



HAL
open science

Étude qualitative du vécu du soignant lors de la mise en chambre d'isolement des patients en psychiatrie

Gaëtan Prissette

► **To cite this version:**

Gaëtan Prissette. Étude qualitative du vécu du soignant lors de la mise en chambre d'isolement des patients en psychiatrie. *Psychiatrie et santé mentale*. 2017. dumas-01932929

HAL Id: dumas-01932929

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01932929>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
UFR DE MEDECINE D'AMIENS

ANNEE 2017

N°141

Étude qualitative du vécu du soignant lors de la mise en chambre d'isolement des patients en psychiatrie

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)

SPECIALITE : PSYCHIATRIE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 16 OCTOBRE 2017

PAR PRISSETTE Gaëtan

PRESIDENT DU JURY : Monsieur le Professeur Olivier JARDE

MEMBRES DU JURY : Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Monsieur le Professeur Jean Marc GUILLE

Monsieur le Professeur Jean Michel MACRON

Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

DIRECTRICE DE THESE : Madame le Docteur Valérie YON

A Monsieur le Professeur Olivier JARDE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier des droits de la Santé

(Chirurgien orthopédiste)

Membre de l'académie nationale de Chirurgie

Membre de l'académie nationale de Médecine

Chevalier dans l'Ordre de la Légion d'Honneur

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites le très grand honneur de présider cette soutenance

Veillez agréer l'expression de mes remerciements les meilleurs et de mon plus profond respect

Merci pour votre confiance et votre soutien

A Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Pédiatrie)

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous m'honorez en acceptant d'estimer ce travail

Veillez agréer l'expression de mes remerciements les meilleurs et de mon plus profond respect

A Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

Coordonnateur régional du DES de psychiatrie

Vous m'honorez en acceptant d'estimer ce travail

Veillez agréer l'expression de mes remerciements les meilleurs et de mon plus profond respect

Merci pour vos conseils avisés et bienveillants

A Monsieur le Professeur Jean-Michel MACRON

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Physiologie)

Chef du Service Explorations Fonctionnelles du Système Nerveux

Pôle Autonomie

Vous m'honorez en acceptant d'estimer ce travail

Veillez agréer l'expression de mes remerciements les meilleurs et de mon plus profond respect

A Madame le Professeur Cécile MANAOUIL

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Médecine légale et droit de la santé)

Service de Médecine Légale et Sociale

Adjointe au Chef du Pôle « Urgences, médecine légale et sociale »

Vous m'honorez en acceptant d'estimer ce travail

Veillez agréer l'expression de mes remerciements les meilleurs et de mon plus profond respect

A Madame le Docteur Valérie YON

Praticien Hospitalier

(Psychiatrie)

Unité de Psychiatrie Adultes

Directrice du Comité Médical d'Établissement du Centre Hospitalier Philippe Pinel

Vous avez accepté de me diriger dans ce travail

Veillez agréer l'expression de mes remerciements les meilleurs et de mon plus profond respect

Merci pour vos conseils avisés, votre disponibilité et vos encouragements

INTRODUCTION.....	8
I/ DEFINITIONS.....	10
A) L'ISOLEMENT	10
B) LA CHAMBRE.....	11
C) L'ISOLEMENT EN PSYCHIATRIE	12
II/ DONNEES THEORIQUES.....	13
A) FONDEMENTS HISTORIQUES	13
1) ANTIQUITE	13
2) MOYEN AGE	14
3) RENAISSANCE	15
4) LE XVIIIème SIECLE et XIXème SIECLE	16
5) LE XXème SIECLE	18
6) LE XXIème SIECLE.....	19
B) UTILISATION DE L'ISOLEMENT A TRAVERS LE MONDE.....	19
1) EN ISLANDE.....	20
2) EN BELGIQUE.....	20
3) EN ALLEMAGNE.....	21
4) AUX PAYS-BAS	21
5) AU ROYAUME-UNI.....	22
6) AU QUEBEC	22
C) LES MODALITES DE LA MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT.....	22
1) LES INDICATIONS DE LA MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT	23
2) LES CONTRE-INDICATIONS DE LA MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT.....	23
D) CADRE LÉGAL	23
1) LA CIRCULAIRE 3021 DU 15 MARS 1960 RELATIVE AU PLAN DIRECTEUR DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES.....	23
2) LA LOI DU 27 JUIN 1990	24

3) LA RÉOLUTION 46/119 DE L'ONU DU 17 DECEMBRE 1991 RELATIVE A LA PROTECTION DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES MENTALES ET A L'AMÉLIORATION DES SOINS DE SANTÉ MENTALE	24
4) LE DÉCRET DU 15 MARS 1993.....	24
5) LA CIRCULAIRE N°48 DGS/SP3 DU 19 JUILLET 1993.....	25
6) RECOMMANDATION 1235 DE 1994 RELATIVE A LA PSYCHIATRIE ET AUX DROITS DE L'HOMME	25
7) LA CHARTE DU PATIENT HOSPITALISE DE 1995	26
8) LA CIRCULAIRE DE L'ANAES DE 1998.....	26
9) LA LOI DU 5 JUILLET 2011 modifiée le 27 septembre 2013 : NOUVELLES DISPOSITIONS POUR LES SOINS SANS CONSENTEMENT.....	27
10) CODIFICATION RECENTE	27
E) REFLEXIONS ETHIQUES	29
III / ETUDE DU VECU DU SOIGNANT ET DE SA REPRESENTATION DU VECU DU PATIENT	30
A) METHODE	32
1) QUESTIONNAIRE	32
2) PERSONNES INTERROGEES.....	32
3) LE CENTRE HOSPITALIER PHILIPPE PINEL	33
4) RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS	33
5) ANALYSE DES DONNEES.....	33
B) RESULTATS	34
1) INFIRMIERS	34
2) MEDECINS.....	40
IV/ DISCUSSION	46
A) DEFINITIONS	46
B) CONNAISSANCES THEORIQUES	47
C) LE VECU DU SOIGNANT	51
D) LA REPRESENTATION DU VECU DU PATIENT PAR LE SOIGNANT	54
E) PERSPECTIVES	57

F) COMPARAISON ENTRE LES GROUPES	60
CONCLUSION	62
BIBLIOGRAPHIE	64
ABSTRACT	71
RESUME.....	72

INTRODUCTION

L'isolement est une des pratiques les plus anciennes utilisées en psychiatrie qui bénéficie actuellement d'une remise en question et d'une attention soutenue tant sur le plan réglementaire que par les professionnels eux même. Cet outil thérapeutique est pourtant encore fréquemment utilisé dans les services spécialisés. Il s'agit d'une pratique coercitive représentant un aspect souvent discuté de l'exercice de la psychiatrie. Cette mesure est souvent utilisée dans le cadre d'une agitation du patient voire d'une agressivité envers lui-même ou les autres, source d'angoisse et de tension pour les professionnels y ayant recours. Cependant, ce vécu ne semble pas être exprimé par les soignants voire banalisé.

Nous nous proposons d'étudier le vécu du soignant lié à la mise en chambre d'isolement et de nous intéresser à la manière de prendre en charge autrement cette violence.

La première partie, très brève, définit les termes d'isolement et de chambre.

La seconde partie de ce travail reste théorique. Elle permet de préciser différents aspects tant historiques que pratiques voir réglementaires. Ainsi, les fondements historiques de l'isolement des patients en psychiatrie et de son rôle à travers les différentes époques sont examinés. Puis, quelques repères réglementaires dans différents pays européens sont proposés. Enfin, les modalités de la mise en chambre d'isolement, à savoir ses indications et ses contre-indications, ses bénéfices et ses effets indésirables, ainsi que le cadre légal régissant cette pratique en France sont présentés. Ces notions sont complétées par quelques pistes de réflexions éthiques.

La troisième partie présente une étude descriptive, monocentrique, qualitative menée au Centre Hospitalier Philippe PINEL de Dury dans la Somme au moyen d'entretiens avec un questionnaire semi-directif anonymisé. Elle s'adresse à des personnels de cet hôpital travaillant dans un service de psychiatrie et ayant déjà participé à au moins une mise en chambre d'isolement. Elle s'intéresse tant au vécu du soignant lors de la mise en chambre d'isolement d'un patient qu'à la représentation du soignant du vécu du patient. L'analyse qualitative s'est faite par une analyse thématique en notant la répétition d'occurrences dans les propos recueillis.

Nos résultats nous donnerons matière à réfléchir aux moyens de limiter l'impact du recours à l'isolement pour le soignant mais aussi à limiter le recours à l'isolement en lui-même.

I/ DEFINITIONS

Il convient dans un premier temps de s'interroger sur les définitions des termes d'isolement et de chambre d'isolement afin de bien en cerner les différents aspects.

A) L'ISOLEMENT

Lorsque l'on recherche le terme « isolement » dans le dictionnaire Larousse, on retrouve les définitions suivantes :

- « - *État d'une habitation, d'un lieu écarté, perdu*
- *État de quelqu'un qui vit isolé ou qui est moralement seul*
- *Séparation d'un individu ou d'un groupe d'individus des autres membres de la société » [1]*

Le Littré en donne la définition suivante :

- « - *Etat d'une chose isolée. L'isolement de cette maison au milieu des bois.*
- *Etat d'une personne isolée. Vivre dans l'isolement.*
- *Terme de police sanitaire. Action d'isoler, mesure ayant pour but de soustraire les hommes et les animaux sains à la contagion.*
- *Terme d'architecture. Distance entre deux parties de construction qui ne se touchent pas.*
- *Terme de physique. Etat d'un corps électrisé qui n'est en relation qu'avec des objets non conducteurs, afin qu'il puisse conserver l'électricité. » [2]*

Le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales indique son utilisation dès 1824 en tant qu'« *action d'isoler un malade* » dans le Dictionnaire Abrégé des Sciences Médicales. [3]

Sur le plan étymologique, le mot isolement vient du latin *insulatus* : séparé comme une île.

Il est important de noter l'aspect péjoratif attaché à ce terme. Il apparaît dès lors la difficulté d'y voir une mesure thérapeutique bénéfique pour la santé mentale du patient.

B) LA CHAMBRE

Le dictionnaire Larousse en donne plusieurs définitions : [1]

« - *Pièce d'habitation où l'on couche*

- *Pièce où séjourne un malade dans un hôpital*

- *Pièce d'habitation indépendante dans un immeuble, un hôtel, etc.*

- *Nom donné à certaine assemblée s'occupant des intérêts d'un corps de métier, d'un groupe »*

Ici, il est à noter l'importance de la notion de séjour, d'occupation du lieu comme un lieu où l'on couche. La chambre ne semble donc pas définie par ses aspects architecturaux (mobiliers, place dans le bâtiment) mais plus par sa fonction d'endroit de repos.

Concernant la chambre d'hôpital, elle est définie dans les domaines architectural et législatif.

Sur le plan architectural, tout d'abord, elle doit répondre à plusieurs critères. [4]

Nous pouvons ainsi citer parmi ceux-ci : la présence d'un lit de 0,9 x 1,9m, un espace libre de 1,5 m de diamètre, on doit trouver un passage d'au moins 0,9m sur les deux grands côtés du lit et 1,2m sur le petit côté libre du lit ou inversement. Elle doit être dotée d'une douche équipée de barres d'appui et de toilettes accessibles aux personnes en fauteuil roulant. La porte doit avoir une largeur de 0,8m et le numéro de la chambre doit y être inscrit en relief. Si le lit doit être scellé au sol, le plan de couchage doit se trouver à une hauteur de 0,4 à 0,5 m du sol. Enfin sa surface minimale est de 16 m² pour une chambre à un lit, 22 à 23 m² pour une chambre à deux lits. [5]

Enfin, sur le plan législatif, elle est assimilée à un espace privé. Aussi, elle répond à l'article 8 de la Commission Européenne des Droits de l'Homme et à ses deux alinéas : [6]

« 1. *Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.*

2. *Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »*

C) L'ISOLEMENT EN PSYCHIATRIE

La Haute Autorité de Santé (HAS) dans son rapport de recommandation de bonne pratique en donne la définition suivante : [7]

« Placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté. L'isolement est une mesure limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluri professionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation de l'isolement représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance... réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité. »

Il convient d'apprécier plusieurs nuances dans la notion d'isolement d'un patient au sein d'un service de psychiatrie.

En effet, la mise en chambre d'isolement apparaît comme le point ultime de l'isolement d'un patient. Or l'hospitalisation en elle-même revêt déjà un caractère d'isolement de la personne. Le patient hospitalisé est par définition censé rester durant une période donnée dans cet endroit particulier qu'est l'hôpital. Il est donc soustrait à son milieu habituel. De plus, le psychiatre fixe d'emblée les conditions d'hospitalisation du patient selon son état psychique. Il peut déjà demander des mesures particulières comme le retrait du téléphone portable, le retrait des habits de ville, accorder ou non des visites et des appels téléphoniques, etc. Tout ceci contribue déjà à isoler le patient de son milieu habituel, sinon de la société.

Par ailleurs, on peut s'interroger sur l'isolement du patient du fait de sa pathologie. En effet, ce dernier pris par différents affects et vécus pathologiques peut se mettre malgré lui dans une situation d'isolement au sens de retrait du groupe qui s'impose à lui. Les patients catatoniques ou très persécutés en sont de bonnes illustrations.

II/ DONNEES THEORIQUES

A) FONDEMENTS HISTORIQUES

L'isolement en psychiatrie est une des pratiques les plus anciennes qui trouve ses fondements dès l'Antiquité et qui a évolué au cours de l'histoire selon l'image que la société a donné aux malades mentaux. Nous nous proposons ici d'observer certaines périodes historiques au cours desquelles ce regard s'est justement modifié, faisant évoluer l'utilisation de cette pratique.

1) ANTIQUITE [8]

L'usage de l'isolement est déjà présent dans le traitement des pathologies psychiques. En effet, on retrouve des écrits sur cette pratique dans la prise en charge des patients aliénés dès cette époque. Déjà, durant cette période, deux conceptions de l'usage de l'isolement s'affrontent en lien avec l'image de la folie. Deux auteurs sont à retenir. Il s'agit de SORANOS d'Ephèse et de CELSE.

SORANOS d'Ephèse est un médecin grec du début du II^{ème} siècle après J.C. dont les travaux ont été traduits en latin par CELIUS AURELIEN, médecin romain du V^{ème} siècle. Il décrit l'isolement comme un « *mal nécessaire* » [9] dans la prise en charge des pathologies psychiques et pour le contrôle des personnes agitées. Il déclare dans ses écrits qu'il faut se rappeler que de tels patients restent des sujets et recommande de parler avec le malade de sujets susceptibles de l'intéresser [10]. En effet, pour lui, le fait même que le patient puisse garder cette capacité à converser est le signe qu'il n'est pas totalement envahi par sa maladie.

CELSE, quant à lui, est un polygraphe romain ayant vécu sous le règne de l'empereur Auguste (Ier siècle avant-Ier siècle après J.C.) qui maintient les patients en isolement enchaînés, affamés, dans l'obscurité, en leur administrant des purgatifs. Il fait de l'isolement un traitement brutal visant à faire sortir par la peur le malade de sa maladie. En effet, il pense que le patient souffrant de troubles psychiques est totalement envahi par sa maladie et que seul un traumatisme peut l'en faire sortir. CELSE fait donc de l'isolement le principal moyen thérapeutique de sa pratique.

Ainsi à cette époque, on note la place thérapeutique réservée à l'isolement dans le traitement des pathologies mentales avec deux conceptions différentes, l'une en faisant un traitement d'exception et une autre en faisant un traitement intensif.

2) MOYEN AGE [8]

Le Moyen-Age est une période historique vaste au cours de laquelle la pratique de l'isolement a beaucoup évolué.

Tout d'abord, c'est à cette époque que la notion de fou (fol dans la littérature) [11] apparaît pour désigner celui qui a perdu la raison. Il existe alors plusieurs thérapeutiques pour traiter la folie, héritage de l'Antiquité et de l'apport de la civilisation arabe. Notons que c'est dans le monde arabe et oriental que se sont développées les premières formes d'hôpitaux psychiatriques et d'asiles d'aliénés, à Bagdad, à Fès et au Caire plus précisément. [12]

En effet, l'apport d'AVICENNE (980-1037) fut très important. Ce dernier, médecin, philosophe et écrivain persan est connu pour son ouvrage majeur : le *Canon de la médecine* dans lequel il classe les pathologies mentales en 3 groupes : les inflammations d'une partie du cerveau, les affections entraînant la perturbation des facultés mentales puis celles entraînant une perturbation du mouvement.[13] De plus, il essaye dans cet ouvrage de séparer théologie, philosophie, sciences exactes et sciences de la nature et de penser la médecine comme une science rationnelle. [14]

En France, deux conceptions de la folie coexistent. D'une part, à partir de l'héritage des savoirs de l'Antiquité et du monde musulman, notamment dans la littérature et les ouvrages médicaux, il s'élabore une conception naturelle de la folie. Celle-ci serait le résultat de troubles organiques ou environnementaux. D'autre part, le contexte chrétien amène une conception surnaturelle de la folie qui serait le résultat d'un châtement divin ou d'une possession démoniaque. L'intrication de ces deux conceptions confère une place complexe et contradictoire aux fous, aux traitements des pathologies psychiques et à la place de l'isolement. Cela se retrouve également dans les concepts thérapeutiques. Au côté des méthodes dites naturelles (opium, solanacées comme la mandragore, purgatifs, vomitifs, saignées, chirurgie) coexistent des méthodes plus ésotériques comme le pouvoir thaumaturgique des saints, les exorcismes ou le pèlerinage pour fous. [11]

A cette époque, le malade mental est soigné le plus souvent à domicile. Il arrive qu'il soit accueilli dans les monastères. L'accueil et l'asile des fous se développent ainsi tout au long de l'époque féodale. Aussi, dans une vision accueillante et bienveillante de l'asile, les aliénés sont admis petit à petit dans les hôpitaux. L'isolement y est parfois pratiqué notamment « *de peur qu'il ne se fasse mal les uns les autres* ». [11]

Cependant, la stigmatisation des fous augmente petit à petit au cours de l'époque féodale. Ils sont interdits de mariage, mis sous curatelle pour la gestion de leurs biens, n'ont pas le droit de passer un contrat, perdent leurs droits d'aînesse dans les familles nobles. Leurs témoignages n'ont aucune valeur juridique.

Le Moyen Age est donc marqué par une institutionnalisation progressive de l'exclusion des fous et par une évolution du recours à l'isolement qui, au départ, est utilisé dans un but thérapeutique mais qui glisse petit à petit vers un usage de contrôle social.

3) RENAISSANCE

La Renaissance, période s'étendant sur les XVI^{ème} et XVII^{ème} siècle, est traversée par l'émergence de plusieurs conceptions, notamment celle de la sorcellerie et du *Grand Renfermement* décrit par Michel FOUCAULT.

En effet, la Renaissance est marquée par l'apogée de l'Inquisition. Dans le *Malleus Maleficarum*, guide des inquisiteurs en 1486, il est fait état de l'origine commune de la sorcellerie, de l'hérésie et de la folie. Ces trois entités sont confondues. Ainsi, l'exclusion des malades mentaux et leur enfermement, et donc leur isolement, sera la norme. Tout ceci prendra fin grâce un édit royal de 1682 mettant un arrêt aux poursuites pour faits de sorcellerie. [15]

A cette époque, on se met à construire divers établissements dans le but d'enfermer les fous avec une visée sécuritaire. C'est par exemple le cas de la tour Chatimoine à Caen, de Bicêtre, ainsi que de certaines tours de remparts (« *tours aux fous* »), voire des souterrains aux abords des villes. [16]

De plus, Louis XIV prononce un édit royal le 27 avril 1656 interdisant la mendicité et l'oisiveté qui contribuera au mouvement de construction des hôpitaux généraux. Contention et isolement sont alors des pratiques largement répandues dans un but d'exclusion et d'emprisonnement.

A cette époque, l'isolement des fous revêt clairement un rôle de contrôle social.

4) LE XVIII^{ème} SIECLE et XIX^{ème} SIECLE

Il faut attendre le XVIII^{ème} siècle pour voir les premières critiques de l'exclusion et de la stigmatisation de la vision asilaire des soins aux aliénés. En effet, à cette époque les traitements administrés aux aliénés sont l'héritage de la Renaissance. Selon certains écrits de l'époque, les fous sont maintenus en isolement dans des conditions déplorables, contentonnés par des chaînes et des camisoles de force.

Ainsi, la fin du siècle des Lumières et la Révolution Française entraînent une réforme des établissements recevant les aliénés. L'intervention médicale s'établit alors selon deux postulats : soit la folie est médicalement curable, soit elle doit être traitée par des moyens physiques. La Révolution Française met fin aux lettres de cachets et à leur utilisation dans le but d'enfermer des aliénés contre leur gré.

Deux figures de cette époque dominent de par leur apport à cette réforme. Il s'agit de Philippe PINEL (1745-1826), médecin français et aliéniste renommé, et son élève Jean-Etienne ESQUIROL (1772-1840), psychiatre français.

Philippe PINEL est considéré comme le fondateur de l'aliénisme et a exercé une grande influence sur la psychiatrie et le traitement des aliénés. Il travaille à l'hôpital Bicêtre et remet en cause les conditions d'isolement et de contention des patients. L'apport de Pinel et du traitement qu'il élaborait, le *traitement moral* des patients en psychiatrie, a changé le regard de la société de l'époque sur les aliénés. Il affirme que les troubles psychiques peuvent être identifiés et que des actions psychothérapeutiques peuvent être mises en place en vue de la guérison des patients. Il s'est attaqué à la considération de l'aliéné comme inhumain. Le fait le plus marquant de l'apport de PINEL reste le « déchaînement » des aliénés qu'on lui attribue bien que ce soit son infirmier-chef, Jean-Baptiste PUSSIN, qui en aurait eu l'initiative. PINEL utilise l'isolement en le qualifiant de propice aux soins. Il en fait l'antithèse de la réclusion. L'isolement se faisait même en chambre pour les patients les plus riches. L'autre apport de PINEL est le *traitement moral* des patients. En effet, il définit l'attitude du médecin face au patient. Celle-ci se doit d'être empathique, au moyen de paroles douces et rassurantes lui donnant espoir tout en compatissant à sa souffrance. Il en fait la base de tout entretien pour que se réalise une condition de confiance et d'alliance nécessaire aux soins. [15]

Jean-Etienne Dominique ESQUIROL (1772-1840) est un psychiatre français. Il est l'un des grands réformateurs de la psychiatrie. En effet, il réussit à faire voter des lois sur les conditions d'hospitalisation en psychiatrie et sur l'organisation des soins psychiatriques au niveau national. Il est à l'origine de l'adoption de la loi de 1838 obligeant chaque département français à se doter d'un hôpital psychiatrique. Bien qu'à son époque, l'ensemble des aliénistes en France reconnaît la nécessité du recours à l'isolement, ESQUIROL dote, dans ses écrits, cette pratique de modalités d'utilisation. Il donne non seulement des exemples d'emploi de l'isolement des patients mais il en précise aussi les indications : [17]

- « *Pour leur sûreté, pour celle de leur famille et pour l'ordre public*
- *Pour soustraire ces malades à l'action des causes extérieures qui ont produit le délire et qui peuvent l'entretenir*
- *Pour vaincre leur résistance contre les moyens curatifs*
- *Pour les soumettre à un régime approprié à leur état*
- *Pour les faire reprendre leurs habitudes intellectuelles et morales »*

Par ailleurs, il identifie déjà les effets indésirables de l'isolement en affirmant qu'il peut être nuisible et met en garde sur un usage trop général ou trop exclusif.

Enfin, il en décrit également les formes : [17]

- « *Dans des asiles publics ou privé*
- *Dans des cellules pour les patients trop agités*
- *Dans leur habitat mais en écartant la famille, les amis et les serviteurs*
- *Dans des maisons étrangères*
- *En voyage avec des parents voire des étrangers »*

Ainsi les apports successifs de PINEL et d'ESQUIROL viennent mettre fin au *grand renfermement*. Dès lors les aliénés sont accueillis dans des lieux de soins spécialisés et ne sont donc plus mêlés aux indigents, aux prisonniers de droit commun, etc.

Apparaît alors la nécessité de reconnaître ces patients. C'est ainsi que le Préfet de police nomme un psychiatre pour évaluer les individus dont les troubles du comportement semblent être en lien avec une pathologie psychique. Ernest-Charles LASEGUE devient à cette époque médecin chef du service des aliénés à la préfecture de police de 1873 à 1883. P. PICHOT dans son ouvrage « Un siècle de psychiatrie » y voit les prémices de la psychiatrie médico-légale. [18]

Ainsi cette époque voit l'apparition d'une réelle prise de conscience de la nécessité du traitement des aliénés et une théorisation quant à la place de l'isolement dans cette approche thérapeutique. Dès lors, l'isolement des aliénés retrouve un usage thérapeutique.

5) LE XXème SIECLE

A cette époque, Jean-Martin CHARCOT, psychiatre français, donne à l'isolement une place centrale dans le traitement de l'hystérie et des accidents névropathiques, à l'instar de nombreux autres aliénistes. [19]

L'émergence de diverses thérapeutiques telles que les cures de Sakel, les électrochocs, l'acétylcholine, les amphétamines (Reznikoff), l'anoxie (Von Meduna), le pneumochoc (Delay), etc. font passer l'isolement au second plan.

Ce siècle reste néanmoins marqué par la Seconde Guerre Mondiale. Au cours de cette dernière, de nombreux malades mentaux décèdent. La cause de cette mortalité fait débat. Max Lafont l'explique par leur déportation et leur extermination. [20] Isabelle VON BUELTZINGSLOEWEN contredit cette thèse et avance que les hôpitaux psychiatriques français ont été frappés par la famine durant l'Occupation. [21]

Le mouvement antipsychiatrique fait son apparition. Il défend des thèses radicales remettant en cause l'existence même de la maladie mentale. De 1962 à 1966, David COOPER mène une expérience au Shelly Hospital dans le Pavillon 21 où malades, infirmiers et médecins partagent une existence collective sans aucune hiérarchie. Cependant l'épuisement des soignants y a mis fin. [15] En Italie, BASAGLIA critique les pratiques au sein des hôpitaux psychiatriques qu'il qualifie de carcérales et défend l'idée de l'origine socio-culturelle de la maladie mentale. [22] En 1978, une loi est votée stipulant qu'aucun malade mental ne peut être admis dans les services des anciens hôpitaux psychiatriques mais dans des services dédiés annexés aux hôpitaux généraux pour une durée inférieure à six mois.

Enfin, la psychothérapie institutionnelle définit par Jean OURY comme la mise en place d'un travail permanent d'analyse des transferts et des contre-transferts institutionnels pour lutter contre la chronicisation [23] et la découverte des neuroleptiques par Henri LABORIT en 1952 viennent enrichir la pratique psychiatrique et son arsenal thérapeutique.

Ainsi cette époque, bien que troublée par la guerre, voit l'enrichissement des pratiques et des théories sur la prise en charge des patients en psychiatrie. L'isolement y garde une dimension thérapeutique.

6) LE XXIème SIECLE

Monsieur le Président de la République Nicolas SARKOZY annonce en 2009, lors d'une visite à l'hôpital d'Antony, un plan dans lequel il veut allouer une enveloppe de 70 millions d'euros afin de financer la construction de deux cents chambres d'isolement et l'ouverture d'unités fermées, ainsi que la construction de plusieurs Unités pour Malades Difficiles. [24]

Nous retrouvons à nouveau la notion de contrôle social dans l'utilisation de l'isolement, bien que la dimension thérapeutique n'ait pas disparu.

L'histoire de la pratique de l'isolement des patients en psychiatrie témoigne de cette oscillation permanente entre deux pôles qui sont le soin du malade d'une part et un rôle sécuritaire pour la société d'autre part. Aujourd'hui, bien que l'on réserve une place thérapeutique à l'isolement des patients en psychiatrie, il est donné à imaginer une avancée de la dimension sécuritaire, notamment avec le plan annoncé par le Président SARKOZY à l'hôpital d'Antony.

B) UTILISATION DE L'ISOLEMENT A TRAVERS LE MONDE

Après avoir étudié l'utilisation de l'isolement des patients en psychiatrie à travers l'histoire, il convient de faire un état des lieux de son utilisation de nos jours en France et dans le monde.

Il semble que la France soit le seul pays d'Europe à ne disposer d'aucune évaluation, à l'échelle nationale, du recours aux techniques de contention et d'isolement, contrairement aux autres pays européens. Cet état de fait devrait changer puisque, maintenant, les établissements psychiatriques doivent tenir un registre annuel du recours à ce type de mesures.

De plus, le Comité de pilotage de la Psychiatrie, instance nationale de réflexion, de propositions et de production spécifique à la psychiatrie installé depuis le 13 janvier 2017 et co-présidé par un psychiatre le docteur Yvan Halimi et la Directrice Générale de l'Offre de

Soins Madame Cécile Courrèges, a choisi la lutte contre le recours à ces techniques comme une de ses thématiques prioritaires. [25]

Enfin, la Conférence des Présidents de CME des CHS s'est ouvertement prononcée pour l'évaluation, l'analyse des circonstances des prescriptions et la réduction de ces pratiques. [26]

De même, elle s'est rapprochée des Conférences de psychiatres en Allemagne, en Belgique, au Luxembourg et en Italie afin que des échanges de pratiques s'opèrent facilement et régulièrement. Un texte commun à ces pays est en cours de rédaction, il reprendra entre autres la volonté de respecter la liberté d'aller et venir des patients et de réduire au maximum le recours à l'isolement et aux contentions.

1) EN ISLANDE

Dans ce pays, l'isolement et la contention ne font pas du tout partie intégrante des pratiques psychiatriques. Cependant, il semble important de souligner qu'il s'agit du pays au plus fort taux de soignants d'Europe, à savoir un soignant par patient. [27]

2) EN BELGIQUE

Il n'existe aucun texte législatif spécifique aux pratiques d'isolement et de contention. Néanmoins, nous retrouvons plusieurs textes législatifs plus généraux cependant.

La Constitution belge affirme que la liberté individuelle de chacun est garantie, que chacun a droit au respect de sa vie privée et familiale et que chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine.

Le Code Pénal sanctionne l'abstention de venir en aide à une personne exposée à un péril.

La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux ne comporte pas de dispositions relatives au traitement des patients.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient précise que le consentement du patient à la mise sous contention doit être préalablement obtenu.

Cependant la contention et l'isolement des patients font partie des actes infirmiers autorisés par la loi au titre de mesures de prévention des lésions corporelles. La prescription médicale préalable à la mise sous contention est obligatoire en région flamande mais pas en Wallonie ni à Bruxelles.

La circulaire Weckx du 24 octobre 1990 rend obligatoire la tenue d'un registre et la rédaction d'un code de bonne conduite. La circulaire du 26 octobre 2009 du service public de Wallonie stipule que la mesure de restriction sera notifiée dans un registre et affirme que l'isolement sera une mesure d'exception dans des circonstances de mise en danger de la santé du patient, de sa sécurité ou de celle d'autrui.

Enfin, les mesures privatives de liberté doivent être décidées en concertation avec le médecin traitant du patient. [27]

3) EN ALLEMAGNE

Dans ce pays, les soins sans consentement en psychiatrie sont régulés par la loi sur la tutelle applicable dans tous les états fédéraux.

En 2011, la Cour Constitutionnelle a rendu deux décisions sur les traitements non-consentis chez des patients sous main de justice qui rendaient anticonstitutionnelles les lois régissant ces soins. Il était demandé que les traitements médicamenteux non consentis ne soient applicables qu'aux personnes sans possibilité aucune de consentement, en mesure de dernier recours, après décision de la Cour s'appuyant sur l'avis d'un expert indépendant. Les autres Cours ont ensuite étendu cette notion à tous les patients.

En 2013, de nouvelles lois sont venues entériner l'avis de la Cour Constitutionnelle.

Très récemment, une nouvelle loi fait état de mesures coercitives techniques telles que l'isolement et la contrainte. [27]

4) AUX PAYS-BAS

Une loi de 1994 relative aux admissions sans consentement en psychiatrie autorise certains soins sans consentement dans des conditions très strictes. L'isolement et la contrainte mécanique ne peuvent être utilisés que pour une durée maximale de 7 jours et seulement en

cas d'urgence. Leur utilisation doit être signalée à l'inspection de la santé. Toutefois, si la mesure devait durer plus de 7 jours, il faut que cette dernière soit intégrée dans un plan de soin qui doit être approuvé par un psychiatre n'intervenant pas dans la prise en charge du patient.

De plus, le patient peut agir en justice contre le médecin ayant prescrit cette mesure et l'expert l'ayant validé. [27]

5) AU ROYAUME-UNI

Les hospitalisations sous contrainte sont régies par le Mental Health Act de 1983. De plus, le Code of Practice permet aux professionnels de santé, aux agents administratifs mais aussi aux patients de bien en comprendre les principes. Aussi, le Mental Health Act ne traite pas des mesures d'isolement et de contrainte, il faut donc se référer au chapitre 26 du Code of Practice. Ce dernier énonce la nécessité d'un plan de réduction des pratiques limitant les libertés. Cependant, il n'y est pas fait état de la nécessité d'un registre des isolements et des mises sous contention. [27]

6) AU QUEBEC

L'isolement y est régi par l'article 118.1 de la loi sur les Services de Santé et les Services Sociaux. Elle définit l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle dans leur ensemble (contention, isolement, substances chimiques). [27]

c) LES MODALITES DE LA MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

La circulaire de l'ANAES de 1998 rédigée suite à l'audit appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie définit les modalités de la mise en chambre d'isolement des patients en psychiatrie. C'est à ce moment qu'ont été définies les indications et les contre-indications de la chambre d'isolement qui sont toujours reconnues aujourd'hui. [28]

1) LES INDICATIONS DE LA MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

- Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui
- Prévention d'un risque de rupture thérapeutique
- Isolement intégré dans un programme thérapeutique
- Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues
- A la demande du patient

2) LES CONTRE-INDICATIONS DE LA MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

- Insuffisance cardiaque
- Etat infectieux
- Trouble de la thermorégulation
- Trouble métabolique
- Atteinte orthopédique
- Atteinte neurologique
- Prise de drogue
- Prise d'alcool
- Surdosage médicamenteux

La circulaire de l'ANAES de 1998 précise donc le cadre d'utilisation de la chambre d'isolement. Cela indique qu'il existe des règles d'utilisation des chambres d'isolement. Ainsi nous allons aborder le cadre légal régissant l'utilisation de la chambre d'isolement.

D) CADRE LÉGAL

Bien que s'agissant d'une mesure thérapeutique, la mise en chambre d'isolement du patient en psychiatrie n'en reste pas moins une mesure coercitive entraînant une privation de liberté du patient. Il apparaît dès lors important d'avoir un cadre légal permettant de bien en définir l'utilisation et les modalités légales.

1) LA CIRCULAIRE 3021 DU 15 MARS 1960 RELATIVE AU PLAN DIRECTEUR DES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES

Cette circulaire porte sur l'organisation architecturale des hôpitaux psychiatriques afin d'améliorer les conditions d'hospitalisation. Elle recommande la création de chambres d'isolement qui soient protégées, notamment pour une prise en charge du risque suicidaire, et insonorisées. Le chapitre 10 de cette circulaire dispose que la chambre d'isolement doit

conserver le caractère de chambre. Elle vient mettre fin à la disposition de tels dispositifs sous forme de cellule. [29]

2) LA LOI DU 27 JUIN 1990

Elle vient remplacer la loi du 30 juin 1838 dite Loi des Aliénés. Elle apporte une nouvelle dimension plus attentive au respect des libertés individuelles des patients en psychiatrie et se veut plus vigilante quant au risque d'internement abusif. Elle met en place deux modes d'hospitalisation sous contrainte qui sont l'hospitalisation à la demande d'un tiers et l'hospitalisation d'office. Elle dispose qu'il ne peut y avoir de mise en chambre d'isolement de patient en hospitalisation libre. [30]

3) LA RÉOLUTION 46/119 DE L'ONU DU 17 DECEMBRE 1991 RELATIVE A LA PROTECTION DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES MENTALES ET A L'AMÉLIORATION DES SOINS DE SANTÉ MENTALE

Le principe 1 réaffirme le respect des libertés fondamentales du patient.

Le principe 9 dispose que tout patient a le droit d'être traité dans l'environnement le moins restrictif possible. Toute restriction doit répondre à ses besoins de santé et à une nécessité d'assurer la sécurité physique d'autrui.

Le principe 11 précise que la contrainte physique, l'isolement ou l'isolement d'office du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées par le service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient et à autrui. Ils ne doivent durer que le temps nécessaire à cet effet. Cela doit être inscrit au dossier médical. Une surveillance et des soins doivent être mis en place. [31]

4) LE DÉCRET DU 15 MARS 1993

Il est relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.

L'article 8 instaure la possibilité pour l'infirmier de mettre en œuvre des protocoles de soins d'urgences en l'absence du médecin.

L'état d'agitation aiguë avec un risque imminent de passage à l'acte hétéro et/ou auto-agressif peut être considéré comme une urgence absolue. [32]

5) LA CIRCULAIRE N°48 DGS/SP3 DU 19 JUILLET 1993

Cette circulaire a été réalisée à la suite d'événements tragiques au sein des établissements accueillant des malades souffrant de troubles mentaux.

Elle rappelle que les soins libres doivent être la règle et que l'hospitalisation forcée doit faire exception. Elle réaffirme la liberté de circulation dans l'établissement. L'isolement ne doit être que temporaire en cas d'urgence mettant en péril la sécurité du malade. Il ne peut se prolonger qu'après changement du régime d'hospitalisation. [33]

6) RECOMMANDATION 1235 DE 1994 RELATIVE A LA PSYCHIATRIE ET AUX DROITS DE L'HOMME

Cette recommandation indique que les états membres du Conseil de l'Europe se dotent de mesures législatives assurant le respect des droits de l'homme des malades en psychiatrie.

Elle invite le comité des ministres à se doter de plusieurs règles qui sont :

- Le placement non volontaire en hospitalisation doit être exceptionnel.
- La décision doit être prise par un juge et doit pouvoir faire l'objet d'un recours.
- Un code de déontologie doit être élaboré pour les psychiatres.
- Les traitements comme la lobotomie et la thérapie par électrochoc ne doivent être réalisés qu'après consentement éclairé du patient.
- Tout type de traitement doit faire l'objet d'un rapport précis et circonstancié.
- Des inspections, analogues à celles du Comité Européen pour la prévention de torture et des prisons ou des traitements inhumains ou dégradants, doivent être mises en place.
- Les personnels soignant doivent être en nombre suffisant et avoir une formation adaptée à ce type de malade.
- L'isolement doit être strictement limité et le logement en dortoir de grande dimension doit être évité. Aucun moyen de contention ne doit être utilisé. Les détenus hospitalisés doivent bénéficier des mêmes droits dans la mesure du possible. [34]

7) LA CHARTE DU PATIENT HOSPITALISE DE 1995

Cette charte vient redéfinir le statut du patient hospitalisé et réaffirme les libertés individuelles des patients. [35]

8) LA CIRCULAIRE DE L'ANAES DE 1998

Les critères de modalités de mise en chambre d'isolement décrit par la circulaire de 1998 : [29]

- 1- *« Les données concernant l'identité du patient, les dates et heure de début et de fin de mise en chambre d'isolement 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 mise en chambre d'isolement 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 vingt-quatre heures.*
- 5- *Le trouble présenté par le patient correspond aux indications de mise en chambre d'isolement et il n'y a pas d'utilisation à titre non-thérapeutique.*
- 6- *Les contre-indications somatiques de la mise en chambre d'isolement sont identifiées et notées.*
- 7- *Les facteurs de risques éventuels (suicide, automutilation, confusion, risque métabolique, 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 mise chambre d'isolement avec la modalité d'hospitalisation est examinée lors de la prescription.*
- 9- *L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans la chambre d'isolement 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 mise en chambre d'isolement est effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soin.*

- 12-*Le patient reçoit les explications nécessaires sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de l'isolement. La nécessité pour le patient et en tenant compte de son confort.*
- 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 2 heures qui suivent le début de l'isolement.*
- 15-*Le patient bénéficie d'au moins 2 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 chambre d'isolement est interrompu par des sorties de courte durée, durant la journée.*
- 20-*Un entretien centré sur le vécu du patient en chambre d'isolement est réalisé à la fin du processus d'isolement.*
- 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 2 fois par jour.*
- 23-*Les documents (feuilles de surveillance, rapport d'accident, ...) sont intégrés au dossier du patient. »*

9) LA LOI DU 5 JUILLET 2011 modifiée le 27 septembre 2013 : NOUVELLES DISPOSITIONS POUR LES SOINS SANS CONSENTEMENT

Cette loi est venue modifier les dispositions pour les soins sans consentement, notamment la date des certificats et la possibilité garantie aux patients d'être représenté par un avocat. Elle est venue mettre en place le contrôle par un juge des libertés et de la détention avant le douzième jour. [36]

10) CODIFICATION RECENTE

La législation a été modifiée par l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé suivi de l'instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour assurer des soins psychiatriques sans consentement. [37]

Ces dernières sont liées aux articles L3211-1 à L3251-6 du Code de Santé Publique (CSP) que nous citons ci-après.

« Une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son responsable légal, faire l'objet de soins psychiatriques. », article L3211-1 du CSP. [38]

« L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. », article L3222-5-1 alinéa 1 du CSP [39]

« Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'ARS pour assurer des soins psychiatriques sans consentement. [...] Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté ou à ses délégués et aux parlementaires. », article L3222-5-1 alinéa 3 du CSP. [40]

« L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'élaboration de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers [...] et au conseil de surveillance [...]. », article L322-5-1 alinéa 3 du CSP. [40]

Il apparaît important de citer également le Code Pénal qui prévoit les sanctions pouvant s'appliquer en cas d'usage abusif de la pratique d'isolement et le CSP qui rappelle les devoirs du médecin envers les prescriptions qu'il émet.

« Le fait, par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, agissant dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, d'ordonner ou d'accomplir arbitrairement un acte

attentatoire à la liberté individuelle est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende. », article 432-4 du Code Pénal. [41]

« Le médecin doit formuler ses prescriptions avec toute la clarté indispensable, veiller à leur compréhension par le patient et son entourage et s'efforcer d'en obtenir la bonne exécution. », article R. 4127-34 du CSP. [42]

Nous avons jusqu'ici abordé les fondements historiques de l'isolement du patient en psychiatrie, l'oscillation de son rôle entre thérapeutique et rôle sécuritaire, ses indications et ses contre-indications ainsi que son cadre légal. Il s'agit de prérequis nécessaires pour décrire cette situation afin de comprendre le vécu du soignant au cours de la mise en chambre d'isolement du patient.

E) REFLEXIONS ETHIQUES

La place et l'usage de l'isolement génèrent encore à l'heure actuelle de nombreuses discussions sur le plan éthique.

Dans un premier temps, elle interroge sur la question du consentement au soin. En effet, l'isolement des patients se réalise la plupart du temps contre leur gré. Elle nécessite de plus, sur le plan juridique, un changement du mode d'hospitalisation au profit de soins en hospitalisation complète sans consentement. Dès lors, naît une interrogation sur la nécessité d'imposer les soins dans sa dimension éthique. Le soignant, se heurtant au refus de soins du patient, est pris entre le respect de son autonomie et la déontologie médicale l'obligeant à ne pas le laisser sans soin. L'imposition des soins soulève des problèmes éthiques au-delà de la problématique clinique. Tout d'abord, bien que guidé par l'empathie et la volonté de soins et de bienfaisance, le soignant peut être amené à considérer les dispositifs et outils thérapeutiques à sa disposition comme inefficaces voire contre-productifs dans un rapport de soins. De plus, il peut prendre conscience de l'absence d'alternative guidant ce recours à la contrainte. En 2011, N. CANO écrivait : *« c'est bien souvent quand la contenance relationnelle est dépassée que des soins en isolement sont envisagés. »* [43] Ensuite, elle peut être problématique du fait même de l'hostilité du patient vis-à-vis du soin proposé, mais aussi du fait des convictions morales personnelles du soignant (respect de la dignité, de l'intégrité corporelle, de l'humanité, etc.) L'imposition de soins vient également mettre en lumière et interroger l'importance du seuil à partir duquel on exerce cette contrainte, mais aussi la place donnée aux soins et à la relation soignant-soigné.

D'autre part, elle soulève la question de l'autonomie. Celle-ci tient au fait de reconnaître à l'individu une liberté de choix et d'action en fonction de ses croyances ou valeurs personnelles et le droit de défendre ses opinions. Cependant, au niveau du soin, il convient de s'assurer que le patient soit bien en capacité d'assurer son autonomie. Dans le cas où elle se trouverait limitée du fait de la maladie, l'entourage peut se substituer et exercer des choix pour le patient au nom du respect de ses valeurs. « *L'éthique du care* » dans la philosophie anglo-saxonne et le concept de sollicitude de P. Ricoeur mettent en lumière ce sentiment de responsabilité face à la personne vulnérable. [44, 45] Ainsi le recours à la chambre d'isolement doit être pensé en tant que moyen thérapeutique et non pas comme une fin en soi. Elle n'est pas bonne ou mauvaise en elle-même mais doit être intégrée dans le programme de soins du patient comme une contrainte nécessaire dans le but d'une restauration psychique.

Enfin, l'isolement des patients vient entraver la liberté de circulation, qui reste pourtant une liberté fondamentale. Elle ne peut se restreindre à la simple liberté de ses déplacements à l'intérieur de l'établissement mais doit être vue comme la possibilité de mener une vie ordinaire la plus ordinaire possible malgré les soins qui nécessitent une hospitalisation. Encore une fois, cette limitation doit être intégrée dans le cadre thérapeutique. Elle doit assurer une fonction contenante mais aussi être expliquée aux patients pour que son implication prenne sens pour lui. Sa remise en question en équipe doit être régulière et permettre la prise en compte de la parole de chacun. Le dialogue doit autoriser l'accueil des réflexions à la fois du patient et des soignants.

Ainsi il apparaît incontournable d'aborder ces notions éthiques sur la pratique de l'isolement. Cette revue ne peut être exhaustive tant le nombre de pistes de réflexion sur le sujet est vaste. Nombre de ses questions font toujours débats de nos jours.

III / ETUDE DU VECU DU SOIGNANT ET DE SA REPRESENTATION DU VECU DU PATIENT

Il s'agit d'une étude qualitative monocentrique prospective menée auprès d'infirmiers, d'internes et de praticiens hospitaliers du Centre Hospitalier Philippe PINEL durant le mois de juin 2017 lors d'entretiens ou par retour de mail d'un questionnaire anonymisé. L'objectif de cette étude est d'évaluer le vécu du soignant et sa représentation du vécu du patient dans ce

moment particulier qu'est le recours à la chambre d'isolement. Le but est ensuite de voir comment améliorer les pratiques professionnelles sur le plan institutionnel pour permettre aux personnels de gérer les réactions.

L'intérêt de l'étude réside dans le fait que la pratique de l'isolement génère actuellement beaucoup de discussion sur son intérêt. Certains pays décident de ne plus y avoir recours, d'autres d'en limiter l'usage. [27] D'une façon plus générale, les pratiques coercitives en psychiatrie connaissent actuellement une grande remise en question avec une réflexion menée sur leur usage et leur encadrement. Cela a mené à l'élaboration récente de nouvelles recommandations de bonnes pratiques par le Haute Autorité de Santé. [7] Nous pouvons également citer la réalisation récente d'une journée européenne de réflexion sur l'isolement et la contention au Ministère de la Santé à Paris, mais aussi la réalisation de travaux sur la contention à la faculté de Toulouse ayant mené à la rédaction de plusieurs thèses. [46]

Toutefois, peu d'études se sont intéressées à l'isolement. [47] En effet, dans les dernières recommandations de la HAS, il est indiqué que les données de la littérature n'ont pu permettre d'établir un grade concernant le niveau de preuve du fait qu'elles étaient insuffisantes voire absente. Ainsi ces recommandations reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail. [7]

Certaines études nord-américaines ont cependant mis en évidence, avant les années 1990, une fréquence de recours à l'isolement allant de 1,9% à 66% chez les patients hospitalisés en psychiatrie. [48,49] Cependant, les méta-analyses ont mis en évidence une prévalence de 5 à 26 % pour la majorité de ces études. Les données plus récentes font état d'une utilisation inférieure à 1%. [50] En Europe, les statistiques établies ont permis de montrer une prévalence de mise en chambre d'isolement de 17,8% pour la Suisse, 7,8% en Allemagne et 9,55% en Grèce. [51,52] En France, deux études menées par PALAZZOLO en 1999 [51] et par BARATTA en 2009 ont retrouvées une prévalence de 5%. [54]

Ces données placent la France au-dessus des pays nord-américains mais en dessous de ses voisins européens concernant l'utilisation de la chambre d'isolement.

A) METHODE

1) QUESTIONNAIRE

Afin de réaliser cette étude, un questionnaire a été rédigé en utilisant des questions ouvertes afin de ne pas induire les réponses rendues. Le questionnaire a été construit de la façon suivante :

- Un premier groupe de questions concernant des définitions de grandes notions
- Un second groupe sur les connaissances théoriques de la chambre d'isolement
- Un troisième groupe sur le vécu du soignant lors de la mise en chambre d'isolement, au décours et à distance
- Un quatrième sur la représentation du vécu du patient par le soignant
- Un cinquième sur les réflexions de perspectives

Le questionnaire a été utilisé lors d'entretiens individuels enregistrés puis retranscrits mot à mot. Le corpus de réponse a été anonymisé et joint en annexe.

2) PERSONNES INTERROGEES

Ce questionnaire a été rempli par des infirmiers mais aussi par des internes et des praticiens hospitaliers en poste ou l'ayant été à l'hôpital Philippe PINEL d'Amiens durant le mois de juin 2017.

Les infirmiers sont issus des différents services du centre hospitalier. Ils ont été recrutés au hasard sur la base du volontariat lors d'entretiens ayant été conduits la nuit, ce qui leur permettait de pouvoir se détacher durant leur poste. Sur les 21 infirmiers interrogés, 13 étaient des femmes et 8 des hommes. L'âge moyen des infirmiers est de 34,14 ans (la plus jeune ayant 22 ans et la plus âgée 50). Leur répartition au sein de l'hôpital est la suivante : 7 travaillent dans des services de courte évolution (« service d'entrée »), 5 sont en poste au service d'urgences psychiatriques (UAO), 3 en pédopsychiatrie, 1 en psychogériatrie, 2 en pavillons de longue évolution et 3 au SMPR. Les infirmiers travaillant au SMPR, qui est un service ambulatoire, ont travaillé dans d'autres services de l'hôpital avant celui-ci selon la répartition suivante : 1 à l'UAO, 1 en service d'entrée et 1 en service de longue évolution. Cela a permis leur inclusion dans ce groupe.

Les internes et les PH exercent tous la psychiatrie comme spécialité médicale. Ils ont tous travaillé, ou travaillent, au centre hospitalier Philippe PINEL et y effectuent des gardes. Sur les 28 médecins ainsi recrutés, 18 sont des internes et 10 sont des praticiens hospitaliers.

13 sont des femmes et 15 sont des hommes. L'âge moyen est de 30,96 ans (le plus jeune ayant 25 ans et le plus âgé ayant 39 ans).

Les critères d'inclusion étaient : travailler dans un service de psychiatrie et avoir participé à au moins une mise en chambre d'isolement.

3) LE CENTRE HOSPITALIER PHILIPPE PINEL

L'étude a été menée au sein de cet établissement dont voici les caractéristiques. Le CH PINEL se situe à Amiens dans le département de la Somme au sein de la région des Hauts de France. Il couvre un territoire comprenant 243 447 personnes de 17 ans et plus (données OR2SS de 2012).

Le nombre de lits d'hospitalisation temps plein au 31/12/16 est de 245. Le nombre de chambres d'isolement est de 16 en secteur adultes et 2 en pédopsychiatrie. Toutefois, il convient de prendre également en compte le nombre de chambres d'observation ou dite « à oculus » pouvant être fermées et pouvant entrer dans le cadre de l'isolement, au nombre de 50.

Le nombre de journées en hospitalisation adulte est de 94 456 (données de facturation). Le nombre de journées en chambre d'isolement est de 5 536 (données RIM-P).

Ainsi le rapport en nombre de journées d'isolement par rapport au nombre de journées d'hospitalisation est de 5,86 %.

Le nombre de patients ayant recours à l'isolement thérapeutique en 2016 est de 342 pour un âge moyen de 39,7 et une prévalence plus importante d'hommes (69,8%).

La durée moyenne d'hospitalisation en chambre d'isolement en 2016 est de 16,18 jours.

4) RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS

Les entretiens ayant été enregistrés au moyen d'un dictaphone ont été retranscrits mot à mot dans un second temps. Pour les autres, les réponses reçues par mail, ont été mises en page et intégrées dans le corpus d'entretien.

5) ANALYSE DES DONNEES

Cette dernière a été effectuée au moyen d'un logiciel d'analyse qualitative de données (NVIVO ®).

Celui-ci est conçu pour organiser, analyser et trouver du contenu perspicace parmi des données non structurées ou qualitatives. Ainsi, il a permis de faire une analyse, pour chaque question posée, de la répétition des mots en les regroupant par famille lexicale.

Une seconde analyse a été effectuée afin de coter les répétitions de notions sémantiques, après relecture de chaque question et cotation à la main.

B) RESULTATS

Nous nous proposons de présenter les résultats obtenus sous la forme suivante : dans un premier temps sont retranscrits les répétitions de mots issus de l'analyse du logiciel NVIVO® puis la répétition des notions issues de notre propre relecture. Nous faisons ainsi figurer les mots puis les notions assortis d'un chiffre entre parenthèse correspondant au nombre de récurrence.

1) INFIRMIERS

Concernant la définition de l'isolement, les mots les plus retrouvés sont : patient (10), l'écart (9), mettre (8), autre (6), l'isolement (6), mise (6), protéger (5), thérapeutique (5), contacts (4), distance (3), mesure (3), comportement, évaluer, individu et médical (2).

Les notions les plus retrouvées sont : la mise à l'écart (14), autrui (6), perte de contact (5), la mise en protection (4), la solitude (4), le soin (4), l'absence de liberté et la contrainte (2), la séparation (une).

Concernant la définition d'une chambre, les mots les plus retrouvés sont : le lieu (12), repos (défaut), lit (7), pièce (7), reposer (6), dormir (5), dehors (2), endroit (2), espace (2), fixé (2), sommeil (2).

Les notions les plus retrouvées sont : repos (15), dormir (8), lit (7), lieu (9), pièce (4) et espace (2).

Concernant la définition de la violence, les mots les plus retrouvés sont : violence (14), physique (11), verbale (9), patient (7), acte (6), envers (4), agressif (3), agressivité (3), force (3), cadre (2), douleur (2), maladie (2), manière (2), psychique (2), réponse (2).

Les notions les plus retrouvées sont : la violence physique (11), la violence verbale (9), l'agression (5), la douleur (4), agressivité (4), agitation, la force, les coups (3), nuire (2), victime (2).

Concernant la chambre d'isolement, les mots les plus retrouvés sont : lit (29), service (26), autres (25), place (20), scellé (20), sol (15), l'écart (11), soignants (13), lieu (12),

carrelée (12), porte (10), protéger (10), sécurisée (10), douche (9), fermé (9), soin (8), toilettes (8), matelas (7), mobilier (7), murs (6), thérapeutique (5), lavabo (4), sanitaires (4), comportement (2), intact (3), couloir (3), fenêtre (3), mousse (3), draps (2).

Les notions les plus retrouvées sont : le lit scellé au sol (20), la présence d'une salle d'eau (18), sa place à l'écart des autres chambres (13), le revêtement carrelé (12), une pièce sécurisée (10), la fermeture à clé (8), la proximité d'avec le bureau de soins (8), l'absence de mobilier (7), la présence d'une horloge (5), d'un matelas ignifugé (5), d'une porte sécurisée (5), d'un oculus (4), d'une fenêtre (4), de la température (4) et de la radio (3).

Concernant les indications, les mots les plus retrouvés sont : patient (33), risque (19), indications (23), suicidaire (10), protéger (10), agressif (8), hétéroclite (7), passage à l'acte (7), agressivité (6), chambre (6), délirant (6), fugue (6), thérapeutique (6), danger (5), auto (4), contenir (4), crise (4), refus (4), violent (4), agitation (4), demande (3), distance (3), agressivité (3), mal (3), pathologie (3), personne (3), psychomotrice (3), recentrer (3) et sécurité (3).

Les notions les plus retrouvées sont : le risque hétéroagressif (17), le risque auto agressif (15), le risque suicidaire (9), l'agitation psychomotrice (6), la protection (6), l'envahissement psychique (6), le risque de fugue (5), le refus de traitement (4), la violence (4), la canalisation des pensées (4), la mise en sécurité (4), la contenance (3), la confusion (3), la demande du patient (3), l'apaisement (3), la diminution des stimulus (2), la déambulation (2), la mise en danger (2), la surveillance (2), la désorientation (1), et le patient détenu (1).

Concernant les contre-indications, les mots les plus cités sont : chambre (10), somatiques (9), patient (4), soins (4), cardiaques (3), médicales (3), suicidaire (3), claustrophobie (2), perfusion (2) et perfusé (2).

Les notions les plus retrouvées sont : les pathologies somatiques (10) notamment cardiaques (4), la présence de matériel médical (perfusion, plâtre) (5), la claustrophobie (4), l'épilepsie, les varices œsophagiennes et le delirium tremens (3), le risque suicidaire (2), la punition (1) et la grossesse (1). 3 personnes n'en voient aucune.

Concernant les modalités de mise en chambre d'isolement, les mots les plus retrouvés sont : chambre (60), patient (60), mise (38), isolement (31), expliquer (25), médicale (14), prescription (14), médecin (13), pyjama (9), vérifier (8), passage (5), personne (5), sécurité (5), traitement (5), consignes (4), personnel (4), risque (4), accompagnement (3), contrainte (3), draps (3), droits (3), déshabiller (3).

Les notions les plus retrouvées sont : l'information du patient (14), la prescription médicale (10), la mise en pyjama (8), la vérification de la sécurité et de la propreté de la chambre (8), le retrait d'objet dangereux (7), l'administration d'un traitement (6), les consignes médicales (5) et l'accompagnement du patient (4), l'emploi de renforts (4), la mise sous contrainte du patient (4).

À la question des bénéfiques, les mots les plus retrouvés sont : patient (39), apaisement (7), recentrer (7), surveillance (7), soignant (6), traitement (5), délirants (5), sécurité (4), angoisse (3), contenant 3), persécutés (3), contention (2), médecin (2), observation (2), parasité (2), présence (2), psychotique (2), suicidaire (2).

Les notions les plus retrouvées sont : l'apaisement (10), recentrer (8), la mise en sécurité (9), une surveillance accrue (7), la recherches de bénéfiques secondaires (6), entrer en contact avec le patient (6), la majoration des traitements (5), la prise en charge du délire (4), canaliser la pensée (4), la contenance (3), la gestion de l'agitation (2), la gestion des angoisses (2), et la gestion du risque suicidaire (1).

Au niveau des effets indésirables, les mots les plus retrouvés sont : patient (19), chambre (13), effets (12), isolement (11), secondaires (9), long (7), indésirables (6), majorer (4), bénéfiques (4), isolés (4), punition (4), enfermer (3), angoisse (3), soignant (3), augmentation (2), danger (2), agitation (3), liberté (2), représentation (2), sentiment (2) et surveillance (2).

Les notions les plus retrouvées sont : le vécu punitif (6), la nécessité de sédation (5), la recherche de bénéfiques secondaires (4), le vécu traumatique (4), la restriction de liberté (4), l'importance d'en limiter le temps (4), la majoration de l'agitation (3), l'ennui et la solitude (3), la désocialisation (3), l'incompréhension (3), la nécessité d'information et d'accompagnement (3), la désorientation temporo-spatiale (2), le risque suicidaire (2), la majoration de l'angoisse (2), la crainte d'une nouvelle hospitalisation (1), la claustrophobie (1) et la rupture du lien thérapeutique (1).

Concernant les droits conservés, les mots les plus retrouvés ont été : demande (8), patient (7), avocat (6), liberté (6), médecin (6), courrier (4), téléphoner (4), consignes (3), entretien (3), médical (3), écrire (2), famille (2), juge (2), parole (2), proche (2), recevoir du courrier (2), thérapeutique (2), visite (2).

Les notions les plus retrouvées sont : le droit à un avocat (6), les mêmes droits que les autres patients (5), le droit à des voies de recours (5), le droit à des entretiens médicaux quotidiens (4), les appels téléphoniques (4), le droit d'expression (3), penser (2), le droit d'écrire du

courrier (2), le droit à l'information (2), le droit de dire et d'écrire (2), le droit à l'alimentation et à l'hygiène (2) le droit de recevoir du courrier (2), les visites (1), le droit de vote (1), le droit de fumer (1), écouter de la musique (1), le droit d'accéder à son dossier médical (1), le droit à une surveillance accrue (1), le droit de choisir son médecin (1) et le droit à une personne de confiance (1).

À propos des droits perdus, les mots que j'ai pu retrouver sont : liberté (29), perd (25), contraintes (8), fumer (8), consignes (7), dignité (7), circulation (6), privée (6), mouvement (5) privation (5), restrictions (4), décision (3), traitement (3) et permis (3).

Les notions les plus retrouvées sont : le droit de circulation (13), la privation de libertés (9), fumer quand il veut (5), la mise sous contrainte (5), la perte de dignité (3), appel téléphonique après avis des équipes (3), la privation liberté (3), et le droit de refuser son traitement (3), se vêtir comme il veut (3), le droit à des visites (2), l'intimité (2), la perte des activités, des permissions (2), le droit de regarder la télé (1), la dépendance (1), la liberté d'action (1) et de croyances (1).

À la question du cadre légal, les mots les plus retrouvés sont : chambre (41), cadre (30), oui (28), légal (27), isolement (20), notions (16), médecin (14), prescription (12), 2017 (11), recommandations (7), passage (6), surveillance (6), infirmier (5), 1998 (4), ANAES (4), constantes (3), pyjama (3), seul (3), sonnette (3), vérification (3), certificat (2), consignes (2), entretien (2) et horloge (2).

Les infirmiers interrogés affirment à l'unanimité savoir qu'il existe un cadre légal mais huit d'entre eux déclarent ne pas le connaître. Les notions les plus retrouvées sont : les entretiens médicaux réguliers (12), la prescription médicale (10) pouvant être différée (5), la surveillance infirmière régulière (7), la rédaction de la feuille de surveillance infirmière (5), l'absence d'effets personnels (4), la présence d'une horloge (4), la mise en pyjama (3), l'accès à l'hygiène (3), les consignes (3), la vérification de la chambre (3) et la prise des constantes (2).

A la question des sentiments lors de la mise en chambre d'isolement, les mots les plus retrouvés sont : sécurité (16), échec (14), tension (9), thérapeutique (9), satisfaction (6), compliqué (5), contention (5), crainte (5), protège (5), suicidaire (5), crise (4), difficile (4), peur (4), question (4), vigilance (4), frustration (3), agitation (5), désagréable (2) et nervosité (2).

Les notions les plus retrouvées sont : le sentiment d'échec (12), la nécessité thérapeutique (9), la mise en sécurité (6), le caractère désagréable de la mesure d'isolement (6), la peur (5), la

remise en question (5), la tension (5), la perte du rôle soignant (5), le dernier recours (3), la violence (3), la satisfaction (3), la vigilance (3), le danger (2), la frustration (2), le soulagement (2), la colère (1) et la tristesse (1).

En ce qui concerne les sentiments au décours, les mots les plus retrouvés sont : patient (27), sentiment (9), soignant (5), moment (4), dépend (3), frustration (3), isolement (3), mal (3), parole (3), satisfaction (3), thérapeutique (3), attitude (2), renfort (2), satisfait (2) et surveiller (2).

Les notions les plus retrouvées sont : la remise en question (5), la dureté de la mesure (5), le soulagement (5), le contrôle de la situation (4), la sécurité (3), la surveillance (3), la frustration (3), la satisfaction de la prise en charge (3), s'employer à faire sortir le patient au plus vite (3), la nervosité (2), l'ambivalence (2), la crainte (2) et la bienveillance (2).

Concernant les sentiments à distance, les mots les plus retrouver sont : chambre (10), patient (10), moment (8), isolement (7), satisfaction (5), sentiments (5), dépens (4), bénéfique (3), soignant (3), échec (2) et expliquer (2).

Les notions les plus retrouvées sont : le bénéfice pour le patient (4), la remise en question de prise en charge (3), la relation privilégiée (3), l'insatisfaction (3), l'ambivalence (2), la satisfaction (2), s'employer à aider le patient à sortir au plus vite (2), la colère (1), l'information du patient (1), le soin (1), une diminution du stress (1) et la culpabilité (1).

Concernant la violence vis-à-vis du patient, les mots les plus retrouvés sont : oui (15), violent (23), violence (8), soignant (6), thérapeutique (6), enfermé (4), alternative (2) et compliqué (2).

19 infirmiers répondent qu'il s'agit d'une situation de violence vis-à-vis du patient, 1 déclare que ça peut l'être par. Les notions les plus retrouvées sont l'agitation (3), la dépendance (2), l'enfermement, l'humiliation, l'usage de la force et l'incompréhension du patient.

Concernant la violence vis-à-vis du soignant, les mots les plus retrouvés sont : violent (27), forcément (8), toujours (8), chambre (6), moment (5), enfermer (4), déshabiller (4), contre (3), insulter (3), physiquement (3), verbalement (3).

15 infirmiers répondent oui, 4 répondent par voire rarement et un répond non. Les notions les plus retrouvées sont : le fait d'être acteur d'un acte violent (5), les insultes (4), le fait d'enfermer quelqu'un (3), l'emploi de la force (2), la privation de liberté (2), la remise en question (1) et l'échec (1).

Concernant les sentiments du patient, les mots les plus retrouvés sont : sentiment (25), colère (8), injustice (8), punition (6), adolescent (5), libertés (5), privation (5), ressentir (5), soins (5), domine (4), dépend (4), enfermer (4), mal (4), l'angoisse (3), l'incompréhension (2), persécution (3), s'effondrer (3), soignant (3), thérapeutique (3), violent (3), vécu (3), bénéfice (2), enfermé (2) et frustration (2).

Les notions les plus utilisées sont : la colère (6), l'enfermement (5), la punition (5), l'incompréhension (4), la privation de liberté (4), le soulagement (4), la violence (3), la persécution (3), l'angoisse (3), l'injustice (3), la peur (2), l'impuissance (2), la frustration (2), le bénéfice (2) et la douleur (1).

Concernant la reprise avec les patients, les mots les plus retrouvés sont : patient (34), reparler (24), oui (20), chambre (8), isolement (12), expliquer (5), peuvent (5), service (5), compliqué (5), remerciement (4), agitation (3), bénéfique (3), compris (3), comprendre (4), nécessité (2), pratique (2), reconnaissent (2), apaisé (2) et thérapeutique (2).

Les notions les plus retrouvées sont : la reconnaissance du bénéfice (10), la persistance de l'incompréhension (3), le fait de donner des explications (4), la verbalisation du vécu (4), la reconnaissance de leur état psychique (3), la punition (2) et la satisfaction (1).

A la question de la possibilité de se passer de chambre d'isolement, les infirmiers répondent oui (6), non (9) et ne sais pas (1).

Les mots les plus retrouvés sont : chambre (31), passer (27), isolement (20), plus (9), oui (8), non (7), moyen (6), personnel (5), patient (4), effectifs (3), soignant (3), décompression (2),

À la question des alternatives, les mots les plus retrouvés sont : plus (56), patient (51), chambre (29), personnels (24), soignant (13), services (12), beaucoup (11), temps (11), traitement (11), moment (10), moment (10), moyens (9), nombre (9), activité (7), situation (7), voir (6), désamorcer (4), humains (4), thérapeutique (4), agitation (3), apaisement (3), contenance (3), entretiens (3), médiations (3) et recours (3).

Les notions les plus retrouvées sont : plus de personnels (14), plus de temps auprès des patients (10), plus de communication (8), plus d'activités thérapeutiques (7), une augmentation de la posologie des traitements (6), désamorcer les situations à risque (5), plus de moyens (5), des locaux adaptés (4), la fonction contenante (4) et la formation (4), plus d'écoute (3) et l'anticipation (3).

Quand on leur demande s'il leur arrive d'en parler avec leurs collègues, les infirmiers répondent oui à l'unanimité. Les mots les plus retrouvés sont : chambre (33), mise (29),

collègues (23), isolement (22), oui (22), reparler (19), souvent (11), patient (10), reparlé (8), après (7), situations (7), débrief (6), par (6), toujours (5), besoin (4), discute (4), médecin (4), violent (4), clope (3), et fumer (2).

Les notions les plus retrouvées sont : les situations difficiles (7), la nécessité d'en reparler (7), la notion de débriefing (6), le caractère systématique (7) ou régulier (4) mais aussi informel (4) de ces dialogues entre soignant, l'apaisement des ressentis de violence, culpabilité, échec (4), l'expression des ressentis (3) et la perte de fréquence de ces dialogues (3).

Quand on leur demande s'il faut institutionnaliser des temps de reprises, 13 d'entre eux répondent oui, 4 non et 3 « *pas forcément* ». Les mots les plus retrouvés sont : chambre (17), temps (11), oui (16), médecin (15), service (14), formellement (10), reprise (10), débriefing (6), institutionnaliser (6), infirmiers (5), moment (4), formelle (4), ressenti (4), situation (4), collègue (3) et améliorer (3).

Les notions les plus retrouvées sont : le partage des connaissances et de l'expérience (7), l'expression des ressentis (7), la revue des pratiques (6), la cigarette (5), la remise en question (4), l'informel (4), les situations difficiles (4), le manque de temps (4), le volontariat (3), déculpabiliser (1), la réassurance (2) et les agressions personnels (2).

2) MEDECINS

A la question de la définition de l'isolement, les mots les plus retrouvés sont : mise (9), distance (6), écart (5), autre (6), stimulations (5), action (5), mettre (4), protéger (4), danger (3), extérieur (3), lieu (3), personne (3), psychique (3), seul (3), séparation, séparé (6), confinement (2), coupé (2) et environnement (2).

Les notions les plus retrouvées sont la mise à l'écart (8), la séparation (6), la diminution des stimulations (5), la mise à distance (5), la stimulation (5), l'environnement (4), la protection (4), la sécurisation (3), la restriction de liberté (3) et les autres (3).

A la question de la définition de la chambre, les mots les plus cités sont : lieu (15), pièce (12), dormir (8), repos (8), reposer (5), vie (4), endroit (3), chevet (2), lit (2).

Les notions les plus retrouvées sont les suivantes : lieu de vie, intimité et repos.

A la question de la définition de la violence, les mots les plus retrouvés sont : physique (20), acte (12), psychique (7), autrui (7), verbal (6), agressivité (5), atteinte (5), parole (5), personne (5), force (4), agressif (3), comportement (3), action (2), blesser (2) et détruire (2).

Les notions les plus retrouvées sont : la violence physique (15), l'action (10), l'agressivité (8), la violence psychique (8), les paroles (7), la violence verbale (5), l'atteinte à l'intégrité (5), la blessure (3), la volonté de blesser (3) et la violence involontaire (2).

Concernant la chambre d'isolement, les mots les plus cités sont : chambre (26), service (16), lit (13), patient (12), fenêtre (10), fermée (10), soins (10), sécurisée (10), soignant (9), surveillance (9), autres (8), salle (8), conformation (7), l'écart (6), mise (6), porte (6), SAS (6), proximité (5), toilette (5), fixé (4), horloge (4), mobilier (4), pièce (4), sanitaire (4), sonnette (4), accessible (3), dispositif (3), protégé (3), régulier (3), sécurité (3), stimuli (3) et oculus (2).

Les notions retrouvées sont : sa place à l'écart des autres chambres (15), la présence d'une salle d'eau (14), le lit fixé au sol (13), le fait qu'elle soit fermée à clé (10), la proximité du bureau de soin (8), une pièce sécurisée (8), permettant une surveillance accrue (7), la fenêtre (7), la sonnette (6), l'absence de mobilier (6), l'horloge (5), l'oculus (5), la possibilité de contention (3) et la contenance (2).

À la question des indications, les mots les plus cités ont été : risque (29), patient (27), auto (14), hétéro (13), suicidaire (10), agressif (9), danger (8), psychique (8), agitation (7), autres (7), désorganisation (6), maniaque (6), demande (5), agressivité (4), comportement (4), autrui (4), nécessité (4), stimulation (4), thérapeutique (4), violence (4), apaisement (3), protection (3), prévention (3), psychomotrice (3), imminente (2) et prévenir (2).

Les notions les plus citées sont les suivantes : le risque hétéro agressif (17), le risque auto-agressif (17), le risque suicidaire (11), l'agitation psychomotrice (11), la désorganisation psychique majeure (8), le danger (8), la diminution des stimulations extérieures (7), l'état maniaque (6), le dernier recours (6), la violence (5), la protection (4), la demande du patient (4), le risque de fugue (3), les troubles du comportement (3), le patient délirant (3), les patients détenus (2), la cohabitation impossible dans le service (2), le besoin de contenance (2), la rupture thérapeutique (2), le programme de soins (1), le refus de soins (1), le mineur en service adulte (1) et le risque infectieux (1).

À la question des contre-indications, les mots les plus souvent cités sont : somatique (21), patient (9), punitives (9), surveillance (8), absence (7), risque (6), vitale (3), cardiaque (2), insuffisance (2), respiratoire (2), claustrophobie (1), épilepsie (1), et urgence (1).

Les notions les plus citées sont : les causes somatiques (16), la punition (11), la nécessité d'une surveillance somatique (7), l'apaisement du service ou le confort institutionnel (6), la notion d'insuffisance ou d'instabilité somatique (5), l'absence d'indication (4), le pronostic vital (2), la présence d'une perfusion ou d'un scope (2), la prise de toxiques (2), le patient en soins libres (2), le mineur sans accord parental (1).

À la question des modalités de la mise en chambre d'isolement, les mots les plus cités sont : patient (33), médical (21), mise (18), prescription (7), soignant (7), chambre (14), informations (11), explication (10), surveillance (8), décision (7), somatique (7), nécessité (6), raisons (6), réévaluation (6), contention (5), mesure (5), quotidienne (5), renfort (5), durée (4), sécurité (4), accompagné (3), contention (3), examen (3) et motif (3).

Les notions les plus retrouvées sont : l'information du patient (22), la prescription médicale (14), pouvant être différée (3), l'accompagnement par l'équipe infirmière (12), la réévaluation régulière (9), la surveillance (8), le besoin de renforts (7), le nombre de soignants nécessaire (5), la feuille de prescription et de surveillance (3), la mise en pyjama (2), le dernier recours (2), l'anxiolyse (2), les contentions physiques (2), l'entretien médical préalable (2), le droit de recours (1), le retrait d'objets dangereux (1), les soins sous contrainte (1), les consignes (1), la mise en sécurité de la chambre (1) et du soignant (1).

À la question des bénéfiques, les mots les plus retrouvés chez les médecins sont : apaisement (13), patient (9), bénéfice (8), effet (6), extérieur (10), risque (6), stimuli (5), crise (5), diminution (5), sécurité (4), observance (3), protection (3), prévention (3), amélioration (2), contenance (2) et contenir (2).

Les notions les plus retrouvées sont : la diminution des stimuli extérieurs (7), la sécurité (5), la protection (4), vis-à-vis du risque de violence (1) et du risque d'auto ou d'hétéro agressivité (2), la notion de contenance (4), le recadrage (3), la prévention du risque suicidaire (2), la disponibilité des soignants (2), la diminution de la désorganisation psychique (2) et de la tension interne (1), la reprise du dialogue (1), une surveillance accrue (1), l'apaisement (1) et l'observance thérapeutique (1).

A la question des effets indésirables, les mots les plus employés sont : patients (11), risque (10), thérapeutiques (8), effets (7), psychiatriques (7), somatiques (7), traumatique (6), vécu (4), contention (3), alliance (3), majoration (3), physique (3), angoisse (2), anxiété (2), complication (2), décompensation (2), déshydratation (2), trauma (2), violence (2) et stigmatisation (2).

Les notions les plus retrouvées sont : le vécu traumatique (12), la perte de l'alliance thérapeutique (9), l'anxiété et l'angoisse (8), l'aggravation des troubles (6), la régression, l'institutionnalisation et la désocialisation (5), la décompensation d'une pathologie somatique (5), le risque suicidaire (4) et la perte des repères spatio-temporels (4).

À la question des droits conservés par le patient, les mots les plus cités sont : droit (36), patient (8), soins (7), liberté (6), traitement (6), alimentation (5), dignité (4), expression (4), respect (4), informer (3), laver (3), refusé (3), vote (3), avocat (2), hygiène (2), toilettes (2), et religion (3).

Les notions les plus retrouvées sont : les mêmes droits que les autres patients (7), l'alimentation (6), l'hygiène (6), l'information (6), le droit de contester la mesure de contrainte et les voies de recours (4), le droit à la dignité (4), la liberté d'expression (4), la liberté de religion (4), le droit de vote (3), le droit de refuser un traitement (3), l'accès aux soins (3), le droit à l'intimité (2), le droit de contacter un avocat (2), le droit d'écrire et de recevoir du courrier (2), le droit de contacter leurs proches (2), des entretiens soignants réguliers et des réévaluations régulières (2) et le confort (1).

À la question des droits perdus, les mots les plus cités sont : liberté (19), droit (15), circulation (11), perd (8), aller (5), service (7), librement (5), autorisation (4), communiquer (4), extérieur (4), soin (14), affaire (3), privation (3) et consentement (2).

Les notions les plus retrouvées sont : la liberté de circulation (15), la perte de liberté (5), les possibilités de communication avec les proches (5), les affaires personnelles (3), la décision (2), la liberté d'action (2), le respect de la vie privée (1), les sorties sans accompagnement (1), l'intimité (1), les visites (1) et les activités (1).

Concernant la question du cadre légal, les mots les plus cités sont : isolement (9), recommandations (8), patient (7), surveillance (7), prescription (5), 2017 (4), modalités d'hospitalisation (4), quotidienne (6), soignant (4) et contraintes (3).

Les notions les plus citées sont : l'obligation d'un examen médical quotidien ou biquotidien (9), les recommandations HAS de 2017 (8), leur mise à jour récente (4), l'information du patient (4), la prescription médicale (3), le dernier recours (3), la contrainte (2), les modalités d'hospitalisation (2), le juge des libertés et de la détention (2), la loi de modernisation (1), le rapport du contrôleur des lieux de privation de liberté (1) et le code de santé publique (1) et l'ANAES (1), la durée la plus courte possible (1), les certificats (1), l'absence de punition (1), la prise des constantes (1), la prescription médicale différée (1), et la tenue obligatoire d'un registre (1).

A la question des sentiments ressentis lors d'une mise en chambre d'isolement, les mots les plus utilisés sont : patient (8), sentiment (8), mise (5), peur (5), mal (4), frustration (2), urgence (2), soins (2) et violence (2).

Les notions les plus retrouvées sont l'échec (7), la peur (5), la violence (3), la frustration (2), la colère (2), l'urgence (2), l'injustice (2), l'empathie (1), la tristesse (1), l'anxiété (1) et la tension (1).

A la question des sentiments au décours de la mise en chambre d'isolement, les mots les plus employés sont : patient (20), sentiment (12), échec (6), isolement (6), soulagement (6), nécessité (4), libertés (3), la peur (3), violent (3), apaisement (2), autrement (2), confiance (2), crainte (2), culpabilité (2), difficulté (2), difficile (2), impuissance (2), méfiance (2), thérapeutique (2) et sécurité (2).

Les notions les plus retrouvées sont : la crainte, la peur (8), le soulagement (7), le dépit, le regret (5), l'impuissance, l'échec (5), la gêne, la honte (3), la violence (3), la pression de l'urgence, la tension (3), la remise en question (3), la méfiance, la vigilance (3), la protection (3) et la privation de libertés (2).

Concernant les sentiments à distance, les mots les plus donnés sont : patient (12), absence (8), moins (5), nécessité (4), culpabilité (3), mesure (3), satisfaction (3), soulagement (3), apaisement (3), bénéfice (2), bénéfiques (2), formation (2), frustration (2), honte (2), nécessaire (2), positif (2) et réassurance (2).

Les notions les plus retrouvées sont : l'apaisement (7), la frustration (5), la nécessité (4), la culpabilité (4), le manque d'alternatives et de moyens (4), la satisfaction (3), la honte, la gêne (3), l'anxiété (3), l'empathie (2), l'échec (2), la violence (2), la protection (2), la préparation à la sortie (1), et la colère (1).

A propos de la violence envers le soignant, 15 déclarent qu'il s'agit d'une situation de violence pour le soignant, 4 répondent non et 6 parfois. Les notions retrouvées sont : le sentiment d'échec et d'impuissance, la dévalorisation et la perte de motivation au travail, la violence institutionnelle, le risque de banalisation et la remise en question de la position soignante.

Concernant la violence envers le patient, 22 déclarent qu'il s'agit d'une situation de violence envers lui, contre 6. Les notions évoquées sont : la privation de liberté, l'humiliation, la domination de l'équipe soignante.

Concernant les sentiments du patient, les mots les plus retrouvés sont colère (14), peur (12), sentiment (13), apaisement (6), injustice (8), frustration (4), persécution (4), punition (4), angoisse (2) et contenance (2).

Les notions les plus retrouvées sont : la colère (14), la peur (9), l'incompréhension (8), l'apaisement (7), l'injustice (6), la punition (6), la frustration (4), le préjudice, la violence, le traumatisme (4), la trahison (3), la tristesse, l'ennui, (3), l'angoisse (3), la persécution (3), l'exclusion (3), la solitude, l'abandon, la réassurance et la contenance (3) et la coercition, la soumission et la toute-puissance médicale (3), la maltraitance (2), l'injustice (2), l'impuissance (2), la violence (2), l'impuissance (2) et la privation de liberté (2).

Concernant la reprise avec les patients, ils déclarent le faire pour 26 d'entre eux, 4 déclarant le faire systématiquement.

Quand on leur demande si l'on peut se passer de chambres d'isolement, les médecins répondent : oui 8 et non 18 et par 2. Sont évoqués le manque de moyens humains et matériels (5) et la possible diminution de son usage (5).

A la question des alternatives à l'isolement, les mots les plus cités par les médecins sont : patient (24), soignant (19), isolement (17), chambre (13), plus (12), thérapeutique (8), activités (7), services (7), présence (6), temps (6), contention (5) et personnel (5).

Les notions les plus retrouvées sont : l'augmentation du temps et de la présence auprès du patient (11), des médiations et des activités (10), la sédation chimique (9), des moyens humains conséquents (8), l'anticipation, le désamorçage ou la désescalade des situations d'agitation (7), des salles de relaxation (7), la formation des personnel (3), la contention

humaine (3), une surveillance plus importante (3), la contention physique (2), des services fermés (2), des isolements séquentiels (1) et des techniques de relaxation (1).

Sur la reprise avec les collègues, ils déclarent le faire pour 25 d'entre eux, pas du tout pour l'un d'entre eux, rarement pour 2 d'entre eux et par pour 1 d'entre eux.

Concernant les temps de reprises en équipe, 18 pensent qu'il faut en instaurer dans les services, contre 6. 4 ne se prononcent pas.

IV/ DISCUSSION

A) DEFINITIONS

Avant de répondre au questionnaire en tant que tel, il a été demandé au préalable, tant aux infirmiers qu'aux médecins, de définir certains termes afin d'évaluer les représentations de chacun. Il s'agit de termes qui sous-tendent notre réflexion ; à savoir, l'isolement, la chambre et la violence.

Tout d'abord, il convient d'observer qu'il a souvent été difficile, pour les personnes interrogées de se décaler du soin et de la pratique thérapeutique de l'isolement en psychiatrie. Ceci explique ainsi la présence de plusieurs récurrences de données liées au soin et à la chambre d'isolement alors qu'il était bien spécifié de donner des définitions de ces mots pris au sens large.

Cependant nous observons une certaine homogénéité des réponses, qui, lorsqu'elles se décalent du soin se rapprochent des définitions que nous avons trouvées de ces notions dans les différents référentiels que nous avons cités précédemment. En effet, il semble clair pour l'ensemble des personnes interrogées que l'isolement est un phénomène de mise à distance, à l'écart d'autrui et fait état d'une séparation. Concernant le terme de chambre, les réponses définissent bien cette dernière selon son utilisation et non selon sa place ou son mobilier, même si l'on retrouve de façon fréquente le mot lit dans les réponses. Enfin, pour ce qui est de la violence, nous retrouvons bien la notion d'actes, de paroles ou de comportements perçus comme mus par une agressivité et une volonté de nuire. Nous retrouvons plusieurs déclinaisons de ce terme selon la forme (physique, psychique ou verbale). Il est à souligner l'absence de la notion de violence institutionnelle et la rareté du caractère parfois involontaire de la violence.

B) CONNAISSANCES THEORIQUES

Elles ont été évaluées dans un second groupe de questions et portaient sur la description de la chambre d'isolement, ses indications, ses contre-indications, la répercussion sur les droits du patient, ses bénéfices et ses effets secondaires ainsi que son cadre légal.

Il convient d'observer une certaine homogénéité des réponses recueillies. Cela peut être mis en corrélation avec le fait que nous avons choisi d'étudier une population monocentrique présentant visiblement la même formation et les mêmes pratiques dans leur ensemble. La cohérence des réponses est remarquable et tient au fait qu'il s'agit bien d'une population formée à cette pratique et qui en a une expérience certaine.

Les réponses les plus citées ont trait au soin, à la thérapeutique et à la mise en sécurité. On retrouve ainsi la dualité de l'usage de l'isolement entre pratique thérapeutique et pratique sécuritaire, thème que nous avons abordé dans la première partie de ce travail, notamment à travers l'historique de cette pratique. Ces deux notions sont exprimées de façon importante et quasiment à part égale.

Cela est également visible dans les réponses concernant l'utilisation de la chambre d'isolement, en particulier les indications, les contre-indications, les bénéfices et les effets indésirables. Nous notons ainsi que les réponses à ces questions semblent également se répartir selon les deux pôles thérapeutique et sécuritaire que l'on prête à l'isolement. Ainsi, semble se dégager deux types de situations, ce qui explique la récurrence des réponses telles que « *ça dépend* », « *les situations sont différentes* ». En effet, avec une lecture transversale des réponses à ces questions, émerge d'emblée une utilisation plus thérapeutique et concernant le patient délirant, envahi sur le plan psychique, qu'il convient de placer dans cette pièce sans mobilier ni sollicitations possibles afin de diminuer les stimuli extérieurs dans le but d'un apaisement. D'autre part, nous avons un autre champ d'application concernant le patient agité voire violent qu'il conviendrait de placer en isolement pour assurer sa sécurité, celle des équipes soignantes et celle des autres patients du service, dans le but d'un apaisement des vellétés agressives. Toutefois un point particulier semble réservé aux patients suicidaires pour lesquels le caractère sécurisé de la chambre et l'absence d'objet pouvant être utilisé à des fins létales indique leur placement en isolement pour les protéger d'eux-mêmes. Cependant cet aspect est discuté. Certaines personnes interrogées n'hésitent pas à déclarer ne pas se sentir totalement rassurées par la présence de ce type de patient en isolement, considérant même parfois qu'il s'agit d'une contre-indication ou d'un effet indésirable.

Concernant la description de la chambre d'isolement, là aussi les réponses sont assez similaires. On retrouve de façon prépondérante la présence d'un lit scellé et d'une salle d'eau. Force est d'admettre que les autres objets de la chambre d'isolement, pourtant garantis par la législation comme indiqué précédemment, ne sont que peu cités. Bien qu'ils soient obligatoires (sonnette, horloge, fenêtre, alarme incendie, température de la chambre) et que leur présence soit connue par les soignants qui les présentent au patient lors de leur installation en chambre d'isolement, peu pensent à les citer, y compris quand on leur demande clairement ce qui doit absolument se trouver dans une chambre d'isolement. Il semblerait que leur usage fréquent entraîne une certaine routine quant à leur utilisation, faisant perdre de vue leur présence fondamentale à même de garantir le respect de certains aspects de la dignité humaine. L'ensemble des personnes interrogées semble s'entendre sur la place des chambres d'isolement au sein du service (à l'écart des autres chambres mais proche du bureau de soin). Cependant, certaines personnes paraissent regretter, dans une dimension anxiogène, le fait qu'elles ne soient pas suffisamment proches et déplorent notamment la possibilité d'avoir une vision directe sur les patients installés dans ces chambres. Cela vient mettre en lumière toute la problématique de la distinction entre la surveillance et le respect de l'intimité du patient.

Nous retrouvons d'ailleurs cette dimension au sein des réponses concernant les droits du patient. Ceux-ci sont peu énoncés dans les réponses obtenues. L'ensemble des personnes interrogées semble s'accorder sur le fait qu'il s'agit d'une mesure de privation de liberté, notamment de la liberté de circulation. Ils énoncent dans une moindre mesure une perte d'intimité et de dignité. Ils avancent d'autre part que le patient garde les mêmes droits qu'avant son isolement parfois de façon quelque peu paradoxale. Ils donnent comme exemple de droit, le droit à un avocat et à l'exercice de voies de recours. Ceci semble mettre en lumière un rapport d'opposition autour de cette mesure. Il apparaît en effet nécessaire de préciser que cette pratique implique un changement du mode d'hospitalisation avec une mise sous contrainte, plaçant ainsi la prise en charge sous le coup d'un autre cadre législatif qui est celui de l'hospitalisation sous contrainte. D'autres droits fondamentaux sont cités et respectés dans les services. Il s'agit du droit d'entretenir une correspondance, d'écrire, de communiquer avec ces proches, etc.

Concernant le cadre légal, les personnes interrogées déclarent à l'unanimité qu'il en existe un mais peu semblent capable de le décrire. Nous retrouvons toutefois plusieurs exemples souvent cités : les recommandations de l'ANAES et les dernières recommandations de l'HAS. Cela est à mettre en corrélation avec le fait que ce travail a été réalisé peu de temps

après la mise en application de ces recommandations. Ces deux textes viennent donc encadrer de façon formelle les pratiques de chacun, les plaçant à une place prépondérante dans l'esprit des soignants. Les exemples cités en sont les éléments pratiques du quotidien du soignant prenant en charge le patient en isolement (la prescription médicale, les entretiens quotidiens et la tenue de fiches de surveillance). Il nous apparaît important de renforcer les aspects législatifs de la pratique de l'isolement des patients dans la formation des soignants. Cela permettrait d'en percevoir les implications et la réflexion menée par le législateur pour incorporer davantage cette pratique au sein du dispositif de soin et non pas uniquement d'astreindre le soignant à des démarches purement administratives.

Par ailleurs, il nous apparaît nécessaire de faire un point sur une notion retrouvée à de multiples reprises dans les réponses d'un nombre important de personnes interrogées et à plusieurs questions, qui est celle de la contenance. Ce terme semble partagé par l'ensemble des soignants du fait de leur formation souvent commune mais semble recouvrir des aspects différents dans son utilisation. Beaucoup mettent en avant cette fonction contenante prêtée à la chambre d'isolement pour aborder divers points tels que la diminution des stimuli, l'apaisement et la réassurance du patient, l'accueil de l'anxiété et de l'agressivité du patient, etc. Cette pluralité de sens, parfois même contradictoires, donnés à la fonction contenante a été mis en évidence par D. MELLIER dans « La fonction contenante, une revue de la littérature ». [55]

Cette notion empruntée à la théorie psychanalytique a été développée par W. BION qui s'était basé sur les travaux de l'identification projective de Mélanie KLEIN. [56] Cette dernière définit celle-ci comme la projection de soi ou partie de soi à l'intérieur du corps de la mère pour le maîtriser de l'intérieur. W. BION développe l'idée d'une rencontre conflictuelle entre « contenu » et « contenant ». Il nomme élément bêta les sentiments mauvais comme les peurs archaïques que le nourrisson projette dans le bon sein. Ils représentent un contenu psychique inassimilable par la psyché du nourrisson que la mère accueille, faisant ainsi office de contenant. Ces sentiments métabolisés par la mère sont ensuite réintrojectés dans la psyché du nourrisson sous une forme assimilable nommés éléments alpha. Ce travail est permis par la fonction alpha de la mère apparaissant assez bonne. [57]

Par la suite, D. ANZIEU introduit la notion de Moi-Peau. En effet, il affirme que pour que le Moi puisse penser, parler et associer, il faut qu'il soit doté d'une organisation et d'une limite suffisante. Il fait le parallèle entre le MOI-PEAU pour la psyché et le rôle de la peau

pour le corps dans son rôle. [58] La fonction contenante est, dès lors, une des fonctions du MOI-PEAU. Il énonce que les différentes enveloppes psychiques du MOI-PEAU sont le produit de l'intériorisation des fonctions contenantantes de la mère. Enfin, il déclare que le soin doit tenir compte des fonctions contenantantes du Moi et s'adapter aux défaillances de cette dernière. [59]

R. KAES introduit la notion de fonction conteneur. Cette dernière désigne le travail de transformation des processus destructeurs par un contenant humain actif capable de cette métabolisation. Le conteneur serait dès lors la réunion du contenant et de l'activité de transformation dans la fonction alpha. [60]

Nous observons donc, comme l'a fait D. MELLIER, la présence de différents concepts constituant cette fonction contenante. Cette dernière est évidemment à mettre en place eu sein de la prise en charge du patient en isolement afin d'accueillir ses angoisses et donner ce rôle à l'équipe soignante. [55]

D. W. WINNICOTT introduit une notion différente qui est celle du holding. Elle désigne l'ensemble des soins de la mère donnés à l'enfant pour répondre à ses besoins physiologiques. Elle garantit chez l'enfant un sentiment de continuité d'être assurant le développement de son potentiel inné. Sa défaillance peut générer des angoisses d'annihilation massives. D. W. WINNICOTT amène l'idée d'un espace transitionnel où se situerait la conflictualité psychique entre le dedans et le dehors, entre les besoins du Moi et les pulsions du Ça. Il précise dans son article sur « la tendance antisociale » qu'il convient d'assurer le holding en s'adaptant aux besoins du Moi tout en frustrant les besoins du Ça « jusqu'au moment où l'enfant aura été capable d'introjecter une mère qui soutient le Moi ». [61,62,63]

M. GIRARD reprend cette distinction entre la fonction contenante et le holding dans son intervention intitulée « Représentation de l'enfermement sur l'évolution de la maladie mentale. ». Il place la fonction contenante comme étant une réaction de l'objet suite à l'accueil des projections et leur restitution sous une forme métabolisée. Le holding quant à lui est l'organisation de cet accueil qui se doit d'être fiable, indestructible et permanent afin de contribuer à l'enrichissement du monde intérieur du sujet. Il déclare que la contenance résulterait de ces deux fonctions et de leur articulation permanente qu'il convient d'ajuster régulièrement au cours du soin apporté au patient en isolement. [64]

C) LE VECU DU SOIGNANT

Nous avons abordé cette notion dans un troisième groupe de questions avec notamment sa déclinaison selon trois temps (lors de la mise en chambre, au décours et à distance) afin d'en appréhender l'évolution temporelle.

Force est de constater la très grande teneur de mots et de notions à caractère péjoratif des réponses obtenues. Nous avons ainsi une prépondérance de champs lexicaux révélant le caractère difficile de ce vécu. En effet, nous retrouvons beaucoup de réponses faisant référence au domaine de la peur (angoisse, crainte, appréhension) mais aussi de la remise en question, du constat d'échec, du stress et de la tension. Nous voyons donc bien que la mise en chambre d'isolement d'un patient est une situation qui atteint le soignant et qui le fait vivre un moment difficile. Elle le pousse dans ses retranchements et le confronte à sa propre peur. Cela vient certainement d'autant plus l'ébranler qu'elle survient dans un cadre professionnel impliquant maîtrise, savoir-faire et contrôle. Ici, le soignant semble aux prises avec des sentiments très forts venant modifier de façon certaine ses réactions. Il porte déjà ses propres peurs et ses propres inquiétudes concernant le patient et les modalités de sa mise en chambre d'isolement. Nous pouvons dès lors nous poser la question de sa capacité à ce moment-là d'accueillir et d'encadrer celles du patient. Il est nécessaire d'observer l'ampleur des efforts qu'il doit déployer pour y arriver. STEELE en 1993 a mentionné que les membres du personnel infirmier pourrait se révéler anxieux et hésitant concernant l'application de cette mesure. [65]

Cette situation de la mise en chambre d'isolement des patients est effectivement une situation particulière, très ponctuelle dans le parcours de soins du patient faisant souvent perdre de vue la suite de la prise en charge de ce dernier, tout du moins venant la modifier grandement. En effet, il s'agit d'un moment où le patient présente de grands mouvements psychiques pouvant générer de l'angoisse chez l'autre et qui place le soignant dans une situation d'urgence où l'action devient primordiale. Cette action devant être mesurée, adaptée et nécessaire comme indiqué dans la loi et le rôle même du professionnel oblige le soignant à se défaire de sa propre peur et de ses propres réactions qui pourraient être en miroir de celle du patient. Dès lors nous pouvons penser que le soignant ressent certainement une peur liée au patient lui-même, pour ce dernier, mais également vis-à-vis de la possible évolution délétère et dangereuse de la situation mais aussi, plus inconsciemment de lui-même. Cela peut faire écho à la violence fondamentale énoncée par BERGERET. [66] Il reste important de distinguer deux types de situations, comme le font plusieurs personnes interrogées, le patient

en phase aiguë pour lequel la suite de la prise en charge doit continuer à être pensée vers sa sortie hors des murs de l'hôpital et le patient en phase chronique pour lequel il convient de réfléchir à l'effet de la dynamique de groupe en milieu fermé. Celle-ci rend plus complexe les déterminants de la décision de la mise en chambre d'isolement.

Beaucoup évoquent une situation de violence de façon spontanée dans leurs réponses et le confirment lorsqu'on leur pose la question de façon directe au sein de notre questionnaire. Ils évoquent cependant plus volontiers la violence envers le patient qu'envers eux-mêmes. Cela montre encore une fois toute la dureté et la complexité de la mise en place de cette mesure pour le soignant. En effet, bien que traversé par sa peur et ses réactions il s'efforce, car il se le doit, de mobiliser toute l'empathie et la bienveillance possible envers le patient. Cette violence est d'autant plus présente qu'elle est ressentie mais également agie. Cela génère angoisse d'une part et culpabilité d'autre part.

Autre sentiment très souvent cité, il s'agit du sentiment d'échec. En effet, cette situation très particulière se caractérise par l'expression bruyante, souvent physique et palpable, d'un mal-être, d'un délire, tout du moins de troubles psychiques très importants chez le patient. Ainsi, la place de cette mesure comme étant une mesure de dernier recours et l'état psychique très grave du patient semblent confronter le soignant au fait qu'il n'arrive plus, par sa simple présence qui se veut bienveillante, son écoute et son empathie à accueillir, contenir et désengager les troubles du patient. Il semble se sentir acculé par une situation clinique qui lui échappe. Elle l'oblige parfois même à appeler des collègues en renfort, signe public et voyant de son impossibilité à agir seul. Or tout ceci peut lui apparaître comme un constat personnel et un aveu public d'échec. Dès lors il semble traversé par une remise en question très importante de ses compétences, de son action mais parfois de lui-même.

D'autre part, une partie des soignants évoque des sentiments de culpabilité mais aussi parfois, ressenti pouvant paraître plus surprenant, une certaine satisfaction. Ces sentiments semblent davantage difficiles à évoquer. Cela tient certainement au fait qu'ils sont davantage soumis au jugement de la société. L'aveu de cette culpabilité viendrait en effet valider une représentation de la psychiatrie qui se voudrait uniquement asilaire. Et l'aveu d'une satisfaction n'apparaît pas socialement acceptable. Cependant, pour les soignants qui ont accepté d'évoquer ce sentiment, ils nous expliquent que cette satisfaction et cet apaisement qu'ils ont parfois ressentis sont davantage liés à une mise en sécurité du patient, de l'équipe soignante et du service. Au vu de la difficulté de la situation et de la dureté des sentiments ressentis par le soignant, il n'est pourtant pas étonnant que ce dernier puisse ressentir ces sentiments qui sont, pour le coup, à consonance positive.

La pluralité des émotions a déjà été mise en évidence par CHANOIT en 1977 qui avait retrouvé dans son analyse : culpabilité, impuissance, identification au patient mais aussi : une rigidité des attitudes, un vécu d'omnipotence, et une jouissance sadique. [67] Ici, nombre de soignants se sont défendus de tels sentiments en déclarant qu'ils arrêteraient leur activité professionnelle s'ils étaient amenés à les ressentir. Il apparaît en effet important de rester vigilant vis-à-vis de ces sentiments. MATTSON en 1978 a ainsi décrit une tendance des équipes à considérer l'isolement comme un moyen de résolution d'un problème comportemental, plutôt que comme une mesure de surveillance. [68]

Encore une fois nos résultats nous permettent de mettre en évidence la dualité entre thérapeutique et mesure sécuritaire. En effet, la notion de mise en sécurité, d'apaisement du fait de la sécurisation de la situation sont encore présentes de façon non négligeable. Il convient de nous interroger à nouveau sur ce point. En effet cette dualité que nous avons mise en évidence dans l'historique et dans les questions théoriques semble ici s'inviter dans les sentiments même du soignant. Ainsi ce dernier semble pris entre sa fonction de soin et sa fonction de mise en sécurité du patient et du service. Cela montre tout de même que les soignants se sentent menacés, qu'ils ressentent un sentiment d'insécurité et qu'ils y répondent en équipe. Cela est intéressant car quand on évoque l'isolement d'un point de vue général et historique, il s'agit de la sécurité de la société. Ici nous voyons que la sécurité de cette société passe en premier lieu par la sécurité de l'équipe soignante au contact du patient. Ce rôle sécuritaire semble cependant difficile à porter. Certaines n'hésitent pas à faire le parallèle avec le milieu carcéral. De nombreux auteurs ont également fait ce parallèle en comparant l'isolement thérapeutique à un enfermement punitif. [69,70] Dès lors le soignant semble pris entre les deux pôles : échec de sa fonction soignante et déploiement d'une fonction sécuritaire qui ne lui sied guère. Cette position l'oblige d'ailleurs à faire des choses qui souvent ne correspondent pas à ce qu'il est, à son comportement habituel. Nous pouvons notamment citer ici l'usage de la force. Plus loin, on peut penser que cela l'oblige à penser à lui-même, ce qui semble parfois être en contradiction avec une position soignante qui se voudrait tourner vers l'autre. Cette position complexe a également été montrée dans une étude intitulée « A propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage des soignants » réalisée auprès d'infirmiers. [71] Elle montrait que l'élément majeur lié à l'utilisation de la chambre d'isolement était la notion de maîtrise, de contrôle de l'individu, une sorte de contrôle social où le maintien de la sécurité des patients et du personnel soignant était l'élément prépondérant et mettait en avant la nécessité de maîtriser un patient devenu « incontrôlable ». Cependant, elle soulignait aussi que l'utilisation de l'isolement se situait dans un cadre institutionnel

orienté vers le soin et non la répression. Tous ces éléments, nous ont parfois amené à aborder la question du rôle soignant avec les personnes interrogées notamment les infirmiers. Plusieurs d'entre eux ont ainsi pu verbaliser le fait de ne pas se sentir totalement soignant à ce moment-là. Ils donnent ensuite des exemples de moyens physiques et coercitifs utilisés pour maîtriser le patient, pour se protéger de celui-ci qui sont jugés comme n'étant pas soignant mais légitimés par l'urgence de la mise en sécurité.

Concernant l'évolution des sentiments du soignant, nous notons que cette dernière est assez peu favorable. En effet, les termes employés restent à forte connotation péjorative. Nous voyons apparaître les termes de gêne et de honte. Finalement, à la peur et au danger, viennent se substituer la honte, l'impuissance voire le regret, semblant mus par une identification au patient. Cela témoigne de la transformation de l'angoisse face au danger en culpabilité liée à l'emploi d'une mesure coercitive. Plusieurs d'entre eux indiquent que leurs sentiments évoluent avec l'état clinique du patient. Ils se sentent apaisés et légitimes dans leur action en cas d'apaisement et de rémission.

Enfin, nombre de soignant font intervenir les notions de surveillance, d'attention portée au patient en isolement et de soin et d'aide afin de l'accompagner au plus vite vers la sortie de cette chambre d'isolement. Plusieurs font de cet isolement une manière de rentrer en contact avec le patient, de créer une relation privilégiée avec ce dernier et de lui amener des soins constants, intensifs durant son passage en isolement. Cela témoigne de la volonté ferme du soignant à œuvrer dans un cadre thérapeutique et fournir écoute et soin. Ebranlé par la mise en chambre d'isolement qui a pu l'atteindre dans son rôle soignant, le professionnel semble se raccrocher assez vite à l'aide et l'accompagnement qu'il peut fournir par la suite. Certains précisent d'ailleurs avec fermeté que l'isolement simple du patient ne sert à rien mais que ce qui importe c'est l'ensemble du dispositif médical et soignant qui est mis autour de cette mesure (information du patient, surveillance et évaluation constantes).

D) LA REPRESENTATION DU VECU DU PATIENT PAR LE SOIGNANT

Cet aspect a été évalué par un quatrième de questions. Nous avons cherché à savoir ce que le soignant se représentait du vécu du patient en isolement. Les réponses obtenues sont bien évidemment le reflet de l'expérience des soignants mais aussi de leur propre réflexion sur le sujet. Nous leur avons également demandé s'ils en reparlaient avec les patients et quels en étaient les retours. Cela nous permet d'avoir une certaine nuance d'évolution temporelle.

Là encore, nous notons une prépondérance de terme à connotation négative. Nous retrouvons ainsi les notions de colère, la justice, la compréhension, de punition, de violence, de peur, etc. Le soignant, qui comme nous l'avons noté précédemment, est déjà aux prises avec son propre vécu négatif de la situation fait face au vécu négatif du patient. Cela vient mettre en lumière la prise de conscience du soignant de la réalité de son intervention. Le soignant prend pleinement conscience du rôle coercitif qu'il joue au moment de la mise en chambre d'isolement. Cela rend évidemment la situation plus pénible pour lui-même.

Nous remarquons que cette prépondérance de termes négatifs se retrouve également lorsque les soignants nous ont indiqué que la mise en chambre d'isolement avait été faite parfois à la demande du patient et qu'elle avait même pu se faire dans le calme. Ces aspects ne se retrouvent plus quand on leur demande ce que peut penser le patient à ce moment-là.

Les sentiments les plus cités sont la colère, la peur, l'angoisse, la punition, l'incompréhension et l'injustice. Il est à noter que ces résultats se rapprochent des résultats des précédentes études qui ont été menées auprès de patients. En effet, SHERIDAN en 1990, a montré que les opinions négatives étaient deux fois plus importantes que les opinions positives dans les réponses des patients. [72] NORRIS en 1992 montre que les patients jugeaient la chambre comme laide, menaçante, dégradé, grise, froide et déshumanisée. [73] En 1987, BINDER a retrouvé que l'expérience de l'isolement a été celle qui les a affectés le plus dans le processus d'hospitalisation. Ces derniers s'assimilaient à des prisonniers, avait le sentiment d'être un peu ou pas informés sur les raisons, les modalités et la durée de leur isolement. Ils avaient également un sentiment d'injustice et un vécu punitif. [74] En 2004, PALOZZOLO dans une étude menée auprès de soixante-sept patients isolés a montré que l'émotion la plus présente était la colère, principalement orientée vers le personnel soignant. [75] D'autres études ont mis en évidence d'autres sentiments (peur, chagrin, impuissance et humiliation), notamment lorsque la force était utilisée. [73,76]

Notre étude semble donc montrer une certaine adéquation entre les ressentis du patient et l'image que les soignants s'en font. Cela vient certainement du fait que les propos émis par les soignants prennent source dans leur histoire professionnelle, leur expérience et se font donc du coup parfois l'écho des dires du patient. Il convient cependant de nuancer ce propos avec l'idée que le soignant peut parfois projeter ses propres ressentis sur les patients, leurs prêter des sentiments qui le traversent en fait lui-même par identification au patient. Il se peut également que l'expression du patient fasse écho au ressenti du soignant et entre en résonance avec celui-ci.

Seuls faits positifs évoqués, il s'agit de l'apaisement, du soulagement. Ces termes étaient déjà beaucoup évoqués dans les réponses données aux questions des indications et du bénéfice de l'isolement. Les soignants semblent noter un apaisement lors de la mise en chambre d'isolement des patients agités ou délirants. Encore une fois, cette dimension a déjà été démontrée dans de précédentes études. En 1987, HEYMAN avait montré que certains patients décrivaient leur expérience de l'isolement comme positive. [77] En 1993, MANN décrivait la chambre comme un lieu neutre au sein duquel le patient pouvait trouver repos et réconfort. [78] Des sentiments de sécurité et de protection ont ainsi parfois été décrits. [79] En 1987, certains patients rapportent une sensation d'apaisement et un sentiment de réassurance quand ils étaient interrogés sur leur vécu en chambre d'isolement. [77] Enfin, HAMIL a retrouvé dans une étude menée auprès d'une population de patients présentant des troubles schizophréniques et schizo-affectif, que certains d'entre eux vivaient la mise en chambre d'isolement avec tristesse mais en reconnaissaient sa nécessité. [76]

Cela rejoint les réponses obtenues à la question des reprises avec les patients. La très grande majorité des soignants interrogés ont ainsi indiqué qu'ils reparlaient de la mise en chambre d'isolement avec les patients. Cela rejoindrait le besoin exprimé précédemment d'aider les patients à sortir le plus vite possible de la chambre, de se servir de ce temps d'isolement pour rentrer en contact avec les patients et de créer, avec eux, un lien privilégié avec ces derniers. Cela est en adéquation avec les dernières recommandations qui mettent entre autres un axe sur la préparation à la sortie de la chambre d'isolement en s'assurant que le patient ait regagné un état psychique permettant la levée de la mesure d'isolement et en réalisant une analyse avec ce dernier de l'épisode ayant conduit à la mise en place de cette mesure.

En 1996, RICHMOND mettait en évidence dans son étude que les patients déploraient un manque d'interactions avec les soignants et plaçaient celui-ci comme une source importante de frustration. [80] Cela peut faire penser qu'une évolution des pratiques a eu lieu dans l'accompagnement des patients en isolement. Cependant, les réponses sur les retours des patients semblent s'organiser en deux points principaux : les patients qui finissent par reconnaître la nécessité et le bénéfice de la mesure d'isolement et ceux qui en gardent un vécu d'injustice et qui ressentent une rancœur envers les soignants.

Enfin, concernant la notion de violence supposée éprouvée par le patient, les réponses sont cette fois affirmatives de façon quasi-unanime. On peut déjà se poser la question de savoir s'il n'est pas plus facile pour le soignant d'avouer une situation violente pour le patient que pour lui-même. En effet le soignant semble ne pas s'autoriser à verbaliser une situation de

mal-être, comme s'il fallait garder une image professionnelle. Le soignant s'astreint à être celui qui est compétent pour intervenir auprès des patients et donc ne pas être celui qui souffre. Pris dans son sentiment de culpabilité et son image de soignant, ce dernier ne s'autorise que peu à verbaliser son propre ressenti par rapport à celui qu'il prête aux patients.

E) PERSPECTIVES

Nous avons évalué une partie de celles-ci dans un cinquième et dernier groupe de questions portant sur la possibilité de ne pas avoir recours à l'isolement, les alternatives possibles à cette mesure et la reprise en équipe des mises en chambres d'isolement et leur institutionnalisation.

Tout d'abord, il est à noter que la tendance générale des réponses va dans le sens que l'on ne peut se passer de chambre d'isolement. Cependant, ce résultat est assez mitigé et la question de l'isolement d'un patient reste source de controverses y compris au sein des professionnels y ayant recours. Sur le plan éthique, cette discussion ne semble pas être totalement résolue et fait encore débat. Elle a d'ailleurs fait débat au cours d'une journée de réflexion européenne sur l'isolement au Ministère de la Santé à Paris à laquelle nous avons assisté. Cependant, il est à noter qu'au sein des soignants ayant répondu que l'on ne pouvait s'en passer, nombreux sont ceux qui indiquent que l'on pourrait au moins en diminuer fortement l'usage.

Les alternatives les plus évoquées sont l'augmentation des moyens humains et matériels ainsi qu'une architecture différente des services.

Beaucoup de soignants, si ce n'est la totalité, semblent réclamer d'avantages de moyens humains afin d'augmenter la présence auprès des patients, ce qui permettrait de pouvoir anticiper les situations à risque et de désamorcer plus rapidement les situations de crises. En effet, il est fréquemment avancé le fait qu'avec des moyens humains plus importants, il serait plus aisé pour les soignants de se détacher auprès des patients présentant des signes de souffrance psychique faisant craindre une décompensation et un passage à l'acte agressif.

Concernant les moyens matériels, il est avancé par les soignants qu'ils permettraient davantage de médiations et de relation avec le patient en mettant en place des activités

thérapeutiques voire des séjours. Ceci permettrait d'occuper les patients, de passer plus de temps auprès d'eux et de travailler avec eux sur leurs troubles.

Enfin, sur le plan architectural, il est fréquemment indiqué dans les réponses la création de pièces d'apaisement qui ne seraient pas des chambres d'isolement du fait que le patient n'y serait pas enfermé, mais des lieux permettant à ces derniers d'y passer un moment seul, au calme. Encore une fois, cela interviendrait dans l'anticipation des moments de crise, permettant une action thérapeutique continue au sein des services et non pas une réaction face à une expression bruyante de la pathologie mentale.

Concernant les temps de reprises entre collègues, la majorité des soignants interrogés indiquent d'ores et déjà le faire, notamment les infirmiers, dans un cadre informel. La grande majorité des personnes interrogées se déclarent en faveur de la mise en place de temps de reprise au sein des services. Une partie non négligeable de soignant y placent cependant certaines réserves. Celles-ci sont liées notamment au temps qu'il est possible d'y accorder au vu de la charge de travail actuelle, la gêne occasionnée par les rapports hiérarchiques pouvant exister entre les personnes présentes et le souhait que cela se fasse sur la base du volontariat. Beaucoup y voit cependant une occasion de pouvoir y verbaliser leur vécu, d'y partager leur expérience et d'y faire une revue des pratiques.

A propos de la formation et du cadre légal, il est à noter un manque qui a été déploré par beaucoup de personnes interrogées. La pratique de l'isolement des patients ne semble pas être apprise de façon académique mais d'avantage sur le tas au sein des services. Les infirmiers indiquent même qu'ils n'en ont pas connaissance à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers et qu'il leur est interdit d'y participer pendant leurs stages pratiques. De plus, nous ne retrouvons pas d'études sur l'efficacité réelle de cette pratique. Cette dernière apparaît davantage comme une pratique empirique, transmise par l'expérience depuis de nombreux siècles. Cela vient certainement renforcer le vécu négatif du soignant qui s'y retrouve confronté sans y être réellement préparé. Cependant des outils de formations ont été élaborés dans la prise en charge des accès de violence au sein des services hospitaliers. La Haute Autorité de Santé a publié en septembre 2016 un guide intitulé « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie » au sein duquel quinze programmes et quatorze outils ont été élaborés afin d'améliorer les pratiques. [81] Enfin, des programmes de formation d'une durée de quatorze jours, réalisées en binôme et intitulé formations Omega ont

créé dans le but d'apporter des solutions au personnel soignant afin de prévenir les agressions de la part des patients et pacifier de telles situations. Elles se proposent de fournir aux participants les outils nécessaires pour adopter l'attitude la plus adéquate face à des situations données. [82] Elles ont prouvé leur efficacité dans la diminution de la violence au sein des institutions. La mise en place de ces outils dans la formation des personnels soignants pourrait contribuer à une baisse du recours à l'isolement, y compris à moyens constants

Sur un plan pratique, cette étude amène une réflexion sur les connaissances du soignant de la mise en chambre d'isolement et sur la reprise du vécu et des affects négatifs qu'engendre cette situation chez le soignant. Concernant, les connaissances théoriques autour de la mise en chambre d'isolement, il convient de noter la nécessité de renforcer la formation théorique de l'ensemble des soignants sur le cadre légal régissant cette pratique. Ceci leur permettrait de bénéficier d'un socle solide de connaissances. Ainsi, ils seraient plus confiants dans leurs pratiques, ce qui contribuerait à réduire stress et culpabilité. Concernant le vécu du soignant, il convient de mettre en place des temps de reprise institutionnalisés et supervisés afin de permettre aux soignants d'avoir un espace de parole lui permettant de verbaliser son ressenti et de l'élaborer. De plus, ces moments de reprises doivent être supervisés par des personnes extérieures à la situation à laquelle ont été exposés les personnels. Ainsi, cette personne aurait un rôle de tiers pouvant discuter de la situation. Allégé de tout affect en lien avec cette situation, elle pourrait plus facilement faire montre d'une disponibilité psychique lui permettant d'accueillir la culpabilité et le stress des personnels concernés. D'autre part, ces temps de reprise pourraient renvoyer aux soignants l'idée d'être soutenus par l'institution, celle-ci se souciant de leurs ressentis. Ceci pourrait contribuer à limiter les affects négatifs. De telles initiatives renforceraient donc la notion de travail en équipe, ce qui contribuerait à réduire le vécu négatif de chacun du fait de la cohésion du groupe. De plus, elles collaboreraient de façon active dans la formation pratique de l'interne, ce dernier étant peu formé au travail en équipe.

Ce travail que nous avons effectué ici pourrait être complété par d'autres travaux, notamment sur le recueil direct du vécu des patients. On pourrait ainsi imaginer une étude avec un regard croisé des soignants et des patients sur les mises en chambre d'isolement. De plus, la tenue des registres exigée par la législation récente permettrait d'obtenir des données statistiques beaucoup plus fiables et une analyse plus fine.

F) COMPARAISON ENTRE LES GROUPES

L'analyse des différentes réponses au questionnaire a fait ressortir quelques différences entre les deux groupes (infirmiers et médecins). Les groupes internes et praticien hospitalier ne présentant des réponses assez similaires, nous avons choisi de les placer en un seul groupe sous la dénomination de médecins. Plusieurs différences dans les réponses sont notables et sont certainement liées à la différence de fonctions des personnels constituant chacun des deux groupes.

Au niveau des définitions, nous notons une vision davantage sécuritaire des infirmiers.

Concernant les données théoriques, le groupe des infirmiers décrivent avec plus de précision la chambre d'isolement tandis que les médecins en donnent davantage sur les indications et les contre-indications. Pour les modalités de la mise en chambre d'isolement, les infirmiers évoquent de façon plus importante la mise en sécurité de la chambre, la vérification de sa conformité sécuritaire et sanitaire et l'administration d'un traitement. Les médecins quant à eux énoncent plus les notions de surveillance et de réévaluation fréquentes. Au niveau des sentiments, les infirmiers abordent plus largement la notion de sécurité du patient, de l'équipe soignante et du service. Ils mettent plus en avant la pénibilité d'avoir à placer physiquement le patient en chambre d'isolement.

Nous retrouvons dans les réponses des infirmiers la notion de recherche de bénéfices secondaires du patient à son placement en isolement, notion absente des réponses des médecins.

Les médecins emploient peu le terme d'équipe et parlent moins des autres patients du service.

Ces différences sont à corréliser au rôle de chacun des acteurs de la prise en charge des patients.

Le médecin mène une réflexion centrée sur le patient. Il est souvent appelé en urgence pour gérer ce type de situations dans son service la journée ou lors de son activité de garde le reste du temps. Il est plus amené à exercer seul sa pratique médicale. L'infirmier, quant à lui, est d'emblée amené à travailler en équipe au sein d'un même service. Il est plus amené à s'occuper de l'ensemble des patients du service, ce qui l'amène à avoir une réflexion parfois plus centrée sur le service et les autres patients qui s'y trouvent, en tant que groupe. Le médecin reste celui qui décide de la mesure, la prescrit et en fixe les modalités sur le plan des consignes et de la surveillance. Il a ensuite la tâche de réévaluer pluri quotidiennement le patient. L'infirmier, lui, effectue la surveillance prescrite par le médecin, ce qui l'amène à

avoir un contact plus fréquent avec le patient. Cela pourrait expliquer que l'un met en avant un apaisement et un amendement des troubles psychiques et l'autre la création d'un lien avec le patient.

CONCLUSION

Dans une première partie de ce travail, nous avons mené une revue bibliographique afin de constituer un cadre historique, légal et d'évaluation des pratiques de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie. Nous avons pu montrer son oscillation entre deux pôles thérapeutique et sécuritaire au cours des différentes périodes historiques. Nous avons remarqué la disparité des pratiques sur le plan international. Enfin, nous avons dressé le cadre légal régissant cette pratique et son évolution récente.

Bien que la mise en chambre d'isolement des patients dans les services de psychiatrie soit une pratique d'usage fréquent, elle n'en demeure pas moins une situation d'urgence où se mêlent angoisse, remise en question et culpabilité chez le soignant.

Le but de cette étude était d'évaluer le vécu du soignant en lien avec cette pratique, sa représentation du vécu du patient et ce qui pourrait être amélioré sur le plan institutionnel dans la prise en charge de tels sentiments.

Il a pu être évalué, grâce à ce travail mené au sein du Centre Hospitalier Philippe Pinel auprès de 21 infirmiers, 18 internes et 10 praticiens hospitaliers, leurs ressentis, leurs représentations de celui du patient et leurs connaissances théoriques.

Ainsi, les réponses obtenues ont montré que le vécu du soignant est marqué par la culpabilité et la remise en question. Il a également une représentation très négative du vécu du patient, renforçant la difficulté de ses propres affects. Bien qu'ayant des connaissances théoriques certaines sur la chambre d'isolement, peu en connaissent le cadre légal et font remarquer un défaut de formation. Enfin, les temps de reprises entre soignants ont tendance à se faire entre personnes exposées à la même situation dans un cadre informel.

Il apparaît donc nécessaire d'effectuer un travail institutionnel afin de généraliser dans les services de psychiatrie des temps de reprises de ces situations difficiles afin de permettre aux soignants de verbaliser et d'élaborer leurs affects négatifs sous la supervision d'un personnel extérieur à cette situation qui serait le garant de l'institution (ex : chef de service, responsable d'unité, psychologue du service, etc.) Il convient de renforcer la formation des personnels sur le versant juridique mais aussi, toujours et encore, sur l'acquisition de savoir-faire et de savoir-être face à des comportements très déstabilisants et, bien souvent, de survenue brutale. Enfin, le recours à des lieux d'apaisement comme alternative à l'isolement reste à développer au sein des services. Bien que ces points soient abordés dans les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé, des efforts dans la mises en place de ces

mesures restent à fournir au sein des services, en termes de moyens et de formations mais aussi d'évaluations des pratiques. Les efforts combinés de l'ensemble des intervenants permettraient certainement un net recul du recours à l'isolement.

Il convient de poursuivre les réflexions actuelles sur la pratique de l'isolement. Celle-ci reste une mesure de privation de liberté. La maladie mentale pouvant être elle-même comme la perte de la liberté de penser, la répercussion des pratiques coercitives comme l'isolement ou la contention sur la restauration de cette liberté est à prendre en considération. Sur le plan éthique, cette question fait toujours débat à l'heure actuelle.

Ce travail s'inscrit dans le contexte actuel de réflexion sur le recours à l'isolement. Il pourrait être enrichi par un recrutement plus étendu des personnes interrogées dans d'autres centres. De plus, ce travail n'a exploré que le point de vue du soignant, il serait intéressant de mener une étude du même type auprès des patients pour obtenir un regard croisé dans le but de recueillir leur ressenti et d'évaluer ce qui pourrait être amélioré auprès du patient dans la pratique de la mise en chambre d'isolement, ce qui permettrait des prises en charge globale de meilleure qualité.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] LAROUSSE [en ligne]. <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/>
- [2] LE LITRE [en ligne]. <https://www.litre.org/definition/isolement>
- [3] Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [en ligne]. <http://www.cnrtl.fr/definition/isolement>
- [4] Réglementation Accessibilité bâtiment. [En ligne]. <http://www.accessibilite-batiment.fr/erp-neufs/obligations-particulieres-concernant-certains-etablissements-et-installations/etablissements-disposant-de-locaux-dhebergement-pour-le-public/arrete.html>
- [5] Lettre DAS/SD/RVAS du 29 octobre 1999 relative à l'amélioration des conditions d'accueil des personnes âgées en établissements. [En ligne]. <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-48/a0483200.htm>
- [6] Article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme. Cour Européenne des Droits de l'Homme. [En ligne]. http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_FRA.pdf
- [7] Haute Autorité de Santé. [En ligne]. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf
- [8] FRIARD D. « ISOLEMENT, psychiatrie », Encyclopædia Universalis [en ligne], <http://www.universalis.fr/encyclopedie/isolement-psychiatrie/>
- [9] CASTALDO D., Bianchi O. : Le traité des Maladies aiguës et des Maladies chroniques de Cælius Aurelianus : nouvelles approches : actes du colloque de Lausanne 1996, Institut Universitaire de France, Université de Nantes, 1999
- [10] ALEXANDER G.F., SELESNICK S.T. : Histoire de la psychiatrie, ARMAND COLIN, Collection U, trad. ALLERS G., J. GARRET ; Paris, A. RAULT, 1972, p. 63
- [11] POSTEL J., QUETEL C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. PARIS, DUNOD, 2004
- [12] JACQUART D., MICHEAU F., La médecine arabe et l'occident médiéval, Paris, Maisonneuve et Larose, 1990

- [13] POSTEL J, QUETEL C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Dunod, Paris, 2004
- [14] JACQUART D, MICHEAU F. La médecine arabe et l'occident médiéval, Paris, Maisonneuve et Larose, 1990
- [15] MOREL P, QUETEL C, Les médecines de la folie. Paris, Pluriel Hachette, 1985
- [16] MOREL P, QUETEL C, Les médecines de la folie, Paris, Pluriel Hachette, 1985
- [17] ESQUIROL J-E. Des Maladies Mentales, Tome II, Mémoire sur l'isolement des aliénées, TOULOUSE, Editions PRIVAT, 1998
- [18] PICHOT P. Un Siècle de psychiatrie, Paris, R. DACOSTA, 1983
- [19] DE FREMINVILLE B. La raison du plus fort, traiter ou maltraiter les fous ? Ed. Combat Seuil, 1977
- [20] LAFONT MAX. L'extermination douce, la cause des fous – 40 000 malades mentaux morts de faim dans les hôpitaux sous Vichy. Paris, Editions de l'AREFPPI, 1987
- [21] VON BUELTZINGSLOEWEN. L'hécatombe des fous : La famine dans les hôpitaux psychiatriques français sous l'Occupation. Aubier, Paris, 1987
- [22] BASAGLIA F. L'institution en négation. Paris, Ed du Seuil, 1970
- [23] OURY J. Thérapeutiques institutionnelles. EMC, Paris, 1987
- [24] SARKOZY N. Discours du Président de la République le 2 décembre 2009, à l'hôpital d'Antony. <http://discours.vie-publique.fr/notices/087003805.html>
- [25] MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE. [En ligne]. <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-communiques-de-presse/article/installation-du-comite-de-pilotage-national-sur-la-psychiatrie>.
- [26] FEDERATION REGIONALE DE RECHERCHE EN SANTE MENTALE. [En ligne]. <https://www.f2rsmpsy.fr/pratiques-drisolement-contention-psychiat.html>
- [27] CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Paris : DALLOZ ; 2016

- [28] Haute Autorité de Santé, en ligne. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Audit appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. [En ligne] <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>
- [29] La Circulaire 3021 du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques. [En ligne] <http://psychiatrie.histoire.free.fr/legisl/sector/1960.html>
- [30] La Loi du 27 juin 1990. [En ligne] <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000349384>
- [31] La Résolution 46/119 de l'ONU (17 décembre 1991), relative à la protection des personnes atteintes de maladies mentales et à l'amélioration des soins de santé mentale. [En ligne] <http://www.iusmm.ca/documents/principesONU.pdf>
- [32] Le Décret du 15 mars 1993. [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000178583&categorieLien=id> .
- [33] La Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (Circulaire de Veil) [En ligne] http://www.groupeinfoasiles.org/allfiles/outils/CirculaireVeil48DGS_SP3_19juillet93.pdf ;
- [34] La Recommandation 1235 (1994) relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme. [En ligne] <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=775699&Lang=fr> ;
- [35] La Charte de la personne hospitalisée. [En ligne] http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/charte_a4_couleur.pdf ;
- [36] La Loi du 5 juillet 2011 : Nouvelles dispositions pour les soins sans consentements. [En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&categorieLien=id>
- [37] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031912641&categorieLien=id>
- [38] Article L3211-1 du Code de la Santé Publique. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687900&dateTexte=&categorieLien=cid>.

- [39] Article L3222-5-1 alinéa 1 du Code de la Santé Publique. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031918948>
- [40] Article L3222-5-1 alinéa 3 du Code de la Santé Publique. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031918948>
- [41] Article 432-4 du Code Pénal. [En ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006418501>.
- [42] Article R. 4127-34 du Code de la Santé Publique. [En ligne]. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=DE6E6198BB93E816791FF4D6D72A360D.tpdjo09v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912896
- [43] CANO N. et al., « L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques », *L'Encéphale*, 2011, 37, p. S4-S10
- [44] GILLIGAN C., *In a different voice*. Harvard University Press ; Edition : Reissue ; 1990
- [45] RICOEUR P., *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil ; 1990
- [46] CARRE R. *Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients*. Thèse pour le diplôme de Docteur en Médecine ; 2014. [En ligne] <http://thesesante.ups-tlse.fr/632/1/2014TOU31565.pdf>.
- [47] BARATTA A, MORALI A. *Chambres d'isolement en psychiatrie : état des lieux en France*. [En ligne]. 2010 ; <http://www.em-consulte.com/en/article/256756>
- [48] TARDIFF K. Emergency control measures for psychiatric inpatients. *Journal of Nervous and Mental Diseases* ; 1981. Volume 169 : p. 614-618
- [49] WADESON H., WARPENTER W.T. Impact of seclusion room experience. *Journal of Nervous and Mental Diseases* ; 1976. Volume 163 : p. 318-328

- [50] POLLARD R., et al. Organizational and unit factors contributing to reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatry Quaterly* ; 2007. Volume 78, p.73-81.
- [51] MARTIN V. et al. The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia : a comparaison of the practice in Germany and Switzerrland. *Clinical Practice Epidemiological Mental Health* ; 2007. Volume 3, p.1-6
- [52] BILINIAKIS N. et al. Use of coercitive physical measure in a psychiatric ward of a General Hospital in Greece. *International Journal of social Psychiatry* ; 2010. Volume 56, p. 402-411
- [53] PALAZZOLO J., CHIGNON J.M. et CHABANNES J.P. Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie. Enquête prospective. *L'Encéphale* ; 1999. Volume 25, p. 477-484
- [54] BARATTA A. L'utilisation de la chambre d'isolement comme soin en psychiatrie adulte. Partie I : étude pilote au centre de BRUMATH (EPSAN, Alsace Nord). *Perspective Psy* ; 2009. Volume 48, p.278-285
- [55] MELLIER D. LA FONCTION CONTENANTE, une revue de la littérature. *Perspect PSY*. 2005 ; 44 (4) : 303-310
- [56] KLEIN M., HEIMANN P., ISAACSS S., RIVIERE J. Développements de la psychanalyse. Edition : 4^e édition. Paris : presses Universitaires de France-PUF ;2013
- [57] BION W-R. Aux sources de l'expérience. Paris : Presses Universitaires de France-PUF ;2003. 137 p.
- [58] ANZIEU D. Le Moi-peau. Editions : 2^e. Paris : Dunod ; 1995. 291 p.
- [59] ANZIEU D. La fonction contenante de la peau, du Moi et de la pensée : conteneur, contenant et contenir. In Anzieu D., Ed les contenants de pensées. Paris : Dunod, 1993
- [60] KAES R. L'analyse inter transférentielle, fonction alpha et groupe conteneur. *L'Evolution Psychiatrique* 1976 ; XLI (2) : 333-347
- [61] WINNICOTT D-W. Le bébé et sa mère. Paris : Payot ; 1992. 150 p.
- [62] WINNICOTT D-W. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris : Payot ; 1989. 464p.

- [63] BOUKOBZA C. La clinique du holding. Illustration de D-W. WINNICOTT. Coq-héron. 2003 ; 173 (2) :64
- [64] GIRARD M. Représentation de l'enfermement sur l'évolution de la maladie mentale. Intervention au cours des 17èmes journées nationales des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire et unités pour malade difficile, Toulouse, 7 et 8 novembre 2005.
- [65] STEELE R.L. Staff Attitudes Towards Seclusion and Restraint : Anything New ? Perspectives in Psychiatric Care ; 1993, 29 :23-28
- [66] BERGERET J. Psychologie pathologique, théorique et clinique. 10^{ème} édition. Paris : Elsevier Masson. 2012, 368 p.
- [67] CHANOIT P.F. Le contre-transfert institutionnel. Psychol Méd ; 1977, 9(3), 524-525
- [68] MATTSON M.R., SACKS M.H. Seclusion : uses and complications. American journal of psychiatry ; 1978, 135, 1210-1213
- [69] ALTY A., MASON T. Seclusion : A break with the past. London, Chapman and Hall ; 1994
- [70] BRENNAN W. Alone again naturally. Nurs stand ; 1991, 6(7) : 46-7
- [71] PALAZZOLO J. et al. A propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage des soignants. L'encéphale ; 2000 ; 26 : 84-92
- [72] SHERIDAN M., HENRION R., ROBINSON L. et BAXTER V. Precipitants of violence in a psychiatry inpatient setting. Hospital and Community Psychiatry, 41 (7), 776-780
- [73] NORRIS M. K. et KENNEDY C. W. The view from within : how patients perceive the seclusion process. Journal of Psychosocial Nursing, vol. 30, no3., p. 7-13
- [74] BINDER RL., MC COY sm. A study of patient's attitudes toward placement in seclusion. 1983 ; Hosp Community Psychiatry ; 34 :1052-1054
- [75] PALAZZOLO J. A propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage de patients. L'Encéphale Vol 30, N°3 – juin 2004, pp. 276-284
- [76] HAMMILL, K. et al. « Hospitalised schizophrenic patient views about seclusion ». Journal of Clinical Psychiatry, 1989, vol. 50, no. 5, pp174-177

[77] HEYMAN, E. 1987, « Seclusion », Journal of Psychosocial Nursing, vol. 25, no. 11, pp. 9-12

[78] MANN, L., WISE, T., & SHAY, L. 1993, « A prospective study of psychiatry patients attitudes toward the seclusion room experience », General Hospital Psychiatry, vol. 15, pp. 177-182

[79] PLUTCHIK, R et al. 1978, « Toward a rationale for the seclusion process », Journal of Nervous and Mental Disease, vol. 166 : 571-579, no. 8, pp. 571-579

[80] RICHMOND, I. et al. (1996). Least restrictive alternatives : Do they really work ? Journal of Nursing Care Quality, 11, 29-37

[81] HAUTE AUTORITE DE SANTE. [En ligne] Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie. Guide méthodologique. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/guide_methodo_violence_hospi_psy.pdf

[82] RAVALLEC C. Prévenir les situations de violence en établissement de soins. Travail et sécurité. 2010 ; p.38-41

ABSTRACT

Introduction : The aim of this work is to conduct a qualitative, single-center study of the caregiver's experience during the isolation of the patients. The objective is to evaluate all the characteristics and in particular the negative character and to think about ways to take of such felt.

Methods : 21 nurses, 18 interns and 10 hospital practitioners werre interviewed by means of semi-directive questionnaire during interviews or by mail. This questionnaire focused on their theoretical knowledge of the practice of isolation, their experiences during the implementation of this measure, their representation of the patient's experience and the perspectives to be given to the use of this practice.

Results : the results reveal an essentially negative experience with a preponderance of themesgrouping around fear, guilt, questionning and insecurity. Participants were also able to express their views on the prospects for alternatives and improvement. Differences were noted between nurse and medical groups in relation to their different functions.

Discussion : when patients are placed in isolation in psychiatry, the patient seems to be crossed by many negative feelings and an equally negative representation of the patient's experience that they allow themselves little to verbalize. Although knowing the modalities, many caregivers seem to disregard their legal framework.

Conclusion : Institutional work on the introduction of recovery time whithin psychiatric services and an improvement in the training of personnel on this practice could allow the cargiver to evacuate this negative experience. Consideration could be given, on the one hand, to other measures such as the establishment of a room or calming room in the care units and, on the oter hand, facilitated access to training in prevention of crisis situations. All of its measures could contribute to a significant reduction in the use of isolation.

Keywords : isolation, psychiatry, caregiver's experience, qualitative study, prospects

RESUME

Introduction : l'objet de ce travail consiste en une étude qualitative monocentrique sur le vécu du soignant lors de la mise en chambre d'isolement des patients. L'objectif est d'en apprécier l'ensemble des caractéristiques et notamment le caractère négatif et de réfléchir à des moyens de prises en charge de tels ressentis.

Méthodes : 21 infirmiers, 18 internes et 10 praticiens hospitaliers ont été interrogés au moyen d'un questionnaire semi-directif lors d'entretiens ou par mail. Ce questionnaire portait sur leurs connaissances théoriques de la pratique de l'isolement, de leur vécu lors de la mise en place de cette mesure, de leur représentation du vécu du patient et des perspectives à apporter à l'emploi de cette pratique.

Résultats : les résultats révèlent un vécu essentiellement négatif avec une prépondérance de thèmes se regroupant autour de la peur, de la culpabilité, de la remise en question et de l'insécurité. Les participants ont pu également s'exprimer sur des perspectives d'alternatives et d'amélioration. Des différences ont été notées entre les groupes infirmier et médecin en lien avec leurs différentes fonctions.

Discussion : lors de la mise en chambre d'isolement des patients en psychiatrie, le patient semble traverser par de nombreux sentiments négatifs et une représentation tout aussi négative du vécu du patient qu'ils s'autorisent peu à verbaliser. Bien qu'en connaissant les modalités, beaucoup de soignant semble méconnaître son cadre légal.

Conclusion : un travail institutionnel sur la mise en place de temps de reprise au sein des services de psychiatrie et une amélioration de la formation des personnels sur cette pratique pourrait permettre au soignant d'évacuer ce vécu négatif. Il pourrait être envisagé d'une part, d'autres mesures comme l'implantation de chambre ou salle d'apaisement dans les unités de soin et d'autre part, l'accès facilité à des formations à la prévention et à la prise en charge des situations de crise. L'ensemble de ces mesures pourrait concourir à la diminution significative du recours à l'isolement.

Mots-clés : isolement, psychiatrie, vécu du soignant, étude qualitative, perspectives