



HAL
open science

Utilisation de la chambre d'isolement en psychiatrie : étude qualitative phénoménologique auprès des infirmiers du CHU de Montpellier

Sarah Heymann Martinez

► **To cite this version:**

Sarah Heymann Martinez. Utilisation de la chambre d'isolement en psychiatrie : étude qualitative phénoménologique auprès des infirmiers du CHU de Montpellier. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03514964

HAL Id: dumas-03514964

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03514964v1>

Submitted on 6 Jan 2022

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Sarah HEYMANN ép. MARTINEZ

le 29 novembre 2021

TITRE :

Utilisation de la chambre d'isolement en psychiatrie :
étude qualitative phénoménologique
auprès des infirmiers du CHU de Montpellier

Directrice de thèse : Pr Delphine CAPDEVIELLE
Co-directrice de thèse : Dr Myrtille ANDRÉ

JURY

Présidente : Pr Delphine CAPDEVIELLE

Assesseurs : Pr Sébastien GUILLAUME, Dr Myrtille ANDRÉ

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORiot Jean	ROCHEFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Héléne
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIÉ Jean Pierre



Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

Docteurs Emérites

PRAT Dominique
PUJOL Joseph

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle

Génétique

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{er} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia

Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine

Nutrition

AZRIA David

Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria

Pédopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric

Chirurgie viscérale et digestive

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles

Pédiatrie

CAMU William

Neurologie

CANOVAS François

Anatomie

CAPTIER Guillaume

Anatomie

CARTRON Guillaume

Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume

Cardiologie

CHANQUES Gérald

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CORBEAU Pierre

Immunologie

COULET Bertrand

Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAUVILLIERS Yves

Physiologie

DE TAYRAC Renaud

Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John

Histologie, embryologie et cytogénétique

DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème classe

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophtalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZIORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénéréologie



SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophthalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc



PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

MCU-PH de 1^{re} classe

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin Biochimie et biologie moléculaire

PANABIÈRES Catherine Biologie cellulaire

RAVEL Christophe Parasitologie et mycologie

SCHUSTER-BECK Iris Physiologie

STERKERS Yvon Parasitologie et mycologie

THEVENIN-RENE Céline Immunologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERGOUX Anne Génétique

CHIRIAC Anca Immunologie

DE JONG Audrey Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DU THANH Aurélie Dermato-vénérologie

FITENI Frédéric Cancérologie ; radiothérapie

GOUZI Farès Physiologie

HERRERO Astrid Chirurgie viscérale et digestive

HUBERLANT Stéphanie Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale

KUSTER Nils Biochimie et biologie moléculaire

MAKINSON Alain Maladies infectieuses, Maladies tropicales

PANTEL Alix Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

PERS Yves-Marie Thérapeutique; addictologie

ROUBILLE Camille Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

SZABLEWSKY Anatomie et cytologie pathologiques



MCU-MG de 1^{re} classe

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

MCU-MG de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Maitres de Conférences des Universités

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SOCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

PERSONNEL ENSEIGNANT

PH chargés d'enseignements

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUROUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe



MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI EI Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

Remerciements

À Madame le Professeur Delphine CAPDEVIELLE,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse, recevez pour cela mes remerciements les plus sincères.

Merci, également, pour les échanges toujours si bienveillants et riches d'enseignements lorsque je suis passée en stage au sein du SUPA.

À Monsieur le Professeur Sébastien GUILLAUME,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, recevez à cette occasion mes remerciements.

À Madame le Docteur Myrtille ANDRÉ,

Difficile de résumer toute ma gratitude en quelques lignes.

Merci d'avoir dirigé ce travail avec tant de bienveillance.

Merci de m'avoir suivie dans chacun des sujets que je proposais... et aidée à choisir celui-ci !

Merci de m'avoir si patiemment soutenue malgré les deadlines parfois difficilement tenues.

Merci de m'avoir rassurée et encouragée lorsque je doutais. Ce n'était pas gagné, mais grâce à toi je l'ai fait !

Merci encore. Tu es la directrice de thèse dont n'importe quel interne rêverait !

Aux infirmiers qui ont participé aux entretiens et contribué à la réalisation de ce travail,

Merci pour le temps que vous m'avez accordé et le partage de votre vécu, si riche.

Je ne peux vous citer un par un sans trahir votre anonymat mais soyez assurés, chacun, de ma profonde reconnaissance : cette thèse n'aurait pas pu exister sans vous.

Sommaire

REMERCIEMENTS	21
UTILISATION DE LA CHAMBRE D'ISOLEMENT EN PSYCHIATRIE : ETUDE QUALITATIVE PHENOMENOLOGIQUE AUPRES DES INFIRMIERS DU CHU DE MONTPELLIER	
RESUME	28
1) INTRODUCTION.....	29
2) METHODES.....	31
A) RECRUTEMENT	31
B) RECUEIL DES DONNEES.....	32
C) ANALYSE DES DONNEES.....	32
3) RESULTATS	33
4) DISCUSSION	43
A) FORCES ET LIMITES METHODOLOGIQUES	43
B) DISCUSSION DES RESULTATS.....	44
5) CONCLUSION.....	47
BIBLIOGRAPHIE.....	49
ANNEXE	53
SERMENT	62

Utilisation de la chambre d'isolement en psychiatrie :

étude qualitative phénoménologique

auprès des infirmiers du CHU de Montpellier

Sarah MARTINEZ ^a, Delphine CAPDEVIELLE ^{a, b}, Myrtille ANDRÉ ^a

^a Service Universitaire de Psychiatrie Adulte, CHU de Montpellier, Hôpital la Colombière, Montpellier, France

^b Inserm U1061 et Université de Montpellier, Montpellier, France

Auteur correspondant :

Sarah MARTINEZ

[Données anonymisées pour mise en ligne]

Autres auteurs :

Dr Myrtille ANDRÉ
m-andre@chu-montpellier.fr

Pr Delphine CAPDEVIELLE
d-capdevielle@chu-montpellier.fr

Conflit d'intérêt : aucun.

Cette recherche n'a reçu aucune subvention spécifique des secteurs public, privé ou non-lucratif.

Résumé

Contexte : L'isolement est un outil de dernier recours dans la prévention du risque en psychiatrie, dont l'utilisation est fluctuante selon les habitudes de service. L'évolution législative en cours vise à le limiter.

Objectif : Augmenter les connaissances sur le vécu et l'expérience des infirmiers concernant l'isolement afin de mieux comprendre et améliorer les pratiques autour de celui-ci.

Méthode : Coréalisation par deux investigateurs de 4 *focus groups* auprès d'un total de 23 infirmiers exerçant au CHU de Montpellier, au moyen d'un guide d'entretien semi-structuré. Recueil des données par enregistrement audio, transcription intégrale et analyse qualitative selon une approche phénoménologique de type sémio-pragmatique.

Résultats : 1) Le vécu des infirmiers face à l'utilisation de l'isolement est difficile. Il dépend de nombreux facteurs, influence les décisions et n'est toléré que lorsque cette contrainte fait sens dans la prise en charge du patient. 2) L'isolement n'ayant pas de fonction thérapeutique, l'enjeu majeur pour les infirmiers est de préserver leur rôle de soignant auprès du patient, ce qui n'est possible que dans un cadre adéquat. 3) Les infirmiers sont favorables à une diminution du recours à l'isolement, considérée comme envisageable à condition de disposer de plus de moyens humains et d'alternatives clairement identifiées, mais gardent des craintes liées à la gestion de la violence.

Conclusion : L'isolement est un outil de dernier recours mal vécu par les infirmiers. L'enjeu majeur est la préservation du lien thérapeutique. Majoration des effectifs et identification claire d'alternatives pourraient en réduire l'utilisation.

Mots-clefs : *isolement, contrainte, étude qualitative, vécu, infirmiers*

1) Introduction

L'isolement est défini par la Haute Autorité de Santé (HAS), comme le 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, ceci dans le but de prévenir un risque grave pour l'intégrité du patient lui-même ou celle d'autrui (1).

Cette pratique divise la communauté psychiatrique et génère des débats : certains lui attribuent des vertus thérapeutiques (2), bien que celles-ci n'aient jamais été démontrées, quand d'autres évoquent une mesure purement sécuritaire soulevant *de facto* des questionnements moraux (3,4). Le poids relatif de ces points de vue a cependant nettement évolué au cours des 20 dernières années, comme souligné par Doedens dans sa revue de la littérature de 2020 (5). Bien que le paradigme thérapeutique n'ait pas complètement disparu (6), on retrouve en effet dans la littérature l'émergence progressive de sentiments négatifs (échec, culpabilité, regret) chez les soignants à l'égard de l'isolement (7–10), en même temps que celui-ci devient considéré comme un « mal nécessaire » (4,11–16), indésirable mais inévitable (17). Certains auteurs évoquent même un potentiel délétère voire traumatique des pratiques coercitives chez les patients concernés (18,19) ainsi qu'un risque somatique majoré (1,20).

Malgré ces données et l'acceptation générale de cette pratique comme « de dernier recours », son utilisation reste très variable, relevant surtout d'habitudes de service d'après le rapport du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté de 2016 (CGLPL) (21). Cela souligne l'importance de s'intéresser à l'attitude des équipes soignantes au sujet de l'isolement.

Une revue de la littérature parue en 2010 (15) appuie également ce dernier point, concluant qu'une meilleure compréhension des facteurs influençant l'attitude des infirmiers face à l'isolement serait nécessaire pour en diminuer l'utilisation. Une étude qualitative a été réalisée en 2015 au Canada mais n'a pas traité de ce sujet, les participants évoquant plutôt un souhait de majorer le nombre de chambres d'isolement disponibles. Cette étude mettait en revanche en avant l'importance pour les infirmiers de préserver un lien thérapeutique de qualité avec les patients mis en chambre d'isolement, sans toutefois expliciter les déterminants du maintien de ce lien (22). D'autres études ont été réalisées depuis mais la quasi-totalité d'entre elles a été menée de façon quantitative, par la diffusion de questionnaires (principalement l'échelle SACS – Staff Attitude to Coercion Scale) (23–26), limitant par définition le champ d'expression des participants et laissant ainsi peu de place à l'exploration ouverte du sujet. La méthode qualitative permet en effet de mieux

saisir les perceptions des sujets interrogés et d'intégrer les nuances de leurs discours dans l'analyse des données ainsi obtenues.

Par ailleurs la législation française au sujet de l'isolement et de la contention est en pleine évolution : la loi du 26 janvier 2016, qui encadrait jusqu'alors les pratiques d'isolement et de contention, a été déclarée inconstitutionnelle le 19 juin 2020 dans le cadre d'une décision QPC (Question Prioritaire de Constitutionnalité) du fait de l'absence de recours au juge judiciaire pour apprécier la régularité et la durée des mesures d'isolement. C'est à ces manques que la nouvelle loi du 14 décembre 2020 était supposée palier, prévoyant une durée maximale (48h) au-delà de laquelle le JLD (Juge des Libertés et de la Détention) doit être informé de la mesure, ainsi que des tiers désignés par le législateur (conjoint, procureur de la République, tuteur...). Le JLD peut alors se saisir d'office afin de contrôler la mesure d'isolement.

Le 4 juin 2021, une nouvelle décision QPC impose déjà la révision de la loi du 14 décembre 2020.

L'instabilité de ce cadre et son inadaptation au terrain soulèvent de nombreuses interrogations et plaintes parmi les professionnels de la santé mentale, comme le montre la parution en septembre 2021 d'une tribune réclamant l'ouverture d'un débat national sur la question de l'isolement et de la contention (27) ou encore la mention à ces pratiques et aux « conditions d'exercice difficile » qu'elles entraînent par Olivier Véran, ministre de la santé, au cours des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie des 27 et 28 septembre 2021 (28).

Malgré ces débats très actuels, nous n'avons trouvé aucune étude française datant de moins de 20 ans s'intéressant à l'expérience des soignants concernant l'isolement.

Nous pensons pourtant que l'exploration de l'expérience et du vécu des infirmiers pourrait permettre une meilleure compréhension des pratiques et l'identification d'axes éventuels d'amélioration de celles-ci. L'objectif de notre étude est donc d'explorer, à l'aide d'une approche qualitative de type phénoménologique, le vécu et l'expérience des infirmiers autour de l'utilisation de la chambre d'isolement au sein de l'hôpital psychiatrique universitaire de Montpellier.

2) Méthodes

Cette étude d'approche qualitative s'inscrit dans un paradigme de compréhension d'un phénomène. L'approche phénoménologique permet d'explorer en profondeur l'expérience vécue des sujets interrogés. Cette étude a donc été menée via des entretiens compréhensifs semi-directifs de groupe, dits « entretiens de groupe focalisés » (ou *focus groups*).

a) Recrutement

Les participants ont tous été recrutés au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier selon un échantillonnage de type intentionnel, l'objectif étant le recrutement d'acteurs sociaux compétents, en mesure d'apporter des réponses issues de leur expérience.

Les critères d'inclusion étaient d'être infirmier diplômé d'état et d'avoir une expérience en tant que professionnel diplômé de l'utilisation d'une chambre d'isolement en psychiatrie. Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

Tous les participants ont été contactés par l'investigateur principal de l'étude par différents moyens (courriels, affichage et déplacements dans les services). La participation se faisait de façon libre et volontaire après information concernant les objectifs et modalités de l'étude et recueil du consentement par oral et écrit. Elle ne donnait lieu à aucune rétribution.

L'investigateur connaissait professionnellement certains participants mais n'avait pas connaissance de leurs opinions concernant le sujet d'étude avant leur participation à celle-ci. Il a été recherché une variation de l'échantillon concernant le nombre d'années d'expérience, le service d'exercice actuel, l'âge et le genre. Le recrutement ne visait toutefois pas à une représentativité de la population source.

La taille de l'échantillon n'était pas déterminée à l'avance, les inclusions se sont poursuivies jusqu'à saturation des données.

b) Recueil des données

Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'entretiens semi-directifs de groupe focalisés (« *focus groups* ») au sein du CHU de Montpellier. Un guide d'entretien a été élaboré préalablement autour de questions ouvertes afin d'explorer les différentes dimensions du phénomène étudié. Ce guide d'entretien n'avait pas été testé au préalable mais il a été retravaillé au fil de la réalisation des entretiens lorsque cela apportait davantage de pertinence. Il est consultable en annexe (tableau 1).

Tous les entretiens ont été menés conjointement par deux médecins : l'investigateur principal (S. MARTINEZ, interne en psychiatrie au sein du CHU de Montpellier) et un facilitateur formé en recherche qualitative (Dr M. ANDRÉ, psychiatre praticien hospitalier au sein du CHU de Montpellier), qui ont noté au cours des entretiens les éléments verbaux et non verbaux signifiants. Seuls les participants, l'investigateur principal et le facilitateur étaient présents lors des entretiens, qui n'ont pas été répétés.

Avant chaque entretien de groupe focalisé (*focus group*), les participants étaient invités à remplir un bref questionnaire anonyme concernant leurs données sociodémographiques et leurs expériences et projets professionnels, ainsi que le formulaire de consentement de participation à l'étude.

L'ensemble des entretiens a été audio-enregistré puis rigoureusement retranscrit par l'investigateur principal afin de constituer un verbatim servant de matériau pour l'étude. La relecture des données retranscrites a été proposée à chaque participant mais aucun n'en a fait la demande.

c) Analyse des données

Les données ainsi retranscrites ont été analysées selon une approche phénoménologique de type sémio-pragmatique (dite de Peirce) par l'investigateur principal et par un second investigateur. Cette démarche analytique peut être décomposée en 6 étapes : recueil du matériau, lecture globale, découpage en unités de sens, repérage des éléments signifiants, catégorisation sémiotique et ordonnancement logique, restitution du sens.

Cette méthodologie vise à retranscrire le plus fidèlement possible le sens du discours de chacun des participants tout en dégagant les idées du groupe afin de pouvoir saisir l'essence même du phénomène étudié.

3) Résultats

Quatre entretiens de groupe focalisés (*focus groups*) réunissant chacun entre 4 et 8 participants (pour un total de 23 participants) ont ainsi été réalisés au sein du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier entre les mois d'avril et juin 2021. La constitution de ces groupes, d'une durée moyenne de 120 minutes, était déterminée par la disponibilité des participants. Les caractéristiques professionnelles et sociodémographiques étaient variées et sont accessibles en détail dans l'annexe (tableau 2).

L'analyse a permis de faire émerger trois catégories principales. Des extraits des verbatim illustrent les thèmes retrouvés. Davantage d'extraits sont accessibles dans l'annexe (tableau 3).

Catégorie 1 – Le vécu des infirmiers face à l'utilisation de l'isolement est difficile mais toléré si cette contrainte fait sens dans la prise en charge du patient. Ce vécu dépend de nombreux facteurs et influence les décisions.

Sous-catégorie 1.a – L'utilisation de chambres d'isolement est difficile pour les infirmiers. De nombreux facteurs, plus ou moins modifiables, influencent ce vécu qui impacte à son tour les prises de décision relatives aux pratiques d'isolement.

Le vécu des infirmiers face à l'utilisation des chambres d'isolement était décrit comme le plus souvent difficile voire douloureux. Les participants évoquaient également la subjectivité de ce vécu, évolutif au gré de facteurs intrinsèques (en lien avec la vie professionnelle et personnelle du soignant) et extrinsèques (en lien avec les circonstances et conditions de la mise en chambre d'isolement).

Les facteurs intrinsèques regroupent les éléments en lien avec la personnalité du soignant, ils lui sont propres et peuvent évoluer tout au long de la carrière en fonction de ses expériences, notamment professionnelles (sa tolérance face à la violence, son éthique, ses formations, ses expériences antérieures de recours à une chambre d'isolement, sa sensibilité à certains motifs de recours à l'isolement, son vécu du regard critique de la société vis-à-vis de l'utilisation de celui-ci).

- P01 : « On se rappelle souvent des mises en chambre d'isolement compliquées, où les patients sont sthéniques, où il y a des rapports de force avec de la violence physique, et c'est vrai que c'est ça qui nous marque le plus. »

- P03 : « Les souvenirs les plus traumatiques pour moi c'était des patients qu'on connaît, des chroniques. Alors peut-être que c'est l'affect qui joue, parce que c'est des patients qu'on connaît extrêmement bien, avec qui on a développé un lien, donc forcément ça nous touche plus. »

Les facteurs extrinsèques sont ceux qui sont extérieurs au soignant. Ce sont les facteurs qui apparaissent à la fois comme les plus facilement identifiables et modifiables. La convergence des avis des participants était notable à leur évocation. Ils désignaient le manque de personnel, la cohésion d'équipe, la possibilité de disposer de temps dédié au débriefing des situations jugées les plus difficiles, la qualité des infrastructures ainsi que des éléments d'ordre plus général voire politique tels que les procédures ou protocoles rigides et les modifications répétées du cadre légal et de ce qu'il implique en matière de charge administrative.

- P01 : « C'est sûr que c'est trop compliqué, il faudrait que ce soit vraiment simplifié. Qu'il y ait moins de papiers, moins à faire signer. On a l'impression qu'il y a toujours des nouveaux trucs à faire signer. »
- P05 : « Quand je suis arrivée ici, je me suis dit « alors déjà [les chambres d'isolement sont] à perpète mais en plus on n'a pas de caméra... » c'était vraiment une interrogation et je n'ai jamais pu la résoudre. »

Les prises de décision autour de l'utilisation d'une chambre d'isolement (recours, modalités d'utilisation, levée) étaient décrites comme influencées par ce vécu et les facteurs le modulant. Les participants s'accordaient en effet sur le fait qu'une même situation clinique pouvait être à l'origine de points de vue discordants et donc de décisions variables malgré un cadre protocolaire strict.

- P11 : « C'est vrai que c'est en fonction de l'équipe. Mais c'est difficile, ça, cette notion d'agitation, parfois de violence [...] c'est chacun qui évalue en fonction de soi. C'est beaucoup de subjectivité. »
- P04 : « Parfois on n'a pas du tout le même avis, on n'a pas la même vision de la nécessité de la mise en chambre d'isolement. »

Sous-catégorie 1.b – Ce vécu est rendu plus acceptable lorsque les infirmiers sont en accord avec les décisions d’isolement et que le sens de celles-ci leur apparaît clairement.

Les infirmiers expliquaient parvenir à accepter le vécu difficile des prises en charge en chambre d’isolement grâce à l’identification claire d’un objectif professionnel : l’amélioration de l’état de santé du patient et la surveillance de celui-ci. À l’inverse, le fait d’être en désaccord avec l’indication d’isolement était décrit comme faisant perdre le sens de la prise en charge, facteur majeur du mauvais vécu infirmier.

- P01 : « Je garde en objectif que c’est justement pour son bien et qu’on évalue constamment s’il y a des effets délétères. »
- P11 : « Conduire quelqu’un en chambre d’isolement quand on n’est pas convaincu qu’il faille le faire, il n’y a rien de plus terrible. Franchement, c’est très dur. »

L’ensemble des infirmiers interrogés s’accordait sur l’importance pour eux d’être en accord avec les décisions prises concernant une mesure d’isolement. Ils soulignaient ainsi la nécessité des discussions collégiales, entre paramédicaux mais également avec les médecins, afin que chacun puisse exprimer son point de vue et entendre celui des autres et ainsi arriver à une acceptation de la décision finale. Ils illustraient d’ailleurs ce point en évoquant toute la difficulté que représentait pour eux la prise en charge en isolement de personnes ne relevant pas de ce type de mesure (personne ne souffrant pas de pathologie psychiatrique hospitalisée pour trouble à l’ordre publique, patient ayant un trouble empêchant la vie dans le service auprès des autres patients mais ne requérant pas d’isolement).

- P01 : « En tout cas que les points de vue puissent être émis, entendus. Et après ça fait réflexion et ça fait sens pour la suite. Après parfois on n’est pas d’accord, ce n’est pas très grave. »
- P13 : « C’est compliqué comme prise en charge, quand même, en tant que soignant. Ça ne correspondait pas à ma façon de travailler, du coup. [...] On n’avait pas le choix, personne n’avait le choix : c’était comme ça. Et du coup, ouais, c’était compliqué. »

Catégorie 2 – L’isolement n’ayant pas de fonction thérapeutique, l’enjeu majeur pour les infirmiers est de préserver leur rôle de soignant auprès du patient, ce qui n’est possible que dans un cadre adéquat.

Sous-catégorie 2.a – La chambre d’isolement n’est pas considérée comme ayant une vertu thérapeutique propre mais comme un outil imparfait de temporisation des situations à risque.

La grande majorité des infirmiers interrogés s’accordait sur l’absence de vertu thérapeutique propre de la chambre d’isolement, évoquant même au contraire un potentiel délétère voire traumatique pour le patient. Ils justifiaient donc son utilisation comme un dernier recours, permettant de sécuriser une situation à risque le temps nécessaire pour obtenir une efficacité des traitements.

- P05 : « Mais c’est vraiment en dernier recours qu’on utilise la chambre d’isolement. »
- P03 : « Parce que le soin, ce n’est pas la chambre d’iso, en fait. [...] La chambre d’iso, c’est ce qui permet de temporiser le temps de trouver le nouveau traitement qui va lui permettre de retrouver le groupe. Mais ce n’est clairement pas la chambre d’iso qui va soigner seule. Au contraire, ça peut être anxiogène [...]. »

Sous-catégorie 2.b – L’enjeu majeur pour les infirmiers est de préserver ou construire un lien thérapeutique avec le patient afin d’apporter du soin malgré un contexte difficile.

Bien que la chambre d’isolement ne soit pas considérée comme thérapeutique en elle-même, les participants relevaient que ce qui était mis en œuvre autour de cette prise en charge pouvait l’être. Ils considéraient ainsi que leur rôle en tant que soignant était justement de parvenir à mettre du soin dans cette situation qui n’en était pas. Ils soulignaient par ailleurs leur déconvenue face au fait que les conditions imposées rendent régulièrement cette mission difficile, évoquant par exemple les transferts de patients pour nécessité de service.

- P08 : « Ce qui est très important, là où c’est thérapeutique, c’est toute la reprise, l’élaboration psychique qu’il y a derrière, dans un second temps. »

- P01 : « *Quand on transfère le patient pour nécessité de service, on doit dire « au revoir » à toute la prise en charge, tout le travail d'alliance, tout ce qu'on a travaillé. Et on le revoit seulement des jours ou semaines plus tard. Ça c'est, je pense, l'une des plus grosses frustrations. »*

Le lien thérapeutique avec le patient était décrit comme évolutif. Bien que pouvant être altéré par la mise en chambre d'isolement, les infirmiers évoquaient une possible reconstruction au fil de la prise en charge, allant même régulièrement jusqu'à une forme de reconnaissance.

- P02 : « *Ça amène un rapport de force qui peut être vécu de façon assez négative par le patient [...], qui peut même être source d'une rupture dans l'alliance avec le patient, mais c'est vrai qu'en général on arrive à la reconstruire. »*
- P12 : « *Ça arrive qu'ils nous remercient d'avoir été là pour gérer cette crise. »*

Les participants considéraient d'ailleurs qu'il est essentiel d'accorder une importance particulière au moment spécifique de mise en chambre d'isolement, le patient étant dans une situation de fragilité en lien avec son état clinique critique. Ils soulignaient également que pour beaucoup de patients, il s'agissait de leur entrée en hospitalisation, parfois même de leur premier contact avec la psychiatrie, d'où l'importance d'attribuer des moyens adéquats afin de favoriser autant que possible un vécu acceptable pour le patient et par conséquent de faciliter les prises en charge ultérieures.

- P01 : « *Il y a beaucoup de choses qui se jouent [...] parce qu'à ce moment-là [...] il est en phase aiguë en général [...]. Il y a beaucoup de choses qui se jouent à ce moment-là de la prise en charge, surtout quand -en plus- c'est le premier contact [avec la psychiatrie]. »*

Sous-catégorie 2.c – La préservation de ce lien thérapeutique nécessite que les infirmiers disposent de suffisamment de temps auprès du patient, qu'ils aient la possibilité de personnaliser sa prise en charge et qu'ils maîtrisent des compétences spécifiques de communication.

Les infirmiers interrogés insistaient sur l'importance de disposer de temps afin de pouvoir se rendre disponible pour le patient et ainsi lui fournir toutes les explications dont il a besoin concernant le motif de recours à la chambre d'isolement, les modalités d'utilisation et de levée de celle-ci et plus généralement d'ouvrir la discussion au sujet de l'isolement et de la prise en charge. Le temps ainsi alloué était décrit comme permettant de préserver le lien précédemment établi ou bien de le construire ou reconstruire en donnant du sens aux décisions imposées au patient contre sa volonté.

- P07 : « Pouvoir faire durer un peu plus la relation, pouvoir accorder au patient ce moment d'échange avec un soignant [est important]. »
- P11 : « C'est quelque chose de précieux, quoi. [...] C'est vrai que ça conditionne quand même quelque chose, vraiment, franchement, cette notion de temps. »

Outre la nécessité de disposer d'un temps suffisant, les infirmiers évoquaient l'importance d'une personnalisation de la prise en charge : adaptation des règles à la situation singulière de chaque patient, juste adaptation des traitements symptomatiques en fonction de l'état clinique. Ils notaient toutefois que cette personnalisation des soins était rendue difficile par la rigidité du cadre légal et protocolaire et la crainte de se voir reprocher le moindre assouplissement de celui-ci.

- P09 : « Et le fait qu'on considère que ce soin en chambre d'isolement est bénéfique pour autant de situations différentes pour autant de personnes différentes, je pense que c'est questionnable. »
- P08 : « Le cadre il doit être adapté à chaque petite chose du quotidien. Pourquoi quand on a un patient en iso on se bat avec lui souvent pour le mettre en pyjama ? [...] S'il a un jogging et un t-shirt, pourquoi on ne pourrait pas le laisser comme ça ? »

La mise en œuvre de compétences spécifiques, acquises au gré de l'expérience ou des formations était également largement citée : adaptation de la posture du soignant (calme, douceur, réassurance), communication cohérente et adaptée à l'état de santé du patient, positionnement autant que possible de ce dernier comme acteur de sa prise en charge malgré le contexte de contrainte.

- P01 : « A ce moment-là, si on se montre beaucoup plus doux, plus calme, qu'on explique surtout les raisons de la mise en chambre d'isolement, il y a quand même de grandes chances que cela se passe bien. Mais à ce moment-là il faut avoir une certaine posture, il faut bien expliquer. »
- P02 : « En le mettant acteur de ses soins [...] ça pose les bonnes conditions, je pense. »

Catégorie 3 – Les infirmiers sont favorables à une diminution du recours à l'isolement, considérée comme envisageable à condition de disposer de plus de moyens humains et d'alternatives clairement identifiées, mais gardent des craintes liées à la gestion de la violence.

Sous-catégorie 3.a – Les infirmiers estiment que le recours à la chambre d'isolement (ou sa durée) pourrait être diminué.

Les infirmiers interrogés rapportaient que le recours à la chambre d'isolement pourrait être évité dans de nombreuses situations avec des solutions alternatives telles qu'un éloignement du groupe ou la réalisation d'une activité duelle avec un soignant.

Les infirmiers évoquaient également que dans de nombreuses situations où le recours à l'isolement paraît indispensable, la durée pourrait en être réduite mais la lourdeur administrative et organisationnelle d'une mise en chambre d'isolement freine médecins et équipes soignantes à lever précocement ces mesures. Ils préfèrent ainsi parfois maintenir un isolement en cours plutôt que de lever la mesure et prendre le risque de devoir la réinstaurer rapidement par la suite.

Plusieurs infirmiers ayant travaillé dans des unités ne disposant pas de chambre d'isolement – par exemple dans des contextes de travaux de rénovation – rapportaient leur expérience selon laquelle l'absence de recours à l'isolement était possible mais nécessitait un investissement tel de

l'équipe que cela entraînait un épuisement des soignants non viable à long terme dans les conditions habituelles d'exercice.

- P03 : « On était beaucoup plus dans l'observation, à détecter le moindre signe avant-coureur d'agitation : vraiment au plus proche des patients tout le temps. On avait décuplé, vraiment, notre temps de présence auprès des patients. C'était assez fatigant mais on était contents de voir que ça tenait. »

Certains infirmiers ajoutaient que des mesures d'isolement étaient parfois prises alors qu'elles auraient pu être évitées du fait d'un épuisement des soignants empêchant les équipes de mobiliser toutes leurs compétences.

Sous-catégorie 3.b – Afin de limiter le recours à l'isolement, les infirmiers identifient clairement des besoins : d'une part améliorer la qualité globale des soins par la majoration des effectifs soignants et l'utilisation plus judicieuse de leur temps, d'autre part définir clairement des alternatives à l'isolement.

D'après les infirmiers interrogés, une meilleure qualité des soins proposés aux patients permettrait la diminution du nombre et de l'intensité des situations de crise et contribuerait ainsi à limiter la nécessité de recourir à une chambre d'isolement. L'amélioration des soins ainsi évoquée concernait l'ensemble des maillons de la prise en charge psychiatrique, tant intra qu'extra-hospitalière :

- Préservation ou création de temps de partage entre soignants afin de développer une cohésion d'équipe, de favoriser les échanges cliniques, de permettre des moments de débriefing autour des situations difficiles
- Renforcement des équipes intra-hospitalières afin de pouvoir augmenter les temps d'interaction soignant/patient, la diversité des équipes (genre, âge, expériences), les opportunités de formation
- Majoration des activités proposées en intra-hospitalier (sport, ergothérapie, soins à médiation)
- Renforcement de l'extra-hospitalier afin d'y proposer des soins qualitativement et quantitativement suffisants et de limiter le nombre et la gravité des décompensations

L'ensemble de ces axes d'amélioration avait en commun la nécessité d'un renforcement des effectifs soignants, tant médicaux que paramédicaux. La problématique des moyens humains était prépondérante au cours des entretiens menés et les participants unanimes sur la nécessité de s'y intéresser dans une optique d'amélioration des pratiques au sens large.

- P03 : « C'est du personnel, qu'il faut. La chambre d'iso, elle vient palier à l'incapacité du personnel de rester H24 auprès de ce patient qui le nécessite. »
- P11 : « Plus les années passent et moins je trouve de cohérence aujourd'hui, beaucoup plus d'appauvrissement. [...] J'ai connu des services fermés où il y avait de la vie. [...] Il y avait une chronologie, une temporalité qui permettait à la personne de se sentir en vie et d'avoir cette notion du temps qui passe et d'une évolution. »

Toujours dans l'idée de majorer le temps soignant effectivement alloué aux patients, les participants s'accordaient également sur la nécessité de diminuer la lourdeur des tâches administratives.

- P03 : « On nous empêche, en plus, de faire autrement. Parce que pendant qu'on remplit des documents, eh bien on n'est pas avec les patients. Donc c'est un cercle vicieux. »

Outre la question des moyens humains, les participants soulevaient celle des alternatives possibles à l'isolement. Ils évoquaient ainsi l'existence d'initiatives personnelles voire parfois de projets d'équipe mais précisait que ceux-ci restaient à l'état d'ébauche du fait d'un manque de moyens matériels pour les mettre en œuvre. Ils regrettaient ainsi l'absence d'alternatives clairement identifiées et de directives pour les utiliser et s'étonnaient de cet état de fait compte-tenu de la demande croissante (légale, sociétale) de limiter le recours à l'isolement.

- P01 : « Ça va faire 1 an et demi qu'on parle de dédier certaines chambres à être des chambres d'apaisement [...]. On a tout le projet [...], ce qui pose problème c'est au-dessus : le CHU qui nous dit « Oui mais ça coûte des sous ». [...] Du coup on n'a rien. »

Il était par ailleurs notable que là encore une part importante de leurs interrogations était en lien avec la possibilité de mettre effectivement en place des alternatives sans moyens humains supplémentaires.

Sous-catégorie 3.c – Les infirmiers sont favorables à la diminution voire suppression de l'utilisation des chambres d'isolement mais des craintes et réserves subsistent au sujet de la gestion de la violence.

Les infirmiers interrogés disaient être motivés à diminuer le recours à l'isolement, et même – à condition de bénéficier de meilleures conditions de travail – à tendre vers une suppression complète des chambres d'isolement. Ils soulevaient le fait qu'une prise en charge en isolement est contraignante et chronophage pour les soignants et diminue d'autant leur temps dédié aux autres patients. Ils évoquaient également le sentiment positif d'avoir correctement réalisé leur travail lorsqu'une situation clinique difficile est apaisée sans recourir à l'isolement.

Deux craintes ressortaient toutefois : d'une part les infirmiers s'inquiétaient de la façon dont pourrait être géré un passage à l'acte violent en l'absence de chambre d'isolement disponible sur place ; d'autre part ils s'interrogeaient sur le parcours des patients pour lesquels le recours à une chambre d'isolement semble régulièrement inévitable au cours de leur prise en charge.

- *P06 : « C'est vraiment une nécessité [...] quand il y a de la violence, effectivement, pour protéger les autres patients, pour nous protéger nous. »*
- *P03 : « Pour certains patients, s'il n'y en a pas, on fait quoi ? On va envoyer à l'USI, qui va envoyer en UMD, et en UMD, ils font quoi ? Je me demande quel cheminement [ce sera] pour les patients pour lesquels il y a vraiment la nécessité d'être contenus physiquement. »*

4) Discussion

a) Forces et limites méthodologiques

Ce travail de recherche a été mené en respectant les critères de la liste de contrôle COREQ (Consolidated Criteria For Reporting Qualitative Research). En effet, toutes les informations utiles concernant l'équipe de recherche ont été présentées dans la partie Méthodes, de même que les modalités de conception de l'étude, pour laquelle nous nous sommes attachés à respecter point par point chacun des critères de la liste. L'analyse et la présentation des résultats ont été construits le plus rigoureusement possible selon ces mêmes critères.

Les quelques points de notre méthodologie qu'il nous paraît pertinent de discuter sont présentés ci-dessous.

i Recueil des données

Bien qu'une représentativité de la population source ne soit pas requise en recherche qualitative, notre échantillonnage semble avoir permis d'atteindre une variation satisfaisante des caractéristiques sociodémographiques des participants. Un biais de participation n'est toutefois pas à exclure compte-tenu de la participation volontaire des infirmiers recrutés : il est possible que ce mode de recrutement ait favorisé des participants particulièrement intéressés par la thématique abordée.

La coréalisation de chacun des entretiens de groupe focalisés (*focus groups*) par un deuxième investigateur plus expérimenté a permis de limiter l'impact du manque d'expérience de l'investigateur principal.

Les investigateurs se sont attachés à prendre en compte les indices non-verbaux, toutefois la réalisation d'entretiens en groupe a limité la possibilité de les retranscrire du fait de la difficulté à les relever en simultané. Les indices non-verbaux les plus marquants ont toutefois été pris en compte et appuyaient les propos tenus.

La saturation des données a été atteinte au vu de la cohérence et de la redondance des catégories émergentes.

ii Analyse

L'investigateur principal a suivi plusieurs formations afin d'augmenter son habileté dans la catégorisation et de limiter l'impact de son manque d'expérience sur l'analyse des données.

Une restitution des résultats auprès des participants est prévue afin d'augmenter la validité interne des résultats, celle-ci n'a toutefois pas pu être réalisée au jour de rédaction de ce document par contrainte de temps.

La cohérence des données obtenues avec la littérature augmente sa validité externe. La méthodologie qualitative utilisée ne permet cependant pas de généraliser les résultats.

b) Discussion des résultats

Cette étude qualitative a permis d'explorer le vécu et l'expérience des infirmiers autour de l'utilisation de la chambre d'isolement au sein de l'hôpital psychiatrique universitaire de Montpellier. Nous avons pu retenir trois catégories principales :

Catégorie 1 – Le vécu des infirmiers face à l'utilisation de l'isolement est difficile mais toléré si cette contrainte fait sens dans la prise en charge du patient. Ce vécu dépend de nombreux facteurs et influence les décisions.

Sous-catégorie 1.a – L'utilisation des chambres d'isolement est difficile pour les infirmiers. De nombreux facteurs, plus ou moins modifiables, influencent ce vécu qui impacte à son tour les prises de décision relatives aux pratiques d'isolement.

Sous-catégorie 1.b – Ce vécu est rendu plus acceptable lorsque les infirmiers sont en accord avec les décisions d'isolement et que le sens de celles-ci leur apparaît clairement.

Catégorie 2 – L'isolement n'ayant pas de fonction thérapeutique, l'enjeu majeur pour les infirmiers est de préserver leur rôle de soignant auprès du patient, ce qui n'est possible que dans un cadre adéquat.

Sous-catégorie 2.a – La chambre d'isolement n'est pas considérée comme ayant une vertu thérapeutique propre mais comme un outil imparfait de temporisation des situations à risque.

Sous-catégorie 2.b – L'enjeu majeur pour les infirmiers est de préserver ou construire un lien thérapeutique avec le patient afin d'apporter du soin malgré un contexte difficile.

Sous-catégorie 2.c – La préservation de ce lien thérapeutique nécessite que les infirmiers disposent de suffisamment de temps auprès du patient, qu'ils aient la possibilité de personnaliser sa prise en charge et qu'ils maîtrisent des compétences spécifiques de communication.

Catégorie 3 – Les infirmiers sont favorables à une diminution du recours à l'isolement, considérée comme envisageable à condition de disposer de plus de moyens humains et d'alternatives clairement identifiées, mais gardent des craintes liées à la gestion de la violence.

Sous-catégorie 3.a – Les infirmiers estiment que le recours à la chambre d'isolement (ou sa durée) pourrait être diminué.

Sous-catégorie 3.b – Afin de limiter le recours à l'isolement, les infirmiers identifient clairement des besoins : d'une part améliorer la qualité globale des soins par la majoration des effectifs soignants et l'utilisation plus judicieuse de leur temps, d'autre part définir clairement des alternatives à l'isolement.

Sous-catégorie 3.c – Les infirmiers sont favorables à la diminution voire suppression de l'utilisation des chambres d'isolement mais des craintes et réserves subsistent au sujet de la gestion de la violence.

Comme dans l'étude de Holmes de 2015, nous retrouvons l'importance accordée par les infirmiers à la protection du lien thérapeutique engagé avec le patient (22). Notre étude apporte des informations supplémentaires sur les moyens de protéger ou développer cette relation.

Il nous semble par ailleurs important de souligner la concordance notable de nos résultats avec ceux de la littérature concernant le vécu des patients. Une revue systématique de la littérature de 2014 rapportait en effet six axes d'amélioration cliniquement pertinents évoqués par les patients au sujet des pratiques coercitives : la majoration des interactions personnel/patient, la réalisation de débriefings et le partage d'information sur les causes d'utilisation des contraintes, l'amélioration de la formation et de l'entraînement des soignants pour prévenir activement leur utilisation, la possibilité de conserver ses propres vêtements en chambre d'isolement, la possibilité

d'y lire, l'amélioration du confort de la chambre d'isolement (29). Chacun de ces six points a été expressément cité au cours des entretiens réalisés dans notre étude. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés dans la revue de littérature de Hawsawi de 2020 au sujet de la contention (30).

La concordance de ces éléments nous paraît être un argument fort en faveur de leur pertinence et donc de leur prise en compte dans les décisions politiques, organisationnelles et managériales en psychiatrie.

Les recommandations de bonnes pratiques des différentes instances viennent également appuyer ce propos : l'ANAES souligne l'importance du confort des chambres d'isolement (surface minimale, insonorisation, température, présence de toilettes, d'une sonnette, d'une horloge et d'une fenêtre) ainsi que la nécessité de réaliser un entretien centré sur le vécu du patient à l'issue de la mesure (31). La HAS précise la possibilité pour le patient de garder ses vêtements et certains objets personnels lorsque la situation le permet ainsi que des éléments se rapportant au confort (respect de l'intimité, moyen d'orientation temporelle, dispositif d'appel, dispositif d'éclairage réglable par le patient), à la communication entre patient et soignants (proximité du bureau infirmier, débriefing avec le patient afin de l'aider à comprendre les événements, de le soutenir et de renforcer le lien avec lui) et aux alternatives à l'isolement (techniques de désescalade) (1). Les préconisations du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) comportent notamment la possibilité de garder des effets personnels, l'information au patient, un entretien de débriefing avec celui-ci à l'issue de la mesure, des conditions matérielles adaptées (21).

Au vu de l'ensemble de ces données, il semble essentiel de s'interroger sur les éléments freinant l'application de ces différents points. Notre étude apporte également des points de réponse à ces questionnements : le frein central sur lequel s'accordait l'ensemble des participants interrogés était le manque d'effectifs soignants dont ils décrivaient l'impact considérable sur l'ensemble des soins psychiatriques, en et hors isolement. Outre les effectifs soignants bruts, ils décrivaient un manque de temps du fait d'une majoration importante des tâches non cliniques ces dernières années, évoquant un véritable « cercle vicieux » de la charge administrative et pointant du doigt l'absurdité à leur sens des dernières lois – supposées protéger les patients mais dont la lourdeur d'application entraîne au contraire une diminution du temps leur étant effectivement dévolu et donc de la qualité des soins. Ainsi, les soignants considéraient que malgré une volonté de protection des patients vis-à-vis des privations de liberté, les dernières modifications de la loi avaient entraîné l'effet inverse, les empêchant de disposer du temps nécessaire pour mettre en place des alternatives efficaces.

Bien que notre étude ait été menée au sein d'un seul établissement psychiatrique, celui de Montpellier, la recrudescence d'actions (tribunes, grèves, grèves de la faim) menées dans toute la France par des soignants pour réclamer une augmentation des moyens humains en psychiatrie laisse supposer que cette problématique est plus étendue (27,32,33).

La rigidification de la loi et des protocoles hospitaliers évoquée ci-avant serait à l'origine d'un autre frein : la crainte de se voir reprocher (par les collègues ou l'encadrement) une décision dérogeant au cadre protocolaire habituel, voire celle des poursuites légales.

Une étude de grande ampleur menée durant 15 ans en Finlande (34) concluait que les modifications législatives ne peuvent, à elles seules, réduire le recours à l'isolement et à la contention. En revanche plusieurs études ont pu démontrer l'efficacité de l'usage des « 6 Stratégies Fondamentales » dans la réduction du recours à l'isolement et à la contention, principalement aux États-Unis mais également en Finlande (35,36).

Les six stratégies évoquées dans ces études recourent les points évoqués ci-avant, auxquels elles ajoutent la nécessité d'une équipe managériale (incluant le directeur d'établissement, les médecins chefs de service et les cadres de santé) orientée vers le changement et fortement impliquée dans celui-ci. Il nous semblerait très intéressant de mener des études complémentaires auprès de ces populations afin de mieux comprendre leur vécu et expérience. Nous pensons que la mise en commun de ces données avec celles de notre étude pourrait permettre d'identifier des axes d'amélioration des pratiques bénéfiques tant pour les soignants que les patients et acceptables d'un point de vue organisationnel et pragmatique.

5) Conclusion

Notre étude permet de mieux comprendre le vécu et l'expérience des infirmiers, acteurs essentiels du soin psychiatrique et de l'utilisation des chambres d'isolement. Elle met en avant leur vécu difficile face à cette mesure de contrainte qu'ils considèrent comme une solution de dernier recours, sans vertu thérapeutique. Malgré les difficultés rencontrées, le bien-être du patient et la qualité des soins restaient pourtant au centre de leurs préoccupations, bien avant leur propre sécurité et confort. L'enjeu central pour eux est ainsi de maintenir ou construire le lien thérapeutique avec le patient au cours de sa prise en charge en isolement. Ils se disent par ailleurs favorables à une diminution voire disparition du recours à celui-ci, ce qu'ils pensent possible à condition de disposer de plus de moyens humains et d'alternatives mieux identifiées. Cet engagement nous semble porteur d'espoir et invite à poursuivre la réflexion menée dans cette étude par d'autres explorations dans l'optique de contribuer à l'amélioration des soins en psychiatrie.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé (HAS). Isolement et contention en psychiatrie générale - Méthode Recommandations pour la pratique clinique. 2017.
2. Korkeila H, Koivisto A-M, Paavilainen E, Kylmä J. Psychiatric Nurses' Emotional and Ethical Experiences Regarding Seclusion and Restraint. *Issues Ment Health Nurs.* juill 2016;37(7):464-75.
3. Goulet M-H, Larue C. A Case Study: Seclusion and Restraint in Psychiatric Care. *Clin Nurs Res.* sept 2018;27(7):853-70.
4. Larsen IB, Terkelsen TB. Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nurs Ethics.* juin 2014;21(4):426-36.
5. Doedens P, Vermeulen J, Boyette L-L, Latour C, de Haan L. Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services-A systematic review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* août 2020;27(4):446-59.
6. Van Der Merwe M, Muir-Cochrane E, Jones J, Tziggili M, Bowers L. Improving seclusion practice: implications of a review of staff and patient views. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* avr 2013;20(3):203-15.
7. Bonner G, Lowe T, Rawcliffe D, Wellman N. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* août 2002;9(4):465-73.
8. Gelkopf M, Roffe Z, Behrbalk P, Melamed Y, Werbloff N, Bleich A. Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues Ment Health Nurs.* déc 2009;30(12):758-63.
9. Marangos-Frost S, Wells D. Psychiatric nurses' thoughts and feelings about restraint use: a decision dilemma. *J Adv Nurs.* févr 2000;31(2):362-9.
10. Wynn R. Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nord J Psychiatry.* 2003;57(6):453-9.
11. Wilson C, Rouse L, Rae S, Kar Ray M. Is restraint a « necessary evil » in mental health

care? Mental health inpatients' and staff members' experience of physical restraint. *Int J Ment Health Nurs.* oct 2017;26(5):500-12.

12. Fereidooni Moghadam M, Fallahi Khoshknab M, Pazargadi M. Psychiatric Nurses' Perceptions about Physical Restraint; A Qualitative Study. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* janv 2014;2(1):20-30.

13. Gerace A, Muir-Cochrane E. Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey. *Int J Ment Health Nurs.* févr 2019;28(1):209-25.

14. Happell B, Dares G, Russell A, Cokell S, Platania-Phung C, Gaskin CJ. The relationships between attitudes toward seclusion and levels of burnout, staff satisfaction, and therapeutic optimism in a district health service. *Issues Ment Health Nurs.* mai 2012;33(5):329-36.

15. Happell B, Harrow A. Nurses' attitudes to the use of seclusion: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing.* 2010;19(3):162-8.

16. Khalil AI, Al Ghamdi MAM, Al Malki S. Nurses' knowledge, attitudes, and practices toward physical restraint and seclusion in an inpatients' psychiatric ward. *International Journal of Culture and Mental Health.* 2 oct 2017;10(4):447-67.

17. Bigwood S, Crowe M. 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing.* 2008;17(3):215-22.

18. Askew L, Fisher P, Beazley P. Being in a Seclusion Room: The Forensic Psychiatric Inpatients' Perspective. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* juin 2020;27(3):272-80.

19. Ling S, Cleverley K, Perivolaris A. Understanding Mental Health Service User Experiences of Restraint Through Debriefing: A Qualitative Analysis. *Can J Psychiatry.* sept 2015;60(9):386-92.

20. Alice Kuhn. Chambres d'isolement en psychiatrie : vécu des patients et modalités de mise en oeuvre [Internet]. 2018 [cité 9 oct 2021]. Disponible sur: <http://theses.unistra.fr/ori-oai-search/notice.html?id=uds-ori-71208&printable=true>

21. Contrôleur général des lieux de privation de liberté, éditeur. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Paris: Dalloz; 2016.

22. Holmes D, Murray SJ, Knack N. Experiencing Seclusion in a Forensic Psychiatric Setting:

A Phenomenological Study. *Journal of Forensic Nursing*. oct 2015;11(4):200-13.

23. Raveesh BN, Pathare S, Noorthoorn EO, Gowda GS, Lepping P, Bunders-Aelen JGF. Staff and caregiver attitude to coercion in India. *Indian J Psychiatry*. déc 2016;58(Suppl 2):S221-9.

24. Krieger E, Moritz S, Lincoln TM, Fischer R, Nagel M. Coercion in psychiatry: A cross-sectional study on staff views and emotions. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. avr 2021;28(2):149-62.

25. Al-Maraira OA, Hayajneh FA, Shehadeh JH. Psychiatric staff attitudes toward coercive measures: An experimental design. *Perspect Psychiatr Care*. oct 2019;55(4):734-42.

26. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. Staff attitudes and thoughts about the use of coercion in acute psychiatric wards. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. sept 2011;46(9):893-901.

27. Tribune. Tribune : Isolement et contention, « la honte de la psychiatrie » [Internet]. leparisien.fr. 2021 [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.leparisien.fr/societe/sante/abus-en-psychiatrie-le-cri-dalarme-des-medecins-25-09-2021-EQRFMTWQOVEC3KW5JESRDCJMZI.php>

28. Véran O. Discours d'Olivier Véran - Assises de la santé mentale et de la psychiatrie [Internet]. 2021 [cité 6 oct 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-olivier-veran-assises-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie>

29. Soinen P, Putkonen H, Joffe G, Korkeila J, Välimäki M. Methodological and ethical challenges in studying patients' perceptions of coercion: a systematic mixed studies review. *BMC Psychiatry*. 4 juin 2014;14:162.

30. Hawsawi T, Power T, Zugai J, Jackson D. Nurses' and consumers' shared experiences of seclusion and restraint: A qualitative literature review. *Int J Mental Health Nurs*. oct 2020;29(5):831-45.

31. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). *Acta Endosc*. avr 1998;28(2):151-5.

32. Favereau E. Grève de la faim à l'hôpital psychiatrique du Rouvray : les leçons de la sortie de crise [Internet]. Libération. [cité 28 oct 2021]. Disponible sur: <https://www.liberation.fr/france/2018/06/11/greve-de-la-faim-a-l-hopital-psychiatrique-du->

rouvray-les-lecons-de-la-sortie-de-crise_1658160/

33. Triolier. « La situation n'a pas changé, elle est même pire » : nouvelle grève à l'hôpital psychiatrique du Rouvray. Le Monde.fr [Internet]. 18 sept 2019 [cité 28 oct 2021]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/09/18/psychiatrie-le-personnel-de-l-hopital-du-rouvray-de-nouveau-en-greve_5511665_3224.html
34. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A-M, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R. A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* sept 2007;42(9):747-52.
35. LeBel JL, Duxbury JA, Putkonen A, Sprague T, Rae C, Sharpe J. Multinational Experiences in Reducing and Preventing the Use of Restraint and Seclusion. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv.* nov 2014;52(11):22-9.
36. Wieman DA, Camacho-Gonsalves T, Huckshorn KA, Leff S. Multisite Study of an Evidence-Based Practice to Reduce Seclusion and Restraint in Psychiatric Inpatient Facilities. *PS.* mars 2014;65(3):345-51.

Annexe

Tableau 1 : guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN – version finale
<p><u>Question 1</u> Quelle expérience avez-vous de la prise en charge des patients hospitalisés en soins sans consentement ?</p>
<p><u>Question 2</u> Il peut arriver que des patients hospitalisés en soins sans consentement effectuent un séjour en chambre d'isolement au cours de leur hospitalisation. Quelles sont pour vous les situations qui relèvent de l'utilisation d'une chambre d'isolement ?</p> <p><u>Relance a</u> Dans quelles situations la chambre d'isolement vous paraît-elle indispensable ?</p> <p><u>Relance b</u> Dans quelles situations la chambre d'isolement vous semble évitable ? Que mettez-vous en place pour éviter d'y recourir ?</p> <p><u>Relance c</u> Comment vivez-vous les discussions au sein de l'équipe et avec l'équipe médicale lors du processus de décision d'une mise en chambre d'isolement ?</p>
<p><u>Question 3</u> Comment vivez-vous la prise en charge d'un patient en chambre d'isolement ?</p> <p><u>Relance a</u> Selon vous, en quoi la prise en charge en chambre d'isolement influe-t-elle sur l'état de santé du patient, sur votre relation avec lui, sur son vécu des soins ?</p> <p><u>Relance b</u> Qu'est-ce qui peut avoir une influence sur votre vécu de la prise en charge d'un patient en chambre d'isolement ?</p> <p><u>Relance c</u> Le projet de nouvelle loi encadre davantage le recours à la chambre d'isolement. Qu'en pensez-vous ?</p>
<p><u>Question 4</u> Qu'est-ce qui vous permet d'envisager la fin d'une mesure d'isolement ?</p>

Question 5

Rappelez-vous d'une situation de mise en chambre d'isolement qui s'est passée comme vous le souhaitiez.

Rappelez-vous d'une situation de mise en chambre d'isolement qui a été éprouvante pour vous.

Question 6

Si vous deviez résumer votre expérience de l'utilisation de la chambre d'isolement, que diriez-vous ?

Question 7

Certains hôpitaux n'ont pas de secteur fermé, d'autres n'ont pas de chambre d'isolement. Et si c'était le cas ?

Tableau 2 : caractéristiques sociodémographiques des participants

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES		
	Nombre	(%)
Genre		
Féminin	15	(65)
Masculin	8	(35)
Âge [25-57 ; moyenne 37] (en années)		
20-29	5	(22)
30-39	11	(48)
> 40	7	(30)
CARACTERISTIQUES PROFESSIONNELLES		
	Nombre	(%)
Type de poste actuel		
Unité de psychiatrie générale	12	(52)
Unité d'accueil et d'orientation	2	(9)
Unité de soins intensifs psychiatriques	3	(13)
Équipe de réhabilitation	3	(13)
Équipe mobile de soutien	2	(9)
Autre	1	(4)
Lieu de formation initiale		
Montpellier	9	(39)
Autre	12	(52)
Non communiqué	2	(9)
Expérience en psychiatrie dans un service disposant d'une chambre d'isolement [1-24 ; moyenne 7] (en années)		
0-5	12	(52)
6-10	6	(26)
11-15	4	(17)
> 15	1	(4)
Formation complémentaire (hors formation initiale) en lien avec la gestion de l'agressivité et/ou les pratiques d'isolement et de contention		
Oui	13	(57)
Non	10	(43)

Tableau 3 : citations par catégories

<p>Catégorie 1 – Le vécu des infirmiers face à l'utilisation de l'isolement est difficile mais toléré si cette contrainte fait sens dans la prise en charge du patient. Ce vécu dépend de nombreux facteurs et influence les décisions.</p>
<p>Sous-catégorie 1.a – L'utilisation de chambres d'isolement est difficile pour les infirmiers. De nombreux facteurs, plus ou moins modifiables, influencent ce vécu qui impacte à son tour les prises de décision relatives aux pratiques d'isolement.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - P06 : « Dernièrement on a eu un patient Alzheimer, et je peux vous dire que pour moi c'était affreux. » - P15 : « D'un point de vue personnel, toutes les mises en chambre d'isolement, même si elles sont motivées, pour moi elles sont toutes... Je le fais professionnellement mais je ne peux pas m'empêcher de me mettre à leur place... »
<p>Sous-catégorie 1.b – Ce vécu est rendu plus acceptable lorsque les infirmiers sont en accord avec les décisions d'isolement et que le sens de celles-ci leur apparaît clairement.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - P13 : « De mettre une autiste en chambre d'isolement, c'est compliqué. Parce que du coup on ne comprend pas trop l'intérêt. » - P02 : « C'est vrai que c'est difficile pour les soignants d'y mettre du sens, parce qu'on a l'impression de faire du colmatage. » - P13 : « C'est compliqué de le prendre en charge, quand même, en tant que soignant. C'est pas évident. [...] Ça ne correspondait pas à ce qui, pour moi [était une indication juste d'isolement]. [...] On n'avait pas le choix, personne n'avait le choix, c'était comme ça. C'était compliqué. Éthiquement, c'était compliqué. »
<p>Catégorie 2 – L'isolement n'ayant pas de fonction thérapeutique, l'enjeu majeur pour les infirmiers est de préserver leur rôle de soignant auprès du patient, ce qui n'est possible que dans un cadre adéquat.</p>
<p>Sous-catégorie 2.a – La chambre d'isolement n'est pas considérée comme ayant une vertu thérapeutique propre mais comme un outil imparfait de temporisation des situations à risque.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - P15 : « On attend que les traitements fassent un peu effet. »
<p>Sous-catégorie 2.b – L'enjeu majeur pour les infirmiers est de préserver ou construire un lien thérapeutique avec le patient afin d'apporter du soin malgré un contexte difficile.</p>

- P13 : « Au départ c'était impressionnant, je ne comprenais pas en fait. Quand on vient de l'extérieur on a certaines images en tête, comme les camisoles, des choses comme ça. Et du coup c'est pas du tout ça, en fait. Il y a quand même vraiment un travail thérapeutique avec le patient, l'équipe, le médecin. Et du coup c'est pas anodin, comme soin. »
- P08 : « On va revenir dessus, étayer tout ça. Là, c'est thérapeutique. »
- P12 : « Le fait qu'on s'échange les patients en chambre d'isolement, qu'on leur fasse faire des transferts, des changements de règles, des changements de médecins, des changements de soignants, des transferts en brancard à droite à gauche... eh bien moi ça m'a choquée. Dans le sens où : il est où, le soin, du coup ? Il est où le soin ? »
- P13 : « Moi j'ai souvenir d'une patiente avec qui le lien thérapeutique était très compliqué à mettre en place. [...]. À un moment donné elle a décompensé donc elle est allée en chambre d'apaisement [...], et en fait ça nous a permis de travailler avec elle le lien thérapeutique. »

Sous-catégorie 2.c – La préservation de ce lien thérapeutique nécessite que les infirmiers disposent de suffisamment de temps auprès du patient, qu'ils aient la possibilité de personnaliser sa prise en charge et qu'ils maîtrisent des compétences spécifiques de communication.

- P08 : « Moi j'ai l'impression que le cadre de soin [...] est rigide à souhait [...], c'est presque un livre sain et il n'est pas du tout réinterrogé. »
- P18 : « Arriver à sortir de ce protocole pour faire quelque chose d'inattendu, c'est très compliqué. »
- P08 : « Parfois, un patient demande un livre en chambre d'isolement. Il n'était pas suicidaire, son problème c'était qu'il ne dormait pas, il avait du mal à se poser et disait que le livre [l'y aidait]. Ça n'a pas été possible. [...] Voilà, des petits trucs. Après il faut aussi être souple, s'adapter. »
- P18 : « Le docteur a accepté exceptionnellement un appel à sa mère. Alors qu'il était en chambre d'isolement, en strict, avec des oppositions majeures – il fallait entrer en très grand nombre, c'était très compliqué –

eh bien mine de rien ça a eu un effet très impressionnant : le patient dans les jours qui ont suivi... sa tension a extrêmement baissé. »

- *P01 : « La communication est très importante à ce moment-là car il va être persécuté, très interprétatif [...] donc il va falloir faire preuve, justement, de beaucoup de patience. »*
- *P15 : « Comment agir avec quelqu'un, comment être face à une personne qui ne va pas bien [...], qui crie ou qui va avoir des gestes menaçants, comment réagir par rapport à ça. Et ça j'ai l'impression que ça n'existe plus dans les cours, dans les IFSI. »*
- *P01 : « Il faut être le plus calme possible [...], il faut amener beaucoup d'informations tout en ayant une posture vraiment... contenante, rassurante. »*

Catégorie 3 – Les infirmiers sont favorables à une diminution du recours à l'isolement, considérée comme envisageable à condition de disposer de plus de moyens humains et d'alternatives clairement identifiées, mais gardent des craintes liées à la gestion de la violence.

Sous-catégorie 3.a – Les infirmiers estiment que le recours à la chambre d'isolement (ou sa durée) pourrait être diminué.

- *P19 : « On n'avait pas de chambre d'iso dans le service, et le chef de service [y] était un peu opposé. Donc on avait des prises en charge assez coton, qui pour nous auraient parfois nécessité une chambre d'isolement [...], donc on a eu des week-ends compliqués... mais au final... au final, ça s'est fait. »*
- *P23 : « On avait une chambre d'isolement qu'on n'utilisait jamais, quasiment jamais. Et quand on a déménagé, nous n'avions plus de chambre d'isolement. Ce qui ne nous a pas posé problème. »*
- *P20 : « On l'utilisait parfois en y mettant un patient qu'une heure ou deux [...]. Et ça, ça se fait de moins en moins, ce qui est dommage parce que parfois le patient il a besoin d'être isolé juste une heure. »*
- *P15 : « Moi je pense qu'on pourrait l'éviter, mais on n'en a pas les moyens. »*

Sous-catégorie 3.b – Afin de limiter le recours à l'isolement, les infirmiers identifient clairement des besoins : d'une part améliorer la qualité globale des soins par la majoration des effectifs soignants et l'utilisation plus judicieuse de leur temps, d'autre part définir clairement des alternatives à l'isolement.

- P06 : « On évalue beaucoup, même -surtout- à la pause, je dirais, car c'est le seul moment où on peut avoir un peu de recul. Et trouver un moment où mettre [nos observations] en commun, c'est important. »
- P02 : « Je pense qu'il se passe énormément de choses en amont des hospitalisations, qui fait que si on avait des prises en charge un peu plus qualitative sur l'extra-hospitalier, ça éviterait peut-être des décompensations et d'arriver à des cas de souffrance si extrême que cela nécessite la chambre d'isolement. »
- P11 : « Moi je jouerais sur un seul facteur, c'est l'effectif. »
- P05 : « On veut plus de moyens ! [acquiescement général et rires] »
- P01 : « J'ai bien aimé la conclusion de X., qui disait « au premier confinement, on a eu beaucoup de soignants qui sont arrivés, il n'y avait plus d'iso. » Il fallait juste arrêter là-dessus ! »
- P19 : « On avait dû gérer des situations parfois difficiles. Et malgré tout, c'était géré, sans plus de passage à l'acte... mais avec, bah oui, plus de présence, peut-être. »
- P21 : « On nous rajoute encore des contraintes [administratives], je trouve, qui ne nous permettent pas de développer cette alliance qu'on pourrait avoir avec le patient et [qui permettrait] d'éviter de recourir aux chambres d'isolement. »
- P13 : [La majoration de la charge administrative] va mettre plus de pression, je trouve, sur le personnel. Et la qualité des soins va s'en faire ressentir auprès des patients, du coup. »
- P14 : « Ouais, c'est du temps qu'on passe en moins avec les patients. Parce qu'on le voit : quand je suis d'après-midi souvent jusqu'au goûter on est obnubilés par les papiers. [...] Et franchement, il y a des fois où on

leur dit à chaque fois... on les envoie un peu bouler, on dit « ben nan j'ai d'autres choses à faire ». »

- *P15 : « Peut-être que si on faisait moins de paperasse on pourrait être plus présents auprès des gens. »*

Sous-catégorie 3.c – Les infirmiers sont favorables à la diminution voire suppression de l'utilisation des chambres d'isolement mais des craintes et réserves subsistent au sujet de la gestion de la violence.

- *Investigateur : « Il y a des hôpitaux en France qui n'ont pas de secteur fermé, qui fonctionnent sans, et d'autres qui n'ont pas du tout de chambre d'isolement. Et si c'était le cas ? » P15 : « Bah tant mieux (rires de tout le groupe). Je suis pour les essais. »*
- *P14 : « Et les alternatives qu'il y a à l'isolement, du coup. Parce que vraiment... Enfin il y a certains cas, pour certains patients, je ne vois pas ce qu'on pourrait avoir d'autre que les chambres d'isolement. »*
- *P13 : « C'est quand même assez intéressant de voir une autre façon de faire, peut-être aussi de changer notre mode de fonctionnement. Parfois ça fait peur le changement, mais parfois ça a du mieux, donc voilà. Après ça veut dire : dans quelles conditions, quelles formations, quels moyens... voilà. »*
- *P12 : « Moi aussi j'aimerais voir d'autres alternatives, d'autres méthodes, d'autres façons de travailler. Mais que ce soit organisé, encadré, formé. Qu'on soit pas du jour au lendemain sans chambre d'isolement. »*

SERMENT

- En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

- Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

- Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

- Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

- Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.