

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
FES



VECU DES MALADES MENTAUX
AU SEIN DE LA CHAMBRE D'ISOLEMENT
(A propos de 120 cas)

MEMOIRE PRESENTE PAR :

Docteur TLIJI ASMAE

Née le 07 Mai 1978 à Fès

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE
OPTION : PSYCHIATRIE

Sous la direction de :
Professeur AARAB CHADYA

Mai 2014

PLAN :

Partie théorique.....	2
I. Introduction	3
II. Aperçu historique.....	5
III. Aperçu juridique international	9
IV. Cadre réglementaire :.....	11
1. Le droit à la sureté.....	11
2. Différents textes en vigueur.....	13
V. Modalités pratiques d'isolement.....	18
VI. Indications et contre indications de l'isolement	31
Notre étude.....	34
I. Introduction	35
II. Méthodologie	35
III. Résultats	37
IV. Discussion.....	56
1. Prévalence de l'isolement dans les hôpitaux psychiatriques ..	56
2. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques	56
3. Perception de l'isolement par les malades.....	57
V. Conclusion.....	58
RESUME	59
Bibliographie.....	63

PARTIE THEORIQUE

I- Introduction :

La chambre d'isolement (CI) fait partie des interventions coercitives dans les hôpitaux psychiatriques. Elle est utilisée de manière régulière lorsque les patients en crise aiguë perdent le contrôle sur eux, deviennent agités et agressifs envers l'entourage, tout cela étant signe d'une exacerbation des symptômes liés aux troubles psychiatriques. Dans ce cas, la CI a pour but de structurer et de reconstruire l'équilibre psychique du patient. La CI est une mesure de contrainte et, par définition, représente, une atteinte à la liberté individuelle des patients. De ce fait, elle est sujette à des débats juridiques, politiques, éthiques, cliniques qui incluent les proches des personnes pour lesquelles ces mesures ont été utilisées.

Le conflit sur les effets de l'isolement est bien présent entre les logiques des patients et celles des soignants. Pour les soignants, cette mesure a des effets thérapeutiques positifs ; au contraire, les patients témoignent de leur vécu souvent traumatisant de la CI. Pour cette raison, il est recommandé d'en mesurer l'impact psychologique pour le patient dans le but de prévenir d'éventuels traumatismes [25].

Il s'avère que l'isolement ne peut pas être supprimé dans l'état actuel des connaissances [24]. Son utilisation est souvent justifiée comme étant une stratégie importante pour la gestion d'une violence ou agression en vue d'assurer la sécurité des patients et des soignants. Par conséquent, l'isolement continue à faire partie des pratiques cliniques en psychiatrie. De ce fait, un dialogue entre les patients et les soignants doit être instauré afin d'essayer de trouver d'autres alternatives et de questionner la qualité de la prise en charge d'un patient en CI. Dans cette perspective, il est suggéré d'intégrer le vécu et les suggestions des patients qui ont été en isolement afin de rechercher des améliorations Une meilleure connaissance de la perception des patients pourrait aussi apporter un éclairage au personnel

soignant sur les éventuelles conséquences négatives de l'isolement sur la réussite du processus thérapeutique, et par conséquent sur la santé des patients à long terme. Parallèlement, il semble important de s'intéresser au point de vue des soignants sur les effets de cette mesure. Les équipes soignantes sont les plus exposées à des prises en charges des patients en CI. Leur point de vue pourrait contribuer au travail thérapeutique entre les membres de l'équipe et le patient concerné par cette mesure.

Notre étude clinique confirme l'utilisation fréquente de l'isolement dans des services de psychiatrie pour adultes. Il apparaît également que la pratique de l'isolement est peu homogène : il existe une grande variation dans l'application de ces mesures entre les divers hôpitaux et entre les diverses unités au sein du même hôpital. L'intérêt de notre étude reste d'évaluer le vécu des patients atteints de maladies mentales vis-à-vis de la chambre d'isolement afin d'améliorer la prise en charge de ses malades en prenant en considération la dimension de leur vécu.

II- Aperçu historique :

L'utilisation de l'isolement et de la contention mécanique comme moyen de maîtrise des malades mentaux agités et violents existe depuis l'origine du traitement des maladies mentales. La souffrance psychique inquiète à ce point que, de tout temps, l'une des réponses a été l'enfermement. La pratique a été légitimée... par les praticiens, alors que le droit restait très en recul.

Ø L'héritage de l'Antiquité :

Dès l'Antiquité, des écrits font allusion à la nécessité « *d'exercer un contrôle sur les personnes agitées [2]* ». Ainsi, Célius Aurélien, recommande-t-il de faire usage des liens si les maniaques sont agités, « *mais sans leur faire de mal, en protégeant leurs membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage*

sur eux après[3] ». Célius Aurélien reprenait, ainsi, les idées de son maître Soranos d'Ephèse [4]. Soranos, surtout connu pour son traité de gynécologie et d'obstétrique, s'opposait à Celse qui estimait qu'un traitement brutal avait pour effet de faire sortir, par la peur, le malade de sa maladie. Soranos, lui, recommandait de parler avec le malade de ses préoccupations ou de tout autre sujet susceptible de l'intéresser [5]. Cet antagonisme entre Soranos et Celse, entre contrainte et douceur, entre soin et contention, a perduré, d'une façon ou d'une autre à travers les siècles. Si Soranos considère la contention, l'isolement comme un mal nécessaire, Celse estime lui, que cette contrainte est thérapeutique. Cette opposition ne repose pas simplement sur une divergence d'ordre thérapeutique, elle s'étaie sur deux conceptions différentes du malade mental.

Ø Le Moyen-Âge :

Si, au Moyen-Âge, le malade mental est le plus souvent « soigné » à domicile, il est en général nécessaire d'attacher le fou furieux. Le recours aux moyens de contention semble alors traduire la solitude des proches qui veillent à protéger le

fou de lui-même tout en préservant la sécurité de chacun. Les moyens de contention permettent alors non pas d'isoler mais de maintenir le fou dans sa famille ou dans la communauté. Le fou errant, sans communauté, sans famille est le plus souvent isolé, à la lisière des villes, dans les « tours aux fous ».

Ø La Renaissance :

Le début de la Renaissance [6] est marqué par une terrible tragédie, dont seront victimes d'authentiques malades mentaux, ainsi qu'un nombre beaucoup plus élevé de personnes non malades, la « psychose collective » de sorcellerie, qui connaîtra son apogée au XVIe et XVIIe siècles. Le guide des inquisiteurs, le *Malleus Maleficarum*, utilisé à partir de 1486, affirme l'identité commune de la sorcellerie, de l'hérésie et de la folie. Un édit royal de 1682 met fin aux poursuites pour faits de sorcellerie. La sorcellerie est, dès lors, ravalée au rang des superstitions, et le concept de possession diabolique laisse place dans le monde lettré, en particulier médical, à celui d'idée – délirante – d'être possédé. Il en ira différemment lorsque, avec le « Grand Enfermement », il s'agira d'enfermer les errants, les déviants de toutes sortes, dont les fous. Isolement et contention seront alors utilisés non plus pour maintenir à domicile mais pour assigner une place, pour emprisonner, pour exclure.

Ø Depuis la fin du XVIIIe siècle :

L'isolement représente, parmi les mesures de contraintes, un phénomène important dans l'évolution de la psychiatrie. Les premiers principes de base de la contention et de l'isolement comme des mesures non punitives, ont été décrites par le médecin français, Philippe Pinel. Avec son surveillant Jean-Baptiste Pussin, il a projeté de l'abolir des chaînes qui prévalaient alors pour contenir les manifestations agressives.

En mai 1795, Pinel a été nommé à la Salpêtrière pour effectuer le classement des malades, séparant les agités et les calmes. Dans son "Traité médico-psychologique de l'aliénation mentale", il a introduit le traitement moral en postulant que le patient malade ne manifeste pas constamment sa folie. Cela signifie qu'il y a chez lui une partie raisonnable à laquelle le médecin peut avoir accès. Pinel est demeuré un partisan de la libération tout au long du XIXe siècle, ce qui se manifeste dans ses conceptions thérapeutiques dans des asiles. Grâce à lui, l'insensé est devenu une personne avec des droits. Cette approche a été officialisée par la proclamation de la République et de ses valeurs, qui a abouti à la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen [7].

En psychiatrie, la problématique de l'isolement est apparue avec le mouvement de reconnaissance des droits des patients soutenu par des associations de patients et des proches. Depuis les dernières décennies, l'éloignement du modèle paternaliste est bien marqué et il y a une tendance à le remplacer par un modèle qui privilégie l'autonomie et l'autodétermination de la personne [8]. Il est important de souligner que, dès lors, de nombreux pays cherchent constamment des alternatives pour diminuer les mesures de contraintes en psychiatrie ; ces pays adaptent leurs législations en se basant sur les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé qui a publié en 2005 un ouvrage de référence portant sur les Droits de l'homme et la législation sur la santé mentale (Funk, 2005) référence ?. Dans ce contexte, beaucoup de pays occidentaux ont vu fleurir des initiatives et des législations visant à réduire des mesures de contraintes sans pour autant trouver d'autres alternatives [9]. Typiquement, en Suisse, dans le canton de Vaud, la Loi sur la Santé Publique (LSP, 1985) interdit toute mesure de contrainte. Notons que les mesures de contrainte ou de contention couvrent un domaine relativement large. On peut distinguer différents types de mesures de contrainte : la contention mécanique (attaches), l'isolement dans une chambre qu'on appelle la CI, la contention médicamenteuse et le traitement forcé [10].

Ø Le XIXe siècle, ou le triomphe de l'aliénisme :

Dès le début du siècle, la médicalisation de la prise en charge et du traitement des fous, conduit par l'aliéniste, s'étend et se généralise. Mais, c'est la notion de dangerosité qui a créé la psychiatrie. En 1810, si l'article 64 du code pénal pose le principe de l'irresponsabilité du criminel en état de démence au moment de l'acte, l'article 341 punit, lui, la séquestration. Il faudra ensuite attendre 28 ans avant que l'on sache quoi faire des anormaux et des déséquilibrés, de telle sorte qu'entre l'abrogation des lettres de cachet en 1790 et la loi de 1838, il y a une espèce de *vacuum juris* : les patients sont privés de liberté individuelle au prétexte des soins, mais sans aucune espèce de base juridique.

La promulgation de la loi du 30 juin 1838 [11] est le résultat de l'évolution des idées déjà perceptibles au cours du XVIIIe siècle. C'est le premier texte d'assistance aux malades mentaux, de sûreté générale et spécifique.

En 1888, Évariste Marandon de Montyel, médecin chef à Ville-Evrard dit que « *c'est l'isolement imposé aux malades qui, les privant de toute stimulation venant de l'extérieur, et les cantonnant dans une existence carcérale morne et sans événement aboutit à la chronicisation* »[12]. Il défend comme le fera plus tard Édouard Toulouse l'ouverture des hôpitaux et parle « d'asile village ».

En 1897, Édouard Toulouse écrit que « *l'expérience faite pendant un grand nombre d'années a démontré que le séjour permanent dans une cellule loin d'être efficace pour amener l'apaisement de l'agitation chez l'aliéné, a, au contraire pour effet d'augmenter et d'entretenir l'agitation*[13]».

Cela se concrétisera et prendra forme en 1921 avec la création des services ouverts, dont Édouard Toulouse sera l'un des principaux organisateurs. Services où les malades sont hospitalisés hors loi de 1838. Mais les cellules n'en sont pas pour autant supprimées[12].

III- Aperçu juridique international:[1]

En Allemagne, l'attachement des patients est réglementé par la loi concernant les malades mentaux du 20 mars 1985. Le paragraphe 29 considère les mesures dites de « sécurité particulière » : elles ne sont à mettre en pratique que s'il existe dans l'immédiat un risque considérable que le patient placé se tue ou se blesse sérieusement, ou qu'il quitte sans autorisation l'établissement de soins, et que si ce risque ne peut être réduit d'une autre manière. Ces mesures de sécurité sont la réduction de la liberté de déplacement, la confiscation d'objets, la séparation dans une chambre spéciale, l'attachement. Chacune de ces mesures de sécurité doit être immédiatement levée dès que les conditions de sa mise en vigueur ont disparu. La mise en place d'une telle mesure, ainsi que sa levée doivent être documentées. L'avocat du patient doit être prévenu sans délai. Ce sont des mesures de sécurité particulière nécessaires et non des mesures thérapeutiques.

En Grande-Bretagne, l'isolement défini comme « l'isolement d'un malade sous surveillance dans une chambre qui peut être fermée à clé pour protéger les autres du danger » est un moyen de traitement médical prévu par l'acte de Santé mentale de 1983. Il doit être employé le moins possible et pour une durée aussi brève que possible. L'utilisation de ces chambres doit être conforme aux directives du Code des pratiques contenu dans le manuel de l'isolement du département ministériel de la Santé. L'usage de ces chambres et les dossiers des patients dont les soins ont nécessité l'isolement sont contrôlés au moins une fois par an par la commission de santé mentale (corps indépendant qui a la responsabilité statutaire de veiller à défendre les droits, le bien-être et la sécurité des malades). L'isolement est également considéré comme une mesure de sécurité et non comme un moyen thérapeutique.

Il en va de même au Canada où l'on définit la contention comme une intervention de protection. Elle « constitue un moyen de contrôle physique pour empêcher une personne sur qui on n'a plus de contrôle de se blesser ou de blesser d'autres personnes, de l'empêcher de provoquer des dégâts autour d'elle, et d'empêcher une interruption de ses programmes de traitement et de soins. » Les mesures de retrait sont définies comme des « mesures d'intervention visant la prévention d'une désorganisation ou d'un passage à l'acte. Le but essentiel est de permettre au patient de récupérer son autocontrôle. Il s'agit d'une urgence appréhendée, à savoir un comportement potentiellement dangereux ».

Au Québec, la loi 118-1, entrée en vigueur le 1^{er} juin 1999, est encore plus claire : « La force, l'isolement, tout moyen de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise et le maintien de cette mesure. Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de ses mesures. »

La loi française ne traite ni de la contention, ni de l'isolement, notions considérées comme exclusivement médicales. Elles relèvent en conséquence des recommandations professionnelles, ou de la conscience du praticien [14]. Ces pratiques sont au contraire encadrées par le droit positif dans la plupart des démocraties occidentales : États-Unis, Grande-Bretagne, Allemagne, Canada,

Belgique, Pays-Bas... Les références juridiques sont ainsi un peu disparates, même si l'ensemble constitué par le droit international et le droit interne est très cohérent.

Au Maroc , on trouve des textes législatifs de base en matière de prévention, traitement, protection et responsabilité civile des malades mentaux dans le Dahir n° 1-58-295 du 30 avril 1959 et le Dahir n° 1-73-282 du 21 mai 1974 ; mais sans précision concernant la mise en chambre d'isolement (le Titre III précise les modalités d'hospitalisation et la mise en observation des malades mentaux sans autre donnée) .

IV- Cadre réglementaire :

1- Le droit à la sûreté :

Norme juridique suprême, la Constitution subordonne tous les autres actes juridiques de l'Etat et dans l'Etat.

Elle est rarement considérée comme une source juridique du droit de la santé. Si nous définissons la mise en chambre d'isolement comme une détention justifiée par des raisons médicales et/ou thérapeutiques, nous ne pourrions qu'examiner si cette détention est conforme à la Constitution.

La sûreté, liberté fondamentale garantie par la Constitution, est le droit de ne pas être incarcéré arbitrairement.

Les personnes souffrant de troubles mentaux n'en demeurent pas moins des personnes humaines. De cette évidence résulte cette conséquence qu'elles doivent dans la mesure du possible, jouir des mêmes droits et libertés que les autres personnes. Leurs troubles mentaux peuvent prendre parfois des proportions telles qu'il devient nécessaire de les hospitaliser dans un service spécialisé. C'est notamment le cas lorsqu'elles présentent un danger pour elles-mêmes ou pour la société. Il faut se résoudre dans cette hypothèse à les priver, momentanément ou

durablement, de leur liberté. Une atteinte aussi grave à la sûreté ne saurait se prendre qu'en vertu d'une loi. Si la loi prévoit les conditions d'entrée et de sortie dans ces services spécialisés, elle est muette sur les conditions de séjour, sur les soins, et sur la détention de ces malades à l'intérieur d'une chambre fermée à clé.

Malgré quelques garanties octroyées par les ordonnances royales de 1570, 1667 et 1670. L'Ancien régime ne parvint jamais à assurer le respect du droit à la sûreté. Source de toute justice, le roi de France avait en effet le pouvoir de confier le jugement de ceux dont il voulait la perte à des juridictions spéciales, composées de commissaires entièrement à ses ordres. Il pouvait aussi ordonner l'incarcération de qui bon lui semblaient grâce aux malades que les malades mentaux. Ces manifestations du despotisme royal, bien que plus spectaculaires que fréquentes furent dénoncées avec véhémence par les maîtres à penser du siècle des Lumières. Retenant la leçon, les hommes de la Révolution font du droit à la sûreté l'un des quatre droits naturels proclamés par la Déclaration de 1789. Ils ne se contentent pas d'une déclaration de principe, mais décrètent en mars 1790 la libération des prisonniers par lettre de cachet. Ils ordonnent entre autres : « la constatation médicale de l'état des personnes détenues pour cause de démence, afin de les élargir ou de les faire soigner dans des hôpitaux qui seront ultérieurement indiqués ». En août 1790, est votée une loi qui comprend au nombre des objets de police confiés à l'administration municipale, « le soin d'obvier ou de remédier aux événements fâcheux qui pourraient être occasionnés par des insensés laissés en liberté » (art.3). En juillet 1791, une loi établit des peines contre ceux qui laisseraient divaguer les insensés ou furieux...(art.15). Une circulaire du ministre de l'Intérieur rappelle la prescription du 15 thermidor an IX qui énonce que les aliénés ne peuvent être détenus qu'en vertu d'un jugement des tribunaux, à la demande de la famille ou des autorités.

2- Les différents textes en vigueur :

Ø Droit international :

Les références en droit fondamental encouragent pourtant à adopter des Législations spécifiques.

ü Déclaration universelle des droits de l'homme :

La Déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen de 1789 proclame que « *tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne* » et en son article 7, que « *nul ne peut-être détenu que dans les cas déterminés par la loi et selon les formes qu'elle a prescrites* ».

Très intéressante est la résolution 46/119 adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU, le 17 décembre 1991, qui énonce en son l'article 11 :

« *La contrainte physique ou l'isolement d'office du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées par le service de la santé mentale et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui.*

« *Le recours à ces mesures ne doit durer que le temps strictement nécessaire à cet effet. Tout patient soumis à la contrainte physique ou à l'isolement d'office doit bénéficier de conditions humaines et être soigné régulièrement et étroitement surveillé par un personnel qualifié. Toutes les mesures de contrainte physique ou d'isolement d'office, les raisons qui les motivent, doivent être inscrites dans le dossier du patient. Dans le cas d'un patient ayant un représentant personnel, celui-ci est avisé sans retard, le cas échéant, de toutes mesures de contrainte physique ou d'isolement d'office* ».

ü Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme :

La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme (CEDH) de 1950, dans son article 5 /1, permet pourtant qu'il soit porté atteinte à la liberté individuelle et précise que : « *Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf s'il s'agit d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond, et selon les voies légales* ».

Une recommandation du Conseil de l'Europe de 1983 [15] précise que

« *Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement ou est transportée en vue de cette hospitalisation, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée* ».

Ø Droit interne :

La Constitution française de 1958, en son article 66, conforte l'article 7 de la Déclaration des droits de l'Homme en affirmant que : « *nul ne peut arbitrairement être détenu* », et que le juge est garant des libertés individuelles.

ü Avant la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 :

Les asiles s'ouvrent progressivement. L'asile d'aliénés devient en 1937 hôpital psychiatrique, dépendant du Conseil général et plus tard centre hospitalier spécialisé. Progressivement, le service libre se met en place vers 1949 et se généralise dans l'ensemble des centres hospitaliers en 1974, alors qu'une circulaire ministérielle de 1952 ordonne « *l'humanisation des hôpitaux psychiatriques* ».

Le nouveau cap est donné par la circulaire 3021 (60-12 bis) du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques. Le malade ne doit plus être isolé mais intégré. Pour cela, la notion de secteur est introduite afin d'assurer une continuité du traitement en un même lieu.

Le chapitre IX traite des chambres protégées. Elles doivent conserver les caractères d'une chambre normale : « *En effet, le système de la "cellule" a été abandonné dans la majeure partie des hôpitaux psychiatriques. Il ne répond plus aux nécessités, ni aux possibilités actuelles du traitement des malades mentaux. Une chambre protégée par unité de soins suffirait. La porte doit comporter un panneau de verre Sécurité® permettant d'assurer une surveillance du malade sans qu'il existe d'angle mort. Il ne sera prévu ni lavabo, ni toilette, les judas sont à proscrire. Les cellules encore existantes sont à supprimer, pour tenir compte de l'évolution des thérapeutiques modernes* ».

ü À partir de la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 :

La Loi n° 90-527 du 27 juin 1990, réformant la loi du 30 juin 1838, modifiée par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, énonce : Art. L 3211-3 : « *Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions du chapitre III du présent titre, les restrictions à l'exercice de ses*

libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et à la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. Elle doit être informée dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits ».

La loi n° 2002-303 du 14 mars 2002 relative à la modernisation du système de santé affirme la place de l'utilisateur, non seulement dans la reconnaissance de ses droits mais aussi dans sa participation à la prise de décision des choix politiques en matière de santé. Elle affirme :

- l'égal accès aux droits pour tous,
- le droit à la protection de la santé,
- le droit au respect de la dignité de la personne malade,
- le respect de la vie privée et du secret des informations concernant le malade
- le droit de recevoir les soins les plus appropriés à son état.

ü Circulaires :

La principale circulaire, n° 48 D.G.S/SP3/ du 19 juillet 1993 rédigée par Simone Veil, ministre de la Santé, rappelle les principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux. Elle traite de la pratique de l'isolement en mentionnant :

- que des patients en hospitalisation libre ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clé, ni *a fortiori* dans des chambres verrouillées,
- que l'atteinte à la liberté d'aller et venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indication médicale,
- qu'il doit y avoir adéquation entre des soins portant atteinte à la liberté individuelle et les modalités d'hospitalisation.

Le circulaire n° 2 du 6 mai 1995, actualisée par la circulaire du 2 mars 2006, institue une charte du patient hospitalisé. La charte prévoit, qu'au-delà de la réglementation sanitaire qu'ils appliquent, les établissements de santé se doivent de veiller au respect des droits de l'Homme et du citoyen reconnus universellement, ainsi que des principes généraux du droit français : non discrimination, respect de la personne, de sa liberté individuelle, de sa vie privée, de son autonomie.

ü Les références de la Haute autorité de santé :

L'ANAES, considère « *que tout patient dans une chambre verrouillée est séparé de l'équipe de soins et des autres patients et se trouve de ce fait en isolement ; cet isolement ne peut être qu'à but thérapeutique conformément à la mission des établissements de santé* ».

« *L'utilisation de l'isolement représente un processus de soin complexe justifié par une situation clinique initiale et se prolongeant jusqu'à l'obtention d'un résultat clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, prescription, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance etc., réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité* ».

À ce propos, les experts ont fait le constat que « *malgré les progrès des soins en psychiatrie, l'isolement à but thérapeutique est à la fois une pratique fréquente et l'objet d'incertitudes persistantes sur la pertinence et l'adéquation des conduites à tenir dans ce domaine* ».

Ainsi que le rappelle l'article L. 3211-4 du code de la santé publique « *un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur* ».

Ø Au Maroc :

Les textes législatifs en vigueur se trouvent cités dans le Dahir n° 1-58-295 du 30 avril 1959 et le Dahir n° 1-73-282 du 21 mai 1974.

V- Modalités pratiques d'isolement :[1]

A- Description de la CI et des pratiques cliniques :

La CI peut être décrite de la manière suivante: il s'agit d'une chambre individuelle dont l'accès se fait par deux portes entre lesquelles se situe un sas de sécurité. La porte est fermée à clef et pour cette raison, le patient dispose d'une sonnette qui lui permet de solliciter le personnel soignant à tout moment. Une surveillance intensive est également mise en place. Des sanitaires (WC+lavabo) sont présents et peuvent être verrouillés en cas de besoin, les meubles sont en mousse et les vitres sont incassables. Tout matériel dangereux y est exclu.

La CI est prescrite lorsque la crise que le patient est en train de vivre le met lui-même ou son entourage en grave danger. Elle peut également être prescrite par l'équipe interdisciplinaire comme un moyen de diminution des stimuli lorsque les patients en phase de décompensation de certaines pathologies psychiatriques, font face à une sur-stimulation sensorielle et une approche relationnelle est impossible. La mise en CI est donc une mesure thérapeutique qui implique que le patient se trouvant initialement dans un environnement ouvert, au contact des autres patients, de l'équipe soignante ou d'autres personnes, soit mis sous contrainte dans une chambre spécifique, seul et enfermé, d'où il peut être observé. Elle est une privation de liberté rendue nécessaire par l'état du patient et par la sécurité de l'environnement humain. Cette mesure répond à une urgence clinique et doit prendre fin dès que l'effet thérapeutique est obtenu. Le recours à ce soin contraint doit donc rester une réponse ultime et pour une durée qui soit la plus courte

possible. La mise d'un patient dans une CI induit l'instauration d'un dispositif d'accompagnement thérapeutique intensif, ainsi qu'une surveillance infirmière et médicale. En psychiatrie, le cadre des soins intensifs et de la CI est régi par un protocole. Les patients se trouvant dans des chambres d'isolement bénéficient de soins individuels qui sont prescrits dans le protocole par l'équipe interdisciplinaire. La contractualisation des soins avec le patient est privilégiée dans la mesure du possible afin de donner la possibilité de définir les objectifs thérapeutiques communes ainsi que certaines modalités, telles que : la formalisation des sorties en dehors de la chambre ou la fréquence des entretiens. L'isolement thérapeutique n'a pas été décrit il y a deux siècles, mais à une date beaucoup plus récente que l'on peut raisonnablement faire remonter à 1870. Il ne se substitue pas aux entraves. Il y a deux siècles apparaissait la camisole de force qui a effectivement été considérée comme un progrès majeur en ce qu'elle permettait d'enlever les chaînes, et de diminuer l'isolement relatif des « fous » en leur permettant une liberté de mouvement nouvelle à l'intérieur du lieu du « contenir ». Il n'est pas sûr qu'isolement thérapeutique et contention mécanique s'opposent. C'est ainsi qu'il existe même aujourd'hui une tendance lourde à associer ces deux techniques de « contenir ». Sur un plan strictement historique, tout cela ne tient pas. Les auteurs de ces recommandations confondent l'isolement à l'asile et l'isolement cellulaire. Une fois ce constat effectué, nous pouvons nous demander pourquoi des experts aussi éminents que ceux de l'ANDEM modifient ainsi l'histoire. Certes, aucun d'entre eux n'est historien de la psychiatrie. L'histoire des origines de la psychiatrie est suffisamment riche en mythes fondateurs plus ou moins farfelus pour que nous soyons vigilants. Le geste de Pinel libérant les insensés est là pour nous le rappeler.

L'accolement des mots isolement et thérapeutique ne va pas de soi. Le dictionnaire des synonymes propose comme similaires d'isolement les mots :

« abandon, claustration, cloître, délaissement, déréliction, éloignement, esseulement, exil, isolation, quarantaine, retranchement, séparation, solitude ». L'isolement renvoie par extension à « autarcie, séparatisme » et à « non-conformisme ». Le mot thérapeutique a lui pour synonymes les mots : « cure, drogage, intervention, médication, régime, soins, traitement ». Il est permis de se demander comment et de quoi cet isolement, aux connotations tellement péjoratives, pourrait être un traitement ou une médication.

Si l'isolement est thérapeutique, comment le patient pourrait-il être confronté à un risque d'atteinte à ses libertés ? Cela n'est pensable que si nous nous référons au côté obscur de l'isolement. Le risque d'incendie apparaît encore plus étrange, comment peut-on incendier sa chambre sans que cela soit une manifestation d'auto ou d'hétéro-agressivité ? Faut-il plutôt entendre par là les risques que court le patient isolé en cas d'incendie de l'unité ? Rien de tout cela n'est clair. Quant aux risques liés à l'auto et à l'hétéro-agressivité, n'est-ce pas pour cela, ainsi que nous le verrons, que le patient est isolé ? Ces risques seraient-ils liés aux incertitudes persistantes sur la pertinence et l'adéquation des conduites à tenir en ce domaine ? Atteinte aux libertés individuelles, incendie, suicide, automutilation, agression, violence. Que penser d'une thérapie qui « bafoue » les droits des patients, qui peut impliquer que le patient soit brûlé, qu'il se suicide ou se mutilé, qu'il agresse les autres ? Nous ne sommes plus dans une démarche d'amélioration de la qualité mais dans un registre de protection du patient. Ce n'est pas la démarche volontariste des professionnels qui doit primer, mais la nécessité de proposer un soin qui ne lèse pas le patient. C'est le registre de l'assistance à personne en péril. Evidemment, nous dramatisons. Tous les patients isolés ne se suicident pas, ni n'agressent leur entourage. Tous ne sont pas bouclés au mépris de leurs droits. Il n'empêche que nous sommes là dans le registre de l'inacceptable. Que les patients courent de tels

risques pourrait se justifier si les bénéfiques étaient à la hauteur des espérances. Le principe d'une action thérapeutique de l'isolement ne sera pas interrogé. Comment pourrait-on alors appliquer le principe bénéfice/risque qui fonde la pratique médicale, aucun traitement n'étant dénué d'effets secondaires, ni de risque ?

« En raison d'une part, de la fréquence de ce soin et de ses risques, et d'autres part, de la volonté d'améliorer les pratiques, il est apparu souhaitable que l'Agence (ANAES) propose aux établissements qui avaient déjà entamé une réflexion ou une démarche d'appliquer la méthode de l'audit clinique à ce thème ».

B- Les modalités pratiques telles que les décrivent les infirmiers :

La recherche en soins infirmiers ne saurait être l'affaire de quelques infirmiers experts. Quel serait, dans le cas contraire, son pouvoir de transformation des pratiques ? Pour être viable, elle doit concerner chacun, ce qui suppose une mobilisation de tout le service infirmier. C'est dans ce but qu'à été créé, au CH Esquirol, un groupe de réflexion sur la chambre d'isolement. Ce groupe a souhaité participer au travail organisé par l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) . L'audit clinique vise à mesurer l'écart entre une pratique observée et une pratique idéale avec pour objectif une amélioration de la pratique réelle par des recommandations et un suivi. Les infirmiers et cadres infirmiers travaillant dans trois secteurs d'Esquirol avaient élaboré un questionnaire constitué de 20 items avec questions ouvertes et fermées. Ces questionnaires avaient été soumis aux infirmiers des six secteurs de psychiatrie d'adultes d'Esquirol pendant les mois de juillet et août 1994. 83 infirmiers y avaient répondu : ce qui représentait un taux de retour de 66%. Pour mesurer la pratique réelle, l'ANDEM a choisi une méthodologie prospective par observation recueillie lors de chaque mise en chambre d'isolement. Le recueil se voulait exhaustif pendant une période à déterminer selon

le flux des patients. Le taux de retour des fiches de recueils de données a été infiniment moins satisfaisant. Pendant la même période (juillet/août 1994) seuls 10 recueils ont été remplis. Si la fiche de recueil de données élaborée par les experts de l'ANDEM visait à « photographier » une pratique réelle, tel n'était pas l'objectif du groupe de réflexion. Sachant que l'infirmier est le point central du groupe de soignants, il nous était apparu opportun de nous intéresser au vécu infirmier tant par rapport aux processus mis en place, que par rapport aux médecins et aux patients. Ce travail ne décrivait donc pas la réalité des pratiques mais la façon dont les infirmiers la percevaient. Cet écart entre vécu et réalité des pratiques en était une des limites. Les auteurs de ce travail peuvent bien élaborer tous les protocoles du monde, si le médecin ne veut pas prescrire l'isolement (acte écrit), s'il ne veut pas définir les conditions d'isolement, les éléments de surveillance, tout ce travail ne servira à rien. La rigueur méthodologique est de peu de poids face aux fantasmes suscités par un recueil de données perçu comme émanant du ministère de la santé. Confrontés à ce questionnaire très dense, les cadres ou les équipes infirmières le remplissent comme ils l'entendent. Leur sincérité dépend des relations nouées avec les directions des services de soins infirmiers, de la possibilité d'être reconnu ou non par les différentes instances hiérarchiques ou médicales. Il ne suffit pas de garantir l'anonymat des réponses pour que les infirmiers soient convaincus. Qu'un questionnaire demande à certains infirmiers de préciser leur sexe, leur secteur d'origine peut parfois être vécu sur un mode persécutif. Chaque institution a son histoire, sa culture, chacune traverse des moments plus ou moins difficiles à gérer. Il suffit d'une mise en chambre d'isolement particulièrement délicate, d'un malentendu entre infirmiers et médecins pour que les réponses aux questionnaires soient différentes.

Il n'est simple pour personne de se remettre en cause. Les pratiques évaluatives ont souvent mauvaise presse. On leur reproche, parfois à juste titre, de contribuer à une normalisation des pratiques, de fournir des arguments aux gestionnaires toujours désireux de diminuer les coûts en comprimant les effectifs.

1- Qu'entendons-nous par chambre d'isolement ?

La mise en chambre d'isolement n'est en rien une pratique exceptionnelle, 86% des infirmiers interrogés. Si certaines unités fonctionnelles en sont dépourvues, il en existait dans chaque hôpital de l'échantillon de l'étude.

1.1- Sa fonction : espace clos, espace de reconstruction, sas de sécurité :

Pour la majorité des infirmiers exerçant au CH Esquirol (79%), la chambre d'isolement est d'abord un espace clos qui incite le patient à respecter certaines limites, il est ensuite un espace où le patient peut se reconstruire (72,50%) et enfin un sas de sécurité pour l'équipe soignante et les autres patients (52%).

Les infirmiers dotés d'une expérience extrahospitalière privilégient la notion d'espace de reconstruction (80%), le respect des limites (66%). Ils sont peu nombreux à définir la chambre d'isolement comme un sas de sécurité (45%) ou comme un lieu d'observation clinique (42%).

Dans les unités où n'existe pas de chambre d'isolement, les infirmiers la considèrent d'abord comme un espace qui incite à respecter des limites (63%), puis comme un espace de reconstruction (54%). Seuls 36% des infirmiers s'y réfèrent comme à un sas de sécurité pour l'équipe soignante et les autres patients.

Au niveau national, 73% des infirmiers la définissent comme un espace clos qui incite au respect des limites, 69% comme un espace de reconstruction et 67% comme un sas de sécurité. Ces trois fonctions paraissent décrire la chambre d'isolement.

Les auteurs peuvent par ailleurs noter l'extrême dispersion des réponses, autant de pratiques. Les infirmiers exerçant à Sarreguemines insistent sur la notion de lieu d'accueil (46,50%), ce qui semble logique s'agissant d'une unité pour malades difficiles (UMD). On peut remarquer que dans un certain nombre de lieux de soins la fonction de sas dans ces lieux l'aspect sécuritaire tend à primer sur l'aspect soin.

1.2- Quel nom lui donner ? Chambre d'isolement, chambre de soins intensifs, chambre d'apaisement... ?

Si, à Esquirol, 46% des infirmiers privilégient l'expression chambre de soins intensifs, les situations sont différentes selon les secteurs et selon leurs pratiques.

Le premier point acquis est que l'expression « chambre d'isolement » ne satisfait qu'un infirmier sur quatre.

Le second point est que lorsque les équipes ont effectué un travail de réflexion collectif, elles tendent à privilégier l'expression chambre de soins intensifs. Il s'agit de faciliter la reconstruction du patient tout en le structurant. A la modification du terme correspond une fonction différente. L'aspect thérapeutique est clairement posé par l'expression utilisée.

S'il s'agit de permettre au patient de respecter certaines limites tout en offrant un sas de sécurité à l'équipe et aux autres patients, le terme de chambre d'isolement apparaît probablement descriptif.

On note que dans les UF où existent des protocoles d'isolement et dans celles dont les portes sont ouvertes, le terme de « soins intensifs » apparaît majoritaire (58%). Les infirmiers bénéficiant d'une expérience extrahospitalière privilégient également cette expression (55%).

Dans les UF dépourvues de chambre d'isolement, l'expression « chambre d'observation » recueille 31,50% des suffrages, et devance celle de soins intensifs

(22,50%). Ce succès de l'expression « chambre de soins intensif » est une spécificité esquirolienne qu'on ne retrouve que dans trois autres établissements (Armentières - 50%, La Roche/Yon -53% et Argenteuil -50%). Dans ces trois établissements, l'expression n'est pas majoritaire. Ce succès traduit l'importance du travail réalisé par les infirmiers pour transformer leur pratique d'isolement en pratique de soins. Dans le secteur de J.-P.Vignat, autre expert de l'ANDEM, l'expression « chambre de soins intensifs » est également privilégiée.

Les infirmiers interrogés dans les autres établissements privilégient les expressions « chambre d'apaisement » (60%) et « chambre d'isolement » (55,50%). Les termes « chambres de soins intensifs » (22,50%) sont très loin derrière. A Sarreguemines (32%) et à St-Venant (35%), une forte minorité d'infirmiers se reconnaît dans le terme de « cellule ».

C'est dans les établissements où la notion d'espace de reconstruction est minoritaire que l'expression chambre de soins intensifs obtient ses scores les plus bas. On peut voir ainsi se dessiner une opposition entre chambre « sécuritaire » et chambre de « soins ».

La notion d'apaisement apporte une nuance intéressante, elle montre que l'effet recherché est de permettre au patient de retrouver une certaine paix intérieure. Ce n'est pas du soin mais peut-être nous en rapprochons-nous. La chambre d'apaisement est un espace de reconstruction plus qu'un sas de sécurité.

Les expressions utilisées par soignants et soignés spontanément sont très nombreuses et liées au contexte institutionnel. La chambre peut être désignée par son numéro (par exemple « aller à la 5 »), par sa couleur (« être bouclé dans la chambre bleue » ou « un petit séjour à la bleue te ferait du bien »), par sa fonction « L'iso » (« Tu es passé à l'iso ? », « Il y a quelqu'un à l'iso ? »). Une étudiante cite

même dans son travail de fin d'études le nom terrible de fosse aux serpents encore utilisé aujourd'hui dans un territoire d'outre-mer.

2- La prescription médicale :

A l'exception de quelques lieux de plus en plus rares, elle est de règle. L'audit clinique a rempli son rôle. Les infirmiers peuvent en être à l'initiative, dans l'urgence, mais elle est validée par le médecin de garde.

2.1- Conformité du régime d'hospitalisation avec la MCI :

Seuls 13% des infirmiers interrogés dans cette enquête faisaient état d'une modification de mode d'hospitalisation si le patient est en hospitalisation libre. On excepte l'UMD de Sarreguemines qui ne recevait pas de patients en HL et l'hôpital de La Roche-sur-Yon.

Il est clair (sauf si les soignants ne portent pas suffisamment attention aux modifications de placement) que sur ce point précis la loi n'était pas respectée.

L'audit clinique a profondément modifié les pratiques. L'augmentation des hospitalisations en péril imminent et des hospitalisations sur demande d'un tiers l'atteste.

Il n'est pas sûr que cela n'en soit pas un effet pervers. Le péril imminent n'implique pas de contrôle : un seul médecin décide. Pour protéger le patient, on crée une situation qui limite de fait ses droits.

2.2- Le processus de MCI :

Dans les différents établissements interrogés, 53% des infirmiers déclaraient utiliser un protocole d'isolement. Ce chiffre était certainement surévalué, certains infirmiers précisant dans le questionnaire qu'ils utilisaient un protocole non écrit. On estime, au vu du nombre de réponses positives à l'item « Fiche de contrôle individualisé » qu'environ 30/35% des infirmiers usaient d'un protocole écrit. L'audit

clinique et les premiers résultats des visites d'accréditation ont également modifié la formalisation des procédures.

Il semble que les pratiques se soient figées, que les soignants privilégient la lettre à l'esprit. L'important est de renseigner et de respecter les différents items. Si la forme est respectée, l'isolement est légitime. L'équipe ne risque rien sur un plan médico-légal. Une certaine façon d'écouter le patient serait ainsi en train de disparaître.

3- L'information :

3.1- Explications au patient :

Il ne suffit pas d'annoncer au patient sa mise en chambre d'isolement, encore faut-il lui en expliquer les raisons. « *Cette prescription doit être explicitée au patient en présence des membres de l'équipe soignante* » énonce la plupart des protocoles. L'explication des raisons justifiant la MCI paraît être la règle (88%). Mais il convient de s'interroger sur la notion d'information. Qu'est-ce qu'informer un patient ?

3.2- L'information des familles :

Les protocoles le prévoient. La situation est moins simple qu'il n'y paraît. Les réponses infirmières apparaissent très dispersées comme si chacun avait hésité entre répondre selon sa pratique ou selon ce qu'il pensait de ce qu'il faudrait faire.

Quelle que soit la réalité, on peut retenir que globalement les familles ne sont prévenues qu'une fois sur cinq de la MCI d'un proche.

Qu'il y ait ou non un protocole d'établi dans l'unité fonctionnelle, que ce protocole recommande ou non de prévenir les familles ne change strictement rien. Ces constatations nous conduisent à nous interroger sur la pertinence des protocoles sur ce point précis. Les infirmiers y adhèrent-ils ? Que suppose sur un plan relationnel et humain d'appeler la mère d'un patient psychotique, le mari d'une femme suicidaire pour lui annoncer : « Nous avons été contraints d'isoler votre fils, votre

femme pour une durée indéterminée. » Comment faire face aux réactions suscitées par cette information qui est plus qu'une simple information ? Il est facile de comprendre l'hésitation des équipes.

Est-il réellement nécessaire d'informer ces familles ? S'il est évident que les familles doivent être averties des modifications de placement (de service libre vers HDT ou HO d'urgence), des conditions de visite, doivent-elles être également informées des soins dispensés (si on considère la MCI comme un soin) ? Cela suppose que la MCI soit considérée comme un soin particulier en ce sens qu'elle restreint la liberté individuelle. Les familles seraient ainsi prévenues de cette restriction.

D'une façon assez paradoxale, les unités fonctionnelles dont les portes sont ouvertes informeraient davantage les familles. Elles n'expriment par ailleurs pas les mêmes réticences. L'ouverture des portes implique-t-elle une meilleure prise en compte des familles, une plus grande ouverture vers l'extérieur ? Rien ne nous permet de l'affirmer, les ex-infirmiers de l'extrahospitalier n'apparaissant guère plus informant que les autres. Faut-il supposer que le risque qu'une famille arrive dans une unité et constate de visu la MCI avant même d'être prévenue par un soignant oblige les équipes à être davantage informantes ? L'ouverture des portes impliquant de constamment parler et énoncer au patient la loi donne-t-elle aux soignants plus d'aisance pour signifier la MCI ?

La question ne semble pas se poser dans les autres établissements, 70% des infirmiers interrogés répondent que le plus souvent les familles ne sont pas informées. On retrouve les mêmes exceptions : La Roche-sur-Yon (33%), Argenteuil (25%), L'Aigle (7%). Essentiellement des lieux où les portes sont ouvertes.

La simple obligation d'informer les familles aurait certainement pour effet de diminuer les MCI ou tout au moins de contraindre les équipes médicales à les justifier d'une façon plus fine.

4- De la contention :

Les protocoles esquiroliens sont sur l'utilisation de la contention. Qui la prescrit, quel matériel utiliser, etc. ? Cette contention semble rare mais pas exceptionnelle selon les unités envisagées. Certains infirmiers semblent ne pas avoir compris la question. Pour eux, la seule contention imaginable est physique, infirmière. D'autres (26%) ont parfaitement compris l'item et décrivent le matériel utilisé (draps, ceintures, bracelets).

Il existe peu d'enquêtes portant sur le vécu des patients isolés. Les quelques enquêtes réalisées montrent qu'en général, ils ne gardent pas un mauvais souvenir de cette période, à l'exception de ceux qui ont subi une contention.

Il nous semble, eu égard à la difficulté d'attacher un individu tout en respectant sa dignité, que toute contention devrait être prohibé sauf cas exceptionnels laissés à l'appréciation du médecin-chef de service. Chaque contention devrait par ailleurs être signalée par écrit au directeur de l'établissement.

Quoi qu'il en soit, il faudrait, ainsi que le préconise l'ANDEM, s'assurer que celle-ci est réalisée avec les matériels adéquats, en toute sécurité et « confort » pour le patient. Il est évident qu'il est plus difficile d'évaluer un acte considéré comme devant être tu.

Différents auteurs décrivent parmi les complications inhérentes aux isolements et contentions : une augmentation des agirs violents lors de la mise en contention, surtout des assauts contre le personnel. « Durant la procédure, les risques de blessures secondaires pour le patient ou le personnel sont élevés. En effet, le patient est souvent très agité et réfractaire à tout moyen de le maîtriser.

Dans ce contexte, il est susceptible de frapper avec ses poings et ses pieds ou encore de mordre pour qu'on relâche l'étreinte. »

A quelles conditions ces MCI peuvent-elles s'effectuer en toute sécurité tant pour le soignant que pour le soigné ? Faut-il un nombre minimum de soignants ? Comment faire s'il y a un nombre d'infirmiers insuffisant ? Qui appeler ? Quelle conduite tenir face à cette MCI ? Il paraît évident que les soignants n'accepteraient pas volontiers de remettre en cause leur façon de gérer ces interventions délicates, il n'empêche que la réalisation de procédures d'isolement de qualité est à ce prix. Il est intéressant de noter à ce sujet que si les études d'infirmiers de secteur psychiatrique abordaient largement ce point dans les années cinquante-60, elles sont aujourd'hui muettes sur la conduite à tenir face au patient agité. Quoi qu'il en soit, on aimerait que les protocoles soient plus explicites sur l'ensemble de ces points.

Les réponses à cet item constituent une de nos grandes surprises, seuls 42% des infirmiers interrogés n'ont jamais attaché de patients. Près de 40% des infirmiers sont parfois conduits à attacher des patients. Cette pratique qui semble être très rare en région parisienne, l'est beaucoup moins en province. Il semble difficile de remettre en cause la qualité des soins puisque même les infirmiers de La Roche-sur-Yon y ont recours.

La décision d'attacher le patient est prise par le médecin ou par l'équipe infirmière. Les soignants utilisent des bracelets de contention (76%), des bandes de contention (42%), des ceintures (31%), des draps (23%). On avait tellement peu imaginé de telles réponses que nous n'avons pas posé de questions qui auraient permis de creuser davantage le pourquoi et le comment de cette pratique.

I. Trouvé, dans la partie épidémiologique de sa thèse, reprend les écrits de Way et de Palazzolo portant sur ce sujet. « *Way souligne que les deux mesures sont*

rarement associés et que les équipes, en dehors de toute considération matérielle, utilisent de manière préférentielle soit l'isolement, soit la contention physique. En France : Palazzolo rapporte que l'isolement est associé à une mesure de contention dans 14% des cas le plus souvent en raison de l'intensité de l'agitation psychomotrice, et Riou note que l'utilisation conjointe de la contention physique et de l'isolement se rencontre dans 39% des secteurs. »

VI- Indications et contre indications de l'isolement :[1][16]

Simon Begin relève trois grandes indications d'utilisation de l'isolement ou des contentions : maîtrise de l'agitation sévère ou de la violence, outil thérapeutique en thérapie comportementale et mesure prophylactique d'intervention lorsque l'on observe les signes prodromaux d'une crise. Peutillot cite cinq indications :

- prévention d'une violence imminente du patient contre lui-même ou son entourage ;
- prévention d'un risque de rupture thérapeutique ;
- isolement intégré dans un programme thérapeutique (d'inspiration comportementaliste) ;
- isolement en vue d'une diminution des stimulations (patients en accès maniaques) ;
- utilisation à la demande du patient lui-même (auto-contrôle de son agressivité).

Qui dit indication dit contre-indication, Peutillot en dénombre quatre :

- isolement-punition ;
- isolement aux fins de réduction de l'anxiété et de confort pour l'équipe soignante ;
- isolement par manque de personnel ;

- absence d'indication de MCI.

Toutes ces contre-indications renvoient au fonctionnement institutionnel.

Peutillot relève enfin six contre-indications relatives :

- affection organique non stabilisée ;
- risque toxique (ingestion récente de toxique, retour de réanimation, etc.) ;
- risques auto-agressifs (automutilation, suicide) ;
- risque de confusion ;
- risque lié à des traitements nécessitant une surveillance particulière ;
- température ambiante trop élevée.

En pratique, les infirmiers du CH Esquirol relèvent trois comportements justifiant le plus souvent la mise en chambre d'isolement : actes agressifs, violence envers un tiers (95%), agitation psychomotrice (62,50%) et dangerosité (61,50%). Nous noterons une minorité non négligeable d'isolements motivés par l'existence d'un risque suicidaire (32,50%). Dans les autres établissements, la MCI est consécutive à des actes agressifs concernant un autre patient (82%), à de l'agitation psychomotrice (80%), à la dangerosité (73%), à des actes agressifs envers un soignant et/ou un médecin (64%). Une petite minorité d'entre elles apparaît liée à la prévention de tentative de suicide (37%).

A Esquirol, au cours des trois mois précédant l'enquête, les infirmiers, tous secteurs confondus, font état d'un maximum de 5 patients isolés par unité fonctionnelle, la moyenne étant de trois. Il est difficile de tirer des conclusions de ce chiffre : chaque secteur ayant ses propres pratiques et ses propres modes d'utilisation. Plus l'isolement se banalise, plus le nombre de patients isolés peut être important, certains secteurs privilégieront, par ailleurs, des temps courts (moins de 8 heures) et d'autres des temps plus longs.

L'ouverture des portes de l'UF semble faciliter le recours à un isolement de très courte durée. La loi de 1990, le développement des structures extrahospitalières et notamment des CATEB (centre d'accueil et de thérapies brèves) et CAC (centre d'accueil et de crise) qui tendent à réserver l'hospitalisation intramuros aux patients non consentants, constituent également des facteurs de banalisation et de multiplication des MCI.

La durée moyenne d'isolement est inférieure à 7 jours, avec 15% de séjours de moins 24 heures. Les patients isolés le sont en général dans les 24 heures suivant leur hospitalisation voire au cours de la première semaine de soins. Seules deux unités de soins évoquent la mise en chambre d'isolement de patients hospitalisés depuis plus de trois mois.

NOTRE ETUDE

I. Introduction :

L'isolement en psychiatrie reste une pratique courante et vue que la mise en chambre d'isolement a le statut d'une restriction du droit à la sûreté légitimée par l'état du patient et la mise en place de son traitement. On a menée une étude au sein du service de psychiatrie de Fès afin d'évaluer le vécu des patients au sein de la salle d'isolement dans le but d'améliorer la prise en charge de ses malades en prenant en considération la dimension de leur vécu, en apportant plus d'éclairage sur les données épidémiocliniques des patients et les modalités de pratique de l'isolement dans une unité d'hospitalisation de psychiatrie ainsi qu'en évaluant le vécu des patients juste après et à distance de leur sortie de la chambre d'isolement.

II. Méthodologie :

1. Type d'étude :

C'est une étude transversale évaluant le vécu des patients mis en isolement au cours de leur hospitalisation au sein du service de psychiatrie.

2. Population d'étude

La population étudiée est faite de patients hospitalisés au service de psychiatrie CHU Hassan II Fès pour diverses pathologies psychiatriques. Les sujets ont été recrutés pendant une période étalée sur 2 mois du début Novembre 2013 au Fin Décembre 2013. Les sujets mis en isolement au cours de cette période ont été tous inclus dans l'étude.

3. Recueil des données

Les données ont été recueillies en interrogeant directement les malades mis en isolement à l'aide d'une fiche d'exploitation bien établie en précisant :

ü L'identité :

Comportant des renseignements sur l'âge, le sexe, le niveau d'étude, la profession, le niveau socio-économique et le lieu de résidence.

ü Le motif de mise en isolement qui peut être l'agitation, l'hétéro-agressivité, la confusion, le risque de suicide et les automutilations.

ü Les antécédents personnels de mise en chambre d'isolement, psychiatriques, médico-chirurgicaux, toxiques, juridiques et autres.

ü Le diagnostic;

ü Le traitement prescrit;

ü La durée du séjour en chambre d'isolement avec ou sans contention;

ü La fréquence de la mise à la chambre d'isolement durant la même hospitalisation;

ü Les conditions de la chambre d'isolement;

ü Le vécu des patients en chambre d'isolement à j1, j7 et à la sortie

ü Le profil d'évolution.

III. Résultats :

A. Les données sociodémographiques

1. Le sexe :

Parmi les patients hospitalisés durant la période de l'étude, 120 malades ont été mis en chambre d'isolement dont 90 sont de sexe masculin (75%) et 30 sont de sexe féminin (25%).

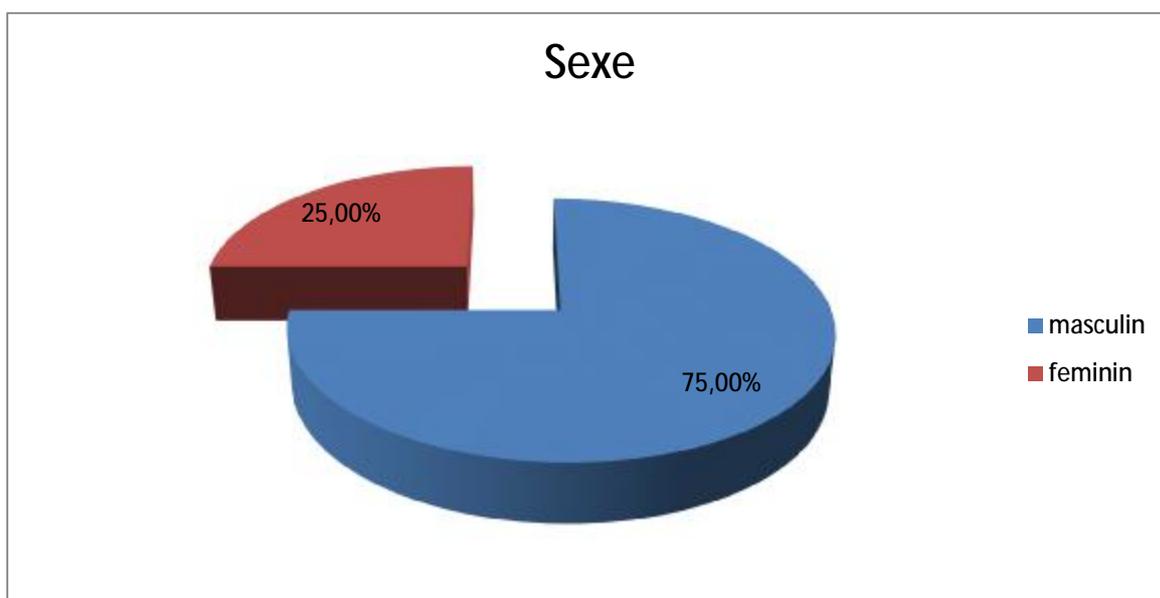


Fig n°1 : Répartition des malades selon le sexe.

2. L'âge :

L'âge moyen des patients était à $31,36 \pm 10,13$ ans avec des extrêmes à 18 ans et 60 ans.

3. Le niveau d'étude :

30% des malades ne sont jamais scolarisés, presque la moitié avait un niveau primaire ou fondamentale et seulement 9% des patients ont fait des études universitaires. Fig n°2

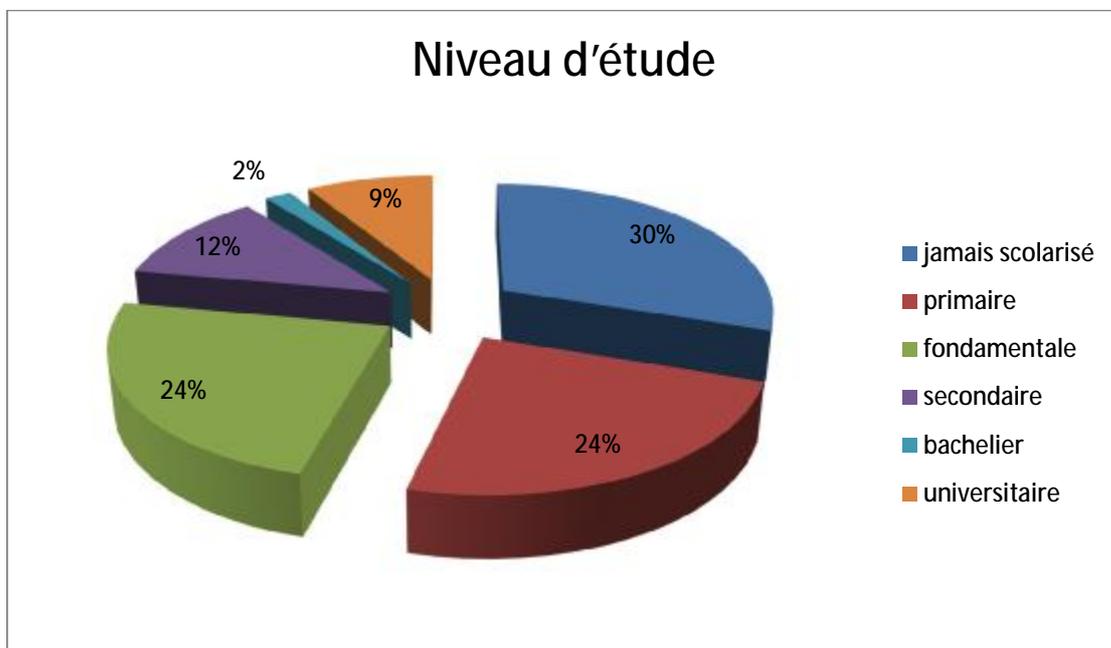


Fig n°2 : Répartition des malades en fonction de leur niveau d'étude

4. Profession :

On note 56,40% des malades ont une profession alors que 43,60% sont sans profession.

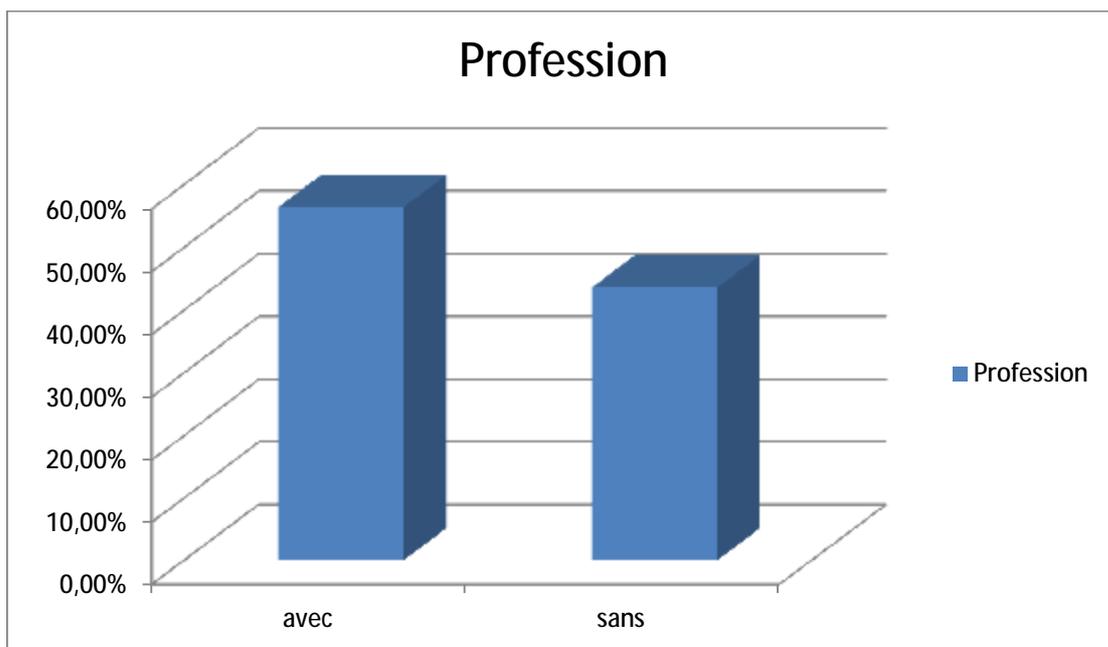


Fig n°3 : Répartition des malades selon la présence d'une profession.

5. Le niveau socio-économique :

On note 76,50% des malades ont de bas niveau socio-économique contre seulement 23,50% de moyen niveau socio-économique.

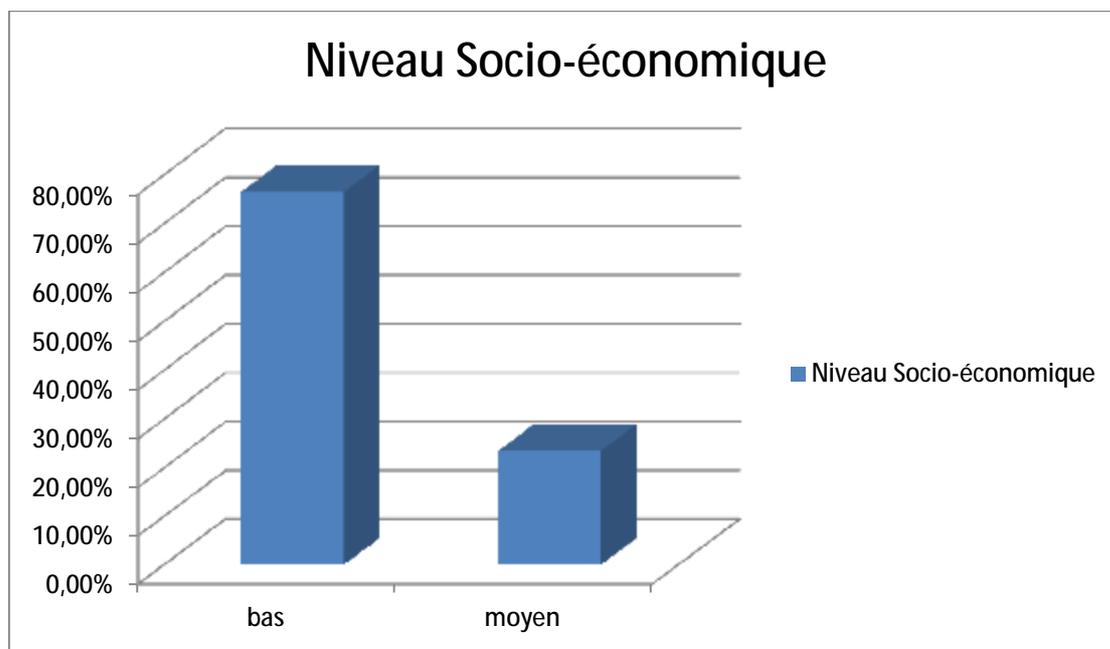


Fig n°4 : Répartition des malades en fonction de leur niveau socio-économique.

6. Lieu de résidence :

71,60% des malades habitent en milieu urbain, 23,30% en milieu rural et 5,20% sans domicile fixe.

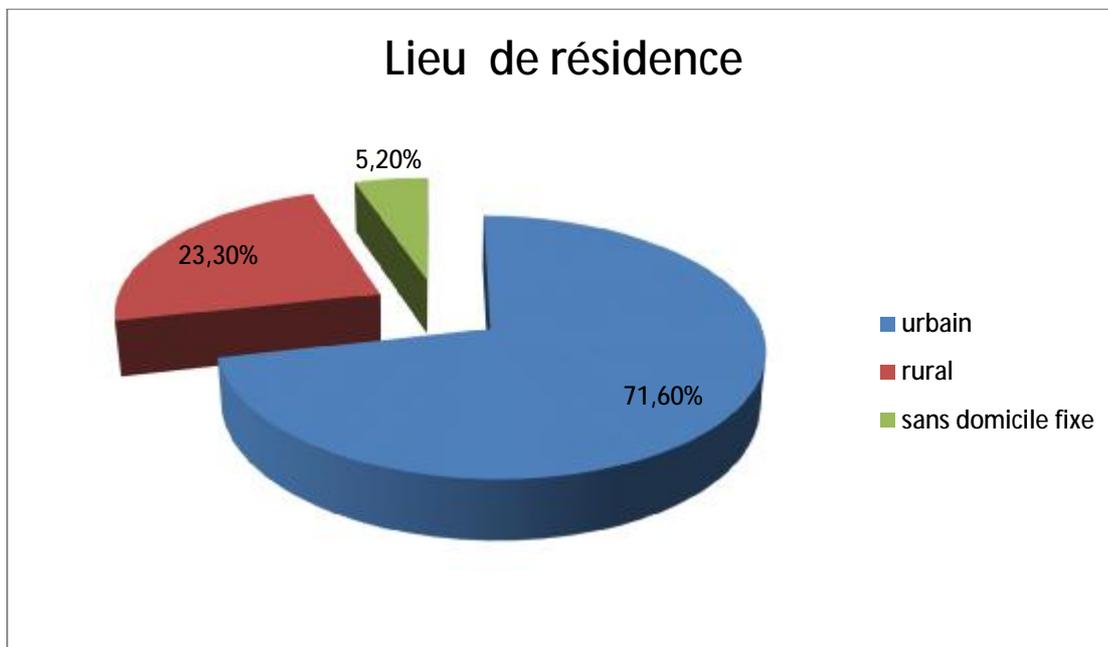


Fig n°5 : Répartition des malades selon leur lieu de résidence.

B. Données cliniques :

1. Les antécédents personnels :

1.1. ATCD de mise en chambre d'isolement :

On note 34,20% de patients ont des ATCD de mise en chambre d'isolement.

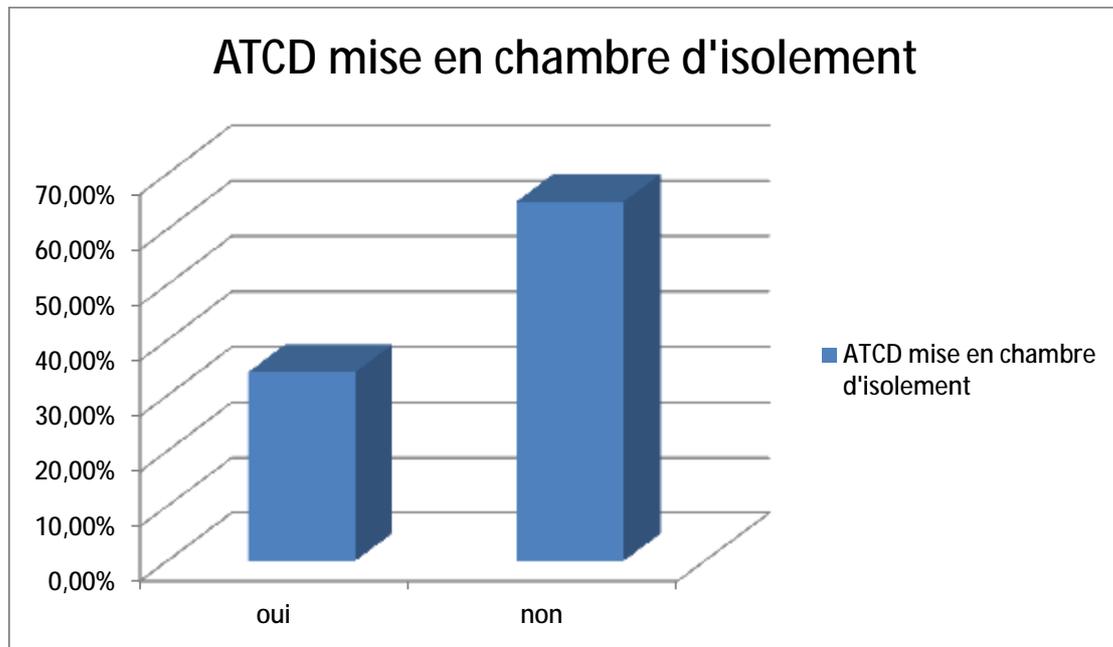


Fig n°6 : Répartition des malades en fonction de leur ATCD de mise en chambre d'isolement.

1.2. ATCD psychiatriques :

79% de patients ayant des antécédents psychiatriques d'une ou de plusieurs hospitalisations dans notre formation ou autre pour les anciens malades et de consultations pour les nouveaux malades.

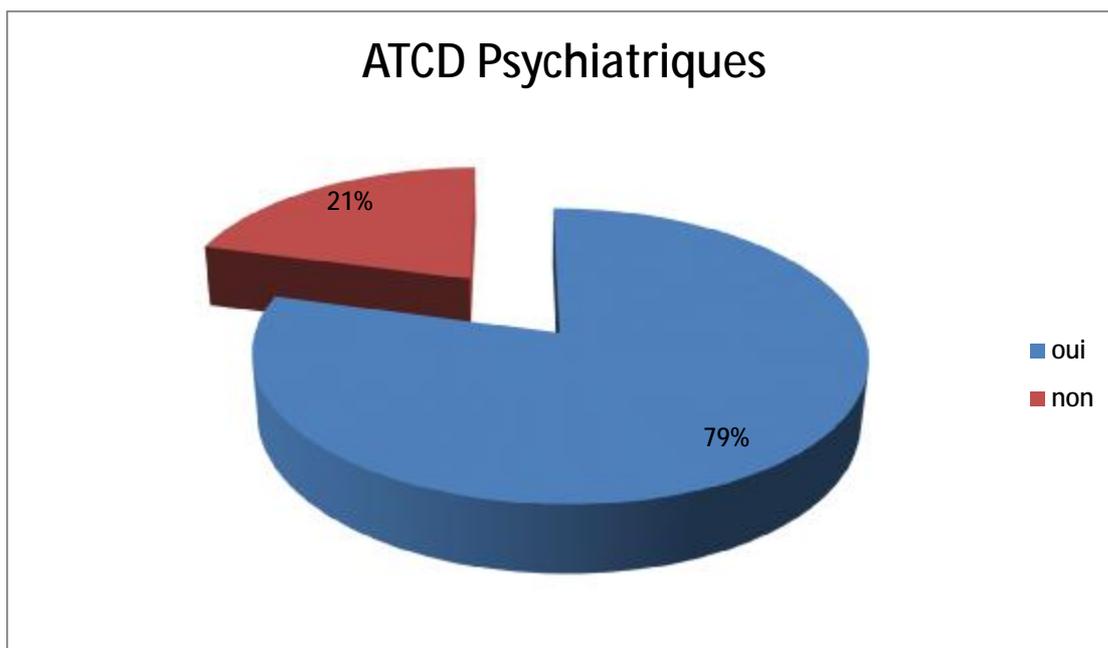


Fig n°7 : Répartition des malades en fonction de leur ATCD psychiatriques.

1.3. ATCD médico-chirurgicaux :

14,20% de patients avait des antécédents médico-chirurgicaux tels que des ATCD d'AVP, fractures dans le cadre d'une TS ou AT, opérations pour hernie inguinale ou autre...

1.4. ATCD toxiques :

On note 67,50% de patients ayant des ATCD de prise de tabac, 52,50% de cannabis et 22,50% d'alcool.

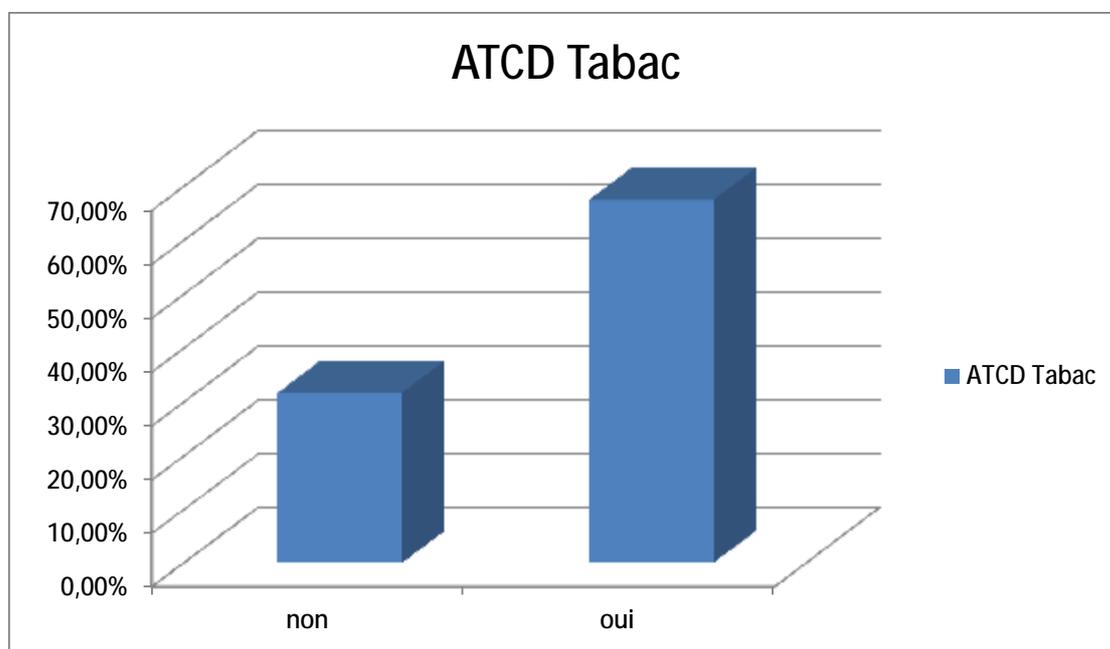


Fig n°8 : Répartition des malades en fonction de leur ATCD de prise de Tabac.

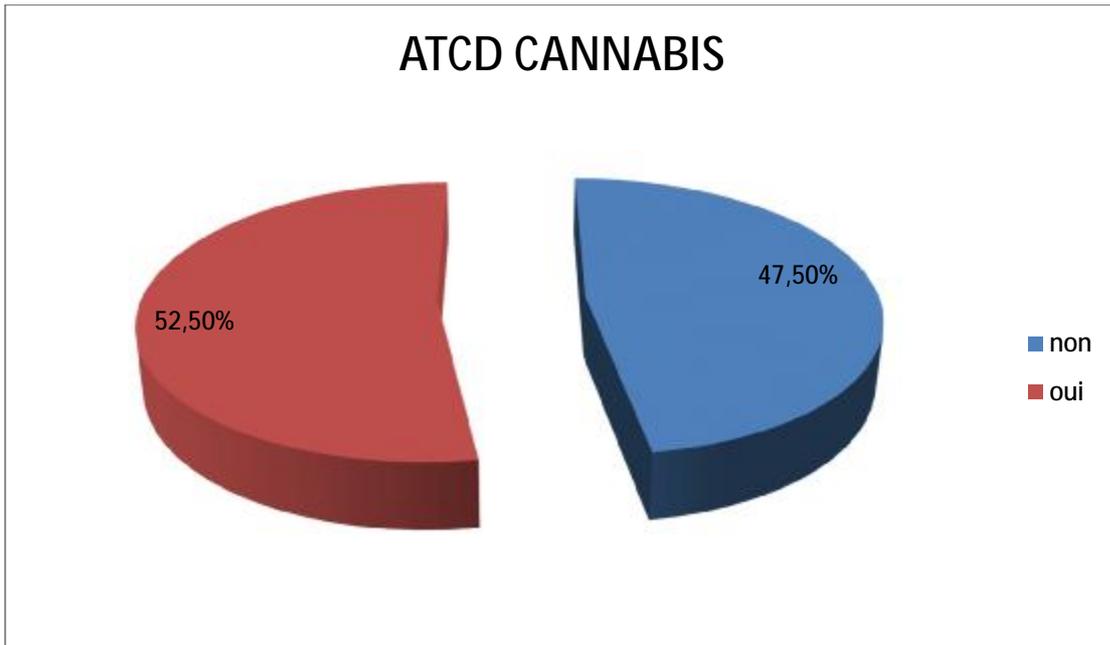


Fig n°9 : Répartition des malades en fonction de leur ATCD de prise de cannabis.

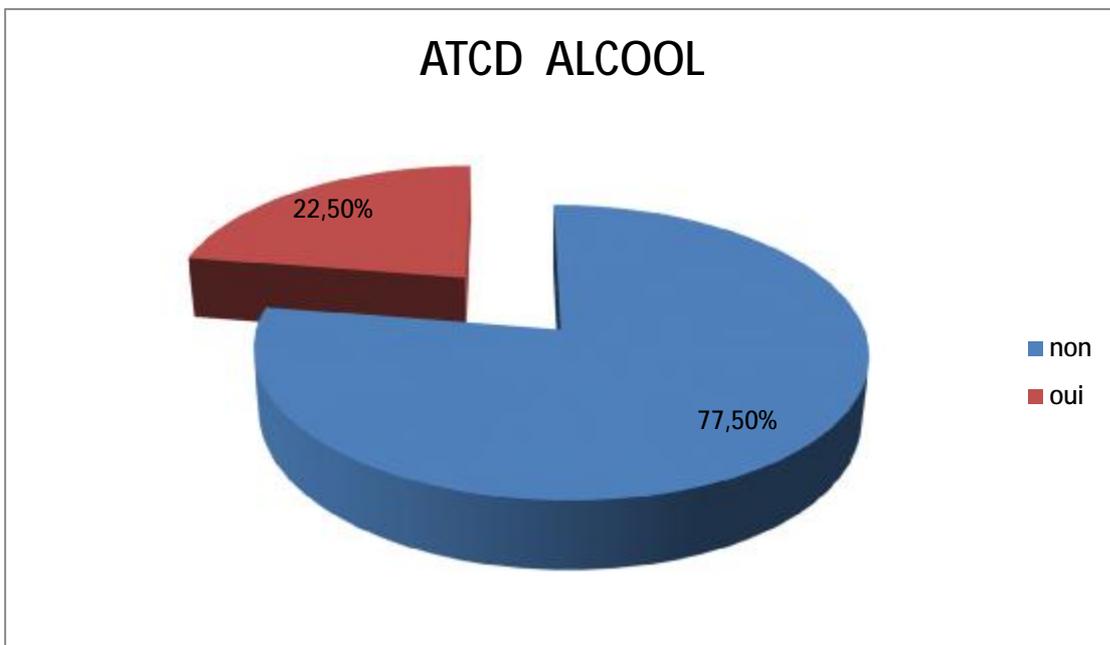


Fig n°10 : Répartition des malades en fonction de leur ATCD de prise d'alcool.

1.5. ATCD juridiques :

On note 17,50% de patients ayant des ATCD juridiques.

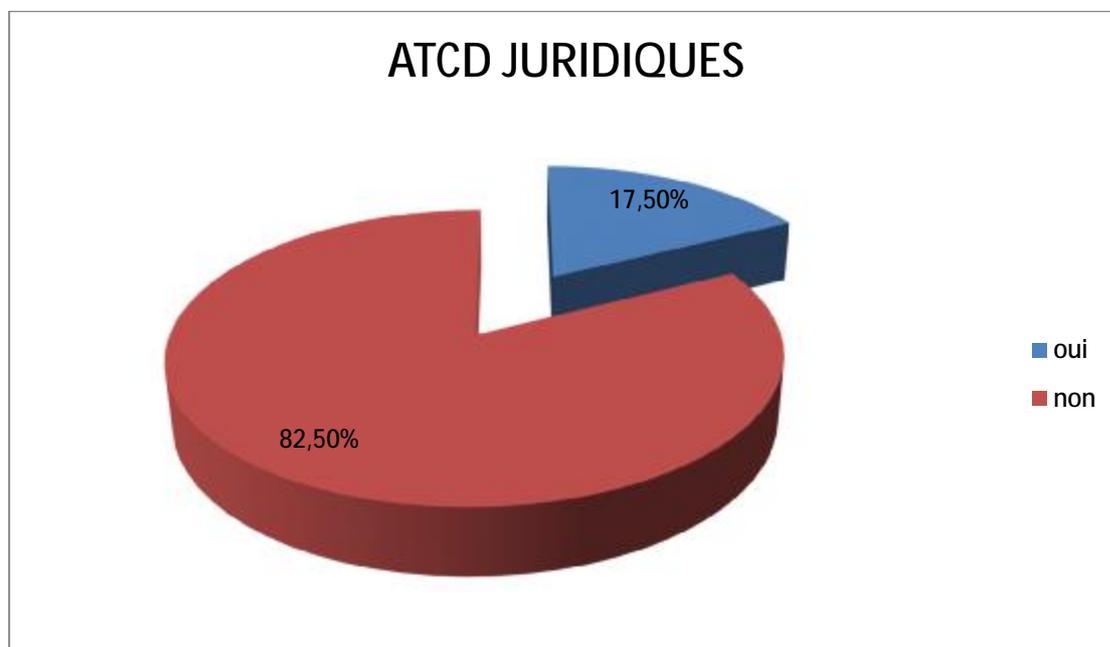


Fig n°11 : Répartition des malades en fonction de leur ATCD juridiques.

2. Le diagnostic :

Sur les 120 patients isolés, 57,7% souffraient d'une schizophrénie, 20% d'un trouble de l'humeur, 14,2% d'un accès psychotique aigu et 4,2% d'un trouble de la personnalité.

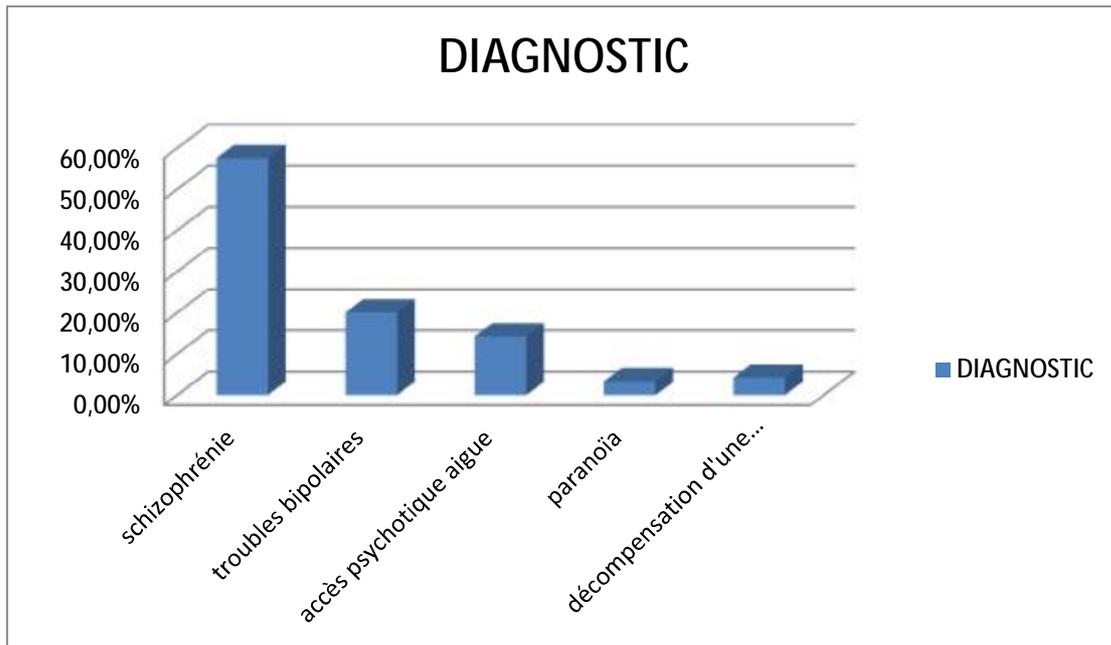


Fig n°12 : Répartition des malades en fonction de leur diagnostic.

3. Traitement prescrit :

85,80% des cas sont traités par des neuroleptiques classiques, 21,70% des cas sont traités par les NLP atypiques. 28% des patients ont accepté de prendre le traitement par voie orale, cependant les 72% restant sont été mis sous traitement injectable.

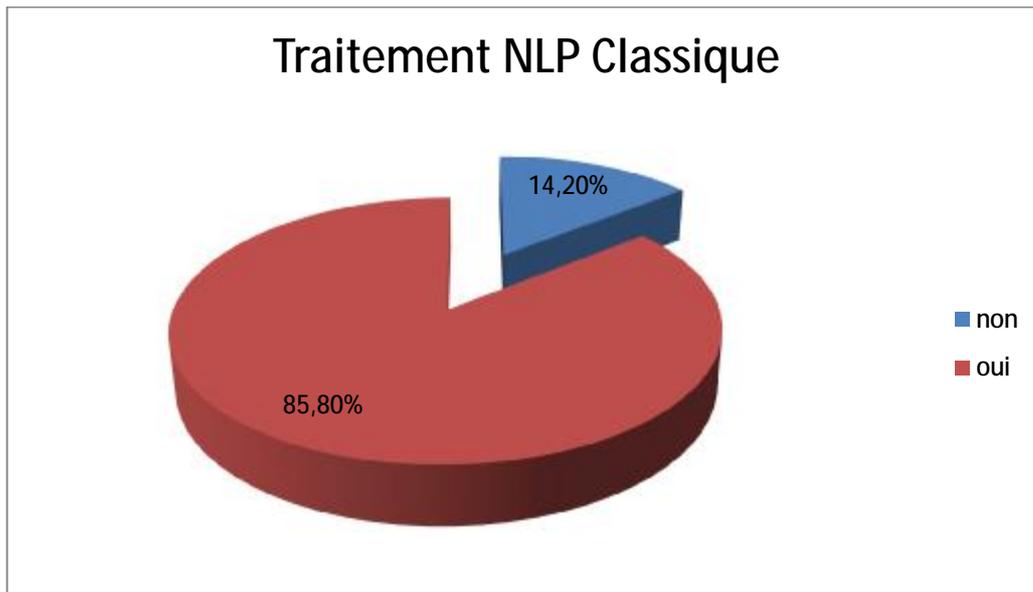


Fig n°13 : Répartition des malades selon le traitement prescrit comme des NLP classique.

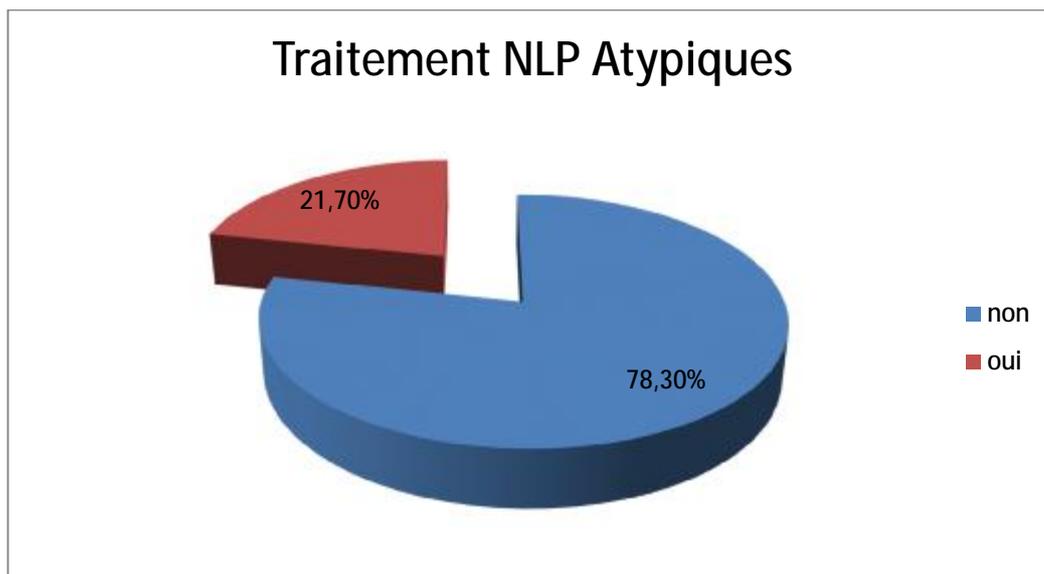


Fig n°14 : Répartition des malades selon le traitement prescrit comme des NLP atypiques.

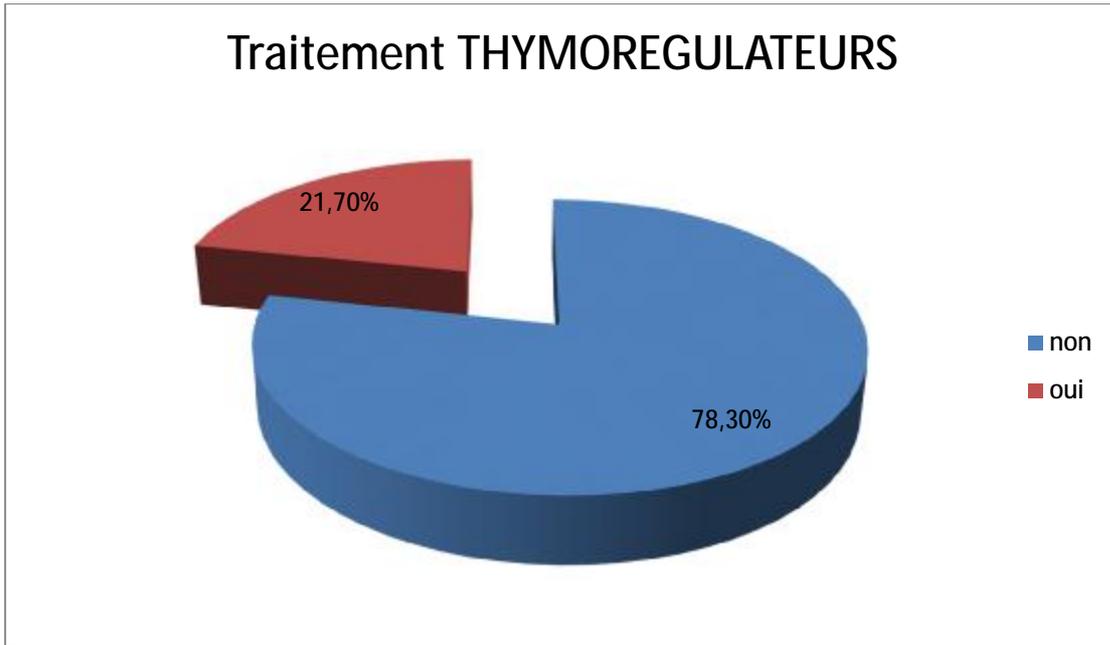


Fig n°15 : Répartition des malades selon le traitement prescrit comme des Thymorégulateurs.

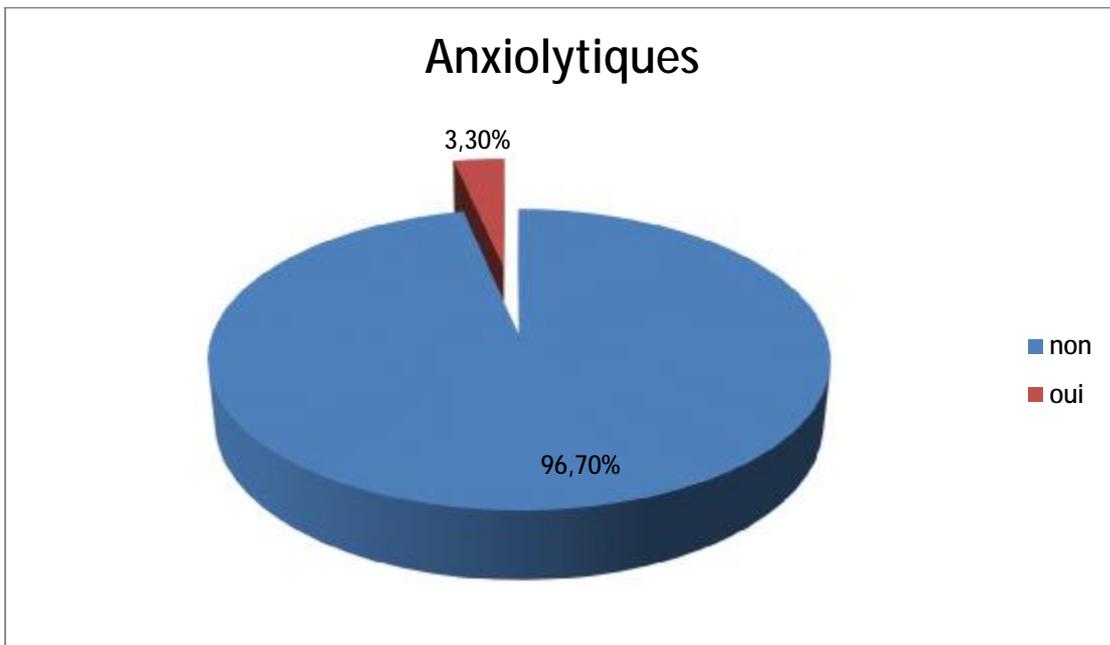


Fig n°16 : Répartition des malades selon le traitement prescrit comme des anxiolytiques.

C. Données sur la MCI :

1. Motif de mise en chambre d'isolement :

L'agitation et l'hétéro-agressivité ont constitué les principaux motifs de la mise en chambre d'isolement (MCI) avec respectivement 84,90% et 35%.

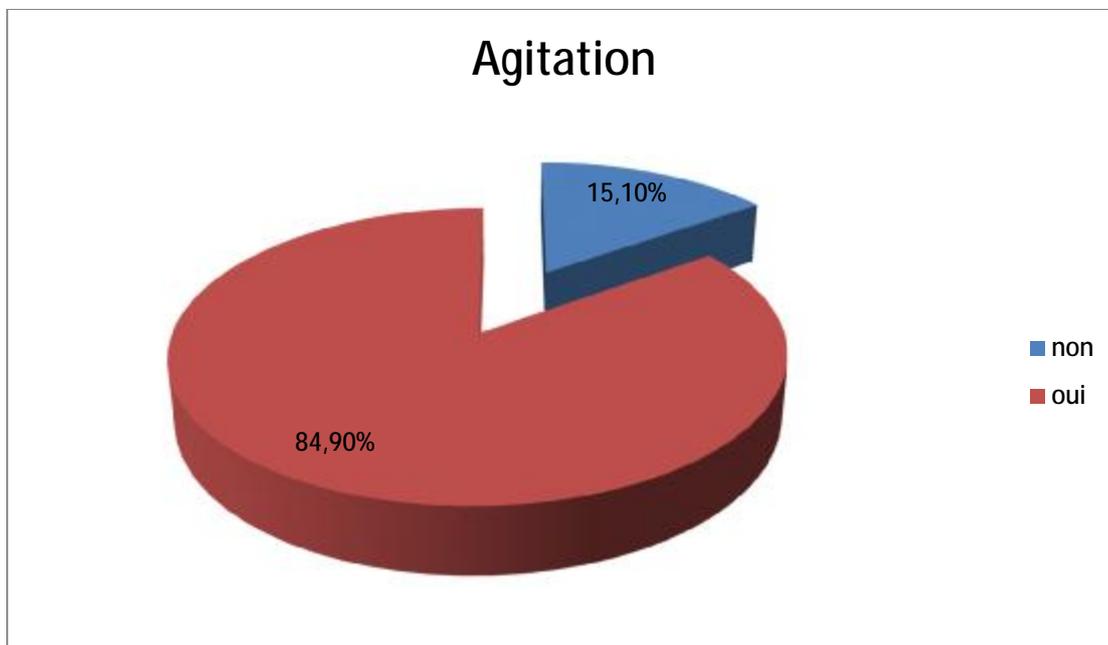


Fig n°17 : Répartition des malades selon le motif de mise en CI telle l'agitation.

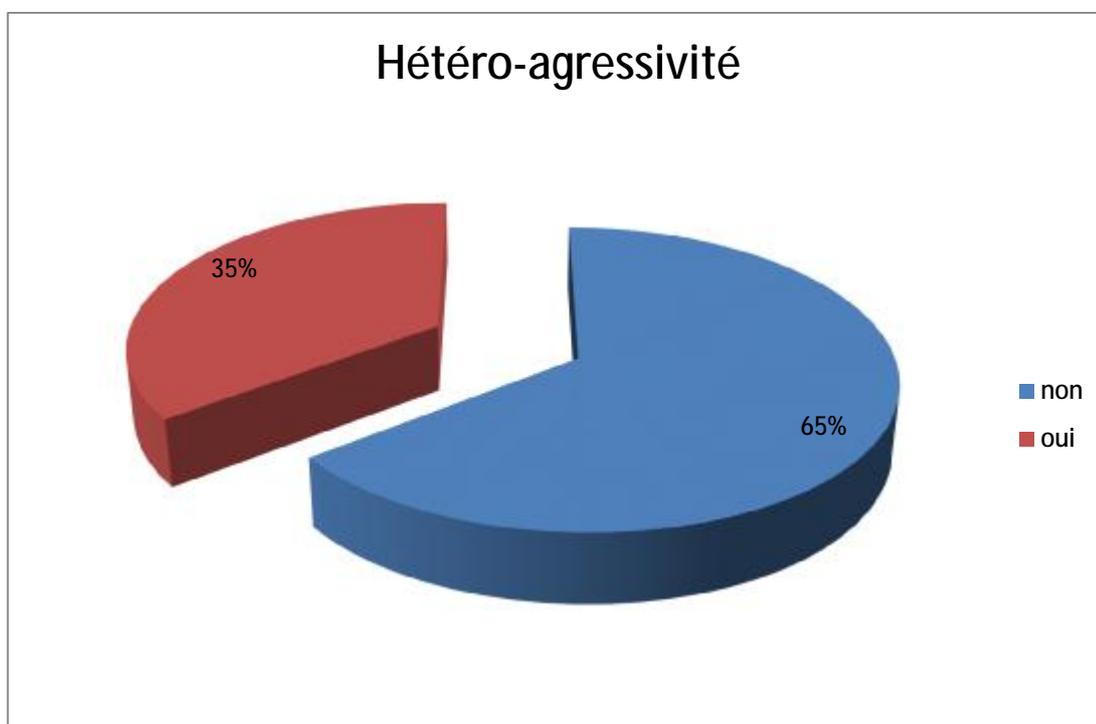


Fig n°18 : Répartition des malades selon le motif de mise en CI telle l'hétéroagressivité.

2. Fréquence :

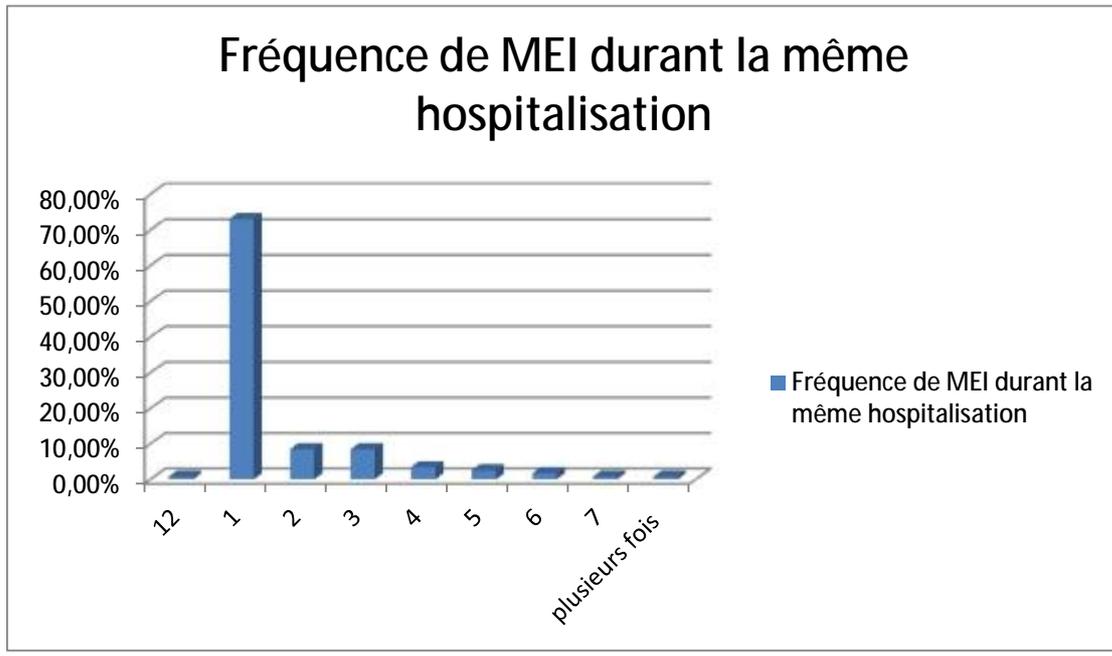


Fig n°19 : Répartition des malades selon la fréquence de MEI durant la même hospitalisation.

3. Vécu des malades dans la chambre d'isolement :

Selon les résultats obtenus, le vécu des patients reste globalement négatif avec 73% concernant le ressenti de tristesse et la contrainte à l'immobilité, mais on note aussi un apaisement du fait de l'effet calmant du traitement dans 79% des cas. 34,2% de nos patients ont été déjà mis auparavant en isolement, le délai variait entre 1 semaine et 3 ans.

Tableau n°1 : Tableau récapitulant le vécu négatif des patients au sein de la chambre d'isolement à J1 ; J7 et à la sortie. Par ordre décroissant

Vécu négatif	J1	J7	A la sortie
Contrainte à l'immobilité/ privation de liberté	77,50%	71,40%	81%
Emprisonnement	77,50%	71,40%	81%
Tristesse/Ennui/Souffrance	73%	71,40%	73,30%
Solitude/Abandon/Coupure avec l'environnement	54,50%	50%	58,50%
Peur/Insécurité	42%	50%	61%
Repas dans la CI	41,60%	42,90%	39%
Incompréhension/pourquoi moi ?	34,80%	32,10%	32%
Perturbation du rythme veille/sommeil	33,70%	39,30%	34,10%
Agressivité de la part des soignants	30,90%	24,10%	26,10%

Tableau n°2 :Tableau récapitulant le vécu positif des patients au sein de la chambre d'isolement à J1 ; J7 et à la sortie.

Vécu positif	J1	J7	A la sortie
CI= soin intensif	36%	41,40%	53,50%
Visites infirmières régulières	56,20%	65,50%	72,10%
Soins d'hygiène	32,60%	31%	41,90%
Repas en dehors de la CI/Sorties fréquentes	48,30%	51,70%	41,90%
L'effet calmant du traitement	79,80%	72%	90,70%

4. Changement du nom de la CI :

53% des malades considèrent la CI comme une prison ; 32% comme un soin intensif ; 13% comme une punition et seulement 2% comme un enfer.

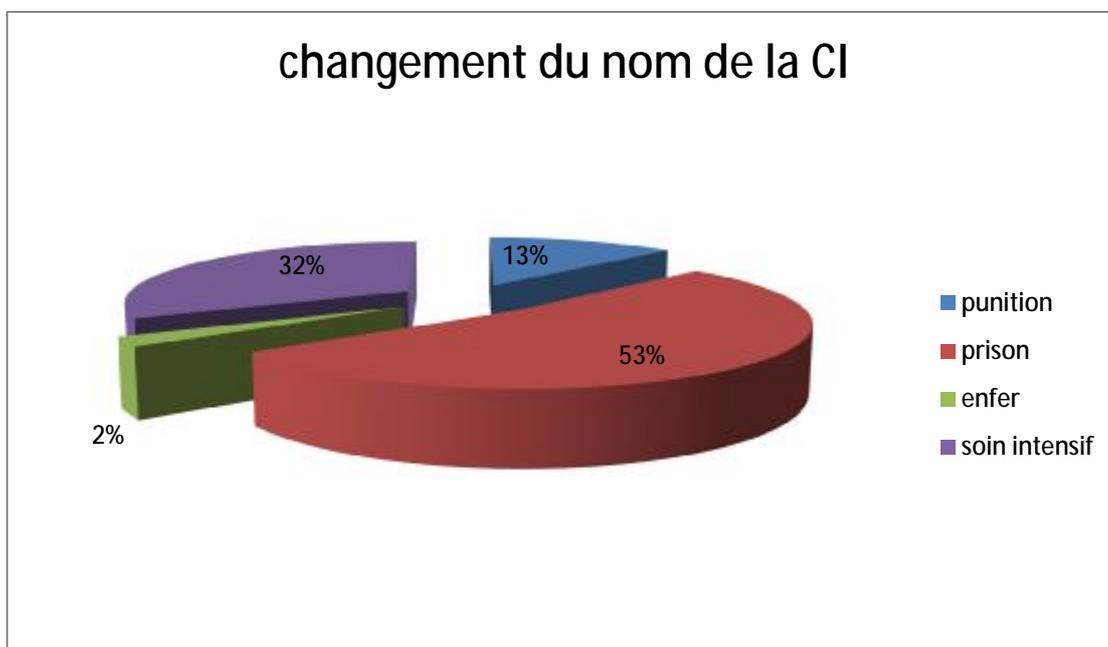


Fig n°20 : Répartition des malades selon leur avis concernant le changement du nom de la CI.

5. Durée MCI:

La durée moyenne de la MCI était de 3,4jours (1hà20jours). Seuls 29,2% des patients ont signalé lors de l'entretien leur consentement pour la MCI, deux parmi eux l'avaient même souhaitée.

6. Association isolement et contention physique :

On note dans plus de la moitié des cas une association isolement et contention physique.

7. Conditions de la CI :

78% des patients estimaient que les conditions de la chambre d'isolement étaient insupportables et invivables: climatisation non fonctionnelle, saleté et absence d'équipements.

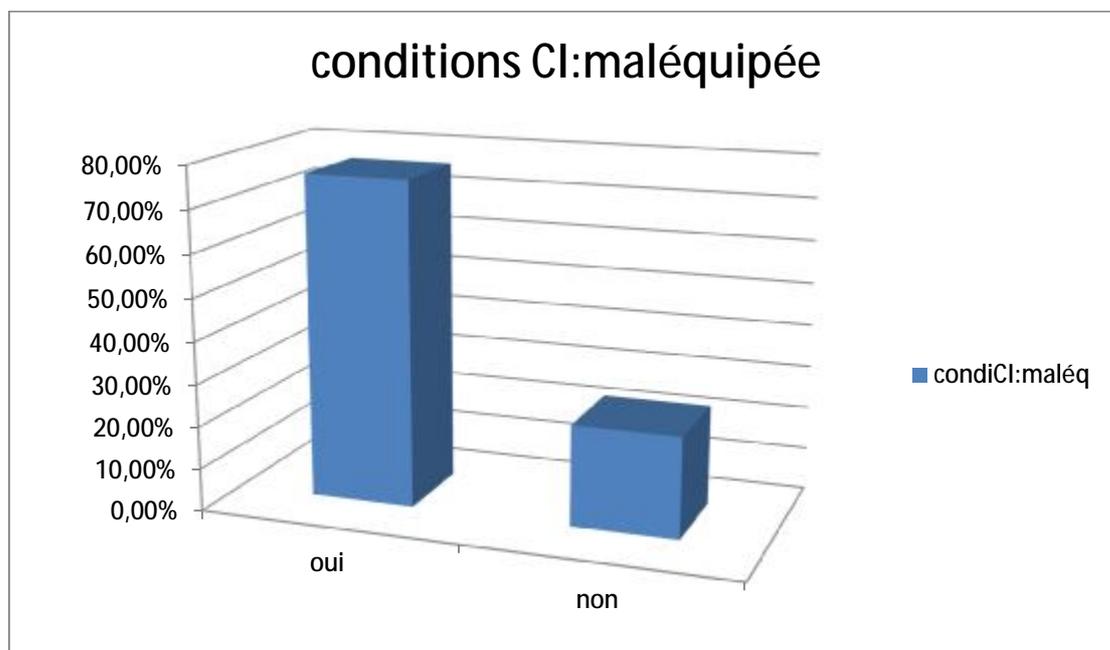


Fig n°21 : Répartition des malades selon leur avis concernant les conditions de la CI.

8. Relation soigné-soignant avant et après la MCI :

40% des patients ignoraient le motif de leur MCI et reprochaient à l'équipe soignante de n'avoir reçu que peu d'informations concernant cela. Cependant, 42% jugeaient qu'ils étaient instables et 10% admettaient qu'ils étaient agressifs.

La perception d'une agressivité de la part des soignants a été signalée par 24% des patients. La moitié des patients jugeait que les infirmiers étaient présents au cours de l'isolement, mais essentiellement pour le traitement, la cigarette et la nourriture, et le quart affirmait que les médecins étaient à leur écoute uniquement pour évaluer les troubles psychiatriques.

Après la MCI, 60% des patients ont gardé une bonne relation avec l'équipe soignante, 28% n'ont plus confiance surtout vis-à-vis des infirmiers et 18% ont éprouvé une sensation de haine et de rancune. Près du tiers des malades a défini la MCI comme étant un soin intensif.

A la sortie du service de psychiatrie, 66% des patients conseilleraient aux futurs patients candidats à la MCI de rester calme et de se patienter, 24% de crier et réclamer leur sortie, 6% de se défendre et être agressif et 4% de se suicider.

9. Evolution :

L'évolution était favorable pour 96% des patients, ils se sont calmés et stabilisés, seuls deux malades se sont compliqués : un malade s'est automutilé par du verre et une patiente a fait une fausse couche.

IV. Discussion :

1. Prévalence de l'isolement dans les hôpitaux psychiatriques :

Les premières études nord-américaines ont évalué la fréquence d'utilisation des chambres d'isolement allant de 1,9%[17]des patients hospitalisés en psychiatrie à 66%[18]. Toutefois, la majorité des études retrouve une prévalence comprise entre 5 et 26%. Toutes ces études sont antérieures aux années 1990. Les études plus récentes font état d'une prévalence inférieure à 1% [19]. Dans les États membres européens, les quelques études publiées indiquent une prévalence de mise en chambre d'isolement de 17,8% pour la Suisse, de 7,8% pour l'Allemagne [20] et de 9,55%[21]pour la Grèce. En France, peu d'études s'intéressant aux chambres d'isolement ont été publiées. L'étude de Palazzolo retrouve une prévalence de 5% [16], tout comme l'étude de Baratta[22].

Dans notre étude on a trouvé une prévalence de mise en chambre d'isolement de 13%.

2. Caractéristiques cliniques :

Dans notre étude on a trouvé 57,50% des malades souffraient de schizophrénie, 20% de troubles bipolaires, 14,20% d'accès psychotique aigue et 4,20% de trouble de personnalité. L'étude de Palazzolo retrouve 32,8% de schizophrénies, 28,4% de troubles bipolaires, 14,9% de trouble psychotique aigue transitoire et de 3% de personnalité dyssociale.

3. Perception de l'isolement par les malades :

Notre étude descriptive a permis d'apprécier le vécu des patients juste après et à distance de la MCI. Celle-ci était difficilement investie par la majorité des patients du fait même de sa configuration ce qui concorde avec les données de la littérature. Le consentement des patients était rarement obtenu lors de la MCI, qui demeure le plus souvent une mesure imposée. Il est également intéressant de noter que plus de la moitié des patients a décrit une relation soignant-soigné de mauvaise qualité ce qui justifie la réalisation d'une information approfondie au majorité des malades même à distance de cette expérience, Nos résultats sont dans ce sens plus comparables à ceux décrits par Cano et Meehan [23,24 plutôt que ceux de Palazzolo [16] qui enregistrent un effacement des ressentis négatifs au profit de l'apaisement et du soulagement.

V. Conclusion :

L'isolement doit représenter sa définition exacte : la mise en place d'un cadre thérapeutique dans lequel le fonctionnement institutionnel global, le rôle et l'attitude des soignants, les procédures de surveillance et de soin ont autant d'importance que le cadre matériel lui-même.

RESUME

La mise en chambre d'isolement a le statut d'une restriction du droit à la sûreté légitimée par l'état du patient et la mise en place de son traitement.

L'isolement peut créer trois séries de problèmes :

- Des problèmes éthiques qui interrogent le respect des libertés individuelles, l'existence de contre-pouvoirs et le respect du rôle de chacun ;
- Des problèmes cliniques qui impliquent de poser l'indication à bon escient et d'accompagner cet isolement. Il s'agit en fait d'introduire de la relation à doses de moins en moins homéopathiques, de réfléchir à ses conséquences vis-à-vis des soignés comme des soignants.
- Des problèmes pratiques autour des éléments de surveillance, autour des procédures à mettre en place, autour du contrôle de la violence.

Le but de cette étude est d'évaluer le vécu des patients atteints de maladies mentales vis-à-vis de la chambre d'isolement afin d'améliorer la prise en charge de ses malades en prenant en considération la dimension de leur vécu.

Les objectifs de cette étude :

- ü Apporter plus d'éclairage en ce qui concerne les données épidémiocliniques des patients, et les modalités de pratique de l'isolement dans une unité d'hospitalisation de psychiatrie.
- ü Evaluer le vécu des patients juste après, et à distance de leur sortie de la chambre d'isolement.
- ü Améliorer la prise en charge des malades mis en chambre d'isolement en prenant en considération la dimension de leur vécu.

C'est une étude transversale évaluant le vécu des patients mis en isolement au cours de leur hospitalisation au sein du service de psychiatrie. La population étudiée est faite de patients hospitalisés au service de psychiatrie CHU Hassan II Fès

pour diverses pathologies psychiatriques. Les sujets ont été recrutés pendant une période étalée sur 2 mois du Novembre 2013 au Décembre 2013. Les sujets mis en isolement au cours de cette période ont été tous inclus dans l'étude. Les données ont été recueillies en interrogeant directement les malades mis en isolement, en consultant leurs dossiers médicaux à l'aide d'une fiche d'exploitation bien établie en précisant l'identité, le motif de mise en isolement, antécédents personnels, diagnostic, traitement prescrit, durée du séjour en chambre d'isolement avec ou sans contention, fréquence de la mise en chambre d'isolement durant la même hospitalisation, conditions de la chambre d'isolement, vécu des patients en chambre d'isolement j1, j7 et à la sortie et le profil d'évolution.

Les résultats de l'étude sont comme suit : L'agitation et l'hétéro-agressivité ont constitué les principaux motifs de la mise en chambre d'isolement (MCI) avec respectivement 84,90% et 35%. 34,2% de nos patients ont été déjà mis auparavant en isolement, le délai variait entre 1 semaine et 3 ans et le vécu était globalement négatif. Sur les 120 patients isolés, 57,7% souffraient d'une schizophrénie, 20% d'un trouble de l'humeur, 14,2% d'un accès psychotique aigu et 4,2% d'un trouble de la personnalité. 28% des patients ont accepté de prendre le traitement par voie orale, cependant les 72% restant ont été mis sous traitement injectable. La durée moyenne de la MCI était de 3,4 jours (1h à 20 jours). Seuls 29,2% des patients ont signalé lors de l'entretien leur consentement pour la MCI, deux parmi eux l'avaient même souhaitée. 78% des patients estimaient que les conditions de la chambre d'isolement étaient insupportables et invivables: climatisation non fonctionnelle, saleté et absence d'équipements. 40% ignoraient le motif de leur MCI et reprochaient à l'équipe soignante de n'avoir reçu que peu d'informations concernant cela. Cependant, 42% jugeaient qu'ils étaient instables et 10% admettaient qu'ils étaient agressifs.

La perception d'une agressivité de la part des soignants a été signalée par 24% des patients. La moitié des patients jugeait que les infirmiers étaient présents au cours de l'isolement, mais essentiellement pour le traitement, la cigarette et la nourriture, et le quart affirmait que les médecins étaient à leur écoute uniquement pour évaluer les troubles psychiatriques.

Après la MCI, 60% des patients ont gardé une bonne relation avec l'équipe soignante, 28% n'ont plus confiance surtout vis-à-vis des infirmiers et 18% ont éprouvé une sensation de haine et de rancune. Près d'un tiers des malades a défini la MCI comme étant un soin intensif.

A la sortie du service de psychiatrie, 66% des patients conseilleraient aux futurs patients candidats à la MCI de rester calme et de se patienter, 24% de crier et réclamer leur sortie, 6% de se défendre et être agressif et 4% de se suicider.

L'évolution était favorable pour 96% des patients, ils se sont calmés et stabilisés, seuls deux malades se sont compliqués : un malade s'est automutilé par du verre et une patiente a fait une fausse couche.

BIBLIOGRAPHIE

1. FRIARD D., *L'isolement en psychiatrie séquestration ou soins*, collection souffrance psychique et soins, Masson, 2002, p. 17.
2. S BEGIN, Isolement et contention. *Revue canadienne de psychiatrie*, Vol 36, Décembre 1991, p. 752-759.
3. CELIUS AURÉLIEN, *Des maladies aiguës et des maladies chroniques*
4. V. DEPRÉ, J.M. JAMET. Op. cité, p. 45.
5. G. F. ALEXANDER, S.T. SELESNICK : Histoire de la psychiatrie, *Armand Colin* , Collection U, trad. Allers G., J. GARRET; A. RAULT, Paris 1972, p. 63.
6. D. BARBIER : La cure de Sakel, *Soins psychiatrie*, n°144, octobre 1992, p 37-41.
7. Foucault, 1972 ; Friard, 2002.
8. Bardet Blochet, 2009; Friard, 2002; Keski-Valkama et al., 2010.
9. Bergk, Flammert & Steinert, 2010; Sailas & Wahlbeck, 2005; Steinert et al., 2010.
10. Académie Suisse des Sciences Médicales, 2005.
11. F. CAROLI, *Hospitalisation psychiatrique, ancienne et nouvelle loi*, PUF, pp. 29-30-48.
12. P. MOREL, C. QUÉTEL. *Les médecins de la folie*. Pluriel, Hachette, 1985, p. 28.
13. E. TOULOUSE, Les pages oubliées : de l'emploi des cellules par Parchappe, *Revue de psychiatrie*, 9, 1897, p. 15.

14. *Pour une meilleure réponse aux besoins de santé mentale en Europe.* Assemblée parlementaire, Doc.10544. 10 mai 2005. Rapporteur Claude Evin, p. 17.
15. Recommandation R (83)2, art. 5§1.
16. J.Palazzolo.Aproposdel'utilisationdel'isolementenpsychiatrie:letémoignag edepatients.Encéphale2004.
17. K. Tardiff. Emergency control measures for psychiatric inpatients. 1981, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, volume 169, pp. 614–618.
18. H. Wadeson, et W.T. Carpenter. Impact of the seclusion room experience.1976, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, volume 163, pp. 318 à 328.
19. R. Pollard, E.V. Yanasak, S.A. Rogers et A. Tapp. Organizational and unitfactors contributing to reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit. 2007, *Psychiatry Quaterly*, volume 78, pp. 73–81.
20. V. Martin, R. Bernahrdsrütter, R. Goebel et T. Steineret. The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: a comparaison of the practice in Germany and Switzerland. 2007, *Clinical Practice Epidemiological Mental Health*, volume 3, pp. 1–6.
21. N. Bilinakis, G. Kalampokis, K. Christou et V. Peritogiannis. Use of coercitive physical measure in a psychiatric ward of a General Hospital in Greece. *International Journal Society Psychiatry*, article sous presse.
22. A. Baratta. L'utilisation de la chambre d'isolement comme soin en psychiatrie adulte. Partie I : étude pilote au centre de Brumath (EPSAN, Alsace Nord). 2009, *Perspective Psy*, volume 48, pp. 278–285.

23. .N. Cano, L. Boyer, C. Garnier et al. L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. Encéphale 2010
24. T.Meehan,VermeerC,WindsorC.Patients'perceptionsofseclusion:aqualitativ einvestigation.Journalofadvancednursing2000;31(2):370-7.
25. Bergk et al. , 2010