infirmier doit donc développer des habiletés permettant de reconnaître ce type de situation et les désamorcer rapidement et efficacement, tout en veillant à protéger les droits des patients et à observer les cadres déontologiques et légaux régissant la pratique infirmière.

Les facteurs identifiés au cours de cette recherche sont caractéristiques des unités dans lesquelles nous avons effectué nos entretiens. On ne peut prétendre à la transférabilité totale de ces résultats à d'autres institutions de soins, quoique cette possibilité ne soit pas exclue. De plus, le fait

d'avoir mené cette étude dans deux établissements psychiatriques seulement limite quelque peu nos données. Ces deux milieux ont chacun leur philosophie de soins respective qui encadre localement la pratique infirmière et influence les stratégies de gestion de certaines situations (par exemple, en vertu de la culture organisationnelle qui les caractérise).

Il convient également de rappeler que, comme pour toute étude, la position épistémologique des chercheurs influence l'interprétation des résultats (notamment la catégorisation des thèmes rapportés par les participants). Un tel biais, loin d'être indésirable, nécessite toutefois d'être rappelé à l'attention des lecteurs.

## ■ Implications pour l'éducation, la pratique et la recherche

### • Éducation

Cette étude permet de souligner l'importance du retour post-incident afin de ré-examiner le processus qui a conduit à la

Photo : Julien Renard/PhotoSystème





prise de décision et de réfléchir à d'autres stratégies de gestion de certains événements perturbants.

À cet égard, les écrits de Kolb (1984) sur la théorie de l'apprentissage expérientiel sont pertinents. Selon lui, quatre phases interviennent dans la gestion des expériences :

- l'expérience concrète ;
- l'observation réflexive (cette étape implique une réflexion technique, pratique et critique qui est fondamentale dans un contexte d'exercice infirmier réfléchi et de compétence morale, et qui nécessite un soutien organisationnel qui ne promeut pas une culture du blâme) ;
- une conceptualisation abstraite ;
- une expérimentation active.

#### • Pratique

Le personnel soignant doit procéder à une évaluation précise du niveau de dangerosité. À ce titre, des échelles peuvent s'avérer utiles et garantir une approche uniforme dans ce type d'évaluation.

Par ailleurs, certaines situations conflic-

tuels (ex. : décision ne faisant pas consensus au sein de l'équipe de soins) peuvent engendrer un niveau important d'inconfort, voire de détresse.

Le personnel infirmier doit donc revenir à son mandat social premier (à savoir, le soin) et à l'observance obligatoire des cadres déontologiques et légaux qui régissent sa pratique. À ce titre, la fonction d'*advocacy* (le personnel infirmier comme représentant de la voix du patient) n'est pas un choix mais bien une obligation déontologique qui protège les patients contre l'utilisation abusive des mesures restrictives.

#### • Recherche

Cette étude a permis de mettre en évidence le manque de mesures alternatives à la MSI. Il est donc nécessaire d'explorer d'autres possibilités d'interventions qui sont moins restrictives sur le plan thérapeutique

et d'inclure le personnel infirmier dans cette réflexion.

#### ■ Conclusion

Cette étude constitue le deuxième volet d'un projet plus large portant sur l'utilisation de la salle d'isolement en psychiatrie institutionnelle. Elle nous a permis d'identifier plusieurs variables modulant la décision du personnel infirmier d'utiliser ou non la salle d'isolement. Nous avons proposé un modèle qui fait état des variables impliquées dans le processus de prise de décision et identifié les implications de ce projet pour l'éducation, la pratique et la recherche infirmière. Il conviendrait à ce stade de reproduire une telle étude dans d'autres milieux de soins afin d'enrichir les variables identifiées et ainsi améliorer notre compréhension du phénomène. ✨

### ● Bibliographie

- ▶ Alty, A. & Mason, T. (1994). *Seclusion and mental health : A break with the past*. London : Chapman & Hall.
- ▶ Castel, R. (1984). *La gestion des risques*. Paris : Les Éditions de Minuit.
- ▶ Castel, R. (1991). From dangerousness to risk. In G. Burchell, C. Gordon, & P. Miller (Eds). *The Foucault Effect*. Chicago : The University of Chicago Press.
- ▶ Cozic, J. Y., Genest, P. & Kress, J. J. (1996). Isolement en tant que soin. *Psychiatrie française*, no. spécial, août, 82-86.
- ▶ Fontana, A. & Frey, J. H. (1994). Interviewing : The art of science. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks : Sage.
- ▶ Foucault, M. (1997). *Les mots et les choses*. St-Amand : Éditions Tel/Gallimard.
- ▶ Foucault, M. (1996). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Saint-Amand : Editions Tel-Gallimard.
- ▶ Foucault, M. (1994). *Histoire de la sexualité : la volonté de savoir*. St-Amand : Éditions Tel-Gallimard.
- ▶ Foucault, M. (1991). Governmentality. In G. Burchell, C. Gordon & P. Miller (Eds). *The Foucault effect*. Chicago : The University of Chicago Press.
- ▶ Friard, D. (1998). L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ? Paris : Éditions Hospitalières.
- ▶ Glaser, B., Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago : Aldine.
- ▶ Goffman, E. (1998). *Asiles : étude sur la condition sociale des malades mentaux*. Paris : Éditions de Minuit.
- ▶ Goffman, E. (1993). *Les rites d'interaction*. Paris : Éditions de Minuit.
- ▶ Goffman, E. (1996). *Stigmates : les usages sociaux des handicaps*. Paris : Éditions de Minuit.
- ▶ Gouvernement du Québec. (2002). *Loi sur les services de santé et services sociaux*. Québec : Editeur officiel du Québec.
- ▶ Guba, E., Lincoln, Y. (1998). Competing paradigms in qualitative research. In N. Denzin et Y. Lincoln (Eds). *The Landscape of Qualitative Research : Theories and Issues*. Thousand Oaks : Sage.
- ▶ Holmes, D., Kennedy, S. L., & Perron, A. (2004). 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.
- ▶ Labrie, V. (1982). *Précis de transcription de documents d'archives orales*. Québec : Institut Québécois de recherche sur la culture.
- ▶ Lupton, D. (1999). *Risk*. London : Routledge.
- ▶ Meehan, T., Vermeer, C. & Windsor, C. (2000). Patients perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of Advanced Nursing* 31(2), 370 - 377.
- ▶ Morrall, P. & Muir-Cochrane, E. (2002). *Naked Social Control: Seclusion and Psychiatric Nursing in Post-Liberal Society*. Australian e-Journal of Mental Health, 1(2).
- ▶ Paillé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahier de recherche sociologique*, 23, 147-181.
- ▶ Strauss, A. L., Corbin, J. (1998). Grounded theory methodology : An overview. In N. K. Denzin et Y. S. Lincoln (Eds). *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks : Sage Publications.
- ▶ Wadson, H., Carpenter, W. T. (1976). Impact of the seclusion room experience. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 163, 318-328.
- ▶ Wynaden, D., Chapman, R., McGowan, S., Holmes, C., Ash, P., & Boschman, A. (2002). Through the eye of the beholder : to seclude or not to seclude. *International Journal of Mental Health Nursing*, 11(4), 260-8.