

Ministère de l'Enseignement Supérieur

République du Mali

et de la Recherche Scientifique

Un peuple - Un but - Une foi



Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

Année universitaire 2014 - 2015

Thèse N° .....

Titre

**ASPECTS ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET CLINIQUES DES PATIENTS PLACÉS EN  
CHAMBRE D'ISOLEMENT AU SERVICE DE PSYCHIATRIE DU CHU DU POINT G**

Thèse présentée à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie pour obtenir le  
grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'État)

Par

**M. MFOMBANG ETOLO Marc Junior**

Soutenue publiquement le 13/07/ 2015

Jury

Président : Pr Cheick Oumar GUINTO

Membre du jury : Pr Souleymane COULIBALY

Co-directeur de thèse : Dr Souleymane dit « papa » COULIBALY

Directeur de thèse : Pr Arouna TOGORA

## DÉDICACES

Papa, maman, Valérie, Francis, Éric, Jacky, cette œuvre porte la signature de toutes les valeurs qui nous unissent, ce travail vous est dédié.

À mon père, monsieur **ETOLO MFOMBANG** :

Ta sagesse, ton dévouement envers la famille et ton sens de la responsabilité font de toi un père formidable. La promptitude avec laquelle tu réponds à mes demandes me fascine toujours. Je t'aime et je te respecte comme père, mais plus encore j'ai une admiration indéfectible pour l'Homme que tu es. Merci pour avoir cru en moi et en mon projet d'études de médecine.

À ma mère, madame **MOUANDJO EWOUDOU Sara** :

Quelle femme extraordinaire tu es maman, patiente, attentionnée et infatigable. Ton énergie et ta disponibilité pour tes enfants est phénoménale. Tu m'as toujours encouragé dans cette passion pour la science et la médecine. Béni soit le Seigneur qui t'a fait si humble. Fier je le suis d'être ton fils, mon amour pour toi est fort et éternel.

À mes frères et sœurs, **NDONO Valérie, AVOM Francis, MOUANDJO Éric, EBOKO Jacky** :

Cette aventure n'aurait pas été possible sans vous, c'est vous qui m'avez toujours poussé à croire en mes capacités. Valérie, tu es protectrice, bienveillante. Francis, tu es d'un pragmatisme à toute épreuve. Éric, tu es un homme bon. Jacky, tu es courageuse et brillante. Je ne saurais quantifier tout ce que vous avez fait pour moi, c'est énorme, monumental. C'est quelque chose qui reste profondément gravé dans mon cœur et me pousse chaque fois à me surpasser. Merci à vous tous.

## REMERCIEMENTS

J'adresse un merci taille XXL à toutes ces personnes qui du Cameroun au Mali ont su parfaire ce travail ainsi que l'homme que je suis aujourd'hui.

Aux Docteurs **Souleymane COULIBALY, Zoumana DIARRA** :

Vous m'avez accueilli avec simplicité dans le service, mon handicap en bambara vous avez toujours su le compenser pour me permettre de m'épanouir et d'apprendre, c'est un geste qui me touche profondément. Ce travail nous l'avons peaufiné ensemble, merci.

Au Docteur **Mariam SIDIBE** :

Ta patience, ton tact et ton sens aiguisé du détail face au patient m'impressionne. Si je suis revenu prendre une thèse en psychiatrie, c'est aussi grâce à toi, apprendre auprès de toi a été une vraie source d'inspiration.

Au **personnel du service de psychiatrie du CHU du Point G** :

J'ai ouvert la porte d'un univers spécial en arrivant dans ce service, la convivialité, la solidarité, le dévouement pour les malades et l'esprit d'équipe qui vous anime tous est unique. J'ai vécu des conditions d'apprentissage et de travail inoubliables.

À l'**Association des Élèves, Étudiants et Stagiaires Camerounais au Mali (AEESCM)** :

La qualité du séjour au MALI, l'apprentissage du savoir vivre et la réussite des études, tout ceci je le dois en partie à l'AEESCM. J'ai aimé y être membre et j'ai aimé servir cette association.

À la promotion **DEGAULLE** :

Ah ! Quelle histoire depuis 2006. Quand je pense à vous, chaque fois qu'on se retrouve, je me dis : c'est ça la magie des études à Bamako.

À la promotion **PARIS** :

**Marianne, Noëlle, John, Mymozette, Kévin, Estelle, Joël, Daniel, Vanessa, Patric**, l'affection que j'ai développée pour vous est telle qu'aujourd'hui plus qu'une promotion que je parraine, vous êtes une famille. Et ça, le temps ni la distance ne peut l'altérer. Je vous dis merci pour la considération et l'authenticité du lien qui nous uni.

À mademoiselle **KAMGANG Victoire** :

Tu es une femme vraie, rare, pure, de la race de celle qu'on ne rencontre qu'une fois. Tu as été précieuse durant tout ce parcours et tu resteras toujours précieuse dans ma vie.

À mademoiselle **ALIMA Marie Christine** :

Une sœur, voilà ce que tu es pour moi. La facilité avec laquelle on se comprend m'a toujours émerveillé. Notre amitié est loyale et ça c'est un éternel trésor.

À monsieur **FOKAM Joël** :

À Bamako, tu resteras mon fiston, mais à jamais tu es et tu seras un frère. Si simple à vivre et très grand dans le cœur et les actes. Ma fierté est grande de t'avoir comme compagnon de route.

À mes **camarades du groupe d'étude** d'hier et d'aujourd'hui:

**GUEMDJOM Valérie** « dynamisme », **NONO Christèle** « bonne humeur », **GUETEBA Emmanuel** « confiance », **ALIMA Christine** « logique », **BAWA Ridwane** « disponible » et aussi **TALLA Franck Éric, NZIÉ Viviane**, j'ai apprécié travailler avec vous, parfois me disputer avec vous, mais aussi rires et me détendre à vos côtés. De près ou de loin, mais à jamais vous êtes inscrits dans mon ascension vers l'excellence.

À **Feu MENTZ Frédéric Nelson** et **Feu MBANGO Josiane Laure** :

Des êtres exceptionnels, vous l'étiez. Je ne saurai en dire plus, le reste je le garde précieusement dans mon cœur.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

## HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DU JURY :

Pr **Cheick Oumar GUINTO**

- ❖ *Maître de conférences agrégé en neurologie à la FMOS*
- ❖ *Responsable de l'enseignement de neurologie à la FMOS*
- ❖ *Chef de service de neurologie du CHU du Point G*
- ❖ *Coordinateur du DES en neurologie*

*Cher maître,*

La promptitude avec laquelle vous avez accepté de présider ce travail est, et restera un souvenir fort et inébranlable pour nous. Homme simple et maître patient, notre admiration est grande et notre gratitude à votre égard éternelle.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE :

**Pr Souleymane COULIBALY**

❖ *Maitre de conférences en psychologie à la FMOS*

❖ *Psychologue clinicien au CHU du Point G*

Cher maître,

Nous sommes fascinés par l'humilité dont vous faite preuve, disponible et à l'écoute, votre apport dans ce travail a été précieux. Par ces quelques mots, trouvez ici, toute notre reconnaissance.

À NOTRE MAÎTRE ET CO-DIRECTEUR :

**Dr Souleymane dit « papa » COULIBALY**

❖ *Psychiatre au CHU du Point G*

❖ *Ancien interne des hôpitaux*

Cher maître,

Prendre un sujet de thèse en psychiatrie, c'est surtout à vous que nous le devons. D'un ton posé, d'une grande générosité, d'une bienveillance remarquable, l'apprentissage et le travail à vos côtés fut riche et demeurera un trésor pour nous. Ce travail est grandement le vôtre, et merci est le seul mot capable de vous témoigner toute notre estime.

À NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR :

**Pr Arouna TOGORA**

❖ *Maitre de conférences en psychiatrie à la FMOS*

❖ *Psychiatre au CHU du Point G*

Cher maître,

D'une grande énergie, un sens pédagogique rare. La convivialité avec laquelle vous encadrez les étudiants est admirable. Votre souci du détail nous a marqué et a constitué un point fort durant tout ce travail. Recevez nos sincères remerciements.

## SOMMAIRE

<i>Liste des abréviations.....</i>	<i>2</i>
<i>Liste des tableaux.....</i>	<i>3</i>
<i>Liste des figures .....</i>	<i>5</i>
<i>I. INTRODUCTION .....</i>	<i>7</i>
<i>II. OBJECTIFS.....</i>	<i>10</i>
<i>III. GÉNÉRALITÉS.....</i>	<i>12</i>
<i>IV. MÉTHODE ET PATIENTS.....</i>	<i>28</i>
<i>V. RÉSULTATS.....</i>	<i>39</i>
<i>VI. DISCUSSION.....</i>	<i>67</i>
<i>VII. CONCLUSION.....</i>	<i>75</i>
<i>VIII. RECOMMANDATIONS .....</i>	<i>77</i>
<i>IX. BIBLIOGRAPHIE .....</i>	<i>80</i>
<i>ANNEXES.....</i>	<i>86</i>

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

**ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

**APA** : Anti Psychotique Atypique

**BDZ** : Benzodiazépine

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**CIM-10** : Classification Internationale des Maladies, dixième révision

*ddl* : Degré de liberté

**EPSAN** : Établissement Public de Santé Alsace Nord

**h** : Heure

**j** : Jour

**NB** : Nota Bene

**NPG** : Neuroleptique de Première Génération

**ONU** : Organisation des Nations Unies

*p* : Degré de signification

**W-C** : Water-Closets

## LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I</b> : Répartition des patients selon la tranche d'âge .....	40
<b>Tableau II</b> : Répartition des patients selon le sexe .....	40
<b>Tableau III</b> : Répartition des patients selon le niveau de scolarisation.....	41
<b>Tableau IV</b> : Répartition des patients selon la profession.....	41
<b>Tableau V</b> : Répartition des patients selon la modalité d'hospitalisation.....	42
<b>Tableau VI</b> : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation avant le premier placement en chambre d'isolement.....	42
<b>Tableau VII</b> : Répartition des patients selon le motif de placement en chambre d'isolement.....	43
<b>Tableau VIII</b> : Répartition des patients selon la durée du séjour en chambre d'isolement .....	43
<b>Tableau IX</b> : Répartition des patients selon le nombre de placement en chambre d'isolement.....	44
<b>Tableau X</b> : Répartition des patients selon le diagnostic clinique.....	45
<b>Tableau XI</b> : Répartition des patients selon le type de traitement de fond à base de neuroleptiques prescrit.....	47
<b>Tableau XII</b> : Relation entre l'âge et le motif de placement en chambre d'isolement.....	51
<b>Tableau XIII</b> : Relation entre le sexe et le motif de placement en chambre d'isolement.....	52
<b>Tableau XIV</b> : Relation entre le niveau de scolarisation et le motif de placement en chambre d'isolement.....	53

<b>Tableau XV</b> : Relation entre la profession et le motif de placement en chambre d'isolement.....	54
<b>Tableau XVI</b> : Relation entre la modalité d'hospitalisation et le motif de placement en chambre d'isolement.....	55
<b>Tableau XVII</b> : Relation entre le diagnostic clinique et le motif de placement en chambre d'isolement.....	56
<b>Tableau XVIII</b> : Relation entre la prescription d'une benzodiazépine et le motif de placement en chambre d'isolement.....	57
<b>Tableau XIX</b> : Relation entre l'âge et la durée de placement en chambre d'isolement.....	58
<b>Tableau XX</b> : Relation entre le sexe et la durée de placement en chambre d'isolement.....	59
<b>Tableau XXI</b> : Relation entre le niveau de scolarisation et la durée de placement en chambre d'isolement.....	60
<b>Tableau XXII</b> : Relation entre la profession et la durée de placement en chambre d'isolement.....	61
<b>Tableau XXIII</b> : Relation entre la modalité d'hospitalisation et la durée de placement en chambre d'isolement.....	62
<b>Tableau XXIV</b> : Relation entre le motif et la durée de placement en chambre d'isolement.....	63
<b>Tableau XXV</b> : Relation entre le diagnostic clinique et la durée de placement en chambre d'isolement.....	64
<b>Tableau XXVI</b> : Relation entre la prescription d'une benzodiazépine et la durée de placement en chambre d'isolement.....	65

## LISTE DES FIGURES

<b>Figure 1</b> : Fréquences de placement des patients en chambre d'isolement selon l'année d'hospitalisation.....	39
<b>Figure 2</b> : Répartition des patients selon la tonalité du vécu vis-à-vis du placement en chambre d'isolement .....	46
<b>Figure 3</b> : Répartition des patients selon le type de neuroleptiques prescrit en traitement antipsychotique.....	48
<b>Figure 4</b> : Répartition des patients selon le type de traitement de fond à base de neuroleptiques associé à une benzodiazépine.....	49
<b>Figure 5</b> : Répartition de la prescription d'autres médicaments associés au traitement de fond à base de neuroleptiques des patients.....	50

# **I. INTRODUCTION**

## I. INTRODUCTION

L'isolement est une mesure à visée thérapeutique dont le but est de soustraire l'individu à son milieu de vie habituel [1]. Le développement des centres hospitaliers, l'évolution des mœurs, de la législation et la compréhension de la maladie mentale ont permis l'introduction progressive de diverses méthodes de contention dont la chambre d'isolement dans l'arsenal de soin en psychiatrie. La législation sur l'utilisation de la chambre d'isolement est très relative en fonction des contextes social, politique, économique, et culturel de chaque pays. Le nombre de recours à cette pratique connaît ainsi des variations significatives d'un pays à l'autre. Dans la littérature, notamment sur la base d'études américaines et occidentales, les taux de patients placés en chambre d'isolement en psychiatrie varient entre 1,9% [2] et 66% [3].

L'agitation, l'agressivité, la violence sont les raisons les plus fréquentes d'utilisation de la chambre d'isolement en milieu psychiatrique hospitalier. Ces troubles du comportement ne sont pas nécessairement associés au diagnostic du patient [4]. Mais néanmoins, demeurent généralement associés à des situations d'urgences psychiatriques où le recours entre autre, à la chambre d'isolement est nécessaire afin de prévenir des blessures ou des actes violents par un patient contre lui-même et son entourage [5]. Le placement en chambre d'isolement s'avère alors être un geste thérapeutique ayant pour but d'aider une personne à retrouver son équilibre [6]. L'histoire de l'isolement au service de psychiatrie du CHU du Point G ne date pas d'aujourd'hui, où l'espace fermé par une clôture grillagée à l'entrée de celui-ci témoigne de l'époque où jadis les individus considérés comme « fous » et dangereux étaient mis à l'écart.

Acte de soin pour le patient, il n'en demeure pas moins qu'il consiste en une privation de la liberté d'autrui, droit fondamental défini par la charte des droits de l'homme de 1948, ainsi que la constitution malienne dans son article

premier. Véritable situation de compromis entre deux impératifs majeurs que sont le respect stricte de la liberté individuelle, et le besoin dans certaines circonstances d'imposer des soins. Cette pratique en milieu hospitalier nécessiterait un encadrement juridique et déontologique.

Peu d'études ont été publiées en Afrique, et au Mali où aucune étude n'a été jusqu'ici entreprise sur le sujet, ce qui révèle logiquement tout l'intérêt de cette étude au service de psychiatrie du CHU du Point G.

## **II. OBJECTIFS**

## **II. OBJECTIFS**

### **1. Objectif général**

Évaluer l'utilisation de la chambre d'isolement dans la pratique thérapeutique du service de psychiatrie du CHU du Point G.

### **2. Objectifs spécifiques**

- ❖ Déterminer la fréquence de placement des patients en chambre d'isolement.
- ❖ Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients placés en chambre d'isolement.
- ❖ Identifier les causes de placement des patients en chambre d'isolement.
- ❖ Déterminer le diagnostic clinique des patients placés en chambre d'isolement.
- ❖ Répertorier les schémas thérapeutiques suivis par les patients placés en chambre d'isolement.
- ❖ Décrire le sentiment des patients sur leur séjour en chambre d'isolement.

## **III. GÉNÉRALITÉS**

### **III. GÉNÉRALITÉS**

#### **1. Définitions**

##### **1.1 Isolement**

Mesure à visée thérapeutique dont le but est de soustraire l'individu à son milieu de vie habituel[1].

Tout placement, involontaire ou volontaire, d'un patient en chambre fermée est défini comme étant un isolement[7].

##### **1.2 Thérapeutique**

Partie de la médecine qui a pour objet le traitement des maladies[8].

##### **1.3 Contention**

La contention consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif, soit fixé sur un lit ou un siège, soit mobile comme une camisole de force[9].

Restriction, à des fins thérapeutiques, de l'espace évolutif d'un malade atteint de troubles mentaux[10].

##### **1.4 Chambre d'isolement**

La chambre d'isolement est une pièce fermée à clé pour contenir les pulsions auto ou hétéro-destructrices de personnes souffrant de troubles mentaux hospitalisées en psychiatrie[5].

##### **1.5 Urgence psychiatrique**

Demande dont la réponse ne peut être différée, nécessitant une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique[11].

#### **2. Historique**

Au dix-septième siècle, on isolait ou plutôt on écartait les fous en les rassemblant dans des lieux hors des cités. C'était la période du Grand

Renfermement où tous les indésirables de la société d'alors, étaient mêlés. On y retrouvait les prostituées, les délinquants, les opposants politiques, les débiles avec les fous authentiques. Les personnes étaient parquées dans des quartiers réservés, avec pour traitement, la contention par des chaînes et le cachot pour les plus agités, la mise au travail pour les autres avec une possibilité de libération conditionnelle après acceptation contractuelle d'un pacte moral avec l'existence humaine.

En automne 1793, Philippe Pinel, aliéniste français (1745-1826), obtint la séparation des fous et autres possédés de la masse des délinquants et asociaux. Ce fut la première reconnaissance officielle du fou. Dès lors, on ne parla plus de la folie mais d'aliénation mentale. Pour mieux cerner ceux qu'il considérait comme malades, Pinel et son élève Esquirol, psychiatre français (1772-1840) édifièrent des codes d'observation et de classification des désordres mentaux. Ils innovèrent une méthode morale pour les traiter, en substituant aux chaînes et aux mauvais traitements, un régime plus humain mais toujours empreint d'un certain degré de contrainte. On vit apparaître les camisoles de force et autres traitements physiques répressifs visant à dompter l'impulsivité du patient. Il y avait des chambres individuelles, appelées des loges, où pouvaient être enfermés les aliénés.

Grâce à la révolution française, dont les idées se sont exportées militairement et administrativement dans la plupart des états européens, l'approche de la maladie mentale se modifia enfin. En occident, une série de lois va marquer l'institutionnalisation de la folie. La loi française d'assistance du 30 juin 1838 [12], se pencha sur le sort des aliénés et la nécessité de soins. L'aliéné prend le statut de malade mental. Des établissements de soins fermés virent le jour. La justice légiféra sur des modalités de placement des malades qui furent copiées dans de nombreux pays. En Belgique, la loi dite de collocation datant de 1850, instaura les placements sous mesure de contrainte.

Après 1860, de nombreuses institutions, nommées asiles, furent érigées et gérées en auto gestion. Elles étaient construites et pensées comme une société en réduction. L'asile avait pour mission d'isoler et de contenir, c'était une machine à socialiser qui contraignait les aliénés à se plier à la règle de la vie communautaire. Il sortait le malade de son enfermement en lui-même en l'insérant dans le jeu des rapports sociaux, certes intra-asilaires, mais qui maintenaient son aptitude à vivre parmi les autres. On assista à la création des dortoirs et des réfectoires. Et, l'idée du recours à la cellule individuelle comme principe de construction psychologique mais aussi de discipline resta [13]. C'est en 1890 que le professeur français Charcot avança le principe thérapeutique du soin isolement dans le cadre de traitement de la prise en charge de l'anorexie mentale.

Avec la pensée psychanalytique et la découverte des neuroleptiques, dans le courant du vingtième siècle, la psychiatrie fit de grandes avancées dans la prise en charge du malade mental. Elle mit en cause le coté aliénant et chronicisant des institutions asilaires notamment dans le traitement de la psychose.

Depuis une cinquantaine d'années, grâce au vaste mouvement de désinstitutionalisation, l'accent est mis sur des projets de réhabilitation du malade mental dans la société. La prise en charge en milieu hospitalier se veut de moins en moins longue. L'aspiration des psychiatres contemporains est de bannir toute mesure de contrainte dans les prises en charges proposées. Cependant, leur confrontation avec la réalité de la pathologie mentale, empreinte de facteurs socioculturels, les amène encore parfois à intervenir sans ou contre le consentement de leur patient.

Au fur et à mesure du temps, l'institution asilaire a donc évolué pour devenir un centre hospitalier spécialisé. L'architecture des établissements s'est aussi

modifiée au fur et à mesure des remaniements sanitaires ainsi qu'avec l'évolution des règles légales et éthiques du respect du patient. L'hôpital psychiatrique actuel se veut un lieu de soins mais il doit encore intégrer la dimension de la gestion des agir pulsionnels des patients. En effet, la psychiatrie reste chargée par la société d'une fonction de régulation et de protection. C'est ainsi que la notion de prendre soin par un isolement perdue dans les milieux hospitaliers psychiatriques pouvant se concrétiser par la fermeture de la porte de l'unité de soins, la fermeture de la porte de la chambre du patient ou par le recours à un enfermement dans une chambre spécifiquement aménagée pour contenir le comportement pulsionnel d'un patient appelée la chambre d'isolement[14].

### **3. État d'agitation en psychiatrie**

L'état d'agitation est un trouble du comportement psychomoteur caractérisé par une hyperactivité motrice associée à une perte de contrôle des actes, de la parole et de la pensée. Il peut s'accompagner d'une violence verbale et comportementale avec agressivité.

#### **3.1 État d'agitation et schizophrénie**

Le diagnostic sera évoqué lorsque l'agitation s'associe à des interprétations délirantes, un syndrome d'influence, un syndrome dissociatif. L'absence de syntonie, la froideur, le retrait affectif et l'ambivalence en sont des traits marquants.

#### **3.2 État d'agitation et bouffées délirantes aiguës**

L'interrogatoire de la famille permet de faire le diagnostic différentiel avec un moment fécond d'une psychose chronique. L'humeur est labile, les hallucinations fréquentes et les thèmes délirants variés et nombreux.

#### **3.3 État d'agitation et épisode maniaque**

L'exaltation euphorique de l'humeur s'accompagne d'une excitation physique

et psychique caractérisée par une logorrhée avec tachypsychie, une hyperactivité ludique et une désinhibition globale. L'humeur est versatile, le contact est faible, superficiel.

### **3.4 État d'agitation et crise d'angoisse**

C'est l'attaque de panique définie par la survenue brutale d'une peur intense et sans objet. Cette peur s'accompagne d'un sentiment de mort imminente, de la peur de devenir « fou » ou de la crainte d'une catastrophe. Des signes somatiques associés peuvent masquer le tableau psychique : étouffement, oppression thoracique, palpitations, sueurs, tremblements, nausées, vomissements, sensations vertigineuses.

### **3.5 État d'agitation et trouble caractériel ou de la personnalité**

Elle est généralement réactionnelle, il s'agit d'une crise explosive chez une personne impulsive, intolérante à la frustration. Des accusations intempestives et inadaptées mettent en jeu la responsabilité du médecin dont le patient attend une réponse immédiate.

- Chez le sujet hystérique, l'agitation a un caractère théâtral et est sensible à la suggestion.
- Chez le sujet psychopathe, l'agitation est souvent secondaire aux frustrations imposées par le milieu sans possibilité d'élaboration, avec une difficulté à contrôler son impulsivité.

### **3.6 État d'agitation et épisodes dépressifs**

L'agitation motrice est déclenchée par une angoisse importante, elle peut alimenter et précipiter le passage à l'acte suicidaire.

### **3.7 État d'agitation et confusion mentale**

Caractérisée par une obnubilation et une désorientation temporo-spatiale auxquelles s'ajoute de façon variable un onirisme, sur un fond d'anxiété permanente. La confusion mentale oriente immédiatement d'abord vers une

pathologie organique.

### **3.8 État d'agitation et démence**

Dans le cadre des démences, l'agitation émaillle le plus souvent l'évolution d'une maladie constituée. La symptomatologie polymorphe associe des modifications du caractère, des épisodes de turbulence nocturne, et de sub-agitation en partie liés à la difficulté à se repérer et au sentiment anxiogène d'insécurité. Des troubles de la conscience avec onirisme et des actes agressifs.

## **4. Urgences psychiatriques**

Les urgences psychiatriques regroupent trois grands types de pathologies :

### **4.1 Urgences psychiatriques pures**

Il s'agit de décompensation aiguë d'une affection psychiatrique :

- Épisode dépressif majeur
- Épisode maniaque
- Bouffée délirante aiguë
- Psychose paranoïaque
- Schizophrénie
- Confusion mentale, etc.

### **4.2 Urgences intriquées, médico-psychiatriques**

- Intoxication éthylique aiguë
- Gestion d'une tentative d'autolyse
- Encéphalopathie alcoolique, etc.

### **4.3 Urgences liées à une situation de crise ou de détresse psychosociale**

- D'ordre réactionnel : deuil, chômage, échec scolaire, problèmes financier, professionnel, judiciaire, ...
- D'ordre relationnel : conflit conjugal, sentimental, familial, ...

## 5. Mesures de contention en psychiatrie

L'utilisation de moyens de contention comme outil de soins en psychiatrie, s'exerce dans plusieurs dimensions différentes:

- La contention physique : elle comporte tout ce qui va entraver de façon mécanique la liberté d'action du patient. Il s'agit de l'hospitalisation sous contrainte, par la privation de liberté qu'elle implique mais aussi l'utilisation de la mise en pyjama, du placement en chambre d'isolement accompagné ou non de la pose d'une contention mécanique ou entraves.
- La contention psychique : elle comporte tous les moyens qui vont agir sur le psychisme du patient afin de diminuer son agitation. Cela comprend les moyens de contention physique comme l'hospitalisation sous contrainte, la mise en pyjama, le placement en chambre d'isolement, l'utilisation de la contention mécanique qui ont une part de contention psychique en réduisant les stimuli externes et les relations interpersonnelles dont l'interprétation erronée par le malade est souvent au cœur d'un processus délirant à thème de persécution.

Les équipes soignantes ont également une fonction contenant psychique du patient malade mental qu'elles vont rassurer et soutenir, mais il faut aussi noter que l'autorité médicale et la persuasion peuvent aussi rentrer dans ce cadre.

- La contention chimique ou pharmacologique qui consiste en l'administration d'un traitement médicamenteux, souvent sédatif, réalisé par voie orale si la situation le permet et par voie injectable intramusculaire sinon, dans le but de contrôler un état pathologique [15].

## 6. Description de la chambre d'isolement

Il n'existe pas de définition consensuelle de la chambre d'isolement. Selon les lieux, elle sera appelée de différentes façons : chambre d'isolement, d'apaisement, de soins intensifs, de soins attentifs, cellule, chambre de repos,...

Néanmoins le point commun de tous ces lieux est le fait qu'ils ont été conçus pour contenir l'agressivité des patients de psychiatrie. La Chambre d'isolement peut être caractérisée ainsi :

Ils'agit d'une chambre individuelle dont l'accès se fait par une porte. Cette porte est fermée à clef et pour cette raison, dispose d'une œillère afin que le personnel soignant puisse effectuer une surveillance sans avoir à ouvrir la porte et permettant au patient de solliciter ce dernier à tout moment. Une surveillance intensive est également mise en place. Des sanitaires (W-C) sont présents. Tout matériel dangereux est exclu.

### **7. Les indications**

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

### **8. Les contre-indications**

#### **❖ Contre-indications non somatiques**

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

### ❖ **Contre-indications somatiques**

- Insuffisance cardiaque
- État infectieux
- Trouble de la thermorégulation
- Trouble métabolique
- Atteinte orthopédique
- Atteinte neurologique (épilepsie,...)
- Prise de drogue
- Prise d'alcool
- Surdosage médicamenteux, etc.

### **9. Les risques**

La mise en chambre d'isolement entraîne un certain nombre de risques liés soit au patient lui-même, soit à l'environnement de la chambre :

- Incendie
- Suicide ou tentative de suicide
- Automutilation
- Confusion
- Complications thrombo-emboliques
- Température ambiante inadéquate dans la chambre d'isolement
- Traumatisme physique

### **10. La surveillance**

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

## 11.L'intérêt d'un protocole

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

Ainsi, grâce aux visites médicales quotidiennes, le psychiatre peut suivre en temps réel l'évolution de l'état du patient et décider, si la symptomatologie le permet, de lever l'isolement [16].

C'est pourquoi par exemple en 1998 en France, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a créé un référentiel avec vingt-trois critères destinés à améliorer la pratique de l'isolement [10] :

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

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

au dossier du patient.

## **12. Le cadre juridique**

La pratique de l'isolement de malades en milieu hospitalier psychiatrique relève tant sur le plan thérapeutique d'un acte de soin, que sur le plan social et juridique d'un acte restrictif de liberté. D'où la nécessité d'une réglementation assurant un juste équilibre.

### **12.1 Sur le plan international**

#### **❖ La charte des droits de l'Homme**

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

Ce texte définit les droits civils de tout individu dans notre société, que les établissements de santé doivent respecter et d'appliquer à l'égard de tous les principes généraux du droit, sous peine de sanctions pénales. Ces principes sont les suivants :

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

#### **❖ L'Organisation des Nations Unies**

Une des grandes références du droit international est la résolution 46-119 votée par l'assemblée générale des Nations Unies le premier décembre 1991, qui insiste sur le principe de la liberté fondamentale de toute personne hospitalisée, atteinte de la maladie mentale.

En effet, par ce texte de loi fondamentale, l'Organisation des Nations Unies (ONU) indique :

- Article 2, « Tout patient a le droit d'être traité dans l'environnement le

moins restrictif possible et selon le traitement le moins restrictif ou portant le moins atteinte à son intégrité. Les soins doivent répondre à des besoins de santé et à la nécessité d'assurer la sécurité physique d'autrui ».

- Article 3, elle précise que « Toute personne atteinte de maladie mentale ou soignée comme telle, a le droit d'être protégée contre toute forme d'exploitation économique, sexuelle, ou autres, contre tous les mauvais traitements physiques ou autres et contre les traitements dégradants ».
- Article 4, l'ONU traite plus spécifiquement de l'isolement : « La contrainte physique ou l'isolement d'office du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées par le service de santé mentale et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui. Le recours à ces mesures ne doit durer que le temps strictement nécessaire à cet effet. Toutes les mesures de contraintes physiques ou d'isolement; les raisons qui les motivent, leur nature et leur étendue doivent être inscrites dans le dossier du patient. Tout patient soumis à la contrainte physique ou à l'isolement d'office doit bénéficier de conditions humaines, être soigné régulièrement et étroitement surveillé par le personnel qualifié ».

### **12.2 Dans les pays occidentaux**

Les pays européens se sont dotés de législations particulières pour organiser et encadrer les procédures de placement et de soins sans consentement. Dans certains pays, la décision de contrainte est prononcée par l'autorité judiciaire, dans d'autres, le juge intervient a posteriori.

- En Grande-Bretagne, l'isolement d'un malade sous surveillance dans une chambre qui peut être fermée à clé pour protéger les autres du danger est considéré comme une mesure de sécurité, prévue par l'Acte de Santé Mentale de 1983[17].
- En Allemagne, le paragraphe 29 de la loi du 20 mars 1985 considère les

mesures dites de sécurité particulière, qui ne sont pas considérées comme des mesures thérapeutiques : réduction de la liberté de déplacement, confiscation d'objets, séparation dans une chambre spéciale, contention.

- Au Canada, les « mesures de retrait » (appellation canadienne de l'isolement) sont définies dans la loi 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 auto-contrôle. Il s'agit d'une urgence appréhendée, à savoir un comportement potentiellement dangereux[18].

### **12.3 Au Mali**

Au Mali, il existe un vide juridique concernant la mise en isolement d'un patient, très peu de mesures législatives encadrent les procédures de placement, d'utilisation, et de soins sous contrainte en milieu psychiatrique.

Certes le Mali n'a pas encore légiféré en matière d'isolement, néanmoins des ébauches existent dans la constitution, le code des personnes et de la famille ainsi que le code de déontologie médicale.

#### **❖ La constitution[19]**

Article 1 : la personne humaine est sacrée et inviolable. Tout individu a droit à la vie, à la liberté, à la sécurité et à l'intégrité de sa personne.

Article 3 : nul ne sera soumis à la torture, ni à des sévices ou traitements inhumains, cruels, dégradants ou humiliants.

#### **❖ Le code des personnes et de la famille[20]**

Article 1 : la loi assure la primauté de la personne.

Elle interdit toute atteinte à sa religion, à sa dignité et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie.

Article 5 : il ne peut être porté atteinte à l'intégrité de la personne humaine qu'en cas de nécessité médicale pour la personne.

Le consentement préalable de l'intéressé doit être recueilli, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.

❖ **Le code de déontologie médicale[21]**

Article 2 : le respect de la vie et de la personne humaine constitue en toute circonstance le devoir primordial du médecin.

Article 24 : le médecin ou le chirurgien-dentiste, dès lors qu'il a accepté de prendre un malade en charge s'oblige :

- 1) A lui donner au besoin avec l'aide d'un tiers qualifié tous les soins médicaux que requiert son état.
- 2) A toujours se comporter avec correction et douceur envers les malades.

## **IV. MÉTHODE ET PATIENTS**

## **IV. MÉTHODE ET PATIENTS**

### **1. Cadre de l'étude : CHU du Point G**

#### **❖ Situation géographique**

Le CHU du Point G est situé sur la colline du Point G, au nord du district de Bamakoen commune III, sur la rive gauche du fleuve Niger. Il occupe une superficie de 25 hectares dont près de 70% sont actuellement bâtis.

#### **❖ Historique**

Le Point G est une dénomination militaire coloniale de repère géodésique, donnée à une colline située au nord de Bamako et dont l'hôpital porte le nom. La première pierre de l'hôpital fut posée en 1906, les travaux de construction ont duré 6 ans et l'hôpital a été fonctionnel à partir de l'année 1912. Depuis cette date, il y a eu plusieurs travaux d'extension dont :

- La construction du pavillon des indigènes en 1913
- La construction de l'école des infirmiers, du laboratoire et du service de maintenance en 1950
- La construction du nouveau bloc opératoire en 1953
- La construction du service d'urologie, d'une partie du service de cardiologie, du service de pneumo-physiologie entre 1956 et 1958
- La construction de la clôture barbelée en 1960.

Le style architectural de l'hôpital était militaire, de type pavillonnaire. Il fut transformé en hôpital civil par l'arrêté N° 174 de février 1958 portant réforme hospitalière des services de santé du Soudan pour ensuite être érigé en Établissement Public Hospitalier (EPH) par la loi N°02-048 du 22 juillet 2002. À ce jour et ce depuis la signature de la convention hospitalo-universitaire du 14 mars 2007, il est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

#### **❖ Missions**

Le CHU du Point G est une structure sanitaire de troisième référence, sur la

pyramide sanitaire du Mali. Il a pour objectif :

- Assurer les soins aux malades,
- Faire de la recherche médicale,
- Assurer la formation théorique et pratique des agents de santé.

### **1.1 Organisation et fonctionnement**

Le décret N°03-337 PRM du 7 Août 2003 fixe l'organisation et les modalités de fonctionnement du CHU.

Le CHU du Point G est placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé. Les organes d'administration et de gestion sont : le Conseil d'Administration, la Direction Générale, le Comité de Direction.

#### **❖ Le Conseil d'Administration**

Il est composé de 19 membres :

- Le président du conseil d'administration est un membre élu parmi les membres avec voix délibérative.
- Les autres membres du conseil d'administration sont élus avec des voix délibératives et des voix consultatives.

Les membres du conseil d'administration sont nommés pour une période de trois (3) ans renouvelables par décret pris en conseil de ministres sur proposition du ministre de la santé.

#### **❖ La Direction Générale**

Le CHU du Point G est dirigé par un Directeur Général (DG) nommé par décret pris en conseil de ministres sur proposition du ministre de la Santé ; il est assisté d'un Directeur Général Adjoint (DGA) nommé par arrêté ministériel (qui fixe ses attributions spécifiques) sur proposition du Directeur Général de l'hôpital. Le directeur exerce ses attributions dans les limites des lois et règlements en vigueur conformément aux dispositions des articles 68, 69, et 70 de la loi N°02-050 du 22 juillet 2002 portant la loi hospitalière.

### ❖ **Le Comité de Direction**

Le Comité de Direction est chargé d'assister le DG dans ses tâches de gestion. Le Comité de Direction comprend le DG (président), le DGA, le président de la Commission Médicale d'Établissement, le président de la Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux, le président du Comité Technique d'Établissement.

#### **1.2 Organes consultatifs**

##### **- La Commission Médicale d'Établissement**

Son organisation et ses modalités de fonctionnement sont prévus dans les articles 12, 13, 14, 15, 16, et 17 du décret N°03-337 PRM du 7 Août 2003 fixant organisation et modalité de fonctionnement du CHU du Point G.

##### **- La Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux**

Dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21, et 22 du décret N° 03-337 PRM du 7 Août 2003.

##### **- Le Comité Technique d'Établissement**

Son organisation et son fonctionnement sont prévus dans les articles 18, 19, 20, 21, et 22 du décret N° 03-337 PRM du 7 Août 2003.

##### **- Le Comité d'Hygiène et de Sécurité**

Dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par les articles 28, 29, 30, 31, 32, et 33 du décret N°03- 337 PRM du 7 Août 2003.

#### **1.3 Services existant au CHU du Point G**

##### ❖ **L'administration générale**

Elle comprend : la Direction, le Secrétariat Général, la Comptabilité, le Contrôle Financier, le Bureau des Entrées, le Service Social, le Service Informatique, le Service des Statistiques, le Service de Maintenance.

##### ❖ **Les services techniques**

- L'Anesthésie, Réanimation et Urgences
- Le service de Chirurgie, la Gynéco-obstétrique, l'Urologie et la Coeliochirurgie

- Le service d'Hémo-Oncologie
- Le service de Rhumatologie
- Le service de Médecine Interne
- Le service de Néphrologie et d'Hémodialyse
- Le service de Neurologie
- Le service de Cardiologie
- Le service des Maladies Infectieuses
- Le service de Pneumo-phtisiologie
- Le service de Psychiatrie
- Le service d'Imagerie Médicale et de Médecine Nucléaire
- Le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
- Le service de Médecine Légale et Expertise
- Le Laboratoire
- La Pharmacie Hospitalière
- La Maintenance
- La Morgue

## **2. Présentation du service de psychiatrie du CHU du Point G**

C'est le premier service de psychiatrie au sein d'un hôpital général et le troisième niveau de référence au Mali. Les bâtiments sont situés au Nord-Est dans la cour de l'hôpital.

### **❖ Les infrastructures**

Schématiquement on distingue :

« **L'ancien service** », appelé communément « cabanon » : entouré d'un enclos grillagé, c'est le premier bloc et la première construction du service, remontant au temps colonial. Il est situé à l'entrée du service, construit selon un style carcéral avec une capacité d'accueil limitée de vingt (20) lits, il recevait quatre à cinq fois ce nombre.

**Le nouveau pavillon** : abritant des salles de consultation, de soins et de garde : Situé en face de la cour grillagée, entre la cafétéria et la première case d'hospitalisation. Il est composé de deux salles de garde pour les internes, et les assistants médicaux, d'une salle de soins, de deux salles de consultation, d'un secrétariat, d'un magasin et deux toilettes.

**Le bloc administratif et des hospitalisations**, annexé à l'ancien service, il est situé au Nord-Est, et comporte trois parties :

- **Le pavillon des hommes** : composé de bureaux pour l'administration, de chambres d'isolement qui sont au nombre de quatre (4) et de grandes salles d'hospitalisation pour les malades chroniques abandonnés par leurs familles et les malades de la file active. Ce pavillon à une capacité d'accueil actuelle de vingt(20) lits d'hospitalisation.
- **Le pavillon des femmes** : il est composé de bureaux pour l'administration et de deux grandes salles pour une capacité actuelle d'hospitalisation de six (6) lits par salle. La terrasse de ce pavillon sert de lieu de spectacle pour les séances de « Kotèba » thérapeutique.
- **Le bloc des cases** : il est construit en matériaux locaux et prévu pour les hospitalisations de malades avec accompagnants. Ces cases servent de moyens pour intégrer la famille dans la prise en charge du patient. Ce bloc est composé de vingt et une (21) cases de deux places chacune.

Au centre du service, se trouve une coupole construite également en matériaux locaux, sous laquelle se tiennent les séances de psychothérapie de groupe et parfois la visite hebdomadaire des malades.

Le terrain de sport : situé entre la cafétéria et le service de Pneumo-physiologie.

### ❖ **Le Personnel**

Il est composé de :

- Trois (3) Maîtres de conférences dont un Psychologue clinicien et un Pédopsychiatre
- Un (1) Maître Assistant
- Deux (2) anciens Internes des Hôpitaux
- Trois (3) Médecins Généralistes
- Douze (10) Assistants Médicaux spécialisés en psychiatrie
- Un (1) Technicien de Santé
- Un (1) Technicien de Développement Communautaire (Assistant Social)
- Quatre (4) Techniciens de Surface
- Trois (3) Agents de Sécurité
- Les étudiants en DES
- Des étudiants hospitaliers, des étudiants stagiaires en médecine, des étudiants des différentes écoles de santé et de l'INFSS (Institut National de Formation en Sciences de la Santé) et les stagiaires-psychologues.
- Un groupe d'animateurs en art dramatique, contractuel, vient tous les Vendredi à partir de 8 heures pour des représentations artistiques du « Kotèba » thérapeutique.

**❖ Le Fonctionnement du service de psychiatrie :**

Le service fonctionne sur le mode de « psychiatrie de type communautaire » et les activités qui y sont menées sont :

- Des activités de soins (consultations et hospitalisations),
- Des activités de formation,
- Des activités de recherche.

Tous les jours la garde est assurée par une équipe constituée d'un médecin, d'un assistant médical, d'un étudiant faisant fonction d'interne, d'un technicien de surface, et de deux agents de sécurité. Une visite hebdomadaire (tous les jeudis) aux malades, est effectuée par l'ensemble du personnel médical et paramédical.

Le « Kotèba » thérapeutique : il s'agit d'une technique d'animation traditionnelle utilisée dans le service à des fins thérapeutiques à l'image du psychodrame de MORENO. Chaque vendredi, un groupe d'animateurs sous la supervision du psychologue, anime le « Kotèba » thérapie. La séance est ouverte au public. La séance fermée ou « Kotèba » séance intime est organisé avec un seul malade, ses parents et le psychologue.

### **3. Période d'étude**

Cette étude s'est étendue de Janvier 2009 à Août 2014 soit une durée de 5ans et 8 mois.

### **4. Type d'étude**

C'était une étude descriptive, transversale à collecte mixte, principalement rétrospective (Janvier 2009 à Décembre 2013) mais aussi prospective (Janvier 2014 à Août 2014) de données se rapportant aux patients ayant séjourné en chambre d'isolement.

### **5. Population d'étude**

Étaient concernés, les patients ayant effectué un séjour en chambre d'isolement durant leur période d'hospitalisation.

### **6. Echantillonnage**

Il a été réalisé de manière exhaustive en prenant en compte tous les patients hospitalisés et ayant séjourné en chambre d'isolement entre Janvier 2009 et Août 2014.

### **7. Critères d'inclusion**

Ont été inclus :

Les patients placés en chambre d'isolement au cours de leur hospitalisation, durant la période concernée.

### **8. Critères de non inclusion**

N'ont pas été inclus :

- Les patients n'ayant pas été hospitalisés durant la période concernée,
- Les patients hospitalisés durant la période concernée mais n'ayant pas séjourné en chambre d'isolement.

### **9. Type de variables mesurées**

- Données sociodémographiques
- Données cliniques
- Données thérapeutiques

### **10. Technique de collectes des données**

Les patients ont été recrutés par le biais des dossiers d'hospitalisation du service de psychiatrie.

L'outil élaboré pour le recueil des données était une fiche d'enquête individuelle dont un exemplaire est présenté à l'annexe 1.

Un pré-test consistant à identifier 10 dossiers d'hospitalisation et à remplir 10 fiches d'enquête, a été réalisé permettant d'apporter des ajustements à la fiche d'enquête selon les objectifs que nous visions pour cette étude.

### **11. Saisie et exploitation des données**

La saisie de la fiche d'enquête et du document a été réalisée via le logiciel Microsoft Word® version 2013, et la mise en graphique à l'aide du logiciel Microsoft Excel® version 2013. L'analyse des données récoltées a été effectuée sur le logiciel SPSS® version 18.0.

Pour l'analyse descriptive, les variables suivantes ont été créées :

Concernant la modalité d'hospitalisation,

- HDT : hospitalisation à la demande d'un tiers
- HL : hospitalisation libre
- HO : hospitalisation d'office

Concernant le motif de placement en chambre d'isolement,

- Motif A : agitation psychomotrice avec menace de passage à l'acte hétéro-agressif
- Motif B : agitation psychomotrice simple sans menace de passage à l'acte hétéro-agressif
- Motif C : passage à l'acte hétéro-agressif contre un patient ou un soignant ou un accompagnant
- Motif D : prévention de fugue
- Motif E : refus de traitement *pers os*

Selon que les variables étaient quantitatives ou catégorielles, la détermination des paramètres de position (moyenne) et de dispersion (écart type), ou le calcul des effectifs et fréquences relatives étaient privilégiés.

Pour la recherche des corrélations avec les variables suivantes :

- Motif de placement en chambre d'isolement,
- Durée de placement en chambre d'isolement.

Deux groupes ont été à chaque fois créés, soient :

- (Motif C de placement en chambre d'isolement et autres motifs de placement en chambre d'isolement),
- (Placement de moins d'une semaine en chambre d'isolement et placement de plus d'une semaine en chambre d'isolement).

En fonction des conditions d'application liées aux effectifs des groupes de variables des tableaux de contingence, le test exact de Fisher a été utilisé. Le seuil de signification statistique était fixé à 0,05.

## **12. Considérations éthiques**

De Janvier 2014 à Août 2014 où l'étude était prospective, à chaque entretien avec les patients ayant participé à notre évaluation sur le sentiment vis-à-vis du séjour en chambre d'isolement, une explication détaillée leur était donnée au préalable sur le but, les objectifs de cette démarche, et un accent particulier a été

mis sur le caractère anonyme et la confidentialité des informations obtenues, ceci afin d'obtenir le consentement éclairé et assurer le respect des droits et des libertés de ces derniers.

### **13. Difficultés rencontrées**

La collecte des informations et données nécessaires et pertinentes a été difficile du fait de la notification non systématisée des renseignements dans les dossiers médicaux concernant le placement des patients en chambre d'isolement.

### **14. Limites de l'étude**

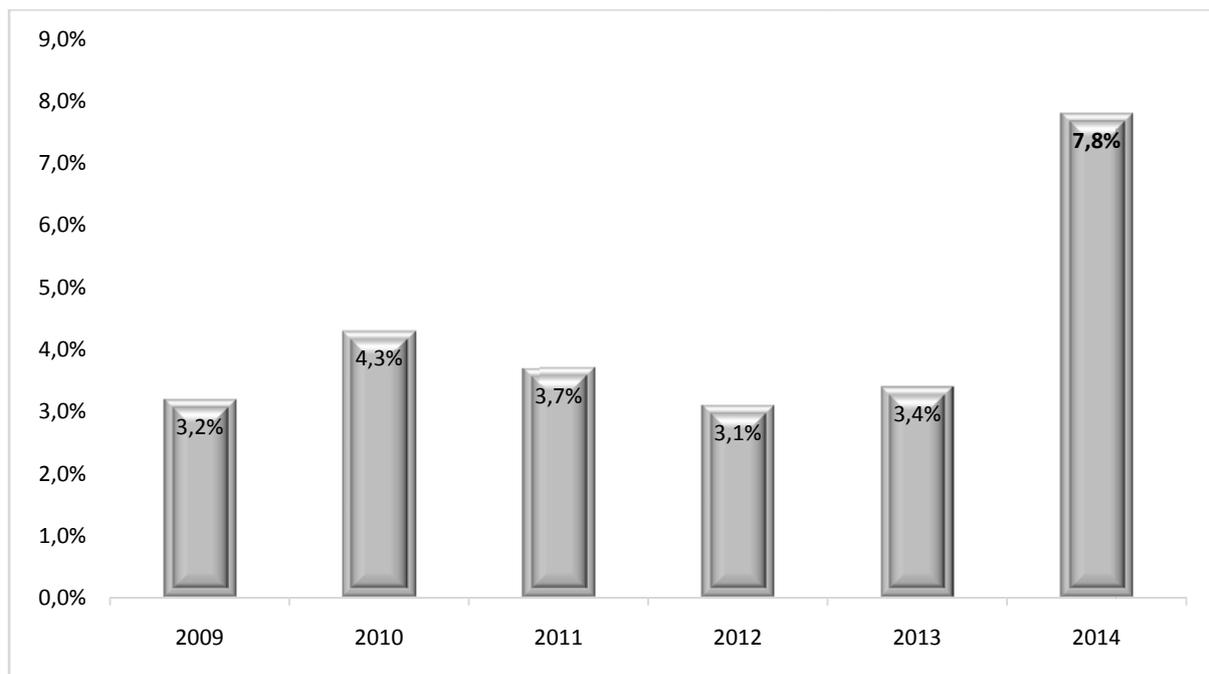
Le caractère principalement rétrospectif de l'étude ne permettait pas un recoupement optimal des données du fait de la difficulté d'exploitation des dossiers d'hospitalisation.

## V. RÉSULTATS

## V. RÉSULTATS

### A. Résultats descriptifs

Le dépouillement de tous les dossiers d'hospitalisation, au nombre total 1567 pour le compte de Janvier 2009 à Août 2014 a permis de retenir 62 dossiers répondants aux exigences de notre étude, soit un taux de placement en chambre d'isolement de 4,0 % sur cette période.



**Figure 1** : Fréquences de placement des patients en chambre d'isolement selon l'année d'hospitalisation

Sur l'étendue de la période concernée, la fréquence annuelle moyenne de placement en chambre d'isolement était de 4,5% avec un écart type de 1,8% et des valeurs extrêmes à 3,1% en 2012 et 7,8% en 2014.

## 1. Caractéristiques sociodémographiques

**Tableau I** : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranches d'âge	Effectif	Fréquence
Moins de 20 ans	6	9,7 %
<b>20 à 34 ans</b>	<b>44</b>	<b>71,0 %</b>
35 à 49 ans	11	17,7 %
50 ans et plus	1	1,6 %
Total	62	100,0 %

Les plus concernés par le placement en chambre d'isolement étaient les patients de 20 à 34 ans, dans 71,0% des cas. L'âge moyen était de 30,3 ans avec un écart type de 8,4 anset des valeurs extrêmes à 17 et 52 ans.

**Tableau II** : Répartition des patients selon le sexe

Sexe	Effectif	Fréquence
<b>Masculin</b>	<b>55</b>	<b>88,7 %</b>
Féminin	7	11,3 %
Total	62	100,0 %

Le sexe masculin avec 88,7 % était le plus représenté, et un sex-ratio de 7,9.

***Tableau III*** : Répartition des patients selon le niveau de scolarisation

Niveau de scolarisation	Effectif	Fréquence
Non scolarisé	13	21,0 %
<b>Primaire</b>	<b>21</b>	<b>33,9 %</b>
Secondaire	11	17,7 %
Supérieur	15	24,2 %
Non précisé	2	3,2 %
Total	62	100,0 %

Les patients avaient effectué des études de niveau primaire dans 33,9% des cas.

***Tableau IV*** : Répartition des patients selon la profession

Profession	Effectif	Fréquence
<b>Commerçant</b>	<b>15</b>	<b>24,2 %</b>
Fonctionnaire	2	3,2 %
Cultivateur	9	14,5 %
Enseignant	3	4,8 %
Élève / Étudiant	11	17,7 %
Artisan / Ouvrier	7	11,3 %
Guide touristique	1	1,6 %
Ménagère	1	1,6 %
Sans emploi	8	12,9 %
Non précisé	5	8,1 %
Total	62	100,0 %

Des patients placés en chambre d'isolement, 24,2 % étaient des commerçants.

## 2. Clinique

**Tableau V** : Répartition des patients selon la modalité d'hospitalisation

Modalité d'hospitalisation	Effectif	Fréquence
HDT	61	98,4 %
HL	0	0,0 %
HO	1	1,6 %
Total	62	100,0 %

Les patients étaient hospitalisés à la demande d'un tiers dans 98,4% des cas.

**Tableau VI** : Répartition des patients selon la durée d'hospitalisation avant le premier placement en chambre d'isolement

Durée d'hospitalisation	Effectif	Fréquence
Moins de 24 h (admission)	45	72,6 %
24 h à 4 semaines (courte)	16	25,8 %
Plus de 4 semaines (longue)	1	1,6 %
Total	62	100,0 %

Dans 72,6% des cas, les patients étaient placés en chambre d'isolement moins de 24heures après leur hospitalisation.

**Tableau VII** : Répartition des patients selon le motif de placement en chambre d'isolement

Motif d'isolement	Effectif	Fréquence
Motif A	20	32,3 %
Motif B	4	6,5 %
<b>Motif C</b>	<b>31</b>	<b>50,0 %</b>
Motif D	4	6,5 %
Motif (A + D)	1	1,6 %
Motif (B + D)	1	1,6 %
Motif (D + E)	1	1,6 %
Total	62	100,0 %

Le placement en chambre d'isolement était motivé par le passage à l'acte hétéro-agressif contre un patient ou un soignant ou un accompagnant dans 50,0% des cas.

**Tableau VIII** : Répartition des patients selon la durée du séjour en chambre d'isolement

Durée de l'isolement	Effectif	Fréquence
Moins de 24h	4	6,5 %
<b>1 à 7 j</b>	<b>32</b>	<b>51,6 %</b>
8 à 15 j	24	38,7 %
Plus de 15 j	2	3,2 %
Total	62	100,0 %

Les patients séjournèrent 1 à 7 jours en chambre d'isolement dans 51,6 % des cas.

***Tableau IX*** : Répartition des patients selon le nombre de placements en chambre d'isolement

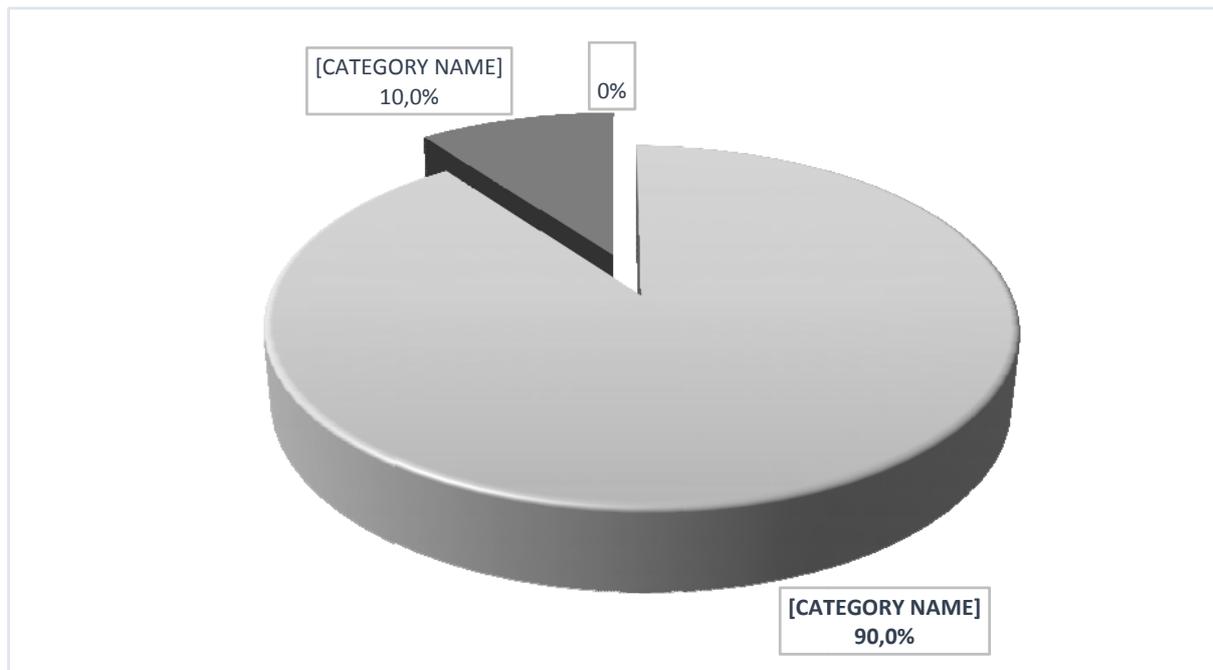
<b>Nombre de placements</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence</b>
<b>1 placement</b>	<b>59</b>	<b>95,2 %</b>
2 placements	3	4,8 %
Total	62	100,0 %

Au cours de leur hospitalisation des patients étaient placés une seule fois en chambre d'isolement dans 95,2 % des cas.

**Tableau X** : Répartition des patients selon le diagnostic clinique

Diagnostic CIM-10	Effectif	Fréquence
<b>Schizophrénie (F20.)</b>	<b>15</b>	<b>24,2 %</b>
Trouble délirant persistant(F22.)	11	17,7 %
Trouble affectif bipolaire (F31.)	7	11,3 %
Trouble psychotique aigu et transitoire (F23.)	13	21,0 %
Trouble spécifique de la personnalité (F60.)	2	3,2 %
Trouble mental et du comportement lié à l'utilisation de drogues multiples et trouble lié à l'utilisation d'autres substances psychoactives (F19.-)	2	3,2 %
Episode maniaque (F30.)	8	12,9 %
Trouble anxieux et dépressif mixte (F41.2)	1	1,6 %
Non précisé	3	4,8 %
<b>Total</b>	<b>62</b>	<b>100,0 %</b>

Les patients atteints de schizophrénie étaient les plus concernés, soit 24,2% des cas.



***Figure 2*** : Répartition des patients selon la tonalité du vécu vis-à-vis du placement en chambre d'isolement

Parmi les 10 patients interrogés, 9 soit 90,0% ont décrit un sentiment négatif par rapport à leur séjour en chambre d'isolement.

***NB*** :

- Sentiment positif : joie, satisfaction,...
- Sentiment négatif : colère, angoisse, indignation, humiliation, tristesse,...

### 3. Traitement

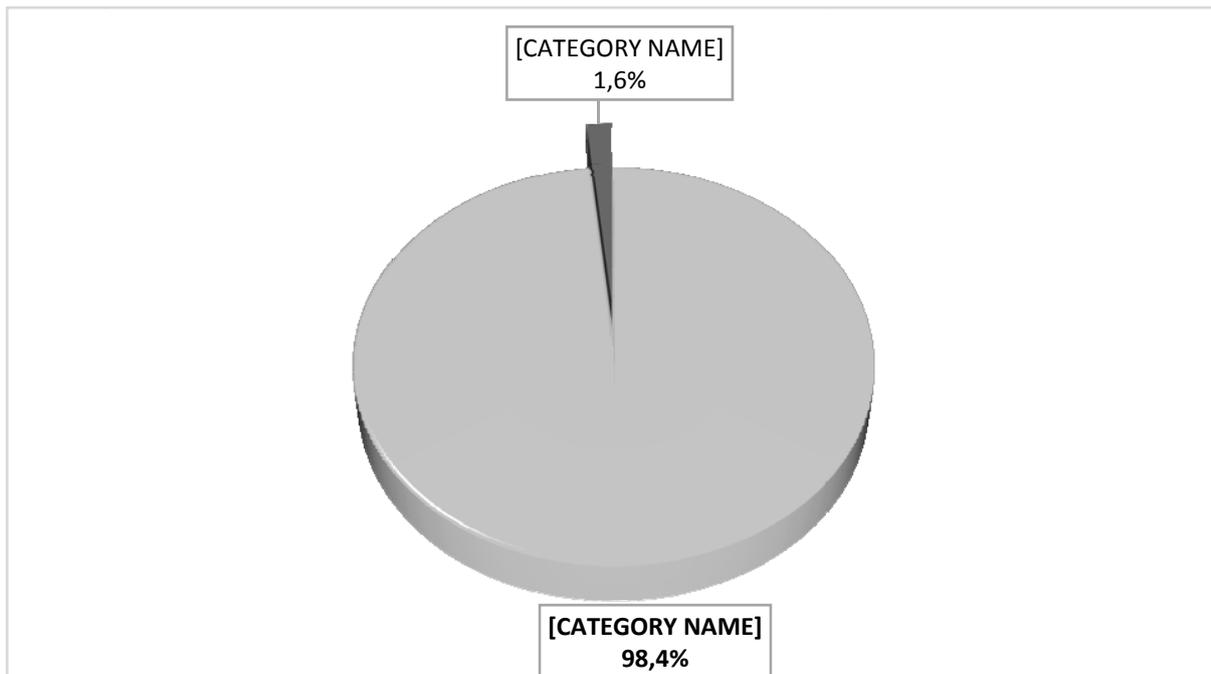
**Tableau XI** : Répartition des patients selon le type de traitement de fond à base de neuroleptiques prescrit

Type de traitement de fond à base de neuroleptiques	Effectif	Fréquence
Monothérapie	2	3,2 %
<b>Bithérapie</b>	<b>60</b>	<b>96,8 %</b>
Total	62	100,0 %

Le type de traitement de fond à base de neuroleptiques prescrit était une bithérapie dans 96,8 % des cas.

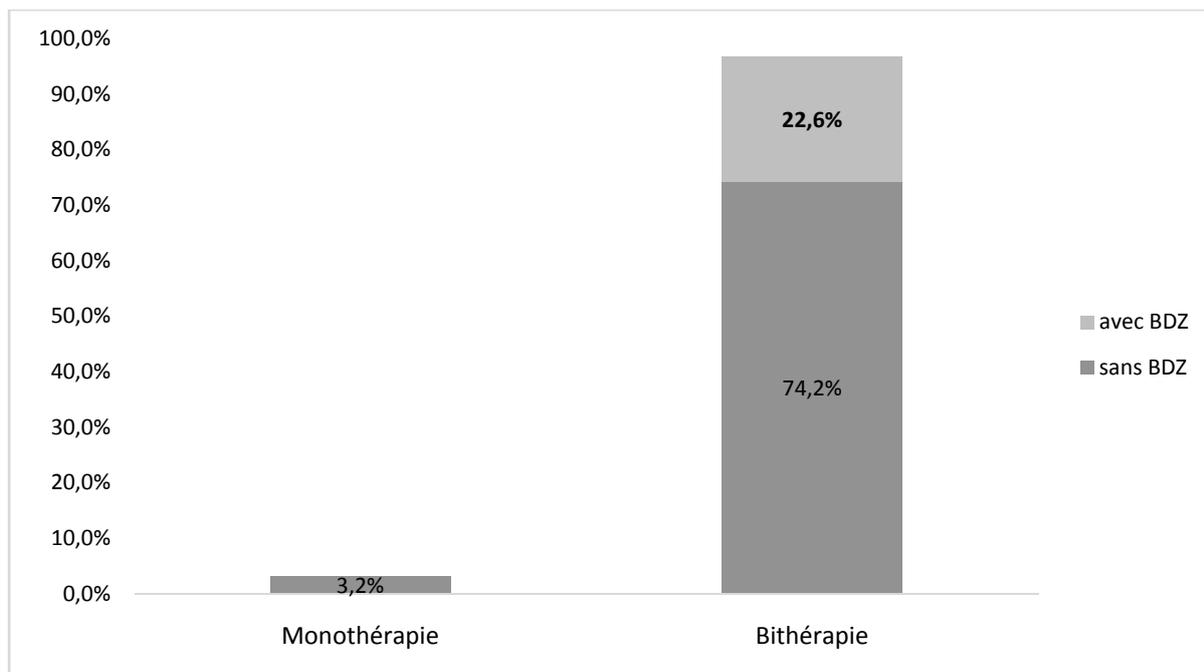
**NB** :

- Monothérapie : anti psychotique atypique ou neuroleptique de première génération
- Bithérapie : (anti psychotique atypique ou neuroleptique de première génération incisif) + neuroleptique sédatif



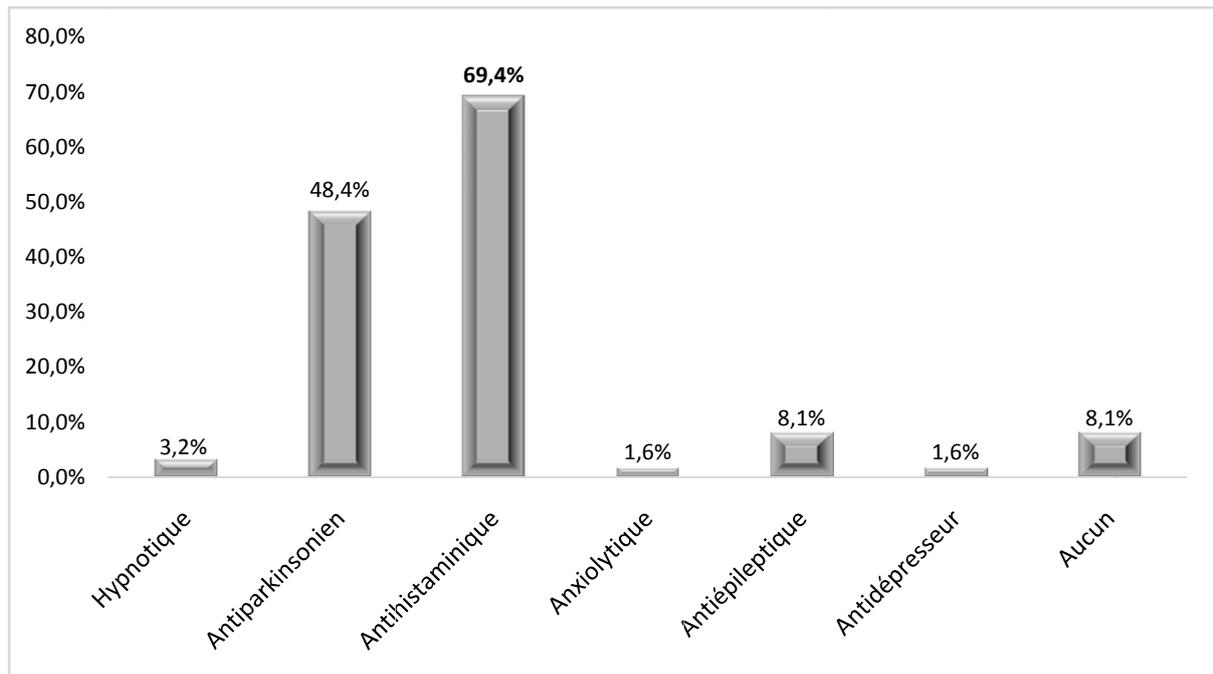
**Figure 3** : Répartition des patients selon le type de neuroleptiques prescrit en traitement antipsychotique

Les patients avaient reçu un neuroleptique de première génération en traitement antipsychotique dans 98,4 % des cas.



**Figure 4** : Répartition des patients selon le type de traitement de fond à base de neuroleptiques associé à une benzodiazépine

Parmi les types de traitements de fond à base de neuroleptiques prescrits, seule la bithérapie était associée à une benzodiazépine pour 22,6% des patients.



**Figure 5** : Répartition de la prescription d'autres médicaments associés au traitement de fond à base de neuroleptiques des patients

Un antihistaminique était prescrit en supplément du traitement de fond à base de neuroleptiques pour 69,4% des patients.

## B. Résultats analytiques

**Tableau XII** : Relation entre l'âge et le motif de placement en chambre d'isolement

Tranches d'âge	Motif de placement en chambre d'isolement		
	Motif C	Autres motifs	Total
Moins de 35 ans	24 (38,7%)	<b>26 (41,9%)</b>	50 (80,6%)
35 ans et plus	7 (11,3%)	5 (8,1%)	12 (19,4%)
Total	31 (50,0%)	31 (50,0%)	62 (100,0%)

$p= 0,749$

Les patients avaient moins de 35 ans et étaient placés pour un motif autre que le passage à l'acte hétéro-agressif en chambre d'isolement dans 41,9 % des cas.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre l'âge des patients et le motif de placement en chambre d'isolement.

**Tableau XIII** : Relation entre le sexe et le motif de placement en chambre d'isolement

Sexe	Motif de placement en chambre d'isolement		
	Motif C	Autres motifs	Total
Masculin	<b>29 (46,8%)</b>	26 (41,9%)	55 (88,7%)
Féminin	2 (3,2%)	5 (8,1%)	7 (11,3%)
Total	31 (50,0%)	31 (50,0%)	62 (100,0%)

$p=0,425$

Les patients de sexe masculin et placés pour passage à l'acte hétéro-agressif en chambre d'isolement représentaient 46,8% des cas.

Le sexe des patients n'avait pas de lien statistiquement significatif avec le motif de placement en chambre d'isolement.

**Tableau XIV** : Relation entre le niveau de scolarisation et le motif de placement en chambre d'isolement

Niveau de scolarisation	Motif de placement en chambre d'isolement		
	Motif C	Autres motifs	Total
Non scolarisé	3 (4,8 %)	10 (16,2 %)	13 (21,0 %)
Scolarisé	<b>28 (45,2 %)</b>	21 (33,8 %)	49 (79,0 %)
Total	31 (50,0 %)	31 (50,0 %)	62 (100,0 %)

$p = 0,029$

Parmi les patients, 45,2 % étaient scolarisés et avaient été isolés pour passage à l'acte hétéro-agressif.

Le niveau de scolarisation des patients avait une influence statistiquement significative sur le motif de placement en chambre d'isolement.

**Tableau XV** : Relation entre la profession et le motif de placement en chambre d'isolement

<b>Profession</b>	<b>Motif de placement en chambre d'isolement</b>		
	Motif C	Autres motifs	Total
Avoir un emploi	24 (38,7 %)	<b>25 (40,3 %)</b>	49 (79,0 %)
Autres	7 (11,3 %)	6 (9,7 %)	13 (21,0 %)
Total	31 (50,0 %)	31 (50,0 %)	62 (100,0 %)

$p = 0,755$

Les patients ayant un emploi et placés pour un motif autre que le passage à l'acte hétéro-agressif en chambre d'isolement représentaient 40,3 % des cas.

Aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre la profession et le motif de placement en chambre d'isolement.

**Tableau XVI** : Relation entre la modalité d'hospitalisation et le motif de placement en chambre d'isolement

Modalité d'hospitalisation	Motif de placement en chambre d'isolement		
	Motif C	Autres motifs	Total
HDT	30 (48,4 %)	<b>31 (50,0 %)</b>	61 (98,4 %)
Autres	1 (1,6 %)	0 (0,0 %)	1 (1,6 %)
Total	31 (50,0 %)	31 (50,0 %)	62 (100,0 %)

$p = 0,500$

Dans 50,0 % des cas, les patients étaient hospitalisés à la demande d'un tiers et placés en isolement pour passage à l'acte hétéro-agressif.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la modalité d'hospitalisation et le motif de placement en chambre d'isolement.

***Tableau XVII*** : Relation entre le diagnostic clinique et le motif de placement en chambre d'isolement

<b>Diagnostic CIM-10</b>	<b>Motif de placement en chambre d'isolement</b>		
	Motif C	Autres motifs	Total
Schizophrénie (F20.)	8 (12,9 %)	7 (11,3 %)	15 (24,2 %)
Autres	23 (37,1 %)	<b>24 (38,7 %)</b>	47 (75,8 %)
Total	31 (50,0 %)	31 (50,0 %)	62 (100,0 %)

$p = 0,767$

De tous patients concernés, 38,7 % souffraient d'une pathologie autre que la schizophrénie et avaient été placé en chambre d'isolement pour un motif autre que le passage à l'acte hétéro-agressif.

Le diagnostic clinique des patients n'avait pas de lien statistiquement significatif sur le motif de placement en chambre d'isolement.

**Tableau XVIII** : Relation entre la prescription d'une benzodiazépine et le motif de placement en chambre d'isolement

Prescription d'une benzodiazépine	Motif de placement en chambre d'isolement		
	Motif C	Autres motifs	Total
Oui	10 (16,2 %)	4 (6,4 %)	14 (22,6 %)
Non	21 (33,8 %)	<b>27 (43,6 %)</b>	48 (77,4 %)
Total	31 (50,0 %)	31 (50,0 %)	62 (100,0 %)

$p = 0,068$

Les patients étaient placés en chambre d'isolement pour un motif autre que le passage à l'acte hétéro-agressif et sans prescription d'une benzodiazépine dans 43,6 % des cas.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la prescription d'une benzodiazépine et le motif de placement en chambre d'isolement.

**Tableau XIX** : Relation entre l'âge et la durée de placement en chambre d'isolement

Tranches d'âge	Durée de placement en chambre d'isolement		
	Moins d'une semaine	Plus d'une semaine	Total
Moins de 35 ans	<b>29 (46,8%)</b>	21 (33,8%)	50 (80,6%)
35 ans et plus	7 (11,3%)	5 (8,1%)	12 (19,4%)
Total	36 (58,1%)	26 (41,9%)	62 (100,0%)

$p=1,000$

Sur l'ensemble des patients isolés, 46,8 % avaient moins de 35 ans et furent isolés durant moins d'une semaine.

Aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre l'âge des patients et la durée de placement en chambre d'isolement.

**Tableau XX** : Relation entre le sexe et la durée de placement en chambre d'isolement

Sexe	Durée de placement en chambre d'isolement		
	Moins d'une semaine	Plus d'une semaine	Total
Masculin	<b>29 (46,8%)</b>	26 (41,9%)	55 (88,7%)
Féminin	7 (11,3%)	0 (0,0%)	7 (11,3%)
Total	36 (58,1%)	26 (41,9%)	62 (100,0%)

$p=0,035$

Dans 46,8% des cas, les patients placés en chambre d'isolement étaient des hommes et y avaient séjourné moins d'une semaine.

Le sexe des patients avait une influence statistiquement significative sur la durée de placement en chambre d'isolement.

**Tableau XXI** : Relation entre le niveau de scolarisation et la durée de placement en chambre d'isolement

Niveau de scolarisation	Durée de placement en chambre d'isolement		
	Moins d'une semaine	Plus d'une semaine	Total
Non scolarisé	7 (11,3%)	6 (9,7%)	13 (21,0%)
Scolarisé	<b>29 (46,8%)</b>	20 (32,2%)	49 (79,0%)
Total	36 (58,1%)	26 (41,9%)	62 (100,0%)

$p=0,760$

Les patients concernés par le placement en chambre d'isolement étaient scolarisés et y avaient demeuré pendant moins d'une semaine pour 46,8% des cas.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre le niveau de scolarisation des patients et la durée de placement en chambre d'isolement.

**Tableau XXII** : Relation entre la profession et la durée de placement en chambre d'isolement

<b>Profession</b>	<b>Durée de placement en chambre d'isolement</b>		
	Moins d'une semaine	Plus d'une semaine	Total
Avoir un emploi	<b>27 (43,6 %)</b>	22 (35,4 %)	49 (79,0 %)
Autres	9 (14,5 %)	4 (6,5 %)	13 (21,0 %)
Total	36 (58,1 %)	26 (41,9 %)	62 (100,0 %)

$p = 0,359$

Les patients placés en chambre d'isolement avaient un emploi et y avaient séjourné moins d'une semaine pour 43,6 % des cas.

La profession n'avait pas d'influence statistiquement significative sur la durée de placement en chambre d'isolement.

**Tableau XXIII** : Relation entre la modalité d'hospitalisation et la durée de placement en chambre d'isolement

Modalité d'hospitalisation	Durée de placement en chambre d'isolement		
	Moins d'une semaine	Plus d'une semaine	Total
HDT	36 (58,1 %)	25(40,3 %)	61 (98,4 %)
Autres	0 (0,0 %)	1(1,6 %)	1 (1,6 %)
Total	36 (58,1 %)	26 (41,9 %)	62 (100,0 %)

$p = 0,419$

Dans 58,1 % des cas, les patients étaient hospitalisés à la demande d'un tiers et avaient demeuré moins d'une semaine en chambre d'isolement.

Il n'y avait pas de lien statistiquement significatif entre la modalité d'hospitalisation et la durée de placement en chambre d'isolement.

**Tableau XXIV** : Relation entre le motif et la durée de placement en chambre d'isolement

Durée de placement en chambre d'isolement	Motif de placement en chambre d'isolement		
	Motif C	Autres motifs	Total
Moins d'une semaine	<b>19 (30,7%)</b>	17 (27,4%)	36 (58,1%)
Plus d'une semaine	12 (19,3%)	14 (22,6%)	26 (41,9%)
Total	31 (50,0%)	31 (50,0%)	62 (100,0%)

$p = 0,797$

Un séjour de moins d'une semaine en chambre d'isolement pour passage à l'acte hétéro-agressif concernait 30,7% des cas.

Le motif n'avait pas d'influence statistiquement significative sur la durée de placement en chambre d'isolement des patients.

**Tableau XXV:** Relation entre le diagnostic clinique et la durée de placement en chambre d'isolement

<b>Diagnostic CIM-10</b>	<b>Durée de placement en chambre d'isolement</b>		
	Moins d'une semaine	Plus d'une semaine	Total
Schizophrénie (F20.)	9 (14,5 %)	6 (9,7 %)	15 (24,2 %)
Autres	<b>27 (43,6 %)</b>	20 (32,2 %)	47 (75,8 %)
Total	36 (58,1 %)	26 (41,9 %)	62 (100,0 %)

$p = 0,861$

Parmi les patients placés en chambre d'isolement, 43,6 % étaient atteints d'une pathologie autre que la schizophrénie et y avaient séjourné moins d'une semaine.

Aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre le diagnostic clinique des patients et la durée de placement en chambre d'isolement.

**Tableau XXVI** : Relation entre la prescription d'une benzodiazépine et la durée de placement en chambre d'isolement

Prescription d'une benzodiazépine	Durée de placement en chambre d'isolement		
	Moins d'une semaine	Plus d'une semaine	Total
Oui	9 (14,5 %)	5 (8,1 %)	14 (22,6 %)
Non	<b>27 (43,6 %)</b>	21 (33,8 %)	48 (77,4 %)
Total	36 (58,1 %)	26 (41,9 %)	62 (100,0 %)

$p = 0,592$

Dans 43,6 % des cas, les patients n'avaient reçu aucune prescription de benzodiazépine et étaient placés en chambre d'isolement pendant moins d'une semaine.

La prescription de benzodiazépine n'avait pas de lien statistiquement significatif avec la durée de placement en chambre d'isolement.

## **VI. DISCUSSION**

## **VI. DISCUSSION**

Cette étude visait à évaluer l'utilisation de la chambre d'isolement dans la pratique thérapeutique du service de psychiatrie du CHU du Point G. La collecte des informations et données nécessaires et pertinentes fut difficile, du fait de la notification non systématisée des renseignements dans les dossiers médicaux.

Les résultats obtenus vont être commentés et discutés par rapport aux données globales de la littérature et d'études similaires.

### **A. Résultats descriptifs**

#### **1. Fréquence globale de placement des patients en chambre d'isolement**

La fréquence annuelle moyenne de placement des patients en chambre d'isolement était de 4,5% avec un écart type de 1,8% et des valeurs extrêmes à 3,1% en 2012 et 7,8% en 2014. Ce résultat est conforme à celui de Baratta A [23], qui trouve en 2009 au sein de l'Etablissement Public de Santé Alsace Nord (EPSAN) une fréquence de 5,0%. Néanmoins, des diverses données recensées dans la littérature, 9,5% de mise en isolement en Grèce [25], 17,8% en Suisse [26], et 7,8% en Allemagne [26]. Il apparaît important de prendre en compte le caractère relatif de ce résultat, car fortement influencé par la législation en vigueur, l'organisation des structures, les caractéristiques des équipes soignantes, ainsi que les conditions d'admission des patients et la rigueur dans la notification des cas dans les dossiers médicaux.

#### **2. Caractéristiques sociodémographiques**

##### **2.1 L'âge et le sexe**

Les adultes jeunes de 20 à 34 ans étaient les plus touchés dans 71,0% des cas par le placement en chambre d'isolement. L'âge moyen était de 30,3 ans (minimum : 17 ans, maximum : 52 ans) avec un écart type de 8,4 ans. Résultat inférieur à ceux de Drozdek D [22], Baratta A [23], et Pépier I [24], qui retrouvent respectivement 39,7 ans, 41,0 ans, et 36,1 ans.

Les hommes étaient largement représentés soit 88,7% parmi les patients placés en chambre d'isolement pour un sex-ratio de 7,9. Résultat supérieur à ceux de Drozdek D [22], Baratta A [23], et Péprier I [24], qui rapportent respectivement 48,0%, 60,0%, et 47,0% de patients de sexe masculin. Cette différence reste relative car la plupart des auteurs s'accordent sur l'aspect aléatoire et la variabilité des ratios hommes sur femmes parmi les patients mis en isolement d'un établissement psychiatrique à l'autre.

## **2.2 Le niveau de scolarisation et la profession**

Sur l'ensemble des patients isolés, 33,9% avaient étudié jusqu'au niveau primaire et environ un quart soit 24,2% étaient des commerçants. Ce résultat ne serait que le reflet du contexte socio-économique et culturel de la population malienne où le niveau de scolarisation général reste encore faible et dont les principales activités professionnelles demeurent surtout celles modestes, ne nécessitant pas une formation spécifique et accessibles au plus grand nombre.

## **3. Clinique**

### **3.1 La modalité d'hospitalisation**

Les patients étaient hospitalisés à la demande d'un tiers dans 98,4% des cas. Résultat supérieur aux 25,0% et 33,0% de patients hospitalisés à la demande d'un tiers que retrouvent respectivement Baratta A [23], et Péprier I [24]. Ce contraste ne fait que mettre en lumière deux réalités parallèles, celle des populations occidentales au niveau d'éducation et d'information plus avancé, où la pathologie mentale et sa prise en charge ne constituent plus un tabou. Contrairement aux populations africaines et dans notre contexte d'étude, malienne où la conception de la maladie mentale reste encore biaisée par de nombreuses croyances et préjugés, les soins en milieu hospitalier sont majoritairement sollicités non pas par le malade lui-même, mais surtout par l'entourage ou la famille lorsque le comportement de celui-ci devient difficile à contrôler.

### **3.2 La durée d'hospitalisation avant le premier placement en chambre d'isolement**

Les patients étaient placés en chambre d'isolement moins de 24 heures après leur admission dans 72,4% des cas. Ce résultat est supérieur à celui de Baratta A [23], qui rapporte une proportion de 15 patients sur un total de 32 soit 46,9% de patients isolés dans les 24 heures suivant leur admission. Cette tendance à l'isolement hâtif résulterait du fait que beaucoup de patients seraient adressés dans un contexte d'urgence (violence, agressivité, agitation, ...). Le service ne bénéficiant pas d'une unité spécifique d'urgences psychiatriques, l'hospitalisation et la prise en charge de ce type de malades nécessite souvent d'emblée la mise en chambre d'isolement, seul moyen de contention physique dont dispose le service.

### **3.3 Le motif de placement en chambre d'isolement**

Le passage à l'acte hétéro-agressif contre un patient ou un soignant ou un accompagnant avait motivé le placement en chambre d'isolement pour 50,0% des patients. Ce résultat est supérieur à ceux de Drozdek D [22], Baratta A [23], et Pépier I [24], qui trouvent respectivement 0,0%, 16,0%, et 10,5% de patients placés en chambre d'isolement pour ce même type de motif. Cette forte proportion d'isolement pour violence physique serait due au fait que beaucoup de ces malades sont ceux reçus dans un contexte de grande hostilité car, longtemps tolérés dans la famille, ils ne sont adressés à l'hôpital qu'en période de crise, lorsqu'ils présentent des comportements jugés dangereux surtout l'agressivité contre un parent. Ce qui nécessite de la part de l'équipe soignante la prise d'une mesure de contrôle adaptée en l'occurrence ici l'isolement.

### **3.4 La durée et le nombre de placement en chambre d'isolement**

La durée du séjour en chambre d'isolement était de 1 à 7 jours dans 51,6% des cas. Ce résultat est supérieur à celui de Baratta A [23], qui retrouve 31,0% de patients ayant passé plus de 3 jours en chambre d'isolement, en notant que la

durée maximale de placement en chambre d'isolement au cours de son étude était de 6 jours. La fréquence plus élevée dans notre étude pourrait s'expliquer du fait du manque d'alternative à la chambre d'isolement comme moyen de contention physique. Ceci favoriserait une attitude plus prudente et donc un temps d'observation plus long avant la prise de décision de lever l'isolement des patients.

Durant leur période d'hospitalisation, 95,2% des patients n'avaient été placés en chambre d'isolement qu'une seule fois. Résultat supérieur à celui de Baratta A [23], qui rapporte un taux de 69,0% de patients ayant bénéficiés d'une mise en chambre d'isolement.

### **3.5 Le diagnostic clinique**

Près d'un quart soit 24,2% des patients placés en chambre d'isolement étaient diagnostiqués schizophrènes. Ce résultat est inférieur à ceux de Drozdek D [22], et Baratta A [23], qui trouvent respectivement 44,0% et 47,0% de cas de schizophrénie, et conforme à celui de Pépier I [24], qui trouve 21,3% de patients isolés souffrant de cette même pathologie.

### **3.6 La tonalité du vécu des patients vis-à-vis de leur séjour en chambre d'isolement**

Sur l'ensemble des 10 patients interrogés, 9 soit 90,0% rapportaient un sentiment négatif vis-à-vis de leur séjour en chambre d'isolement. Les raisons les plus évoquées étaient, le manque d'informations sur les raisons, et les objectifs visés par cette démarche. Les visites irrégulières du personnel soignant et les conditions de vie jugées difficiles dans la chambre d'isolement notamment, l'absence de matelas sur le plan dur qui sert de lit, la faible luminosité et la fraîcheur de la pièce, la propreté du lieu, les moustiques,...

#### 4. Traitement

Un traitement de fond à base de neuroleptiques était prescrit à 100,0 % des patients placés en chambre d'isolement. Ce résultat est conforme à celui de Baratta A [23], qui rapporte également une fréquence de 100,0% concernant la prescription d'un traitement de fond. Au-delà de la similitude de ces résultats, ce pourcentage démontre surtout une attitude consensuelle des praticiens sur la nécessité malgré la mise en isolement, d'instaurer ou maintenir concomitamment une médication spécifique.

La bithérapie associant (un APA ou un NPG incisif) + un neuroleptique sédatif était le type de traitement de fond à base de neuroleptiques prescrit dans 96,8% des cas. Résultat conforme aux 93,0% des patients isolés, sous bithérapie que retrouve Baratta A [23]. Cette nette prédominance pourrait être liée aux tableaux cliniques sévères que présenteraient les malades placés en chambre d'isolement.

Un neuroleptique de première génération était privilégié pour 98,4% des patients placés en chambre d'isolement en traitement antipsychotique, et la molécule la plus utilisée était l'halopéridol. Ce résultat est supérieur à celui de Baratta A [23], qui trouve ce type de prescription dans 37,0% des cas. Cette différence très marquée résulterait surtout du fait que dans le contexte socio-économique malien, la prescription d'APA demeure difficile, de par la faible disponibilité sur le marché et le coût qui reste élevé par rapport au pouvoir d'achat modeste de la population. Seuls les NPG restent de coût raisonnable et d'accès facile.

Des types de traitements de fond à base de neuroleptiques, la bithérapie était associée à une benzodiazépine dans 22,6% des cas. Ce résultat est inférieur à celui de Baratta A [23], qui rapporte 88,0% de cas d'association d'une benzodiazépine au traitement des patients placés en chambre d'isolement.

Des autres médicaments ajoutés au traitement de fond, l'antihistaminique était le plus prescrit pour 69,4% des patients placés en chambre d'isolement. Il s'agissait de la prométhazine et ceci, principalement pour son effet sédatif.

### **B. Résultats analytiques**

De cette étude, il ressort des différentes corrélations testées, que la majorité des fluctuations et différences de fréquences observées entre les groupes de variables étaient simplement dues au hasard. En effet aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre :

- L'âge et le motif de placement en chambre d'isolement,
- Le sexe et le motif de placement en chambre d'isolement,
- La profession et le motif de placement en chambre d'isolement,
- La modalité d'hospitalisation et le motif de placement en chambre d'isolement,
- Le diagnostic clinique et le motif de placement en chambre d'isolement,
- La prescription d'une benzodiazépine le motif de placement en chambre d'isolement,
- L'âge et la durée de placement en chambre d'isolement,
- Le niveau de scolarisation et la durée de placement en chambre d'isolement,
- La profession et la durée de placement en chambre d'isolement,
- La modalité d'hospitalisation et la durée de placement en chambre d'isolement,
- Le motif et la durée de placement en chambre d'isolement,
- Le diagnostic clinique et la durée de placement en chambre d'isolement,
- La prescription d'une benzodiazépine et la durée de placement en chambre d'isolement.

Seules deux comparaisons ont abouti à la conclusion d'une influence statistiquement significative :

- Du niveau de scolarisation sur le motif de placement en chambre d'isolement avec un seuil de signification  $p = 0,029$  et,
- Du sexe sur la durée de placement des patients en chambre d'isolement avec un seuil de signification  $p = 0,035$

### **1. Concernant la relation entre le niveau de scolarisation et le motif de placement en chambre d'isolement**

Sur l'ensemble des patients, 45,2 % étaient scolarisés et avaient été isolés pour passage à l'acte hétéro-agressif. Ceci pourrait résulter du fait que les sujets ayant effectué des études éprouvent souvent plus de difficultés à accepter qu'ils souffrent d'une maladie mentale malgré leurs capacités intellectuelles et qu'ils soient hospitalisés et mis sous traitement même sans leur consentement. Ce contexte serait propice à stimuler des actes de violence chez ces patients.

### **2. Concernant la relation entre le sexe et la durée de placement en chambre d'isolement**

Les patients placés en chambre d'isolement étaient des hommes et y avaient séjourné moins d'une semaine dans 46,8 % des cas. Cette tendance à l'isolement plus prolongé des patients de sexe masculin par rapport au sexe féminin pourrait s'expliquer par l'attitude générale dans nos société où culturellement on est enclin à plus de patience, de tolérance voir souvent même une forme de pitié envers la femme que l'on considère comme fragile. Et dans le contexte de la pratique de l'isolement en milieu psychiatrique, on aurait tendance à réduire le plus possible la durée de cette mesure quand il s'agit d'une patiente.

## **VII. CONCLUSION**

## VII. CONCLUSION

Cette étude a été initiée dans l'optique de répertorier les données sur l'utilisation de la chambre d'isolement en milieu de soins psychiatriques au Mali, et de dégager un panorama général sur les malades ayant bénéficié de cette mesure de contention.

Les résultats obtenus ont objectivé une incidence moyenne de placement en chambre d'isolement similaire à certaines données d'études étrangères récentes. Les particularités découlant de ces résultats étaient la prédominance des hommes, du placement dans les 24 premières heures d'hospitalisation, du passage à l'acte hétéro-agressif comme indication, des pathologies psychotiques surtout la schizophrénie, de la durée de séjour de 1 à 7 jours, et du sentiment global négatif chez ces patients, ainsi que la mise en évidence d'une influence du niveau de scolarisation sur le motif, et du sexe sur la durée du placement en chambre d'isolement.

## **VIII. RECOMMANDATIONS**

## **VIII. RECOMMANDATIONS**

De la mise en œuvre de ce travail, à l'obtention des résultats présentés précédemment, certaines difficultés, insuffisances relevées tout au long de ce parcours, jugulées à la pertinence de certains résultats nous ont conduit à noter progressivement un panel de propositions que nous allons préciser ici de façon graduelle.

### **1. Aux personnels soignants du service de psychiatrie du CHU du Point G**

#### **1.1 À l'équipe de l'unité 1**

Mettre sur pied un registre d'enregistrement des patients placés en chambre d'isolement, où 2 pages seront consacrées à la notification de toutes les informations et renseignements liés à la prise en charge pour chaque patient. Ceci permettrait une meilleure traçabilité et servirait de document médico-légal. Une maquette de chaque page de ce registre est proposée en annexe2.

#### **1.2 Aux techniciens de surface**

Veiller au nettoyage régulier de chaque chambre d'isolement, et à la fonctionnalité des W-C afin d'assurer plus de confort et de dignité aux patients. Cela contribuerait à améliorer le vécu négatif de ces patients.

#### **1.3 Aux médecins, majors et infirmiers des quatre unités de soins**

Ajouter au dossier d'hospitalisation psychiatrique une page supplémentaire dédiée à la notification des informations et renseignements concernant la décision de placement, le suivi et la levée de l'isolement du patient. Cela faciliterait l'accès aux données pour de prochains travaux sur le sujet, et servirait de document médico-légal. Une maquette de cette page est proposée en annexe 3.

## **2. À la direction du CHU du Point G**

Renforcer la qualité des infrastructures et équipements dédiés à l'isolement au service de psychiatrie, notamment :

- Améliorer l'aération, et l'éclairage dans les chambres d'isolement pour le confort des patients.
- Mettre à la disposition du personnel soignant d'autres moyens de contentions physiques, ceci offrirait aux équipes d'autres alternatives à la mise en chambre d'isolement.
- Créer une unité spécifique dédiée à la prise en charge des urgences psychiatriques.

## **IX. BIBLIOGRAPHIE**

## VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. **Collectif Larousse.** Grand Larousse Universel. Editions Larousse, Miramas, tome 8, (1991).
2. **Tardiff k.** Emergency control measures for psychiatric inpatients. *J NervMent Diseases*, (1981); 169, 614-618.
3. **Wadeson h, Carpenter W T.** Impact of the seclusion room experience. *J NervMent Disorders*, (1976); 163,318-328.
4. **Bowers L, Van Der Merwe M, Nijman H, Hamilton B, Noorthorn E, Stewart D, et al.** The practice of seclusion and time-out on English acute psychiatric wards: the City-128 Study. *Arch PsychiatrNurs*, (2010);24(4), 275-286.
5. **Larue C, Dumais A, Drapeau A, Menard G, Goulet M H.** Nursing practices recorded in reports of episodes of seclusion. *Issues MentHealth Nurs*, (2010); 31(12), 785-792.
6. **Friard D.** *L'isolement en psychiatrie. Sequestration ou soins? Souffrance psychique et soins.* Paris: Masson, (2002); 221 p
7. **Palazzolo J.** *Chambre d'isolement et contention en psychiatrie.* Paris: Masson, (2002), 226 p.
8. **Collectif Larousse.** Grand Larousse Universel. Editions Larousse, Miramas, tome 14 (1991).
9. **Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES).** Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé, l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie – service évaluation en établissements de santé, (1998) : 97 p.
10. **Palazzolo J, Lachaux B, Chabannes J P.** *isolement, contention et contrainte en psychiatrie. Rapport de thérapeutique.* Communication présentée à la LXXXVIII<sup>e</sup> session du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française. Paris, (2000).

- 11. Garré J B.** SPÉCIFICITÉS DES CONDUITES A TENIR AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES. Université d'Angers : Département de Psychiatrie et de Psychologie Médicale. CHU Angers. 99 p.
- 12. Lair D.** L'histoire de la psychiatrie. Revue Soins Psychiatrie, (1997); 189, 27-29.
- 13. Rumen C, Valente P.** La chambre d'isolement est-elle soluble dans la démocratie ? Journal français de psychiatrie ; 23, 25-26
- 14. Bossut R.** Analyse d'une pratique particulière : la mise en chambre d'isolement. École d'Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté Française. Tournai, (2011) : 134 p.
- 15. Julien D.** La contrainte : un outil de soin en psychiatrie ? Université Joseph Fourier – Faculté de Médecine de Grenoble, (2012) : 232 p.
- 16. Francis B.** « *L'isolement en psychiatrie : parlons-en !* » Approche analytique du ressenti des soignants sur la mise en chambre d'isolement. Institut en Formation de Soins Infirmiers de l'Hopital Saint-Antoine. Paris, (2011) : 39 p.
- 17. Abraham A, Moorooogen I.** La pratique de l'isolement au Princess Royal Hospital, en Grande-Bretagne [En ligne] [Consulté le 28 décembre 2014] ; Disponible : [http://www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/congrès\\_isolement/abrham.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/congrès_isolement/abrham.html)
- 18. Friard D.** La chambre d'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ? [En ligne] [Consulté le 28 décembre 2014]; Disponible : [http://www.serpsy.org/piste\\_recherche/isolement/sequestration.html](http://www.serpsy.org/piste_recherche/isolement/sequestration.html)
- 19. Anonyme.** La Constitution du Mali. Décret N° 92-0731 P-CTSP PORTANT PROMULGATION DE LA CONSTITUTION. (1992), 18 p.
- 20. Anonyme.** Code des personnes et de la famille. Loi N° 2011 – 087 du 30 Décembre 2011 portant code des personnes et de la famille. (2011); 225 p.
- 21. Anonyme.** Code de déontologie médicale. Annexé à la loi n° 86-35 / AN-RM du 12 avril 1986 portant institution de l'ordre des médecins. (1986); 4 p.

- 22. Drozdek D.** La chambre de soins intensifs en psychiatrie : étude descriptive du vécu de patients et de l'évaluation de l'effet thérapeutique par les soignants. Université de Lausanne – Faculté de biologie et de médecine, Ecole de médecine et Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale – Domaine santé. (2012); 119 p.
- 23. Baratta A.** L'utilisation de la chambre d'isolement comme soin en psychiatrie adulte, Partie I : Étude pilote au Centre de Brumath (EPSAN, Alsace Nord). *Perspectives Psy.* (2009); 48(3), 278-285.
- 24. Péprier I.** A propos de l'utilisation des chambres d'isolement dans l'institution psychiatrique. Faculté de Médecine de Dijon. (1992); 89 p
- 25. Bilanakis N, Kalampokis K C, Peritogiannis V.** Use of coercive physical measures in a psychiatric ward of a general hospital in Greece. *International Journal of Social Psychiatry*, (2010); 56(4), 402-411.
- 26. Martin V, Bernhardsgrutter R, Goebel R, Steinert T.** The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: a comparison of the practice in Germany and Switzerland. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. (2007); 3, 1.
- 27. Betemps E J, Buncher C R, Oden M.** Length of time spent in seclusion and restraint by patients at 82 VA Medical centers. *Hosp community psychiatry*. (1992); 43, 912-914.
- 28. Bornstein P.** The use of restraints on a general psychiatric unit. *J Clin Psychiatry*. (1985); 46, 175-178.
- 29. Pollard R, Yanask E V, Rogers S A, Tapp A.** Organizational and unit factors contributing to reduction in the use of seclusion and restraint procedures on an acute psychiatric inpatient unit. *Psychiatry Q.* (2007); 78(1), 73-81.
- 30. Smith G M, Davis R H, Bixler E O, Lin H, Altenor A, Altenor R J, et al.** Pennsylvania state hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatric serv.* (2005); 56(9), 11, 23-33.

- 31. Palazzolo J, Chignon J M, Chabannes J P.** Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie. Enquête prospective. *Encéphale*. (1999); 25(5), 477-484.
- 32. Morello R, Riou M, Morel P, Thouin A.** Les chambres d'isolements en milieu psychiatrique. *RevEpidemiol santé publique*. (1996); 44, 214-220.
- 33. Convertino K, Pinto R P, Fiester A R.** Use of inpatient seclusion at community health center. *HospCommunityPsychiatry*. (1980); 31(12), 848-850.
- 34. Mouillerac C.** Chambre d'isolement : du point de vue des patients. *impact d'un temps d'élaboration sur le vécu des patients après un séjour en chambre d'isolement dans une unité d'hospitalisation de psychiatrie adulte*. Université PARIS 8, INSTITUT D'ENSEIGNEMENT À DISTANCE(IED). Mémoire de recherche de Master 1, Psychologie clinique, psychopathologie et psychothérapie. (2007), 219 p.
- 35. Fisher W A.** Restraint and seclusion : a review of the literature. *Am J Psychiatry*. (1994); 151, 1584-1591.
- 36. Baratta A, Morali A.** Chambres d'isolement en psychiatrie: état des lieux en France. *Médecine & Droit*. (2010); 86-89.
- 37. Larue C, Dumais A, Ahern E, Bernheim E, Mailhot M P.** Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. (2009); 16, 440-446.
- 38. Dupont M.** Soins sous contrainte en psychiatrie : Les guides de l'AP-HP. Editions Lamarre / Doin Editeurs. Lassay-les-Châteaux. (2005), 161 p.
- 39. Trouvé S.** Les chambres d'isolement en psychiatrie adulte, approche clinique et thérapeutique. Université Paris XI. (2001); 185 p.
- 40. Hakimi P, Dupuis G, Venise J L.** La chambre d'isolement : un outil thérapeutique. A propos d'un cas. *Revue de neuropsychiatrie de l'ouest*. (2000); 131, 9-12.

- 41. Betemps E J, Somoza E, Buncher C R.** Hospital characteristics, diagnoses, and staff reasons associated with use of seclusion and restraint. *Hosp Community Psychiatry*. (1993); 44, 367-371.
- 42. Thompson P.** The use of seclusion in psychiatric hospitals in the Newcastle area. *Br J Psychiatry*. (1986); 149, 471-474.

## RÉSUMÉ

Au service de psychiatrie du CHU du Point G à Bamako, les données concernant les patients placés en chambre d'isolement de Janvier 2009 à Août 2014 ont été répertoriées et analysées pour les besoins de cette étude. 4,5% des patients étaient placés en chambre d'isolement, environ trois quart dans 24 heures après leur hospitalisation, presque exclusivement à la demande d'un tiers. Il s'agissait principalement d'hommes, jeunes, et souffrants de troubles psychotiques notamment la schizophrénie pour 24,2% des cas. La moitié des patients étaient isolés pour passage à l'acte hétéro-agressif, et le séjour s'étalait sur un à sept jours pour 51,6% des cas. Tous avaient bénéficié d'un traitement de fond à base de neuroleptiques. Un neuroleptique de première génération était privilégié comme traitement antipsychotique chez 98,4% des patients, et un antihistaminique sédatif était surajouté au traitement pour 69,4% des cas. Un sentiment négatif sur le séjour en chambre d'isolement dominait chez 9 des 10 patients interrogés. Une influence statistiquement significative du niveau de scolarisation sur le motif, ainsi que du sexe sur la durée de l'isolement a été démontrée.

En somme les résultats rapportés se rapprochaient souvent de certaines études récentes faites à l'étranger, mais restent cependant sensiblement liés au contexte. Au vu des constats levés par cette étude, des recommandations ont été énoncées pour le progrès de l'utilisation de la chambre d'isolement dans la pratique thérapeutique.

**Mots clés :** *isolement, chambre d'isolement, psychiatrie, contention, vécu des patients.*

## ANNEXES

### Annexe 1 : fiche d'enquête

#### FICHE D'ENQUÊTE N<sup>0</sup> [.....]

Aspects épidémiologiques et cliniques des patients placés en chambre d'isolement au service  
de psychiatrie du CHU du Point G de Janvier 2009 à Août 2014.

#### I. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

1 – Nom ..... Prénom ..... N<sup>0</sup> dossier /..... /

2 – Âge /..... /

En 2 chiffres

3 – Sexe /..... /

1= masculin, 2= féminin

4 – Niveau de scolarisation /..... /

Un choix parmi :

1= non scolarisé, 2= primaire, 3=secondaire, 4= supérieur, 5= non précisé

5 – Profession /..... /

Un choix parmi :

1= commerçant, 2= fonctionnaire, 3= cultivateur, 4= enseignant, 5= élève/étudiant, 6= corps d'armée, 7= médecin, 8=artisan/ouvrier, 9= retraité, 10= éleveur, 11= sans emploi, 12= ménagère, 13= autre, à préciser/ ..... /, 14= non précisée

#### II. CLINIQUE

1 – Modalité d'hospitalisation /..... /

Un choix parmi :

1= HDT (hospitalisation à la demande d'un tiers), 2= HL (hospitalisation libre), 3= HO (hospitalisation d'office)

2 – La durée d'hospitalisation avant le premier placement en chambre d'isolement /..... /

Un choix parmi :

1= moins de 24h (admission), 2= de 24h à 4 semaines (courte), 3= plus de 4 semaines (longue)

3 – Le motif de placement en chambre d'isolement /..... /

Un choix parmi :

- 1= agitation psychomotrice avec menace de passage à l'acte hétéro-agressif,  
2= agitation psychomotrice simple sans menace de passage à l'acte hétéro-agressif,  
3= passage à l'acte hétéro-agressif contre un patient ou un soignant ou un accompagnant,  
4= déambulations incessantes nocturnes, 5= isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues, 6= prévention de fugue, 7= refus de traitement *pers os*, 8= à la demande du patient lui même

**4** – La durée de placement en chambre d'isolement /..... /

Un choix parmi :

- 1= moins de 24h, 2= entre 1 à 7 j, 3= entre 7 à 15 j, 4= plus de 15 j

**5** – Le nombre de placements en chambre d'isolement /..... /

Un choix parmi :

- 1= un placement, 2= deux placements, 3= trois placements, 4= plus de trois placements

**6** – Le diagnostic clinique /..... /

**7** – Le sentiment du patient vis-à-vis de son séjour en chambre d'isolement /..... /

Un ou plusieurs choix parmi :

- 1= colère, 2= angoisse, 3= indignation, 4= humiliation, 5= tristesse, 6= joie, 7= satisfaction, 8= indifférence, 9= autre, à préciser /..... /

**8** – La tonalité du vécu du patient vis-à-vis de son séjour en chambre d'isolement /..... /

Un choix parmi :

- 1= positive (joie, satisfaction, ...), 2= négative (colère, angoisse, indignation, humiliation, tristesse,...)

### **III. TRAITEMENT**

**1** – Prescription d'un traitement de fond à base de neuroleptiques /..... /

Un choix parmi :

- 1= oui, 2= non

**2** – Le type de traitement de fond à base de neuroleptiques prescrit /..... /

Un choix parmi :

- 1= monothérapie (anti psychotique atypique « APA » ou neuroleptique de première génération « NPG » incisif), 2=bithérapie [(APA ou NPG incisif) + neuroleptique sédatif], 3= monothérapie + benzodiazépine(BDZ), 4= bithérapie + benzodiazépine(BDZ)

**3** – le type de neuroleptique prescrit pour le traitement incisif /..... /

Un choix parmi :

1= anti psychotique atypique « APA », 2= neuroleptique de première génération « NPG »

4 – Autres médicaments associés au traitement de fond à base de neuroleptique /..... /

Un ou plusieurs choix parmi :

1= antidépresseur, 2= anxiolytique, 3= hypnotique, 4= thymorégulateur,  
5=antiparkinsonien, 6= tranquillisant, 7= antiépileptique, 8=autre, à préciser  
/..... /

## Annexe 2 : maquette de page du registre de l'isolement pour l'unité 1

Dossier d'hospitalisation N°..... Unité d'origine :.....

Nom : .....Prénom : .....

Âge : ..... Sexe : ..... Profession : .....

Date et heure d'entrée : .....

Date et heure de sortie : .....

Motifs d'isolement : .....

.....

Assentiment à l'isolement : .....

Traitement reçu à l'entrée : .....

.....

Surveillance :

Date et heures	Nom et qualification de l'examineur	Observation et traitement

### Annexe 3 : maquette de la page du dossier d'hospitalisation pour l'isolement

Dossier N°.....

Date d'entrée : ..... / ..... / ..... Heure d'entrée : .....

Date de sortie : ..... / ..... / ..... Heure de sortie : .....

Motifs d'isolement : .....

.....

Assentiment à l'isolement : oui / \_ / non / \_ /

Traitement reçu à l'entrée : .....

.....

Surveillance :

Date et heures	Nom et qualification de l'examineur	Observation et traitement

## FICHE SIGNALÉTIQUE

**NOM** : MFOMBANG ETOLO

**PRÉNOM** : Marc Junior

**ADRESSE EMAIL** : Marcoj39@yahoo.fr

**TITRE DE LA THÈSE** : Aspects épidémiologiques et cliniques des patients placés en chambre d'isolement au service de psychiatrie du CHU du Point G

**ANNÉE UNIVERSITAIRE** : 2014-2015

**PAYS D'ORIGINE** : Cameroun

**LIEU DE DÉPÔT** : Bibliothèque de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako

**SECTEURS D'INTÉRÊT** : Psychiatrie, psychologie.

### **RÉSUMÉ** :

Au service de psychiatrie du CHU du Point G à Bamako, les données concernant les patients placés en chambre d'isolement de Janvier 2009 à Août 2014 ont été répertoriées et analysées pour les besoins de cette étude. 4,5 % des patients étaient placés en chambre d'isolement, environ trois quart dans 24 heures après leur hospitalisation, presque exclusivement à la demande d'un tiers. Il s'agissait principalement d'hommes, jeunes, et souffrants de troubles psychotiques notamment la schizophrénie pour 24,2 % des cas. La moitié des patients étaient isolés pour passage à l'acte hétéro-agressif, et le séjour s'étalait sur un à sept jours pour 51,6 % des cas. Tous avaient bénéficié d'un traitement de fond à base de neuroleptiques. Un neuroleptique de première génération était privilégié comme traitement anti psychotique chez 98,4 % des patients, et un antihistaminique sédatif était surajouté au traitement pour 69,4 % des cas. Un sentiment négatif sur le séjour en chambre d'isolement dominait chez 9 des 10 patients interrogés. Une influence statistiquement significative du niveau de

scolarisation sur le motif, ainsi que du sexe sur la durée de l'isolement a été démontrée.

En somme les résultats rapportés se rapprochaient souvent de certaines études récentes faites à l'étranger, mais restent cependant sensiblement liés au contexte. Au vu des constats levés par cette étude, des recommandations ont été énoncées pour le progrès de l'utilisation de la chambre d'isolement dans la pratique thérapeutique.

**Mots clés :** *isolement, chambre d'isolement, psychiatrie, contention, vécu des patients.*

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, 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.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires. Admis à 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.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant 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 couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure !**

