

Table des matières

Résumé	iv
Remerciements.....	vii
Chapitre 1 : Introduction	1
1.1 Introduction.....	2
Chapitre 2 : Problématique.....	4
2.1 Question de départ.....	5
2.2 Pertinence pour les soins infirmiers.....	7
2.2.1 Les métaparadigmes.....	7
2.2.2 Les savoirs infirmiers.....	10
2.3 Revue exploratoire de littérature.....	12
2.3.1 Historique	12
2.3.2 Répartition géographique.....	12
2.3.3 Utilisation de l'isolement.....	13
2.3.4 Droit et chambre de soins intensifs	16
2.3.5 L'éthique et la chambre de soins intensifs	18
2.3.6 La chambre de soins intensifs	20
2.3.7 La schizophrénie	23
2.4 Concepts retenus	24
2.5 Perceptives et propositions pour la pratique.....	25
Chapitre 3 : Concepts et champ disciplinaire infirmier	28
3.1 Définir les concepts retenus.....	29
3.1.1 La chambre de soins intensifs	29
3.1.2 Schizophrénie	30
3.1.3 Décompensation psychotique	33
3.1.5 Les attitudes infirmières	35
3.2 Cadre théorique.....	39
3.2.1 Présentation de la théorie.....	40
3.2.2 Méthodologie de la théorie.....	43
Chapitre 4 : Méthode	46
4.1 Délimitation de la question de recherche	47
4.2 Bases de données.....	49
4.3 Critères de sélection.....	52
4.4 Articles retenus	53

Chapitre 5 : Synthèse des résultats/discussion	57
5.1 Synthèse des résultats des articles	58
5.1.1 Les perceptions de l'utilisation de la chambre de soins intensifs par les patients et les infirmiers.....	59
5.1.2 L'impact émotionnel du patient engendré par l'isolement.....	63
5.1.3 La communication patient-soignant.....	66
5.1.4 Les droits fondamentaux et éthiques	68
5.2 Développement des résultats en lien avec la question PICOT	70
5.3 Propositions pour la pratique.....	74
Chapitre 6 : Conclusion.....	76
6.1 Apport du Travail de Bachelor	77
6.2 Limite	79
6.3 Perspectives pour la recherche.....	80
Chapitre 7 : Références.....	82
Appendices.....	93
Appendice A : Critères d'évaluation de mise ou maintien d'un patient en chambre de soin intensif selon le CNP.....	94
Appendice B : Articles de loi tirés de la Constitution fédérale	96
Appendice C : Critère de mise en chambre de soin intensif selon ANAES.....	97
Appendice D : Tableau des descripteurs correspondant aux bases de données.....	99
Appendice E : Grilles adaptées du Fortin 2010.....	100

Résumé

Problématique :

La mesure d'isolement est utilisée lors de comportement hétéro-agressif, auto-agressif ou encore lors d'un état d'agitation. Cependant, à ce jour, l'aspect thérapeutique de la chambre de soins intensifs n'est pas un acquis. Selon Bardet Blochet (2009) « l'utilisation de l'isolement est souvent perçu comme une mesure punitive, un moyen de contrôle social où s'intensifient des sentiments déjà présents d'exclusion, de rejet ou d'abandon » (p.559).

Les soins infirmiers sont vus comme des échanges dynamiques entre l'infirmier et la personne. Ils visent à diminuer la souffrance psychique de la personne, à rétablir l'intégrité physique et mentale quand cela est possible ainsi qu'à aider la personne malade à comprendre ses difficultés et à lui donner des moyens de vivre avec ces dernières (Prudhomme, Jeanmougin & Duffet, 2009, p.29).

C'est pourquoi nous nous interrogeons quant au fait de la pertinence de l'aspect thérapeutique et de ses impacts sur le patient.

En Suisse, selon Martin, Bernhardsgrutter, Goebel & Steinert (2007) « 17,8% des patients ont été mis en isolement » (p.8). On peut donc constater que la chambre de soins intensifs est une mesure thérapeutique encore utilisée.

La schizophrénie est une psychose qui, lors d'un déséquilibre interne, peut amener à une décompensation psychotique, ce qui pourrait nécessiter l'utilisation d'une chambre de soins intensifs. De plus, lors de nos périodes de formation pratique, nous avons principalement rencontré des patients

atteints de schizophrénie, c'est pourquoi nous nous intéressons à ce sujet. « Environ 1% de l'ensemble de la population adulte est touché par la schizophrénie » (Hanus & Louis, 2014, p.76).

But :

L'objectif de cette revue de littérature est de comprendre l'impact de la chambre de soins intensifs sur un patient schizophrène hospitalisé dans un service de psychiatrie, ainsi que de dégager diverses propositions pour la pratique infirmière dans le but d'améliorer le vécu de la mise en chambre de soins intensifs.

Concepts abordés :

Les concepts abordés dans ce travail sont ceux de la chambre de soins intensifs, la schizophrénie, la décompensation psychotique et les attitudes infirmières.

Méthode :

Quinze articles ont été choisis dans les bases de données PubMed/MEDLINE et CINAHL d'après une série de critères d'inclusion et sur la base d'une question formulée à travers les cinq dimensions PICOT. Une lecture critique de ces articles en fonction de la grille adaptée de Fortin (2010) nous a permis d'analyser diverses composantes de cette problématique ainsi que la mise en évidence de propositions pour la pratique.

Résultats :

Les divers articles mettent en lumière les impacts liés à la mise en chambre de soins intensifs en lien avec les attitudes des infirmiers. Les résultats ont permis de mettre en avant que les patients ont des perceptions majoritairement négatives face à l'isolement malgré quelques perceptions positives. Inversement, les infirmiers, quant à elles, mettent en lumière leurs perceptions positives en ce qui concerne l'utilisation de la chambre de soins intensifs. Plusieurs propositions ont été abordées par les chercheurs, en particulier l'amélioration de la communication entre le patient et l'infirmière.

Conclusion :

Dans la conclusion, nous avons pu mettre en avant les éléments facilitants et contraignants rencontrés lors de la rédaction de notre Travail de Bachelor. Les professionnels de la santé se doivent d'offrir des prises en charge globales, adaptées et personnalisées. C'est pourquoi, lors de futures recherches, il restera à explorer diverses pistes concernant l'impact de la chambre de soins intensifs notamment par rapport à la communication.

Mots clés :

Schizophrénie, psychiatrie, santé mentale, chambre d'isolement, infirmiers, les perceptions du patient, le vécu du patient, l'expérience du patient, les attitudes infirmières.

Schizophrenia, psychiatric, mental health, seclusion, nurses, patient perceptions, patient experience, nurses' attitudes.

Remerciements

Nous tenons à remercier plusieurs personnes qui ont contribué à l'élaboration de notre Travail de Bachelor.

Nos premiers remerciements s'adressent à notre directrice de Travail de Bachelor, Madame Catherine Lambelet, pour son encadrement, ses précieux conseils, son implication et son soutien. Elle a su nous guider et nous orienter dans les moments difficiles.

Un grand merci à Robin Jolissaint qui a eu la gentillesse de lire et corriger notre travail ainsi qu'à Anais Rérat qui nous a aidées dans la mise en page de notre travail.

Nous souhaitons remercier les bibliothécaires de la Haute école de santé Arc Neuchâtel pour le temps qu'elles nous ont accordé et leurs nombreux conseils.

Un sincère merci à nos familles et à nos amis, qui nous ont soutenues et encouragées tout au long de ce travail.

Nous remercions également Olivier Schirlin, responsable d'Axe Recherche, le professeur Pascal Compte et la professeure Françoise Maire-Schwander, qui ont su nous expliquer les fondements de la recherche en nous délivrant des séminaires sur le travail de Bachelor. Cela nous a permis de comprendre et d'apprendre ce qui était attendu pour ce travail. Ils ont également su répondre à nos questions.

Nous souhaitons remercier Romuald Drocinski, infirmier clinicien de l'unité hospitalière des Admissions Crise Arcadia UHAC, à Préfragier, pour

nous avoir accordé un interview afin de nous expliquer la pratique de leur établissement et de répondre à nos questions.

Nous remercions Fabienne Perret, infirmière adjointe de la Clinique de Roc-Montès, pour avoir répondu à nos questions afin de nous aider à clarifier la problématique demandée, à travers l'échange de mails.

Nous tenons également à remercier la volée BAC13 pour le soutien apporté et les réponses aux éventuelles questions incomprises durant la période de rédaction du Travail de Bachelor.

Pour finir, nous nous remercions mutuellement, pour le travail ponctuel et de qualité, l'investissement de chacune ainsi que le respect et l'écoute qui a régné dans le groupe.

« Se réunir est un début ; rester ensemble est un progrès ; travailler ensemble est la réussite ».

Henry Ford

Chapitre 1 : Introduction

1.1 Introduction

Dans le cadre de notre dernière année de formation Bachelor en sciences infirmières, il nous est demandé de réaliser un Travail de Bachelor (TB). Il s'agit d'une revue de littérature qui consiste à rechercher plusieurs ouvrages scientifiques en lien avec notre sujet d'après l'élaboration d'un questionnement clinique professionnel. Ensuite, nous avons dû effectuer une évaluation critique de ces derniers. Après une analyse et une argumentation de ces recherches, basées sur l'utilisation de références théoriques et de données probantes, nous avons pu mettre en avant plusieurs résultats. Le but de ce travail est d'élaborer une perspective professionnelle et des propositions pour la pratique fondée sur des résultats scientifiques.

Durant nos trois ans de formation, nous avons étudié l'importance d'utiliser des résultats probants dans notre pratique professionnelle. Ce travail nous permet de transformer un questionnement de départ en une problématique pertinente et actuelle pour les soins infirmiers et de naviguer sur des bases de données scientifiques. De plus, nous avons pu analyser des articles scientifiques, les sélectionner et les retenir en lien avec sa thématique ainsi qu'élaborer une discussion afin d'envisager des perspectives professionnelles en regard à notre problématique.

En outre, ce travail nous exerce à suivre une démarche méthodologique de qualité et accroître une posture réflexive professionnelle et enrichissante pour notre pratique.

Notre revue de littérature s'intéresse aux impacts liés à la mise en chambre



de soins intensifs chez un patient schizophrène hospitalisé dans un service de psychiatrie. Ceci dans le but de comprendre son vécu et de favoriser une relation infirmier-patient de qualité.

En premier lieu, la problématique met en avant la manière dont notre question de départ est survenue ainsi que la pertinence de celle-ci dans la pratique professionnelle actuelle. Afin de pouvoir délimiter le sujet nous avons élaboré une revue exploratoire de littérature.

Le chapitre suivant présente la définition et l'explication des concepts retenus ainsi que le développement d'un cadre théorique infirmier afin de permettre une meilleure compréhension et délimitation de la question de recherche.

Concernant le chapitre méthode, nous avons commencé par utiliser la méthode PICOT afin de préciser clairement et délimiter la question de recherche. Ce chapitre comprend également la sélection d'articles de recherche sur la base de données scientifiques ainsi que les stratégies que nous avons utilisées pour retenir nos articles. Par la suite, nous avons pu analyser nos articles à l'aide de la grille de Fortin (2010).

Dans la discussion, un résumé des divers résultats des articles divisés en quatre thèmes est exposé. S'en suit un développement des résultats en lien avec la question PICOT ainsi que des propositions d'amélioration pour la pratique.

Pour finir, la conclusion mettra en avant les apports de ce travail, ses limites ainsi que les perspectives que ce dernier amène pour la recherche.

Chapitre 2 : Problématique

2.1 Question de départ

Pour l'obtention de notre Bachelor en soins infirmiers, il nous a été demandé de réaliser un Travail de Bachelor en formant des groupes de trois personnes. Nous avons donc dû commencer par choisir une thématique parmi la liste des problématiques imposées par des milieux cliniques. Après diverses réflexions, nous avons choisi la thématique « quels impacts les mesures d'isolement peuvent-elles avoir sur les bénéficiaires d'un séjour en réadaptation ? ». Nous trouvons ce sujet intéressant du fait que le terme « réadaptation » peut comprendre plusieurs domaines de santé. Nous avons effectué plusieurs recherches qui nous ont permis d'identifier deux types de réadaptation. Le premier concerne le plan somatique notamment avec la réadaptation physique, tandis que le second comprend le domaine psychiatrique avec la réadaptation psychosociale.

Afin d'approfondir davantage la question de départ, nous nous sommes tournées vers le milieu clinique qui a posé cette thématique appartenant à la discipline infirmière. Celui-ci est un centre suisse de réadaptation cardiovasculaire, psychosomatique et musculosquelettique. Nous avons contacté le personnel de cet établissement qui nous a fait part de ses motivations concernant cette recherche. Le but était d'investiguer les mesures d'isolement qui sont principalement utilisées afin de protéger l'équipe soignante ou le patient d'une transmission de germes. Sur le terrain, ce centre n'avait rencontré qu'une seule fois cette problématique. De plus, nous nous sommes questionnées sur notre propre pratique. Étant donné que

nous n'avons jamais rencontré de difficultés avec les mesures d'isolement physiques, nous n'avons pas trouvé pertinent d'aborder ce sujet pour notre Travail de Bachelor.

Nous nous sommes tournées vers le milieu psychiatrique car ce type d'institution utilise également des mesures d'isolement. Notre questionnaire principal était de savoir si des mesures d'isolement étaient utilisées dans des services de réadaptation psychiatrique. En étudiant certaines littératures, nous avons constaté que « la réadaptation ne peut se limiter à des centres spécialisés et qu'elle est communément pratiquée dans les structures de soins psychiatriques » (Vidon, 1997, p.35). De plus, lors de nos périodes de formation pratique en psychiatrie, nous avons pu identifier des difficultés autant pour le patient que pour l'équipe soignante concernant l'utilisation des mesures d'isolement.

Nous émettons l'hypothèse qu'une personne atteinte d'une pathologie psychiatrique a sûrement déjà rencontré, au moins une fois, lors d'une hospitalisation en psychiatrie, une mesure d'isolement, que ce soit une chambre de soins intensifs ou une diminution des visites ou des sorties. Nous admettons encore que la mesure d'isolement a certainement eu des impacts négatifs ou positifs sur le patient.

C'est pourquoi nous avons décidé de cibler notre question de départ en la formulant ainsi :

« Quels impacts ont les mesures d'isolement en psychiatrie ? »

Certes, cette question s'inscrit dans le cadre d'un Travail de Bachelor, mais c'est également un point très important pour nous trois. Nous envisageons, en effet, de pouvoir utiliser les diverses connaissances acquises lors de nos recherches afin de les transmettre dans les différentes institutions qui utilisent les mesures d'isolement.

2.2 Pertinence pour les soins infirmiers

Afin de démontrer que notre travail s'inscrit dans la discipline infirmière, nous avons fait des liens entre notre question de départ et les quatre concepts centraux de la discipline infirmière. Ensuite, nous avons mis en évidence l'apport de cette question par rapport aux différents savoirs qui délimitent les connaissances spécifiques de la discipline infirmière.

2.2.1 Les métaparadigmes

Les métaparadigmes infirmiers sont : la personne, l'environnement, la santé et les soins. Ceux-ci occupent une place centrale dans la discipline. La discipline infirmière est précisée grâce à ces différents concepts à travers la façon dont les infirmières abordent la relation (Pépin, Ducharme, & Kérouac, 2010).

L'**être humain** est une cible ou un bénéficiaire des soins infirmiers qui peut être une personne, une famille, un groupe ou une communauté (Pépin et al. 2010). Nous considérons l'être humain comme une personne unique avec des attentes qui lui sont elles-aussi uniques. Nous allons nous intéresser à l'être humain en tant qu'être bio-psycho-socio-spirituel. Dans ce travail, l'être humain est représenté par la personne schizophrène mise en chambre de soins intensifs. Cette revue de littérature va donc montrer quel(s) impact(s) à la mise en chambre de soins intensifs chez une personne schizophrène.

La **santé** se rapporte à l'état de bien-être caractérisant une personne. Une personne peut être malade mais en santé (Pépin et al. 2010). Nous allons nous intéresser aux personnes atteintes de schizophrénie et plus précisément qui sont placées en chambre de soins intensifs. Lors de décompensation psychotique, la personne schizophrène n'est pas dans un état de bien-être, elle n'est donc pas en santé (Pépin et al. 2010). La santé consiste en tout ce qui « engendre, génère et régénère la vie » Collière (2001 ; dans Pépin et al. 2010, p.10).

L'**environnement** fait référence au milieu physique et social de la personne (Pépin et al. 2010). Nous considérons l'environnement de deux manières : un contexte où évolue la personne, et un lieu physique où la rencontre entre le soignant et le soigné prend place. Lors de la mise en chambre de soins intensifs, l'environnement n'est plus favorable car il ne correspond pas au contexte habituel dans lequel évolue la personne. Le

contexte physique n'est pas optimal étant donné que la relation entre le soignant et le patient, lors de la mise en chambre de soins intensifs, est limitée.

Les soins infirmiers sont les actions que l'infirmier exécute à la place de la personne ou en collaboration avec celle-ci (Pépin et al. 2010). En tant qu'infirmières, nous sommes sensibles au mal-être de la personne et faisons notre possible afin d'y remédier. Les soins infirmiers visent la personne dans son entièreté. Le soin aura lieu à travers les attitudes et les comportements des infirmiers face à des personnes schizophrènes mises en chambre de soins intensifs. Les soins infirmiers se traduisent par un processus d'interaction, de relations interpersonnelles humaines basées sur des principes de respect, d'empathie et de non-jugement. Les soins infirmiers doivent s'imprégner de la notion de « *caring* » afin d'aider la personne à trouver une signification à l'expérience de la mise en chambre de soins intensifs et de renforcer sa capacité d'« *empowerment* ». En effet « le concept de *caring* révèle que le soin comprend des aspects affectifs ou humanistes relatifs à l'attitude et à l'engagement » (Pépin et al. 2010, p.69).

D'après nous, notre question de départ est pertinente car elle nous permet d'analyser le vécu du patient, son ressenti face aux mesures d'isolement.

2.2.2 Les savoirs infirmiers

Le savoir est défini comme étant un « ensemble de connaissances acquises par l'étude » (Larousse du collège, 2003, p.1428). En 1978, Barbara Carper a défini quatre types de savoirs découlant de la profession infirmière :

Le savoir empirique est « issu de la recherche scientifique, de l'observation, de l'exploration, de la description et de l'explication des phénomènes » (Kérouac, Pépin, Ducharme & Major, 2003, p. 79). Il nous permet de nous questionner sur certains phénomènes de notre pratique et de l'améliorer en se basant sur les connaissances vérifiées par les recherches scientifiques. Ce savoir fait référence aux nombreuses recherches que nous avons effectuées dans la littérature, les livres ou sur internet. Ce savoir nous permet d'affirmer ce que nous pensons, d'apprendre des choses nouvelles sur notre sujet et de rédiger un travail ayant des sources fiables et validées.

Le savoir esthétique « fait appel et fait référence aux expressions de types artistiques qui découlent des expériences quotidiennes de l'infirmière : la beauté d'un geste, l'intensité d'une interaction et l'adresse manifestées lors de la coordination d'activités de soins » (Kérouac & al. 2003, p.78). Le savoir esthétique comprend également la manière d'envisager la relation, la manière d'apporter de l'aide ou de reconnaître les besoins des individus. Le concept d'empathie fait également partie intégrante du savoir esthétique puisqu'il s'agit de la capacité de saisir de manière indirecte l'expression des sentiments des autres (Kérouac & al. 2003). Il est important pour les infirmiers de savoir comment envisager la relation avec le patient atteint de

schizophrénie mis en chambre de soins intensifs, comment apporter une aide adéquate aux personnes et comment reconnaître leurs besoins spécifiques. L'infirmière doit être empathique face aux personnes vivant un mal-être. Dans notre travail, ce savoir correspond à la façon d'entrer en relation avec une personne schizophrène mise en chambre de soins intensifs. La prise en charge des personnes schizophrènes demande une mobilisation de notre intuition mais aussi de notre capacité d'empathie vis-à-vis de ceux-ci et de leur situation.

Le savoir éthique « fait référence aux jugements d'ordre moral que requièrent de nombreuses situations de soins. Cette dimension du savoir concerne ce qui est juste, bon, désirable et s'appuie sur des principes philosophiques » (Kérouac, & al. 2003, p.79). « Les dilemmes éthiques amènent notamment à considérer quelles contraintes peuvent être éliminées, améliorées ou acceptées » Durgahe (1997 ; dans Kerouac et al. 2003, p. 79). Il est d'autant plus difficile de respecter le savoir éthique dans une situation où la personne fait une décompensation psychotique car la plupart du temps les personnes ne veulent pas être mises en chambre de soins intensifs. Celle-ci représente un dilemme éthique car elle porte atteinte aux droits de l'homme qui stipulent que l'être humain est libre de ses actions.

Le savoir personnel « prend appui sur la connaissance subjective ou sur ce que l'infirmière connaît d'elle-même, tant par son intellect que par son intuition, qui lui permet de comprendre de façon sensible une situation de soins donnée » (Kérouac et al. 2003, p.79). Ce savoir correspond à

l'apprentissage de nos propres ressentis, valeurs et besoins. Il s'agit aussi d'avoir une meilleure connaissance du sujet. Pour cela, il faut exercer et vivre plusieurs fois les mêmes situations dans la vie professionnelle. Mettre une personne en chambre d'isolement peut être difficile pour l'infirmière, c'est pourquoi il est important de connaître ses limites. Ce savoir nous permet d'être conscients de l'influence de nos propres réactions dans la relation avec le patient et de l'impact sur la suite de la prise en charge.

2.3 Revue exploratoire de littérature

2.3.1 Historique

Chaque être humain a déjà entendu parler du terme « fou » qu'on attache et qu'on prive de liberté dans un asile. La psychiatrie est une discipline jeune. Michel Foucault fait débiter ce qu'il appelle le « grand enfermement » en 1656. Selon Hochmann, « tout au long de l'histoire de l'humanité et selon les cultures, la folie a suscité des réponses sociales » (2011, p.5). Les premiers principes de base de la contention et de l'isolement comme des mesures non punitives ont été décrits par le médecin français Philippe Pinel. En 1795, Pinel a été nommé afin d'effectuer le classement des malades, séparant les agités et les calmes. Grâce à lui, le patient est devenu une personne avec des droits.

2.3.2 Répartition géographique

Examiner la répartition géographique des mesures d'isolement offre un aperçu général de son utilisation. Selon une recherche en Grèce, « 11 % des sujets ont été soumis à une forme de contrainte physique et 9,55% des

patients ont été touchés par l'isolement ou l'attachement » Bilanakis, Kalampokis & Peritogiannis (2010 ; dans Drozdek, 2012, p.7). Concernant la France, dans la région alsacienne, « on y estime dans un hôpital psychiatrique que le taux d'isolement des patients psychiatriques est de 5% » Baratta & Morali (2010 ; dans Drozdek, 2012, p.8). En Suisse, « 17,8% des patients ont été mis en isolement ; un chiffre à comparer aux 7,8% des patients mis en isolement en Allemagne » (Martin et al. 2007, p.8). On peut voir qu'en Suisse, les mesures d'isolement sont encore très utilisées, contrairement à d'autres pays.

Selon Palazzolo (2002 ; dans Drozdek, 2012) :

Les taux des patients qui sont exposés à l'isolement ou d'autres mesures de contrainte varient entre 0% et 66%. Ces taux sont influencés par différents facteurs : les protocoles d'utilisation, la législation, les infrastructures disponibles (unités ouvertes ou fermées), le nombre de personnel spécialisé en psychiatrie ou non spécialisé (p. 7).

2.3.3 Utilisation de l'isolement

Les mesures de contrainte ou mesures de contention couvrent un domaine relativement large. Par mesure de contrainte, on entend « toute intervention allant à l'encontre de la volonté déclarée du patient ou suscitant sa résistance. Sont également considérées comme mesure de contrainte moins incisive comme par ex. le fait d'obliger un patient à se lever, manger (...) » (Académie Suisse des Sciences médicale, 2005, p.4).

Jérôme Palazzolo (2002), médecin psychiatre, souligne que le mot isolement a deux rôles. « Un rôle d'isolement qui consiste à mettre le sujet à

l'écart des autres afin de le placer dans une sorte de rupture relationnelle, ou alors un rôle d'isolation, sorte de protection contre les stimulations sensorielles » (p. 25).

Begin (1991 ; dans Friard, 2002) relève trois grandes indications d'utilisation de l'isolement ou des contentions : « maîtrise de l'agitation sévère ou de la violence, outil thérapeutique en thérapie comportementale et mesure prophylactique d'intervention lorsque l'on observe les signes prodromaux d'une crise » (p. 109).

Nos recherches nous ont permis de constater que l'isolement en psychiatrie est employé avec diverses pathologies dans des buts bien précis.

Lors de bouffées délirantes aiguës, le patient sera très souvent placé en chambre de soins intensifs thérapeutiques pour l'empêcher de se faire du mal ou de faire mal à autrui mais également pour diminuer la quantité des stimuli pour contenir son agitation (Serranelli & Merklings, 2013 p.249).

Lors de schizophrénie, le but de l'isolement tendra plus vers une réduction des stimulations. Très souvent, on propose au patient de se retirer dans une chambre isolée, non dans un but punitif, mais plutôt pour le protéger de l'animation environnante (Lalonde & Morin, 1995, p.94).

Lors d'anorexie, les mesures d'isolement vont consister à séparer temporairement les personnes malades du milieu de vie habituel dans le but de faire une expérience d'un autre groupe dans un cadre hospitalier. Cette période d'isolement est définie par un poids à atteindre et non par la durée (Lama, Shankland & Nicolas, 2012, p.23-124).

Nos recherches ont permis de mettre en évidence que la chambre de soins intensifs a des fonctions particulières suivant dans quel cas elle est utilisée.

Nous avons pu identifier, grâce à un rendez-vous avec des infirmiers spécialisés en santé mentale, les indications de mise en chambre de soins intensifs. Les indications de celle-ci sont en lien avec des critères de sélection et ne correspondent pas à des pathologies spécifiques. Les critères sont les suivants :

1. Danger de passage à l'acte hétéro-agressif ;
2. Danger de passage à l'acte auto-agressif ;
3. Etat d'agitation, trouble du comportement (voir Appendice A, page 94)

En prenant ces critères, nous avons pu identifier que lors de schizophrénie, le patient peut présenter ces différents critères, que ce soit de l'hétéro-/auto-agressivité mais également un trouble du comportement. Nous pouvons donc émettre l'hypothèse que le patient souffrant de schizophrénie peut être placé en chambre de soins intensifs car il va répondre de manière claire aux indications de celle-ci.

2.3.4 Droit et chambre de soins intensifs

La médecine et le droit sont parmi les plus anciennes activités de l'humanité. Toutes les sociétés connaissent un art de soigner et de soulager la souffrance. La médecine combat la précarité de la nature (maladie ou accident), se préoccupe de guérir l'homme ; tandis que le droit, en se préoccupant de la loi, gère la norme sociale contribuant ainsi à l'intégration et la reproduction de la société (Bertrand, Harding, Mandofia et Ummel, 1998, p. 3).

Les dispositions concernant le cadre légal suisse se limitent essentiellement au droit public. Selon l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM),

Les mesures de contrainte se situent dans un champ de tension juridique : D'une part, les mesures de contrainte constituent toujours une atteinte aux droits fondamentaux du patient. D'autre part, une injonction thérapeutique prononcée par l'Etat ou un devoir d'assistance peut être à l'origine d'une obligation légale de prendre une mesure de contrainte destinée à protéger le patient ou des tiers. Les droits fondamentaux du patient comprennent le droit à la liberté personnelle, en particulier à l'intégrité physique et psychique ainsi qu'à la liberté de mouvement. Les mesures de contrainte en tant qu'atteintes aux droits fondamentaux ne sont admises que si elles reposent sur une base légale et sont dans l'intérêt public prépondérant ou motivées par la protection de droits fondamentaux de tiers ; en outre, elles doivent être proportionnées et ne pas porter atteinte à l'essence des droits fondamentaux (2005, p.5).

Il n'existe pas en Suisse, au niveau fédéral, de bases légales uniformes concernant les mesures de contrainte médicale. Leurs modalités varient selon les cantons et dépendent des usages en cours dans les différents établissements de soins. Les droits constitutionnels de la personne concernée (Constitution fédérale de la Confédération suisse, art. 10 et art. 36 (voir

Appendice B, page 96) ainsi que les lois cantonales prévoient que les mesures de contrainte doivent bien entendu être respectées. « Les personnes atteintes de maladie mentale doivent jouir des mêmes droits de l'homme et des libertés fondamentales que les autres citoyens. Elles ne doivent faire l'objet d'aucune discrimination fondée sur la maladie mentale » (Hirsch et Ferlender, 1998, p.232).

De plus, le consentement au traitement est également une notion très importante qui doit être prise en compte lors de l'utilisation de l'isolement. En effet, lors de tout soin, nous devons avoir le consentement du patient. Celui-ci a des droits et il est très important d'en tenir compte.

La contrainte physique ou l'isolement du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du 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 physique ou d'isolement d'office, 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 et être soigné et régulièrement et étroitement surveillé par un personnel qualifié. Dans le cas d'un patient ayant un représentant personnel, celui-ci est avisé sans retard, le cas échéant, de toutes mesures de contraintes physique ou d'isolement d'office (Hirsch & Ferlender, 1998, p.232).

L'institution ne peut restreindre la liberté de mouvement d'une personne incapable de discernement que si des mesures moins rigoureuses ont échoué ou apparaissent *a priori* insuffisantes et qu'il faille : prévenir un grave danger menaçant la vie ou l'intégrité corporelle de la personne ou celles d'autrui, ou faire cesser une grave perturbation de la vie communautaire (CCS, art. 383. B, p. 6774).

De cette manière, on peut voir que les mesures d'isolement sont en lien direct avec le droit. Les mesures d'isolement ne sont possibles que si des mesures moins rigoureuses ont échoué ou apparaissent *a priori* insuffisantes (principe de proportionnalité). De plus, lors d'un entretien avec des professionnels de la santé mentale, ceux-ci ont déclaré que les chambres des soins intensifs sont toujours utilisées en derniers recours et uniquement si toutes les autres actions mises en place ont échoué. Le centre de psychiatrie neuchâtelais propose comme mesures alternatives avant l'utilisation de l'isolement : « l'établissement d'un dialogue avec le patient pour essayer de comprendre ce qui lui arrive, l'établissement d'un contact rassurant, des entretiens médico-infirmiers, une recherche avec le patient de solutions alternatives mais également un traitement pharmacologique d'appoint » (Protocole de prise en charge d'un patient en chambre de soins intensifs, CNP, p.2). La durée de la mesure doit être la plus brève possible et doit être évaluée de manière très régulière, celle-ci se fait en principe à des intervalles de trente minutes. Il faut toujours se baser sur une argumentation pertinente et objective pour utiliser des mesures d'isolement.

2.3.5 L'éthique et la chambre de soins intensifs

Dans notre pratique professionnelle, nous devons faire face à des dilemmes éthiques quand la chambre de soins intensifs est utilisée, puisque des conflits de valeurs peuvent apparaître. En effet, l'équipe soignante doit prendre une décision face à l'utilité ou non de la chambre de soins intensifs.

Afin d'agir de manière éthique, il faut obligatoirement prioriser les valeurs et la discussion entre les parties (Saint-Arnaud, 2009). Cependant, ceci n'est pas toujours possible lorsque des mesures d'isolement sont employées.

Plusieurs auteurs utilisent indifféremment les termes « morale » et « éthique ». Le premier vient du latin *moralis* alors que le deuxième vient du grec *ethikon*. Les deux termes désignent : « les mœurs, le caractère, les attitudes humaines, les règles de conduite, les justifications de ces règles » (Saint-Arnaud, 2009, p. 11).

« L'éthique de la santé se situe dans la sphère de l'éthique normative appliquée. Elle se définit comme l'identification, l'analyse et la résolution de problèmes éthiques, qui surviennent tant dans les soins directs que dans la recherche, l'enseignement » (Saint-Arnaud, 2009, p. 15). Afin d'arriver à des soins de qualité, il faut respecter des obligations morales qui découlent de la conception du soin et de leurs théories (Saint-Arnaud, 2009).

Le but premier des interventions de santé est le bien-être du bénéficiaire. Par conséquent, l'intervention de soins n'est jamais éthiquement neutre (Saint-Arnaud, 2009).

Racine (2003) met en évidence quatre principes éthiques :

- Le respect de l'autonomie : concerne le respect des choix et des positions personnelles et des décisions qui en découlent ;
- La bienfaisance : l'obligation d'agir pour le bien-être des autres ;
- La non-malfaisance : L'obligation de ne pas faire mal aux autres ;
- La justice : L'obligation de traiter les cas égaux de la même façon.

Le conseil d'éthique clinique de l'hôpital universitaire de Genève (2014) a mis en avant que « l'autonomie, la bienfaisance et la non-malfaisance n'étaient pas respectées lors de mesures physiques limitant la liberté des mouvements » (p.4).

2.3.6 La chambre de soins intensifs

Nous avons décidé de nous intéresser à la chambre de soins intensifs car c'est la mesure de contention qui nous a le plus questionnées lors de nos stages en psychiatrie. La chambre de soins intensifs est également appelée chambre d'isolement ou chambre de sécurité. Nous avons décidé d'employer le terme « chambre de soins intensifs » ou « CSI » en référence à l'ASSM.

La CSI est régie par un protocole et relève d'une prescription médicale. Friard (2002) définit la chambre de soins intensifs comme « une pièce fermée à clé conçue pour contenir les pulsions auto- ou hétéro-destructrices de personnes souffrant de troubles mentaux hospitalisées en psychiatrie » (p.16).

Fassler et Cotton décrivent quatre façons d'isoler la personne en psychiatrie bien que la plupart des auteurs la définissent comme une chambre fermée à clé (1992 ; dans Palazzolo 2002, p.25).

1. « Placement du patient dans une chambre dont la porte est fermée à clé »
2. « Placement du patient dans une chambre dont la porte est fermée mais pas à clé »

3. « Placement du patient dans une chambre où ses mouvements et ses sorties sont limités »
4. « Séparation d'un patient avec un groupe, sans qu'il soit nécessairement limité par des murs »

Chacune de ces fonctions permet une liberté plus ou moins grande avec un contrôle de la sécurité du patient ainsi que des autres patients. Souvent, le patient sera d'abord placé dans une chambre fermée à clé lors de crise aiguë puis au fur et à mesure et suivant l'évolution de son comportement, le cadre sera peu à peu ouvert pour permettre au patient quelques sorties de la CSI afin d'évaluer son attitude en groupe.

Vingt-trois critères ont été définis par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé de France (ANAES) afin d'améliorer les conditions d'isolement des patients et de valider l'aspect thérapeutique de ce type de procédure (Friard, 2005) (Voir Appendice C, page 97).

Au vu de nos expériences professionnelles, nous nous sommes rendues compte que la mise en chambre de soins intensifs n'est pas une décision facile et que c'est souvent très compliqué à gérer pour les professionnels. Friard dit : « si les normes de qualité sont bien respectées, les soignants n'ont aucune raison de culpabiliser » (2005, p.17). On peut voir que :

Dans la perspective du patient, l'aspect thérapeutique de la mise en chambre fermée n'est pas un acquis. Au contraire, l'isolement est souvent perçu comme une mesure punitive, un moyen de contrôle social où s'intensifient des sentiments déjà présents d'exclusion, de rejet et d'abandon (Holmes, Kennedy & Perron, 2004, p 559).

L'ASSM recommande une discussion avec le patient dès que son état le permet afin qu'il exprime son vécu, ainsi que la possibilité d'exposer par écrit son point de vue. « Des activités, de l'écoute peuvent accompagner l'isolement, elles sont préférables à un pur isolement » (Bourgeois, 2012, p. 49). De plus en plus, les centres de psychiatrie font des débriefings avec le patient afin d'évaluer l'impact de son séjour en CSI.

Lors de la mise en chambre de soins intensifs, la relation avec le patient peut être compromise et il est donc primordial d'essayer de la préserver au maximum. Il faut utiliser la chambre de soins intensifs dans les meilleures conditions possibles car en psychiatrie, la relation de confiance est la base de la prise en charge. Selon Bioy et Maquet, « l'humain est un être communiquant et cette communication est consécutive à un besoin inné de contact, de mise en relation avec autrui, de partage » (2015, p.6). La communication est un besoin primordial chez tous les individus. Cependant, dans un service de psychiatrie, le soin est basé sur le relationnel, ce qui rend la communication d'autant plus indispensable.

Les soins infirmiers sont vus comme des échanges dynamiques entre l'infirmier et la personne. Ils visent à diminuer la souffrance psychique de la personne, à rétablir l'intégrité physique et mentale quand cela est possible ainsi qu'à aider la personne malade à comprendre ses difficultés et à lui donner des moyens de vivre avec ces dernières (Prudhomme, Jeanmougin, Duffet, 2009, p.29).

Carl Roger définit le soin relationnel comme : « Des relations dans lesquelles l'un au moins des protagonistes cherche à favoriser chez l'autre la croissance, le développement, la maturité, un meilleur fonctionnement, et une plus grande capacité à affronter la vie » (Rogers, 2005, p.27). Il faut savoir qu'il est toujours très difficile de créer une alliance thérapeutique entre l'infirmier et le patient dans les services de psychiatrie. Le patient peut éprouver un sentiment de stress en arrivant dans un service comme celui-ci, ce qui peut entraver la relation. Cependant, la qualité de la relation est basée sur la confiance entre les deux parties afin que la thérapie soit réellement efficace.

2.3.7 La schizophrénie

Lors de nos expériences professionnelles, nous avons pu observer que la CSI était très souvent utilisée lors de décompensation psychotique. En nous basant sur nos connaissances théoriques acquises lors de notre formation, nous avons pu identifier deux pathologies de la lignée psychotique : la schizophrénie et la bouffée délirante aiguë. Cependant, lors de nos formations pratiques, nous avons toutes les trois rencontré des patients atteints de schizophrénie, ce qui a suscité notre intérêt face à cette pathologie. C'est pour cette raison que nous avons décidé d'approfondir cette thématique. Plusieurs auteurs ont défini la schizophrénie. Nous avons choisi trois définitions complémentaires pour mieux comprendre cette maladie.

« La schizophrénie qui associe de façon variable dissociation de la personnalité et délire paranoïde, est une affection mentale chronique, sévère et fréquente » (Hanus & Louis, 2014, p. 76).

« La schizophrénie se caractérise par la transformation profonde et progressive de la personnalité, qui cesse de construire son monde en communication avec autrui pour se perdre dans un chaos imaginaire » (Hanus & Louis, 2014, p.76).

« La schizophrénie est une psychose chronique caractérisée par des idées délirantes et/ou un discours et un comportement désorganisé, associés à une perturbation majeure de la vie sociale, professionnelle et affective » (Lim-Sabbah, I., 2010, p. 56).

De cette manière, nous pouvons voir que la schizophrénie est une pathologie qui touche la personnalité de manière chronique et qui a un réel impact sur la vie de la personne malade. « Environ 1% de l'ensemble de la population adulte est touché par la schizophrénie » (Hanus & Louis, 2014, p.76).

Les personnes souffrant de schizophrénie peuvent être prises en charge dans plusieurs endroits : des services de soins généraux, des structures de gériatrie et des services de psychiatrie (Hanus & Louis, 2014).

2.4 Concepts retenus

Afin de continuer cette revue littéraire, il est primordial d'identifier les concepts que nous avons retenus comme pertinents : la chambre de soins intensifs, la schizophrénie, la décompensation psychotique et les attitudes

infirmières. Il est important de définir ces notions théoriques afin d'avoir des bases scientifiques qui vont nous permettre de définir les descripteurs de notre recherche.

2.5 Perceptives et propositions pour la pratique

Dans son rapport de 2015, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) expose que « près de 17% de la population suisse souffre d'un ou de plusieurs problèmes psychiques, qui peuvent se manifester par des troubles alimentaires ou anxieux, des dépressions ou d'autres symptômes graves » (2015, p.5). Au vu du chiffre mis en avant par l'OFSP et de notre revue de littérature, nous pensons que la santé mentale est un domaine très important à développer. De plus, la santé mentale est un aspect important de l'état de santé général du patient, ce qui a une influence sur le bien-être et la qualité de vie de celui-ci.

Selon l'OFSP, en Suisse, environ une personne sur six souffrait de troubles psychiques en 2012 (Santé psychique en Suisse, 2015). Cela montre que la promotion et la sauvegarde de la santé psychique ainsi que le traitement des maladies psychiques constituent des défis de taille. En ce qui concerne le traitement en psychiatrie, nous avons toutes les trois pratiqué un stage dans ce domaine et rencontré diverses médications. Cependant, ce qui posait le plus de problème dans notre attitude de professionnelles était l'utilisation de la CSI. Nous n'arrivions pas bien à faire la différence entre un traitement bénéfique pour le patient ou une sanction punitive. C'est pourquoi, nous pensons que ce domaine a besoin d'être développé afin d'améliorer notre

jugement clinique.

Dans divers articles spécialisés, nous avons pu identifier que la chambre de soins intensifs est perçue comme une mesure punitive. Cependant, nous avons pu voir lors de nos périodes de formation pratique qu'elle est communément appliquée de manière régulière dans différents hôpitaux psychiatriques. C'est la raison pour laquelle nous nous questionnons sur le bénéfice de la mise en chambre de soins intensifs malgré nos connaissances sur la sécurité par rapport l'auto- ou l'hétéro-agressivité du patient.

Suite à nos divers questionnements, nous avons pris contact avec un hôpital psychiatrique afin de nous assurer que notre questionnaire était utile pour la pratique. A travers cet entretien, nous avons pu comprendre que la CSI suscitait un questionnement chez professionnels de la santé. Différents travaux ont été réalisés afin de comprendre le vécu du patient, dont un questionnaire qui était remis à la sortie de l'hospitalisation. A travers ce questionnaire, la majorité des patients mis en chambre de soins intensifs expliquent l'avoir très mal vécue notamment à cause de la rupture avec les infirmiers. D'après le questionnaire, une minorité de patients a reconnu que la chambre de soins intensifs a eu un impact positif sur eux. Nous avons pu également comprendre que c'est un acte contradictoire. D'un côté, il compromet la relation avec l'infirmier tandis que de l'autre, il permet au patient de se recentrer sur lui-même. De plus, au sein de l'équipe soignante, la mise en chambre de soins intensifs cause un dilemme éthique malgré la pratique réflexive.

A ce stade, nous pensons que notre thématique de Travail de Bachelor est probante pour la pratique. A travers nos divers questionnements, ceux des professionnels, la revue de littérature ainsi que les statistiques en vigueur, nous pouvons confirmer notre intérêt pour cette problématique.

Au vu de l'évolution de la psychiatrie, nous pouvons comprendre que notre thématique de Travail de Bachelor rentre concrètement dans un problème de santé publique autant d'un point de vue sociétale qu'économique. Notre travail ne se limite pas au vécu des patients atteints de schizophrénie. Nous pouvons imaginer que si nos attitudes ont une influence sur ce public-cible, elles en auront également sur toutes les personnes que nous soignons. Le fait de s'interroger sur l'origine de nos attitudes va permettre une remise en question de nos croyances, valeurs et préjugés. Cette introspection s'inscrit dans un cadre global de professionnalisation qui est transférable à l'ensemble de notre pratique.

**Chapitre 3 : Concepts et champ disciplinaire
infirmier**

3.1 Définir les concepts retenus

Dans ce chapitre, nous allons définir les concepts que nous avons retenus et développer un cadre théorique pour notre travail grâce à la théorie des relations interpersonnelles de Peplau (1952).

Suite à notre revue exploratoire de littérature, nous avons décidé de poursuivre notre travail en retenant les concepts suivants : la chambre de soins intensifs, la schizophrénie, la décompensation psychotique et les attitudes infirmières. Il est important de les approfondir car ils nous permettront de mieux comprendre et analyser notre question de recherche.

3.1.1 La chambre de soins intensifs

La chambre de soins intensifs est une mesure thérapeutique essentiellement utilisée lors de comportements d'auto- ou d'hétéro-agressivité que nous avons pu observer chez des patients atteints de schizophrénie, notamment lors de décompensation psychotique.

« La chambre d'isolement a été longtemps un sujet tabou. Cependant, aujourd'hui l'isolement n'est plus tabou, ce qui est tabou est de remettre en cause la légitimité thérapeutique » (Friard, 2002, p. 3). L'ANAES a mis en place un certain nombre de règles de conduite pour l'utilisation de la CSI (1998 ; dans Friard 2002, p. 19) :

- « L'isolement est une mesure thérapeutique relevant de la compétence et de la responsabilité médicale ».
- « L'isolement représente la définition et la mise en place d'un cadre

thérapeutique dans lequel le rôle et l'attitude du soignant et des médecins, les procédures de surveillance et de soins ont plus d'importance que le matériel lui-même ».

- « L'isolement a un effet protecteur. L'effet contenant réduit la dispersion des contenus psychiques et le morcellement paranoïde.
- La baisse des stimulations liées à l'environnement et l'interposition des soignants assure la fonction de pare-excitation ».
- « L'information du patient doit être claire et précise, quel que soit son état clinique et son statut administratif du point de vue de l'hospitalisation ».

Un patient doit toujours être informé des raisons de la mise en chambre de soins intensifs et des protocoles sont présents dans la plupart des services. Cependant, l'utilisation de la CSI ne correspond pas toujours à des mesures thérapeutiques : « les thérapeutes semblent moins sensibilisés aux effets secondaires qui en découlent que lorsqu'ils utilisent la chimiothérapie » Mallay et Coll (1992 ; dans Pallazollo 2002, p. 57).

3.1.2 Schizophrénie

Nous allons aborder le concept de la schizophrénie qui est mentionné dans la revue de littérature. Comme nous avons pu le voir ci-dessus, la schizophrénie est une psychose qui, lors d'un déséquilibre interne, amène à une décompensation, ce qui peut nécessiter l'utilisation de la mise en chambre de soins intensifs.

La schizophrénie touche presque autant les filles que les garçons, avec un début en moyenne vers vingt-cinq ans. Cependant, les filles sont touchées environ six ans plus tard que les garçons (Hanus & Louis, 2014).

Selon l'institut national de la santé et de la recherche médicale, « dans 35 % à 40 % des cas, elle se manifeste par des débuts aigus, avec des bouffées délirantes ». Actuellement, les chercheurs pensent qu'elle résulte de l'interaction de plusieurs facteurs. Les principaux sont : les facteurs caractériels, biotypologiques, sociaux, génétiques, biochimiques, neurologiques, psycho-dynamiques (Hanus & Louis, 2014).

Elle est caractérisée par un mélange de symptômes positifs, négatifs, cognitifs, affectifs et de désorganisation. Ces manifestations peuvent être présentes en même temps ou non, à des intensités différentes.

- Symptômes psychotiques ou positifs :
 - Hallucinations (distorsion des perceptions) ;
 - Idées délirantes (réinterprétation de la réalité) ;
 - Désorganisations (pensée et comportement).
- Symptômes déficitaires ou négatifs :
 - Réduction de l'expression verbale et non-verbale ;
 - Altération des processus cognitifs qui permettent de planifier et suivre un plan d'action ;
 - Difficulté d'anticiper le plaisir ;
 - Retrait social ;
 - Trouble de l'attention.

- Réduction du fonctionnement dans le domaine des relations sociales, professionnelles et des soins personnels (Favrod & Maire, 2012).

Toute forme de schizophrénie nécessite une prise en charge régulière et prolongée comprenant :

- « Une psychothérapie a pour objectif de soutenir le patient, de l'aider à reprendre contact avec la réalité et de comprendre sa maladie » (Lim-Sabbah, 2010, p. 59). Le professionnel doit avoir une attitude de bienveillance et de neutralité afin d'aider au mieux le patient.
- Le soutien social a pour but d'éviter la désinsertion. Il peut se faire dans une institution telle que l'hôpital de jour. Il est indiqué pour les patients qui n'arrivent pas à reprendre le travail et cela leur permet de se réadapter peu à peu à la vie sociale. Il existe aussi des foyers thérapeutiques ou des appartements quand le maintien à domicile n'est plus possible (Lim- Sabbah, 2010).
- Le traitement médicamenteux : son objectif est de réduire les symptômes qui font souffrir le patient. Le traitement doit être pris en commençant par des doses faibles et augmenter progressivement jusqu'à la dose minimale efficace. Les neuroleptiques sont les principaux médicaments utilisés dans la schizophrénie (Lim- Sabbah, 2010).

« Environ 90% des patients schizophrènes sont hospitalisés au cours de la maladie. Le traitement hospitalier comporte quatre aspects associés : institutionnel, psychothérapique, médicamenteux et social » (Hanus & Louis,



2014, p. 95). « L'hospitalisation est indiquée en cas de crises aiguës ; elle peut se faire sous contrainte (hospitalisation à la demande d'un tiers ou hospitalisation d'office) » (Lim- Sabbah, 2010, p.59).

3.1.3 Décompensation psychotique

La décompensation psychotique est une rupture d'équilibre provoquant des troubles psychiques d'ordres majeurs pouvant amener le patient à adopter des comportements d'auto- et d'hétéro-agressivité.

Les psychoses se distinguent par une méconnaissance par le patient de ses troubles et par une distorsion de la réalité. Le patient psychotique n'est pas toujours délirant (Lim-Sabbah, 2010).

La psychose est un trouble psychiatrique majeur qui se caractérise par l'incapacité à distinguer la réalité du fantasme. Les manifestations sont des délires, des hallucinations, de la confusion, de la désorganisation de la pensée et des troubles de la mémoire (Fortinash et Holoday Worret, 2013).

Du point de vue de Jean Bergeret, « une structure psychotique non décompensée est beaucoup plus vraie, beaucoup plus riche en potentiel de créativité, beaucoup moins aliénée par rapport à elle-même (...) qu'une structure psychotique décompensée » (Bergeret, 1996, p.36).

La décompensation correspond à la rupture de l'équilibre original qui a pu s'établir dans tel aménagement particulier, au sein d'une structure stable de base, entre investissements narcissiques et objectaux. Un tel équilibre (tant qu'il n'y a pas de décompensation) serait donc tributaire de deux niveaux de limitations : l'économie générale induite d'une part par la structuration de base et d'autre part l'aménagement original particulier au sujet proprement dit à l'intérieur même de son sous-groupe de structure spécifique (Bergeret, 1996, p.36).

« Un individu "normal" peut, à n'importe quel moment, devenir "anormal" et se décompenser » (Bergeret, 1996, p.37). De même qu'un individu décompensé peut redevenir « normal » à tout moment (Bergeret, 1996).

Selon le journal des femmes de santé médecine (2013), la décompensation est la rupture de l'équilibre que l'organisme a trouvé pendant une certaine période pour faire face à une maladie ou à un trouble quelconque. La décompensation concerne toutes les fonctions de l'organisme qui sont perturbées et que le système de régulation du corps n'arrive plus à maintenir. Elle survient souvent brutalement et peut concerner aussi les troubles psychiatriques.

Jean Bergeret met en évidence trois catégories de personnes : les psychotiques, les états limites et les névrotiques. Il affirme qu'il n'y a pas de personne normale ou anormale mais que chacune se retrouve dans une de ces trois instances (Bergeret, 1996).

Selon Morel (2006), les oppositions entre les trois instances sont fréquentes pour assurer l'équilibre de la personne. Le « Moi » met en œuvre un certain nombre de stratégies que l'on nomme des mécanismes de défense. Ceux-ci servent à apaiser et tempérer les conflits internes.

La présence de mécanismes de défense n'est pas une preuve de pathologie. Ils sont indispensables à la vie et à l'homéostasie interne de toute personne. Une personne n'est pas considérée comme malade car elle présente des mécanismes de défense, mais lorsque ceux-ci sont inefficaces, trop rigides, mal adaptés aux réalités internes et externes ou exclusivement du même type. De plus, il n'existe pas à proprement dit des défenses spécialement névrotiques ou psychotiques (Morasz, Perrin-Niquet, Barbot & Morasz, 2012).

Cependant le déni, le clivage et l'identification projective sont les mécanismes de défense que l'on retrouve le plus chez les personnes psychotiques (Morasz et al. 2012).

Racamier met en évidence « cinq mécanismes chez la personne schizophrène : l'identification (qu'il nomme introjective), la projection, l'identification projective, le clivage (qu'il nomme également scission ou scindage) et le déni de réalité (repoussement de la réalité) » (1976 ; dans Berney 2009, p. 138).

3.1.5 Les attitudes infirmières

La communication est une mesure thérapeutique essentielle en psychiatrie. Il est important d'identifier les attitudes infirmières qui peuvent influencer la prise en charge et le vécu du patient. Lorsque l'infirmière utilise la chambre de soins intensifs, la relation soignant-patient devrait être maintenue.

Une attitude est définie comme « une manière dont on se comporte avec les autres » (Larousse du collège, 2003, p. 116). Selon Ouzoni et Nakakis, l'attitude peut être « conceptualisée comme ayant trois composantes : affective, cognitive et comportementale » (2009, p.223). C'est-à-dire qu'elle comporte nos croyances, nos comportements mais également nos réponses émotionnelles. Les attitudes professionnelles peuvent se définir comme le savoir-être de l'infirmier. Ces attitudes se démontrent au travers de plusieurs notions primordiales dans les soins infirmiers.

L'empathie

L'empathie est « l'acte par lequel un sujet sort de lui-même pour comprendre quelqu'un d'autre sans pour autant éprouver les mêmes émotions » (Morasz, 2012, p.115). C'est une sorte de bienveillance professionnelle. Selon Roger, l'empathie est une attitude à percevoir de façon intuitive le monde d'une autre personne : « percevoir de manière empathique, c'est percevoir le monde subjective d'autrui comme si on était cette personne, sans toute fois jamais perdre de vue qu'il s'agit d'une situation analogue » (1942 ; dans Bioy & Maquet, 2015. p.57). On peut voir de cette façon que l'empathie n'est pas une chose simple à réaliser et qu'elle demande une certaine connaissance de soi.

L'authenticité

Elle permet la base de toute relation humaine mais également la création du lien de confiance. Selon Phaneuf, « il s'agit de la capacité de l'aidant de demeurer strictement lui-même au cours de la relation avec l'aidé » (2002,

p.357). « Cette capacité est essentielle à l'établissement du climat de confiance et de simplicité à la création de l'alliance thérapeutique » (Phaneuf, 2011, p.219).

La congruence

Selon Roger, il s'agit de « la manière d'être de l'infirmière qui manifeste une certaine adéquation entre ce qu'elle ressent, ce qu'elle pense, ce qu'elle dit et ce qu'elle fait et entre son comportement verbal et non verbal » (2014 ; dans Phaneuf 2002, p. 362). La congruence est une manière d'harmoniser ses pensées, ses émotions et ses actions.

Le non-jugement

L'attitude de non-jugement ne consiste pas à accuser ni à excuser, elle se centre seulement sur des faits plutôt que sur des jugements. Cette attitude repose sur l'acceptation inconditionnelle du client, sur le respect de sa dignité et sur une compréhension profonde de ses comportements et de ces motivations (Phaneuf, 2011, p. 151).

Le respect

« Il s'agit de la qualité par laquelle l'aidante reconnaît la dignité et la valeur très grande de l'aidé en dépit de son apparence physique, de son caractère, de son comportement, et de ses habitudes de vie » (Phaneuf, 2002, p.336).

L'empathie, l'authenticité, la congruence, le non-jugement et le respect définissent les attitudes professionnelles qu'il est important de mobiliser pour créer une relation d'aide. Celle-ci est définie par Leblanc-Halmos comme « l'établissement d'une relation faite d'écoute et de compréhension, un

véritable bien fait, un don de l'infirmière à la personne soignée pour l'aider à surmonter ses difficultés » (1997 ; dans Phaneuf 2002, p.318). La relation infirmier-patient est la clé d'une bonne pratique notamment en psychiatrie ou la relation est la base des soins. Le patient devrait pouvoir exprimer son ressenti et ceci peut se faire uniquement lorsque une relation de confiance existe entre le patient et le personnel soignant.

Les premiers instants en psychiatrie sont parfois source d'angoisse et le soignant a un rôle primordial à y jouer. « L'instant de la première rencontre peut s'avérer capital dans la poursuite du suivi et dans la mise en confiance réciproque du sujet » Yago et Magnani (2003 ; dans Phaneuf 2011, p.113).

Selon Gaston, il est possible de définir l'alliance entre le thérapeute et le patient dans quatre dimensions :

L'alliance thérapeutique qui représente la relation affective du patient avec le thérapeute ; l'alliance de travail qui correspond à la capacité du patient à fournir un travail thérapeutique ; la compréhension empathique du thérapeute et son implication ; l'accord entre le patient et le thérapeute sur les objectifs et les tâches liés à la prise en charge (1990 ; dans Collot 2011, p.36).

Les recherches consacrées à l'alliance thérapeutique s'avèrent prometteuses. En effet, les études récentes s'accordent à considérer l'alliance thérapeutique initiale comme le facteur principal dans de nombreuses formes de traitements psychiatriques, psychothérapies psychanalytiques individuelles et de groupe, mais aussi comportementales, cognitives, familiales, dans le champ de la pharmacothérapie ainsi que dans le traitement

des toxicodépendances (Despland, De Roten, Martinez, Plancherel & Solai, 2000). L'alliance thérapeutique est primordiale dans les services de psychiatrie et celle-ci est possible grâce à des attitudes professionnelles adaptées. « Le risque principal inhérent à l'utilisation des mesures d'isolement et de contention est le développement, au sein du personnel, d'un contre-transfert négatif » (Palazzolo, 2002, p.59).

3.2 Cadre théorique

Le cadre théorique pour notre Travail de Bachelor est la théorie des relations interpersonnelles selon Hildegard E. Peplau. Nous avons choisi cette théorie car elle est très souvent utilisée en psychiatrie. De plus, notre Travail de Bachelor s'intéresse essentiellement à la relation soignant-patient lors de la mise en chambre de soins intensifs en psychiatrie et celle-ci occupe une place centrale dans cette théorie. Elle permet d'apporter des réponses aux difficultés que rencontre le patient avec l'aide de renseignements ou d'enseignements. Etant donné que la théorie est centrée sur la relation, elle peut aider le patient à retrouver un équilibre. C'est la raison pour laquelle nous avons décidé d'approfondir la théorie de Peplau avec l'école de l'interaction qui est centrée sur le processus d'interaction entre l'infirmier et le client.

Selon l'école de l'interaction, le soin est un processus entre une personne ayant besoin d'aide et une autre capable de la lui offrir. Afin d'être en mesure d'aider, l'infirmière doit clarifier ses propres valeurs, s'impliquer de façon thérapeutique et s'engager dans le soin. (Kérouac et al. 2003, p.37).

Fawcett définit la personne comme « un tout formé des diverses composantes biologiques, psychologiques, sociologiques, culturelles et spirituelles, qui sont elles-mêmes en relation » (2005 ; dans pépin 2010, p.41). Dans cette perspective, la personne peut influencer les facteurs prépondérants dans son état de santé en tenant compte du contexte dans lequel elle se trouve. Elle cherche les meilleures conditions possibles pour atteindre une santé optimale.

Pépin et al. (2010) mettent en avant que le but de ce paradigme est d'identifier de multiples facteurs ainsi que leurs interactions dans un contexte donné. Le modèle de Peplau est conçu sur des dimensions biopsychosociales de l'individu avec une importance de la reconnaissance de l'être social dans la société (Pépin et al. 2010).

3.2.1 Présentation de la théorie

Quatre étapes interreliées se chevauchent dans la relation infirmier-patient : orientation, identification, exploitation et résolution. Chacune est caractérisée par une imbrication de rôles et de tâches relatifs au problème de santé posé. A mesure que l'infirmière et le patient apprennent à travailler en coopération pour résoudre les difficultés, ces rôles et tâches se redéfinissent. Ces quatre étapes incontournables s'imposent comme les composantes de toute relation complète de soins infirmiers (Peplau, 1995, p.17).

La phase d'orientation : « Sert à clarifier la situation et à utiliser de façon productive l'énergie accumulée en raison de l'anxiété » (Kérouac et al. 2003. P.38). L'infirmier aide le patient à clarifier ses besoins en raison de son état de santé.

La phase d'identification : « La personne se situe en fonction de son besoin d'aide : elle adopte avec l'infirmière une relation d'interdépendance, de dépendance ou d'indépendance. « L'infirmière assiste et comprend la situation du client en tenant compte de son histoire de vie » (Kérouac et al. 2003, p.38-39).

La phase d'exploitation : « Représente l'étape où le client tire le plus d'avantages de sa relation avec l'infirmière en utilisant les services qui lui sont offerts de manière à combler ses besoins » (Kérouac et al. 2003, p.39). L'infirmière est une ressource, une consultante et aide la personne à tirer profit de toutes ses possibilités. Le client peut ainsi progresser jusqu'à l'étape finale, la phase de résolution (Kérouac et al. 2003).

La phase de résolution comprend la phase de planification des ressources pour satisfaire les besoins du client et anticiper les besoins futurs. La relation peut se terminer et le patient se libère progressivement des personnes qui l'ont aidé, ou alors le client entreprend un nouveau cycle avec l'infirmier. Dans la phase de planification, on retrouve un retour d'équilibre (Kérouac et al. 2003).

Dans sa théorie, Peplau met en avant différents rôles qui sont explicités ci-dessous.

On demande aux infirmières d'assumer bien des rôles. Les patients leur attribuent ceux qu'ils estiment nécessaire à la résolution d'un problème tel qu'ils le perçoivent. Les infirmières définissent les rôles qu'elles désirent remplir ou qui sont censés correspondre aux prestations qu'on attend d'elles (Peplau, 1995, p.41).

Rôle de l'infirmier	Rôle du patient
Etranger Mère porteuse inconditionnelle Conseillère Personne ressource Leader Mère de substitution	Etranger Enfant Adolescent Adulte

Concernant les rôles de l'infirmier, on retrouve le rôle de l'étranger qui accorde respect et intérêt comme un inconnu lors de la première rencontre. Le rôle de la mère porteuse inconditionnelle permet au patient de revivre et examiner ses sentiments vécus par le passé. Le conseiller écoute activement le patient sur les éléments qui justifient son état de santé et l'oriente. La personne ressource offre des informations spécifiques sur les besoins de santé des patients. Le rôle de leader intervient autant auprès du patient que de son équipe soignante. Le rôle de la mère de substitution permet de faire revivre des sentiments archaïques au patient. (Peplau, 1952).

Pour les rôles du patient, on retrouve l'étranger qui est identique au rôle de l'infirmier, mais aussi l'enfant que l'infirmier doit accompagner car il est incapable de faire les choses seul, l'adolescent qui est en phase de frustration car il aimerait prendre son indépendance, et finalement l'adulte qui est autonome et responsable (Peplau, 1952).

3.2.2 Méthodologie de la théorie

Dans l'analyse proprement dite de la théorie, on peut identifier quatre étapes qui se suivent succinctement : l'observation, la communication, l'enregistrement et l'analyse des données.

L'observation comprend essentiellement l'identification ainsi que la vérification des impressions qui se passent dans l'interaction entre l'infirmier et le patient. Tout d'abord l'infirmier analyse son propre comportement, celui du patient et le comportement interpersonnel pour finalement arriver au recadrage des liens empathiques. Celui-ci se réalise seulement lorsque l'infirmier et le patient ressentent l'émotion vécue de l'autre personne dans une même situation. Il peut être conscient ou inconscient (Peplau, 1952).

L'étape de la communication comprend deux buts. Le premier étant de sélectionner les symboles ou les concepts qui véhiculent la référence ou le sens dans la perception de l'individu. Le second étant la lutte visant le développement d'une compréhension commune des mots entre deux personnes ou plus. A travers la communication, on retrouve trois principes : la technique interpersonnelle, le principe de clarté et le principe de continuité. La technique interpersonnelle signifie les interventions verbales des infirmiers durant la relation infirmier-patient, lors de la résolution d'un problème afin de promouvoir le développement des compétences du patient. L'infirmier a comme but de poser des questions afin de forcer le patient à penser, répondre et ainsi exploiter son potentiel pour offrir des données utiles sur sa situation. Le principe de clarté reprend les mots et les phrases qui sont utilisés

pour communiquer et clarifier les événements qui se passent entre deux personnes ou plus de manière à ce que tout le monde se sente concerné. La clarté dans la communication est favorisée lorsque l'infirmier et le patient échangent leurs idées. Le principe de continuité permet la cohérence. Il intervient lorsque le langage est utilisé comme un outil pour promouvoir la cohérence entre les idées exprimées. La continuité est favorisée lorsque l'infirmier est en mesure de saisir les idées du patient au cours de la conversation (Peplau, 1952).

Durant l'étape d'enregistrement, les données de la communication entre l'infirmier et le patient sont enregistrées. L'objectif est de saisir le plus exactement possible ce qu'il se passe au sein de la relation infirmier-patient (Peplau, 1952).

Finalement à travers l'analyse des données, l'infirmier analyse des phrases de la relation où la communication a opéré, identifie les rôles de l'infirmier et du patient dans chaque phrase, puis identifie et analyse les liens entre le patient, sa famille et son environnement. En outre, l'infirmier intègre des *patterns*. Afin d'analyser des liens, l'infirmier définit la nature, l'origine et le mode de lien qui unit le patient avec sa famille et son environnement. Concernant l'intégration des *patterns*, l'infirmier les identifie à travers des relations interpersonnelles, c'est-à-dire entre deux ou plusieurs personnes. Elle peut retrouver un *pattern* complémentaire qui s'adapte au comportement de l'autre personne, un *pattern* mutuel qui est un comportement similaire, un *pattern* alternatif qui est différent, et finalement un *pattern* antagoniste,

c'est-à-dire qui s'oppose à l'autre personne (Peplau, 1952).

De manière implicite ou non, chaque soignant utilise un cadre de référence pour aborder la réalité de la pratique. Ces concepts précisent le centre d'intérêt de la profession dans le domaine de la santé et singularisent sa contribution en complémentarité à d'autres professions sanitaires et sociales. Selon Fawcett 2005, l'application de la théorie de Peplau dans la pratique permet le développement et la construction de la personnalité du patient afin de pallier à un déséquilibre momentané (Peplau, 1952).

Selon nous, la théorie de Peplau est adaptée lors de la mise en chambre de soins intensifs. En effet, le patient peut se positionner dans différents rôles et l'infirmier peut à tout moment adapter sa communication pour que la relation soit maintenue. L'infirmier peut adopter des attitudes différentes selon le rôle dans lequel se trouve le patient pour répondre ainsi de manière adaptée à ses besoins. Si l'infirmier arrive à maintenir la relation lors de mise en chambre de soins intensifs, alors le patient retrouvera plus facilement un équilibre.

Chapitre 4 : Méthode

Ce chapitre nous permet de mettre en avant le processus par lequel nous avons effectué nos recherches documentaires. Nous aborderons les outils utilisés afin que la réalisation de ce travail soit la plus pertinente possible. Nous allons également décrire le cheminement qui nous a permis d'arriver aux quinze articles scientifiques retenus, la délimitation et l'élaboration de la question de recherche avec comme outil la méthode PICOT, les critères de sélection des articles, les descripteurs correspondant aux bases de données choisies, l'analyse de leur validité scientifique sur la base de la Grille de Fortin (2010) ainsi que l'analyse des documents sélectionnés pour répondre à la question de recherche.

4.1 Délimitation de la question de recherche

« Près de 17% de la population suisse souffre d'un ou plusieurs problèmes psychiques notamment la schizophrénie » (santé psychique suisse, 2015, p.5). « D'un point de vue économique les coûts sont estimés à plus de sept milliards de francs par an » (santé psychique, 2015, p.5). On peut voir de cette manière que ceci représente un réel problème de santé publique. Des études précédentes concernant les mesures d'isolement ont identifié que les patients ont rapporté des sentiments de honte, d'injustice, des événements traumatisants revécus et se sentaient abandonnés et négligés (Holmes et al. 2004). Les patients ont développé une perception négative face à la chambre de soins intensifs, ce qui a affaibli l'alliance thérapeutique et, par conséquent, a eu un impact négatif sur l'observance du traitement (Larue, Dumais, Boyer, Goulet & Bonin, 2009). Certains auteurs rapportent que les patients ont

ressenti des sentiments négatifs concernant la CSI en raison d'un manque d'interaction du personnel avant, pendant, et après l'isolement (Kontio, Joffe, Putkonen, Kuosmanen, Hane, Holi & Vlimki, 2012).

Il est essentiel de comprendre l'impact de la mise en chambre de soins intensifs sur les patients atteints de schizophrénie lors de décompensation psychotique afin que les infirmières puissent adapter leurs interventions.

La méthodologie PICOT permet de clarifier la question de recherche, d'identifier les concepts clés et d'effectuer une recherche bibliographique efficace et systématique dans les bases de données (Melnyk, & Fineout-Overholt, 2013).

Critères PICOT	Signification
P (Population)	Les patients hospitalisés atteints de schizophrénie
I (Interventions)	La mise en chambre de soins intensifs par les professionnels de la santé
O (<i>Outcomes</i> ; résultats)	Comprendre le vécu des patients en chambre de soins intensifs et comment les attitudes infirmières peuvent influencer ce vécu.

Nous n'avons pas utilisé le T (temps) et le C (comparaison) car ils ne sont pas appropriés à notre question PICOT.

En lien avec les critères PICOT ci-dessus, nous avons pu élaborer notre question de recherche :

« Quels sont les impacts de la mise en chambre de soins intensifs sur un patient schizophrène hospitalisé dans un service de psychiatrie ? »

Il s'agit d'une question de type « *meaning* » car on recherche comment une expérience influence le résultat. Plus précisément, on recherche quels sont les sentiments et les émotions des personnes et quels sont les facteurs présents dans la situation.

4.2 Bases de données

Selon le cahier de suivi et de réalisation du Travail du Bachelor (Suivi et réalisation du Travail de Bachelor, 2016), les bases de données utilisées pour notre travail de recherche devaient faire partie de la liste suivante ; Cinhal, Cochrane, JBI, Medline / Pubmed, psychinfo, Clinicaltrials. Nous avons donc choisi de sélectionner deux de ces bases de données pour effectuer nos recherches d'articles : PubMed / MEDLINE et CINHALL.

En regard de notre question de départ et de notre question de recherche, nous avons mis en évidence les concepts centraux de notre problématique et nous les avons ensuite traduits en anglais (*keywords*) à l'aide du grand dictionnaire terminologique. Les concepts que nous avons retenus sont : la psychiatrie (*psychiatric*), la perception des patients (*patient perceptions*), l'expérience des patients (*patient experience*), la schizophrénie

(*schizophrenia*), les attitudes infirmières (*nurses's attitude*), la santé mentale (*mental health*) et l'isolement (*seclusion*).

Les *keywords* nous ont permis de trouver les termes propres aux descripteurs des bases de données sélectionnées : Mesh Terms (Mesh) pour PubMed et SubjectHeading (Head) pour Cinhal. Les descripteurs sont :

- Psychiatrie : *Psychiatry* [mesh ; mesh head], *hospital psychiatric department* [mesh], *psychiatric* [mesh head] ;
- La perception des patients : *Perception* [mesh ; mesh head], *perception's patient* [mesh], *perception of patient* [mesh head] ;
- L'expérience des patients : *Patient experience* [mesh], *experiences of patients* [mesh head] ;
- La schizophrénie : *Schizophrenia* [mesh; mesh head] ;
- Les attitudes infirmières : *Attitude* [mesh], *attitude of health personal* [mesh], *attitude nursing* [mesh head] ;
- La santé mentale : *Mental health* [mesh; mesh head] ;
- L'isolement : *Seclusion* [mesh ; mesh head], *seclusion mental health* [mesh head], *seclusion rooms* [mesh head].

Site utilisé	Descripteur	Filtre	Nbre d'articles trouvés	Nbre d'articles retenus après la lecture du titre	Nbre d'articles retenus
<i>CINAL</i>	Experiences AND Seclusion AND Psychiatric	2005- 2016 full texte	23	4	1
<i>CINAL</i>	Seclusion AND Schizophrenia AND psychiatric	2005- 2016 full texte	9	1	1
<i>PuBMed/MEDLINE</i>	Perception AND Seclusion AND psychiatric	2006- 2016 full texte	22	15	2
<i>PuBMed/MEDLINE</i>	Experience AND seclusion AND psychiatric	2006- 2016 full texte	46	14	5
<i>CINAL</i>	Seclusion AND Psychiatric AND Experience	2005- 2016 full texte	23	3	1
<i>PuBMed/MEDLINE</i>	Patient AND Perception AND Secluion	2006- 2016	14	4	2
<i>CINAL</i>	Attitude of health personnel AND Seclusion AND Psychiatric	2006- 2016	41	5	1
<i>PuBMed/MEDLINE</i>	Selcusion AND Patient AND schizophrenia	2006- 2016	34	7	2

La combinaison de ces descripteurs à l'aide de l'opérateur booléen « AND » nous a permis diverses requêtes de recherche. Dans chaque base de données, CINAHAL ainsi que PubMed/MEDLINE, quatre combinaisons ont été retenues.

Un tableau des descripteurs correspondant aux bases de données se trouve en Appendice D, page 99. Celui-ci nous a permis d'appliquer une méthodologie pour répertorier nos articles scientifiques en lien avec la question PICOT.

4.3 Critères de sélection

Les critères d'inclusion ci-dessous nous ont permis de trier les références obtenues dans les deux bases de données sélectionnées et d'entreprendre une première sélection d'articles scientifiques. Finalement, treize articles issus de CINAHAL et quarante articles issus de PubMed/MEDLINE ont été retenus.

Critères d'inclusion
<ul style="list-style-type: none"> • Date de publication de l'article inférieure à 10 ans. • Concerne uniquement le milieu psychiatrique. • Provient de plusieurs cultures et plusieurs pays. • Publié en français et en anglais. • Contient le maximum des mots-clés issus de la question PICOT. • <i>Impact factor</i> supérieur à 1.5 • Articles scientifiques et revues de littérature. • Concerne uniquement l'utilisation de la chambre d'isolement.



Idéalement, nous aurions voulu respecter les critères d'inclusion afin que notre recherche suive au mieux une démarche rigoureuse. Cependant, au cours de nos recherches, nous avons dû faire des concessions concernant l'*impact factor* et la date de publication de l'article qui ne sont pas toujours respectés. Toutefois, nous avons dû être réalistes et avons choisi de les insérer dans notre Travail de Bachelor lorsque ceux-ci étaient appropriés et pertinents pour répondre à notre question de recherche.

4.4 Articles retenus

La lecture de cinquante-trois résumés d'articles sélectionnés grâce aux critères d'inclusion nous a permis d'effectuer une seconde sélection.

Articles découlant des recherches dans la base de données CINHALL :

- Ezeobele, I. E., Malecha, A. T., Mock, A., Mackey-Godine, A., & Hughes, M. (2014). Patients' lived seclusion experience in acute psychiatric hospital in the United States: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 303-312. doi :10.1111/jpm.12097
- Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M., & Vlimki, M. (2012). Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(1), 16-24. doi :10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x
- Mann-Poll, P. S., Smit, A., Koekkoek, B., & Hutschemaekers, G. (2015). Seclusion as a necessary vs. an appropriate intervention: A vignette

study among mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(4), 226-233. doi :10.1111/jpm.12176

Roberts, D., Crompton, D., Miligan, E., & Groves A. (2009). Reflections on the use of seclusion: in an acute mental Health Facility. *Journal of psychosocial Nursing*, 47(10), 25-31. doi: 10.3928/02793695-20090902-01.

Articles découlant des recherches dans la base de données PubMed/MEDLINE :

Cano, N., Boyer, I., Garnier, C., Michel, A., Belzeaux, R., Chabannes, J., Samuelian, J., & Harle, J. (2011). Patient's perception of seclusion in psychiatry: Ethical perspectives. *Encephale*, 37, S4-S10. Doi :10.1016/j.encep.2010.04.013

Faschingbauer, K., Peden-McAlpine, C., & Tempel W.(2013). Use of Seclusion finding the Voice of the Patient to Influence Practice. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 51(7), 32–38. doi: 10.3928/02793695-20130503-01.

Guivarch, J., & Cano, N. (2013). Usage de la contention en psychiatrie : Vécu soignant et perspectives éthiques. *Encephale*, 39(4), 237-243. doi :10.1016/j.encep.2013.02.004

Holmes, D., Kennedy, S. L., & Perron, A. (2004). The Mentally Ill and Social Exclusion: a Critical Examination of the Use of Seclusion from the Patient's Perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 559-578. doi :10.1080/01612840490472101

- Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M.-H. E., & Bonin, J.-P. (2013). The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: perspectives of patients. *Iss Ment Health Nurs*, 34(5), 317-324. doi :10.3109/01612840.2012.753558
- Meehan, T., Bergen, H., & Fjeldsoe, K. (2004). Staff and patient perceptions of seclusion: Has anything changed? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 33-38. doi :10.1111/j.1365-2648.2004.03062.x
- Meehan, T., Vermeer, C., & Windsor, C. (2000). Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *J Adv Nurs*, 31(2), 370-7. doi :10.1046/j.1365-2648.2000.01289.x
- Needham, H., & Sands, N. (2010). Post-seclusion debriefing: A core nursing intervention. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(3), 221-233. doi :10.1111/j.1744-6163.2010.00256.x
- Soininen, P., Putkonen, H., Joffe, G., Korkeila, J., Puukka, P., Pitkänen, A., & Välimäki, M. (2013). Does experienced seclusion or restraint affect psychiatric patients' subjective quality of life at discharge? *International journal of mental health systems*, 7(1), 28. doi :10.1186/1752-4458-7-28.
- Steinert, T., Bergbauer, G., Schmid, P., & Ralf, P., (2007). Seclusion and Restraint in Patients with Schizophrenia: Clinical and Biographical Correlates. *Journal of Nervous and mental Diseases*. 195(6):492-6. doi:

Whitecross, F., Seear, A., & Lee, S. (2013). Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 512-521. doi :10.1111/inm.12023

Au total, quinze articles vont servir à l'élaboration de notre revue de littérature. Ces articles vont être analysés à l'aide de la grille adaptée de Fortin 2010 (voir Appendice E, page 100) puis discutés en regard de notre question de recherche. La grille de Fortin permet d'analyser un article scientifique afin de mieux comprendre sa méthodologie, son cadre de recherche ainsi que ses résultats. Elle permet d'avoir un résumé précis des éléments essentiels d'un article scientifique. Analyser nos articles à l'aide de la grille de Fortin (2010) nous a permis d'avoir une compréhension de l'ensemble de nos articles, ce qui a facilité l'élaboration de nos résultats. En effet, grâce à une analyse synthétique de tous les résultats de nos articles, nous avons pu répondre à notre question PICOT.

Chapitre 5 : Synthèse des résultats/discussion

5.1 Synthèse des résultats des articles

L'analyse de nos quinze grilles de Fortin nous a permis de mettre en évidence quatre thèmes principaux. Ceux-ci nous ont servi à élaborer la synthèse de nos résultats.

- Les perceptions de l'utilisation de la chambre de soins intensifs par les patients et les infirmières.
- L'impact émotionnel du patient engendré par la chambre de soins intensifs.
- La communication patient-soignant.
- Les droits fondamentaux et éthiques.

Nous avons sélectionné un certains nombres d'articles qui nous ont permis de répondre à notre question de recherche. Le terme « schizophrénie » était mentionné dans la plupart des articles scientifiques. Cependant, il n'apparaissait pas dans tous les articles, c'est pourquoi nous avons décidé d'élargir nos recherches et cibler les pathologies psychiatriques en général. De ce fait, nous avons dû transférer nos résultats concernant les pathologies psychiatriques au sens large chez un patient atteint de schizophrénie. Ci-dessous, nous aborderons nos résultats en lien avec des patients atteints de schizophrénie.

5.1.1 Les perceptions de l'utilisation de la chambre de soins intensifs par les patients et les infirmiers

Dans ce thème, nous nous intéressons aux résultats concernant les perceptions de l'isolement. Afin de les identifier clairement, nous avons décidé de catégoriser ce thème en quatre parties qu'on explicitera d'un point de vue du patient et du soignant.

Perceptions négatives du patient atteint de schizophrénie

Selon Meehan, Bergen & Fjeldsoe (2004), les attitudes négatives reportées par les patients ne sont pas surprenantes, étant donné que l'isolement implique généralement la contention physique et la perte de la liberté. Dans l'étude réalisée par Meehan, Vermeer & Windsor (2000), les patients jugent que l'isolement est souvent utilisé pour des infractions mineures et que le personnel soignant exerce un pouvoir et un contrôle sur eux. Les patients perçoivent l'isolement comme punitif et non thérapeutique. Dans l'étude de Meehan et al. (2004), seulement quatre pourcents des patients pensent que l'isolement est bénéfique.

Quant à Palazzolo (2002 ; dans Guivarch, & Cano, 2013), il a identifié que la majorité des patients pensent que ce sont les membres du personnel qui bénéficient des avantages de l'isolement et non eux-mêmes. Meehan et al. (2000) montrent que le plus grand nombre des participants déclarent que même si l'isolement leur a permis d'être dans un lieu sans stimuli, ils ne voient pas ceci comme une intervention thérapeutique.

Frueh (2005 ; dans Larue, Dumais, Boyer, Goulet, & Bonin, 2013) a déclaré que les expériences de l'isolement sont majoritairement négatives, nuisibles, ou traumatiques. Ezeobele, Malecha, Mock, Mackey-Godine, & Hughes (2014) mettent en avant le manque de compassion du personnel. Les patients ont signalé qu'il y avait un manque de compassion par le personnel et ont expliqué que les infirmières sont censées aider le patient et ne pas le blesser, ce qui n'est pas le cas lors de l'utilisation de l'isolement. Dans leur étude, Meehan et al. (2004) soulignent que l'utilisation de l'isolement n'a pas permis aux patients de se calmer et de se sentir mieux.

Perceptions positives du patient atteint de schizophrénie

Ezeobele et al. (2014) démontrent que l'isolement peut être considéré comme inutile pour certains patients alors qu'il semble bénéfique pour d'autres. En effet, Kjellin (2004) et Kuosmanen (2007) ont rapporté quelques résultats positifs (dans Kontio, Joffe, Putkonen, Kuosmanen, Hane, Holi, & Vlimki, 2012). Une minorité des patients (moins de 20%) trouvent que le fait d'être isolé est une intervention bénéfique qui amène à un sentiment de sécurité. Selon Meehan et al. (2004), quelques patients ont exprimé que l'isolement leur a permis de sortir de l'excitation. Selon Meehan et al. (2000), seulement deux patients sur douze ont rapporté l'effet positif de la chambre de soins intensifs. De plus, Ray (1996 ; dans Whitecross, Seery, & Lee, 2013) a constaté que certains patients ont exprimé des avantages à être placés en chambre de soins intensifs, et ont demandé eux-même d'y être placés.

Dans l'étude de Meehan et al. (2000), les participants interrogés ont reconnu qu'il était nécessaire d'être isolé lors de comportements agressifs, violents et destructeurs. Cette affirmation est confirmée par Larue et al. (2013) qui ont signalé que l'isolement a permis d'éviter à quelques patients des actions qu'ils auraient pu regretter et de leur donner un espace pour se recueillir.

Perceptions positives des infirmiers

Les professionnels de la santé définissent la chambre de soins intensifs comme une pratique hautement thérapeutique qui aide à calmer le patient (Meehan et al. 2004). Selon Brown & Tooke (1992 ; dans Meehan et al., 2000), l'isolement est également utilisé comme une mesure préventive qui permet aux patients de diminuer l'état d'agitation et de violence. Bien que les patients n'ont pas commis une infraction, le personnel justifie le recours à l'isolement, comme un motif pour empêcher une désorganisation progressive du comportement susceptible d'aboutir à de la violence. Busch & Shore (2000) ; Mason (1995) ; Meehan et al. (2004) décrivent l'isolement comme un endroit à faibles stimuli permettant de réduire le comportement agressif et inapproprié (dans Roberts et al., 2009). Roberts, Crompton, Miligan & Groves (2009) soulignent que le personnel identifie des raisons claires pour utiliser l'isolement, telles que la gestion du comportement agressif ou perturbateur afin d'assurer la sécurité du patient et d'autrui, notamment pour les patients atteints de schizophrénie.

Selon l'étude de Meehan et al. (2004), 4% des patients et 60% des infirmiers pensent que l'utilisation de la chambre d'isolement est bénéfique pour le patient isolé. Meehan et al. (2004) affirment que les patients continuent de voir l'isolement comme une forme de punition et sans valeur thérapeutique qui plus est. Au contraire, le personnel pense que la chambre de soins intensifs est essentielle pour la sécurité des patients et d'autrui. Ceci n'est pas vu comme un acte punitif par le personnel soignant mais plutôt comme une mesure thérapeutique.

Perceptions négatives des infirmiers

Bowers et al. (2007 ; dans Ezeobele et al., 2014) ont expliqué que le recours à l'isolement est désagréable pour les infirmières et les patients. Guivarch & Cano (2013) soulignent dans leur étude que six soignants sur vingt-neuf considèrent l'isolement comme de la maltraitance selon son utilisation.

Finalement, Mann-Poll, Smit, Koekkoek & Hutschemaekers (2015) sont d'avis que l'isolement ne doit jamais être considéré comme une mesure appropriée. Malheureusement, dans certaines circonstances, l'utilisation de la chambre de soins intensifs est inévitable. Les professionnels forceraient involontairement leur esprit à croire aux avantages thérapeutiques de l'isolement, même s'ils sont bien conscients des effets négatifs de l'isolement et du manque de preuves thérapeutiques (Mann-Poll et al., 2015).

Ce chapitre nous a permis de mettre en lumière que les patients ont des perceptions majoritairement négatives face à l'isolement malgré quelques perceptions positives. Inversement, les infirmiers, quant à eux, mettent en avant leurs perceptions positives en ce qui concerne l'utilisation de l'isolement.

5.1.2 L'impact émotionnel du patient engendré par l'isolement

Comme nous l'avons vu dans notre problématique, l'utilisation de la chambre de soins intensifs engendre diverses émotions chez le patient. Les émotions ressenties par le patient influencent le vécu, la prise en charge, l'alliance thérapeutique ainsi que la relation soignant-patient. C'est pourquoi, en tant que professionnel de la santé, il est important d'identifier et de comprendre cet impact émotionnel.

Dans leur étude, Ezeobele et al. (2014) mettent en évidence que la majorité des patients expriment un sentiment de honte, d'injustice, d'abandon et de négligence. Hoekstra, Lendemeijer et Jansen (2004 ; dans Kontio et al., 2012) quant à eux, distinguent des sentiments tels que la désolation, la confusion, l'impuissance ainsi que l'humiliation. Faschingbauer, Peden-McAlpine, & Tempel (2013) et Holmes, Kennedy & Perron (2004) identifient que les patients expriment un large éventail d'émotions négatives associées à l'isolement telles que la peur, la colère et la tristesse qui peuvent certaines fois conduire à des comportements d'auto- ou d'hétéro-agressivité. Dans l'étude de Meehan et al. (2000), les auteurs mettent en évidence les

même sentiments que l'étude réalisée par Bernstein (1991 ; dans Meehan et al., 2000) : les patients ressentent de l'ennui, de l'agitation, de l'irritabilité ainsi que des sauts d'humeur. De plus, leurs résultats montrent que certains patients ont l'impression de devenir « fous ». Hoekstra (2004 ; dans Kontio et al., 2012) souligne une perte d'autonomie, de l'humiliation ainsi qu'une altération de la confiance lors de l'utilisation de l'isolement.

Dans les études d'Ezeobele (2014), Faschingbauer (2013), Meehan (2000), Kontio (2012) et Roberts (2009), la chambre de soins intensifs a eu un impact émotionnel négatif profond qui a persisté chez le patient durant un certain temps après l'expérience de l'isolement.

Certains auteurs vont encore plus loin en écrivant que la chambre de soins intensifs peut être vécue comme traumatisante et dévastatrice. Cusack, Frueh, Hiers, Suffoletta-Maierie, & Bennett (2003 ; dans Needham, & Sands, 2010) identifient que certains patients peuvent ressentir une peur intense, une grande impuissance ainsi que de la stupeur. Bonner, Lowe, Rawcliffe, & Wellman (2002 ; dans Larue et al., 2013) ont constaté que pour certains patients, le processus d'isolement ravive des souvenirs antérieurs d'agression ou même d'abus sexuel. Betemps (1993 ; dans Steinert, Bergbauer, Schmid, & Ralf, 2007) décrit que les patients schizophrènes présentent un haut risque d'événements traumatiques. Dans l'étude réalisée par Steinert et al. (2007), un patient sur six exposés à une mesure d'isolement présente des symptômes de stress post-traumatique. Needham (2010) et Steinert (2007) constatent également que la chambre de soins intensifs peut raviver des souvenirs

négatifs, ce qui peut avoir une conséquence sur le long terme et engendrer un stress post-traumatique.

Cependant, une minorité d'expériences positives ont pu être décrites. Les patients ont ressentis un sentiment de sécurité dans l'utilisation de l'isolement en lien avec leur comportement agressif et violent (Kjellin, 2004 ; Kuosmanen, Hätönen, Malkavaara, Kylmä, et Välimäki, 2007 ; dans Kontio et al., 2012). Dans l'étude réalisée par Meehan et al. (2000), seulement deux patients sur douze ont reconnu que le sentiment de solitude, lors de l'utilisation de l'isolement, leur a été bénéfique.

Dans les études de Kontio (2012), de Meehan (2004) et de Ezeobebe (2014), certains patients expriment que l'isolement est bénéfique et nécessaire afin d'éprouver un sentiment de sécurité et de sérénité.

Ces résultats mettent en avant que les patients ressentent principalement une accélération des émotions négatives telles que l'anxiété, la colère, la douleur et l'humiliation. Certains patients décrivent un comportement d'auto- ou d'hétéro-destruction lors de l'isolement. Il est impératif pour le personnel infirmier d'évaluer de façon continue l'état de préparation des patients pour discuter de la détresse émotionnelle liée à l'isolement (Ryan & Happell, 2009 ; dans Kontio et al., 2012). Holmes et al. (2004) signalent que le manque de contact infirmier-patient lors de l'isolement influence la perception et l'expérience négatives des patients.

5.1.3 La communication patient-soignant.

La communication en psychiatrie est un élément clé dans l'accompagnement du patient. Une communication adaptée entre le patient et le soignant facilite la relation de confiance ce qui va permettre de développer une alliance thérapeutique.

Meehan et al. (2000) posent que le niveau d'interaction entre le personnel et les patients, pendant et après l'isolement, est une grande source d'insatisfaction. De plus, Ezeobel (2014) et Meehan (2004) relèvent que les patients identifient un manque de communication thérapeutique lors de la mise en chambre de soins intensifs. Le fait de communiquer avec les infirmières avant, pendant, et après la mise en chambre d'isolement permet aux patients de diminuer l'impact négatif de cette expérience (Norris & Kennedy, 1990 ; dans Holmes et al., 2004). Ces affirmations permettent de mettre en évidence que la mise en CSI affecte la communication.

Dans l'étude de Holmes et al. (2004), les patients déclarent qu'ils se sentent éloignés du personnel infirmier. L'absence de contact augmente le sentiment d'abandon et d'exclusion déjà présents avant que la mesure restrictive ne soit appliquée. Cette émotion négative est renforcée par l'absence totale de communication entre les deux parties.

Meehan et al. (2000) soulignent un manque de soutien auprès des patients après l'isolement. Les participants isolés souhaitent un temps de discussion où ils puissent exprimer librement leurs sentiments face à leur expérience en CSI.

Ezeobebe et al. (2014) posent qu'en raison d'un manque de communication entre les patients et le personnel, de nombreux patients ne connaissent pas les raisons de leur isolement. De plus, Meehan et al. (2000) confirment que certains patients sont incapables de dire les raisons pour lesquelles ils ont été placés en chambre de soins intensifs.

Selon Kontio et al. (2012), bien que les patients aient eu des expériences principalement négatives, ils ont également connu des expériences positives avec le personnel soignant au cours de l'isolement. Selon Meehan et al. (2000), un certain nombre d'auteurs soutiennent que la présence d'un membre du personnel est bénéfique pour le patient isolé dans la lutte contre les effets potentiellement nocifs de l'isolement. Les résultats de Whitecross et al. (2013) révèlent que pour les infirmiers, il est important de renforcer la communication et la compréhension des raisons de l'isolement. Ceci permettrait de maintenir une relation thérapeutique et, ainsi, de résoudre toute détresse liée à l'isolement.

Toutes ces données nous amènent à consolider l'idée que le manque de communication lors de mise en chambre de soins intensifs a une influence négative sur l'expérience du patient. Il est donc primordial de maintenir une communication tout au long de l'isolement afin de diminuer l'impact négatif de celui-ci.

5.1.4 Les droits fondamentaux et éthiques

L'utilisation de l'isolement est l'objet d'incertitudes persistantes. Certains auteurs sont défavorables à l'isolement dans un souci du respect des droits éthiques et fondamentaux de l'homme. Cependant, d'autres professionnels identifient des avantages comme la réduction de l'intensité des stimuli extérieurs et la nécessité de prévenir les risques de passage à l'acte hétéro- ou auto-agressif.

Dans six études récentes en Finlande (Keski-Valkama, Koivisto, Eronen, & Kaltiala-Heino, 2010; dans Kontio et al., 2012), en Norvège (Iversen et al. 2011 ; dans Larue et al., 2013), au Royaume-Uni (Haw, Stubbs, Bickle, & Stewart, 2011 ; dans Larue, 2013), en France (Cano, Boyer, Garnier, Michel, et Belzeaux, 2011 ; dans Larue, 2013) et en Afrique du Sud (Mayers, Keet, Winkler, et Flisher, 2011 ; dans Larue, 2013), les patients ont signalé que les besoins fondamentaux n'étaient pas respectés.

Dans l'étude réalisée par Holmes (2004) et Faschingbauer (2013), les patients expliquent que le personnel montre un manque d'intérêt à l'égard de leur bien-être, notamment certains besoins fondamentaux tels que manger, éliminer et se sentir en sécurité.

Cano, Boyer, Garnier, Michel, Belzeaux, Chabannes, Samuelian, & Harle (2011) identifient dans leur étude trois principes éthiques qui orientent l'action médicale : la bienfaisance, la non-malfaisance et le respect de l'autonomie. En ce qui concerne l'autonomie, le 80% des participants estiment que la chambre d'isolement n'est pas « habitable » ou « vivable ».

Ils se plaignent notamment de la limitation pour « circuler » ou pour « lire », de l'absence « de meubles, de lavabo et surtout de WC fermés ». En lien avec la bienfaisance, la plupart des patients rapportent que les soignants étaient présents uniquement physiquement mais ne répondaient pas à leurs demandes. En ce qui concerne la non-malfaisance, la raison de l'utilisation de l'isolement est perçue de manière négative par les patients notamment avec une forte connotation punitive.

D'après l'enquête réalisée par Ezeobele et al. (2014), l'utilisation de l'isolement peut entrer en conflit avec les principes éthiques de bienfaisance et de non-malfaisance. Les patients expriment que leurs propres droits sont violés par le personnel.

Dans les études de Cano (2011) et de Holmes (2004), le consentement du patient était rarement obtenu lors la mise en CSI qui demeure le plus souvent une mesure imposée. Certains auteurs vont encore plus loin en exprimant que la chambre de soins intensifs peut nuire à la qualité de vie du patient (Soininen, Putkonen, Joffe, Korkeila, Puukka, Pitkänen, & Välimäki, 2013).

Ces résultats suggèrent qu'une attention doit être portée sur l'information donnée au patient, notamment sur les motifs de son isolement. De plus, les besoins fondamentaux d'un point de vue éthique et politique devraient être respectés même lors d'une restriction de liberté. À ce jour, celle-ci continue d'être un débat éthique.

5.2 Développement des résultats en lien avec la question PICOT

Afin d'avoir une meilleure compréhension et de pouvoir contextualiser ce chapitre, nous avons décidé de citer notre question de recherche :

« Quels sont les impacts liés à la mise en chambre de soins intensifs sur un patient schizophrène hospitalisé dans un service de psychiatrie ? »

L'analyse de la littérature effectuée pour notre Travail de Bachelor nous a permis de mettre en évidence les impacts liés à la mise en chambre de soins intensifs. D'une part, la majorité des patients atteints de schizophrénie qui ont eu recours à l'isolement ont des perceptions négatives de cette expérience, la chambre de soins intensifs étant considérée, du point de vue des patients, comme punitive et non thérapeutique. L'utilisation de l'isolement est majoritairement perçue par le patient comme nuisible et traumatisant. De plus, l'analyse des résultats montre principalement un impact émotionnel négatif ressenti par celui-ci lors de l'utilisation de l'isolement. La majorité des patients atteints de schizophrénie expriment un sentiment de tristesse, de colère, de peur, d'insécurité, d'humiliation, de frustration, d'agitation ainsi que d'abandon lors de la mise en chambre de soins intensifs. Ces sentiments persisteraient durant un certain temps, après l'expérience de l'isolement. Certaines études affirment même que la chambre de soins intensifs puisse engendrer un stress post-traumatique poussant le

patient à avoir des comportements d'auto- ou d'hétéro-destruction.

Cependant, une minorité de patients semble trouver un bénéfice à l'utilisation de la CSI. Quelques patients expriment que celle-ci leur a permis de se retrouver seul afin de se calmer.

De plus, la communication entre le personnel et le patient avant, pendant et après l'utilisation de la chambre de soins intensifs est une grande source d'insatisfaction. La majorité des patients atteints de schizophrénie identifie un manque de communication qui selon eux peut engendrer un impact émotionnel négatif. Malgré la mise en place d'un protocole institutionnel qui stipule des passages réguliers lors de l'utilisation de la CSI, les patients expriment des émotions négatives liées au manque de communication. En outre, différentes études montrent que les besoins fondamentaux et éthiques ne sont pas suffisamment respectés lors de l'isolement. Le consentement du patient est rarement obtenu. De plus, la majorité du personnel soignant n'explique pas les raisons du recours à la l'utilisation de la chambre de soins intensifs, ce qui augmente encore l'impact émotionnel négatif pour le patient.

D'un point de vue du soignant, l'utilisation de l'isolement est majoritairement décrite comme hautement thérapeutique, permettant au patient de se calmer afin de diminuer ou d'éviter un état d'agitation et de violence. Cette pratique est perçue comme un outil utile et approprié dans un service de psychiatrie. Malgré ceci, une minorité de soignants maintient que l'utilisation de l'isolement peut être considérée comme de la maltraitance et qu'elle puisse être difficile à vivre pour les soignants également.

Cette revue de littérature confirme notre hypothèse de départ qui stipule que la prise en charge par les infirmiers peut jouer un rôle sur le vécu du patient lors de l'utilisation de la chambre de soins intensifs en psychiatrie. Plusieurs propositions sont apportées par les divers chercheurs afin d'améliorer l'impact lors de l'utilisation de la chambre de soins intensifs en psychiatrie. Elles sont exposées dans le chapitre suivant « Propositions pour la pratique ».

De plus, ce chapitre nous a permis d'identifier que nos représentations spontanées de départ concernant les patients atteints de schizophrénie étaient fausses. En commençant ce Travail de Bachelor, nous affirmions que les patients atteints de schizophrénies rencontraient le plus souvent la chambre de soins intensifs. Après des entretiens avec des professionnels de la santé ainsi que de nombreuses recherches sur les bases de données, nous avons constaté que les patients schizophrènes ne rencontraient pas de manière systématique la chambre de soins intensifs mais qu'ils pouvaient entrer dans les critères d'utilisation de celle-ci (voir Appendice C, page 97).

Pour conclure, le cadre théorique que nous avons choisi de développer était celui de la théorie des relations interpersonnelles de Hildegard E. Peplau (1952). L'application de cette dernière, dans ce contexte, permet d'analyser en tant qu'infirmière son propre comportement interpersonnel avec le patient. A travers cette démarche, l'infirmier et le patient peuvent comprendre ce que vit/ressent l'autre personne dans une même situation. La communication, selon cette théorie, permet de clarifier le sens des



perceptions de chacun afin d'arriver au développement d'une compréhension commune entre les deux parties. Le but est de saisir le plus exactement possible ce qu'il se passe au sein de la relation infirmier-patient. Cette théorie conduit également à l'analyse des rôles infirmiers et patients dans une situation donnée. Ceci permet la remise en question et une meilleure prise en charge de la part de l'infirmier. Aborder les situations avec un cadre théorique spécifique aux interactions implique que l'infirmier exploite sa propre communication et son propre rôle en interaction avec le patient. En effet, l'utilisation de cette théorie semble pertinente pour explorer les impacts du patient lors de l'utilisation de la chambre de soins intensifs.

Comme nous l'avons remarqué, le manque de communication est majoritairement ressorti dans nos résultats. Ce cadre théorique donne la possibilité au soignant de s'auto-évaluer dans sa propre relation avec l'autre. Elle va également permettre au patient de se sentir écouté et connecté avec les infirmiers qui l'entourent afin de faciliter la création d'une relation de confiance indispensable à la prise en charge de telles situations.

L'aboutissement de ce travail nous a permis de trouver des éléments de réponses aux interrogations fondamentales qui ont suscité la motivation de notre recherche. De plus, cet écrit nous a permis une meilleure compréhension des différents enjeux qui s'articulent autour de notre problématique.

5.3 Propositions pour la pratique

Cette revue de littérature s'inscrit dans un contexte d'évolution de la pratique infirmière notamment avec l'*Evidence-base nursing* (EBN). Celle-ci peut être définie comme « l'utilisation de résultats scientifiques, de savoirs issus de l'expérience professionnelle, la prise en considération des besoins et souhaits du patient ainsi que des ressources du contexte lors de prise de décision dans les situations de soins. » (Rycroft-Malone et al. 2004). Le but ultime de ce processus est d'identifier des recommandations pour la pratique basée sur des évidences. Nous avons pu en identifier diverses émanant de notre analyse d'article :

- Instaurer des débriefings post-isolement afin que les patients puissent exprimer leurs ressentis quant à l'expérience vécue de l'isolement (Cano, & al., 2011 ; Faschingbauer, & al., 2013 ; Guivarch, & Cano, 2013 ; Kontio, et al., 2012 ; Mann-Poll, et al., 2015 ; Needham, & Sands, 2010) ;
- Favoriser les réunions d'équipe pour faciliter la compréhension des droits éthiques et fondamentaux, ainsi qu'effectuer des analyses de pratiques dans le but d'améliorer la prise en charge future (Cano et al., 2011 ; Guivarch, & Cano, 2013 ; Holmes, et al., 2004 ; Mann-Poll, et al., 2015 ; Roberts, et al., 2009 ;) ;
- Durant l'utilisation de la chambre de soins intensifs, consacrer de l'attention aux besoins individuels des patients, ce qui peut rendre

l'isolement moins punitif (Ezeobebe, et al., 2014; Holmes, et al., 2004 ; Meehan, et al., 2000 ;) ;

- Veiller à une continuité de la communication entre l'infirmier et le patient lorsque celui-ci est isolé (Holmes, et al., 2004 ; Kontio, et al., 2012; Mann-Poll, et al., 2015 ; Meehan, et al., 2000 ; Meehan, et al., 2004) ;
- Explorer les alternatives possibles avant d'utiliser la chambre de soins intensifs (Ezeobebe, et al., 2014; Mann-Poll, et al., 2015; Meehan, et al., 2004) ;
- Former le personnel afin d'acquérir des techniques de communication adaptées lors de l'utilisation de l'isolement (Ezeobebe, et al., 2014) ;
- Avant qu'il soit placé en chambre de soins intensifs, expliquer les raisons de ce placement au patient (Meehan, et al., 2004; Roberts, et al., 2009).

Il en ressort que les propositions recueillies dans les différents articles concernent les infirmiers et les patients. Ces perspectives permettent de mettre en avant ce que les infirmières devraient entreprendre afin d'améliorer l'impact de la CSI pour le patient. On peut en conclure que le vécu du patient, les perceptions et les ressentis face à la mise en chambre de soins intensifs sont influencés par la prise en charge infirmière.

Chapitre 6 : Conclusion

6.1 Apport du Travail de Bachelor

Arrivant au terme de notre Travail de Bachelor, nous souhaitons mettre en évidence ce qui nous a permis de le réaliser dans les meilleures conditions possibles. Ce TB nous a demandé beaucoup d'énergie et d'organisation car c'est un travail conséquent, mais celui-ci nous a amenées à nous responsabiliser.

Nous avons réalisé notre TB dans une très bonne dynamique. Nous avons eu la possibilité de choisir la constitution des groupes et ceci a été un élément facilitant. En effet, nous avons déjà eu l'opportunité de collaborer ensemble. Nous avons pu étudier de manière harmonieuse tout au long de la démarche.

Celle-ci s'est déroulée sur une période de deux ans durant laquelle nous avons dû coordonner notre Travail de Bachelor avec le reste de notre formation ainsi que nos stages. Nous avons dû trouver une méthode de travail propre à notre groupe qui convenait à chacune d'entre nous. Il a été relativement facile pour nous de trouver notre méthode de travail car nous avons plus ou moins la même vision et la même dynamique de travail. Au début de la réalisation de notre TB, nous avons élaboré un planning qui nous a permis de nous structurer et de nous répartir le travail de manière équitable. La réalisation de cet écrit nous a montré, à de nombreuses reprises, que nous accordions beaucoup d'importance au groupe. Nous nous sommes toujours impliquées pour ne pas mettre une personne dans une situation d'inégalité en ce qui concerne la quantité de travail à fournir. Nous pouvons dire que nous avons toutes les trois pris à un moment ou à un autre

la position de *leader* et de ce fait, nous avons adopté un *leadership* transformationnel.

Lors de nos périodes de formation pratique, nous avons toutes eu l'opportunité de rencontrer des chambres de soins intensifs. De ce fait, cette notion nous était familière, ce qui a facilité la compréhension du sujet. De plus, nous avons eu l'occasion de rencontrer des professionnels de la santé mentale qui nous ont apporté une aide précieuse dans la compréhension de certains concepts propres à la CSI.

Réaliser ce travail scientifique nous a aidé à tisser des liens avec notre propre pratique mais également d'appliquer les connaissances apprises lors de notre formation. De cette manière, nous avons pu développer un regard critique en nous appuyant sur des données probantes et scientifiques. Nous avons compris l'impact et l'importance de la recherche dans la discipline infirmière.

A contrario, nous avons rencontré des difficultés dans la rédaction et la méthodologie de notre Travail de Bachelor. Au début, il a été relativement compliqué de savoir quelle direction prendre car les mesures d'isolement peuvent être vues sous deux angles différents comme expliqué dans le chapitre consacré à la méthode. De plus, lors de nos périodes de formation pratique, il a été complexe de respecter les délais fixés et nous avons dû fournir un travail plus conséquent après les stages afin de ne pas prendre trop de retard. Nous avons également connu quelques obstacles pour nous retrouver étant donné que nous habitons dans des cantons différents. Nous

avons dû apprendre à concilier notre vie privée avec la réalisation de notre TB.

L'anglais a été une contrainte importante lors de la recherche et l'analyse d'articles. En effet, ce n'est pas notre langue maternelle, le vocabulaire est très spécifique et nos niveaux d'anglais demeurent basiques.

6.2 Limite

Notre Travail de Bachelor rencontre plusieurs limites.

La limite principale de notre Travail de Bachelor concerne les articles choisis car ils n'ont pas toujours un niveau de preuve suffisant. En effet, l'*impact factor* n'est pas toujours supérieur à 1.5 et la date de publication pour deux articles est de plus de dix ans. Cependant, ces articles permettent de répondre à notre question PICOT, c'est pourquoi nous avons décidé de les sélectionner. Afin d'avoir le nombre d'articles demandés, nous avons également dû élargir nos recherches car peu d'articles parlaient spécifiquement de la schizophrénie. Cependant, même si ces articles ne correspondent pas totalement à nos critères de sélection, ils comportent des données pertinentes et transférables pour notre Travail de Bachelor. De plus, nous nous sommes appuyées seulement sur deux bases de données et ceci peut avoir un impact sur les articles trouvés.

Deuxièmement, nous nous sommes basées sur quinze articles afin de répondre à notre question de départ. Nous constatons qu'en nous appuyant sur plus d'articles nous aurions pu trouver des résultats plus précis et diversifiés.

Troisièmement, nous nous sommes énormément appuyées sur des recherches scientifiques au détriment d'avis de professionnels de la santé. Au début de notre démarche, nous avons rencontré des infirmiers qui travaillent en milieu psychiatrique. Il serait alors très enrichissant de compléter nos résultats avec leurs propres expériences afin que notre travail soit davantage ancré dans la réalité de la pratique professionnelle.

6.3 Perspectives pour la recherche

Arrivant à l'aboutissement de la réalisation de notre Travail de Bachelor, il est important de proposer des perspectives pour les recherches à venir concernant cette thématique. Comme nous l'avons vu ci-dessus, les impacts de la chambre de soins intensifs sont majoritairement considérés comme négatifs par le patient. Au contraire, les infirmières voient généralement un bénéfice à l'utilisation de celle-ci. Cette contradiction demande une attention particulière, notamment concernant les attitudes infirmières. Effectivement, nos différents articles mettent en avant des perspectives d'amélioration qui concernent principalement l'équipe soignante.

Compte tenu de nos résultats et de la fréquence de l'utilisation de la chambre de soins intensifs en psychiatrie, il nous paraîtrait intéressant d'effectuer des recherches sur le vécu du patient après la mise à disposition

de débriefing. Nous pouvons voir que les résultats sont fortement liés à un manque de communication et à l'incompréhension des patients. Le débriefing étant une proposition d'amélioration, il serait intéressant de le mettre en pratique et donc de valider cet outil.

De plus, il serait utile d'analyser l'impact de la chambre de soins intensifs sur le patient après que celui-ci ait reçu des informations concernant les raisons de l'utilisation de celle-ci.

Finalement, certaines études proposaient une formation sur la communication lors de mises en chambre de soins intensifs. Il serait intéressant de comparer les recherches antérieures lorsque les formations n'étaient pas encore à disposition avec des recherches actuelles après que les infirmières aient suivi une formation concernant l'utilisation de l'isolement.

Chapitre 7 : Références

- Académie Suisse des Sciences Médicales. (2005). Mesures de contrainte en médecine : Directives médico-éthiques de l'ASSM. Bâle : ASSM. Repéré à <http://www.samw.ch/fr/Ethique/Directives/Archive.html>
- Bardet Blochet, A. (2009). Les chambres fermées en psychiatrie : Poursuivre le débat pour dépasser *les conflits*. *Schweizer Archiv fur Neurologie und Psychiatrie*, 160(1), 4-11.
- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique*. (3e éd.). Paris : Dunod.
- Berney, S. (2009). *L'étude des mécanismes de défense psychotiques : un outil pour la recherche en psychothérapie psychanalytique*. *Psychothérapies*, 29(3), 133–144. doi :10.3917/psys.093.0133
- Bertrand, D., Harding T. W., Mandofia M., & Ummel M. (1998). *Médecin et droit médical : présentation et résolution des situations médico-légales*. Chêne-Bourg : Editions médecine et hygiène.
- Bioy, A., & Maquet, A. (2015). *Se former à la relation d'aide*. Paris : Dunod.
- Bourgeois, F. (2012). La chambre d'isolement thérapeutique. *La Revue de l'infirmière*, (183), 49-50.
- Centre Neuchâtelois de psychiatrie. (2016). Soins et prestations. Repéré à <http://www.cnp.ch/accueil/>
- Clinique Le Noirmont. (2016). Unité musculo-squelettique. Repéré à <http://www.clinique-le-noirmont.ch>

- Code civil suisse. (2014). Chancellerie Fédérale. Répéré à <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/201407010000/210.pdf>
- Collot, E. (2011). *L'alliance thérapeutique*. Paris : Dunod.
- Conseil d'éthique clinique. (2000). Mesures physiques limitant la liberté de mouvement. Genève: HUG. Repéré à <http://www.hugge.ch/sites/interhug/files/documents/soigner/ethique/limites-liberte-mouvement.pdf>
- Despland, J. N., de Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A. C., & Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique : un concept empirique. *Revue médicale Suisse*, 2315. <http://www.revmed.ch/rms/2000/RMS-2315/20758>
- Drozdek, D. (2012). *Les chambres de soins intensifs en psychiatrie : étude descriptive du vécu des patients et de l'évaluation de l'effet thérapeutique par les soignants*. (Master ès en sciences infirmières). Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale, Université de Lausanne.
- Favrod, J., & Maire, A. (2012). *Se rétablir de la schizophrénie*. Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Philadelphia, F.A. Davis.
- Fortinash, K.M., & Holoday Worret, P. A. (2013). *Soins infirmiers : Santé mentale et psychiatrie*. Montréal : Chenelière éducation.

- Friad, D. (2005). « *Je ne veux plus aller à l'isolement* » : vers une pratique éclairée de l'entretien infirmier. Paris : Janssen-Cilag.
- Friad, D. (2002). *L'isolement en psychiatrie*. (2e éd.). Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Schirlin, O. (2016). *Suivi et réalisation du Travail de Bachelor*. Haute école arc Santé, Neuchâtel.
- Hanus, M., & Louis, O. (2014). *Psychiatrie pour l'étudiant*. (11e éd.). Paris : Maloine.
- Henry Ford. (2014). Citations Henry Ford. Repéré à <http://www.henryford.fr/biographie-henry-ford/citations-henry-ford/>
- Hirsch, E., & Ferlender, P. (1998). *Droits de l'homme et pratiques soignantes*. Vélizy : Doin éditeurs.
- Hochmann, J. (2011). *Histoire de la psychiatrie*. (2e éd.). Paris : Presses Universitaires de France.
- Institut *national* de la santé et de la recherche médicale. (2014). Schizophrénie. Repéré à <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie>
- Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière*. (2e éd.). Montréal: Beauchemin.

- Lalonde, P., & Morin, G. (1995). *Démystifier les maladies mentales : la Schizophrénie*. Montréal : Gaëtan Morin.
- Lama, C., Shankland, R., Nicolas, I., & Guelfi, J. S. (2012). *Les troubles du comportement alimentaire*. Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Larousse *du* Collège. (2003). Paris : Larousse.
- Le conseil fédéral : Le portail du gouvernement suisse. (2016). *Constitution fédérale de la Confédération suisse*. Repéré à <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html>
- Le journal des femmes, santé médecine. (2013). Décompensation-Définition. Repéré à <http://sante-medecine.journaldesfemmes.com/faq/17766-decompensation-definition>
- Lim-Sabbah, I. (2010). *Processus psycho-pathologique*. Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Martin, V., Bernhardsgrutter, R., Goebel, R., & Steinert, T.(2007). The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: A comparison of the practice in Germany and Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(1), 1-6 .doi : 10.1186/1745-0179-3-1.
- Melnyk, B.M., & Fineout-Overholt, E. (2013). *Evidence-Based Practice in Nursing and Healthcare. A guide to best Practice* (2e éd.). Philadelphia : Lippincott Williams & williams.

- Morasz, L., Perrin-Niquet, A., Barbot, C., & Morasz, C. (2012). *L'infirmier(e) en psychiatrie*. (2e éd.). Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Morel, G. (2006). *L'Œuvre de Freud : l'invention de la psychanalyse*. Paris : Bréal.
- Organisation mondiale de la santé. (2016). Journée mondiale de la santé mentale 2015 : dignité et santé mentale. Repéré à http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2015_infosheet/fr/
- Ouzouni, C., & Nakakis, K. (2009). Attitudes towards attempted suicide: the *development* of a measurement tool, 4, 222-231.
- Palazzolo J. (2004). A propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage de patients. *L'Encéphale*, 30, p. 276-284. Doi : ENC-6-2004-30-3-0013-7006-101019-ART10
- Palazzolo, J. (2002). *Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux : Masson.
- Pepin, J., Ducharme, F., & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. (3e éd.). Montréal: Chenelière éducation.
- Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal Relations in Nursing: a Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. New York, G.P. Putnam's sons.
- Peplau. H. E. (1995). *Relations interpersonnelles en soins infirmiers*. Paris : InterEditions.

- Phaneuf, M. (2002). *Communication, entretien, relation d'aide et validation*. Montréal : Chenelière éducation.
- Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné, rencontre et accompagnement : vers l'utilisation thérapeutique de soi*. Montréal : Chenelière éducation.
- Pinell, P. (2004). La normalisation de la psychiatrie française. *Regards sociologiques*, 29, 3-21.
- Prudhomme, C., Jeanmougin, C., & Duffet, B. (2009). *Soins infirmiers aux personnes atteintes d'affections psychiatriques*. Paris : Maloine.
- Recherche en soins infirmiers. (2014). Les sept concepts de la relation d'aide. Repéré à <http://rechercheensoinsinfirmiers.com/les-sept-concepts-de-la-relation-daide/>
- Rogers, C. R., (2005). *Le développement de la personne*. Paris : Dunod.
- Rycroft- Malone, J., Seers, K., Titchen, A., Harvey, G., Kitson, A., & McCormack, B. (2004b). What counts as evidence in evidence- based practice? *J Adv Nurs*, 47(1), 81- 90.
- Saint-Arnaud., J. (2009). *L'éthique de la santé : Guide pour une intégration de l'éthique dans les pratiques infirmières*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur.
- Santé psychique Suisse. (2015). Etat des lieux et champs d'action : Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé. Berne : Office fédéral de la santé publique. Repéré à https://promotionsante.ch/assets/public/documents/2_fr/a-public-

health/3-psychische-gesundheit/6-downloads/Rapport_Sante_psychique_en_Suisse_Etat_des_lieux_et_champs_d_action.pdf

Serranelli, S. L., & Merklings, J. (2013). Processus psychopathologique. (2e éd.). Issy-les-Moulineaux : Masson.

Swissuniversities. (2005). Bases de données. Repéré à <https://www.swissuniversities.ch/fr/services/ressources-electroniques-hes/acces-par-type-de-ressource/bases-de-donnees/>.

Vidon, G. (1997). *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Paris : Frison-Roche.

Articles scientifiques pour la revue de littérature

Cano, N., Boyer, I., Garnier, C., Michel, A., Belzeaux, R., Chabannes, J., Samuelian, J., & Harle, J. (2011). Patient's perception of seclusion in psychiatry : Ethical perspectives. *Encephale*, 37, S4-S10.
Doi :10.1016/j.encep.2010.04.013

Ezeobele, I. E., Malecha, A. T., Mock, A., Mackey-Godine, A., & Hughes, M. (2014). Patients' lived seclusion experience in acute psychiatric hospital in the United States: a qualitative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 303-312.
doi :10.1111/jpm.12097

Faschingbauer, K., Peden-McAlpine, C., & Tempel W.(2013). Use of Seclusion finding the Voice of the Patient to Influence Practice. Journal of

Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 51(7), 32–38. doi: 10.3928/02793695-20130503-01.

Guivarch, J., & Cano, N. (2013). Usage de la contention en psychiatrie : Vécu soignant et perspectives éthiques. *Encephale*, 39(4), 237-243. doi :10.1016/j.encep.2013.02.004

Holmes, D., Kennedy, S. L., & Perron, A. (2004). The Mentally Ill and Social Exclusion: a Critical Examination of the Use of Seclusion from the Patient's Perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 559-578. doi :10.1080/01612840490472101

Kontio, R., Joffe, G., Putkonen, H., Kuosmanen, L., Hane, K., Holli, M., & Vlimki, M. (2012). Seclusion and restraint in psychiatry: Patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives. *Perspectives in Psychiatric Care*, 48(1), 16-24. doi :10.1111/j.1744-6163.2010.00301.x

Larue, C., Dumais, A., Boyer, R., Goulet, M.-H. E., & Bonin, J.-P. (2013). The *experience* of seclusion and restraint in psychiatric settings: perspectives of patients. *Iss Ment Health Nurs*, 34(5), 317-324. doi :10.3109/01612840.2012.753558

Mann-Poll, P. S., Smit, A., Koekkoek, B., & Hutschemaekers, G. (2015). Seclusion as a necessary vs. an appropriate intervention: A vignette study among mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(4), 226-233. doi :10.1111/jpm.12176

- Meehan, T., Bergen, H., & Fjeldsoe, K. (2004). Staff and patient *perceptions* of seclusion: Has anything changed? *Journal of Advanced Nursing*, 47(1), 33-38. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03062.x
- Meehan, T., Vermeer, C., & Windsor, C. (2000). Patients' perceptions of seclusion: A qualitative investigation. *J Adv Nurs*, 31(2), 370-7. doi :10.1046/j.1365-2648.2000.01289.x
- Needham, H., & Sands, N. (2010). Post-seclusion debriefing: A core nursing intervention. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(3), 221-233. doi :10.1111/j.1744-6163.2010.00256.x
- Roberts, D., Crompton, D., Miligan, E., & Groves A. (2009). Reflections on the *use* of seclusion: in an acute mental Health Facility. *Journal of psychosocial Nursing*, 47(10), 25-31. doi: 10.3928/02793695-20090902-01.
- Soininen, P., Putkonen, H., Joffe, G., Korkeila, J., Puukka, P., Pitkänen, A., & Välimäki, M. (2013). Does experienced seclusion or restraint affect psychiatric patients' subjective quality of life at discharge? *International journal of mental health systems*, 7(1), 28. doi :10.1186/1752-4458-7-28.
- Steinert, T., Bergbauer, G., Schmid, P., & Ralf, P., (2007). Seclusion and Restraint in Patients with Schizophrenia: Clinical and Biographical Correlates. *Journal of Nervous and mental Diseases*. 195(6):492-6. doi:

Whitecross, F., Seary, A., & Lee, S. (2013). Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention. *International Journal of Mental Health Nursing*, 22(6), 512-521.
doi :10.1111/inm.12023

Appendices

Appendice A¹ : Critères d'évaluation de mise ou maintien d'un



UHad
UHPA

Critères d'évaluation de mise ou maintien d'un patient en chambre de soins intensifs

CNP_1673
Version A

Afin de simplifier la lecture, le masculin est utilisé dans le présent document pour désigner les deux genres

Rappel : « Il faut donc, dans chaque cas, déterminer quelle est la mesure la moins lourde pour la personne concernée. De plus, il faut évaluer si le bénéfice (personnel et social) qu'on peut attendre de la mesure prime nettement sur l'atteinte qu'elle peut porter au patient ou si des conséquences sont moins graves que celles d'une autre mesure qui, à défaut, s'imposerait ». Extrait des Directives médico-éthiques de l'ASSM.

NB : Évaluer le patient en fonction des critères ci-dessous, donnés à titre indicatif, sachant que toute mise et tout maintien en chambre de soins intensifs d'un patient doivent se baser sur une argumentation pertinente et objective !

1 Indications

1.1 Danger de passage à l'acte hétéro-agressif

Le patient a tendance à se montrer occasionnellement irritable s'il est frustré. Il exprime sa colère de manière indirecte et avec retenue. Il est critique face à son comportement agressif passé.	0
Le patient montre une attitude clairement hostile, d'irritabilité fréquente. Il se montre provocateur et menaçant. La possibilité de perte de contrôle reste probable. Le contact reste possible même s'il est tendu et limité.	2
Le patient manque totalement de coopération, insulte, menace. Il ne peut pas s'engager à ne pas passer à l'acte.	4
Le patient a commis un acte hétéro agressif dans les dernières 24 heures. Il se montre violent et adopte des réponses comportementales à des pulsions hallucinatoires.	6

1.2 Danger de passage à l'acte auto-agressif

Le patient exprime vaguement qu'il est plus découragé et triste que d'habitude, sans perte d'espoir. Il demande à être soutenu. Il critique ses gestes d'auto agressivité passés. Absence de sentiment de culpabilité marquée. Contact affectif de confiance avec les membres de l'équipe.	0
Le patient s'interroge sur la nécessité de vivre. Sentiment d'infériorité avec perte d'estime de soi. Idées suicidaires seulement passagères. Fait des efforts pour entrer en contact. Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation ou d'auto dépréciation. Déformation de la réalité (voit tout en noir). Contact affectif fluctuant. Pleurs occasionnels.	2
Le patient exprime qu'il vaudrait mieux être mort. Le suicide est considéré comme une solution possible sans intention ou projet précis. Propos inquiétants de dévalorisation et vision altérée du monde, dominée par le soupçon, le drame et un sentiment de punition. Pleurs répétés et fréquents. Contact affectif pénible. Doute sur présence d'hallucinations.	4
Expression verbale et non verbale d'impuissance, que rien ne peut détourner de ses pensées de mort. Sentiment de culpabilité inébranlable, résistant à toute argumentation. Idées délirantes de ruine, de péché et/ou d'auto-accusation, d'incurabilité. Inhibition de l'affectivité (rien ne le touche). Projet explicite de suicide, si l'occasion se présente. Contact affectif douloureux. Présence d'hallucinations menaçantes.	6

patient en chambre de soin intensif selon le CNP

¹ Autorisation obtenue par l'institution pour inclure ce protocole dans notre travail de bachelors

1.3 État d'agitation, trouble du comportement

Élévation légère et persistance de l'humeur, de l'énergie, de l'activité. Le patient parle beaucoup. Le sommeil est perturbé.	0
Élévation de l'humeur disproportionnée avec la situation du patient. L'agitation est importante et difficile à contrôler. Le patient est distrait et ne peut pas soutenir l'attention.	2
Le patient présente une augmentation de l'estime de soi avec des idées de grandeur et une surestimation de ses capacités. La levée des inhibitions sociales peut entraîner des conduites imprudentes, déraisonnables, inappropriées ou déplacées	4
Présence associée au tableau clinique précédent, d'idées délirantes ou d'hallucinations ou d'une activité motrice excessive et d'une fuite des idées, d'une gravité telle que le patient devient incompréhensible.	6

2 Critères de mise ou maintien en chambre de soins intensifs

La mise ou le maintien en chambre de soins intensifs **pourraient être indiqués** si :

2.1 Une seule indication est présente

- Le critère est ≥ 4 en cas de "Danger de passage à l'acte hétéro-agressif, état d'agitation, trouble du comportement"
- Le critère est ≥ 6 en cas de "Danger de passage à l'acte auto-agressif"

2.2 Plusieurs indications sont présentes

- La somme des divers critères est ≥ 6 .

Appendice B : Articles de loi tirés de la Constitution fédérale

- **Art. 10 Droit à la vie et liberté personnelle**

¹ Tout être humain a droit à la vie. La peine de mort est interdite.

² Tout être humain a droit à la liberté personnelle, notamment à l'intégrité physique et psychique et à la liberté de mouvement.

³ La torture et tout autre traitement ou peine cruels, inhumains ou dégradants sont interdits.

- **Art. 36 Restriction des droits fondamentaux**

¹ Toute restriction d'un droit fondamental doit être fondée sur une base légale. Les restrictions graves doivent être prévues par une loi. Les cas de danger sérieux, direct et imminent sont réservés.

² Toute restriction d'un droit fondamental doit être justifiée par un intérêt public ou par la protection d'un droit fondamental d'autrui.

³ Toute restriction d'un droit fondamental doit être proportionnée au but visé.

⁴ L'essence des droits fondamentaux est inviolable.

Appendice C : Critère de mise en chambre de soin intensif selon ANAES

Le protocole de mise en chambre d'isolement

Un protocole peut être défini par « l'ensemble des règles à respecter et des gestes à effectuer au cours de certains traitements ou lors d'essais thérapeutiques » (Larousse). La pratique de l'isolement thérapeutique consiste comme nous l'avons vu à placer un patient dans une chambre aux caractéristiques particulières, dont la porte est fermée à clé. La chambre d'isolement doit donc être une pièce spécialement conçue dans le but d'isoler. Elle doit respecter un certain nombre de contraintes destinées à garantir le maximum de sécurité pour le patient et pour l'équipe soignante.

Par ailleurs, la prescription de la chambre d'isolement est une prescription médicale. Comme toute décision thérapeutique, elle nécessite une concertation avec tous les soignants. Ceci non pour des raisons idéologiques, mais parce que le rôle du médecin est d'être garant de la loi, même si ce sont les infirmiers qui l'appliquent (Friard et Masseix, 1997).

Les règles d'utilisation de la chambre d'isolement répondent à des impératifs de sécurité et de soin. Elles doivent être simples, précises, claires, afin d'en rendre plus aisée la communication — patient en pyjama, pas d'affaires personnelles, présence régulière de soignants, en nombre suffisant, au moment des repas, de la toilette, etc. Ces règles sont à préciser et à adapter en fonction des besoins d'une unité (de Cangas, 1993). Tout manquement à ces règles impératives prend la signification d'un « symptôme institutionnel » qu'il faut alors analyser comme tel (Gillet, 1977; Baillon, 1987; Friard, 1997).

Vingt-trois critères ont été définis par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES, 1998) afin d'améliorer les conditions d'isolement des patients et de valider l'aspect thérapeutique de ce type de procédure. Ces critères n'ont à l'heure actuelle aucun caractère obligatoire, mais ils présentent l'avantage de pouvoir être adoptés à tout moment par les équipes qui le souhaitent. Ils peuvent par ailleurs servir de base à une réglementation de l'isolement, ce qui constituerait un réel progrès. Ils instaurent enfin un référentiel qui permet d'évaluer la qualité des mises en chambre d'isolement ainsi que leur aspect thérapeutique.

La démarche suivie par l'ANAES permet aux professionnels de santé de prendre conscience des nombreux risques à gérer et à prévenir au cours de l'isolement thérapeutique, afin que celui-ci soit réalisé le moins souvent, le moins longtemps et le mieux possible. Figurent en effet au premier plan les risques d'atteinte aux libertés individuelles, d'incendie, ainsi que les risques liés à l'auto- et l'hétéroagressivité.

Les critères de qualité proposés permettent de rendre à cette pratique ses véritables indications et de définir les exigences précises de réalisation pour améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins.

Ces critères sont les suivants :

1. Les données concernant l'identité du patient, 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 fournis 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 durée 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, etc.) sont intégrés au dossier du patient.

Appendice D : Tableau des descripteurs correspondant aux bases de données

	P	I	O
Mot-clé	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrénie • Psychiatrie • Santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Chambre d'isolement • Infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> • Les perceptions du patient • Le vécu et l'expérience du patient • Les attitudes infirmières
Keywords	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenia • Psychiatric • Mental health 	<ul style="list-style-type: none"> • Seclusion and restraint • Nurses, nursing staff 	<ul style="list-style-type: none"> • Patient perceptions • Patient experience • Nurses' attitudes
Descripteur mesh	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenia • Psychiatry, hospital psychiatric department. • Mental health. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seclusion • Nurses, nursing staff 	<ul style="list-style-type: none"> • Perception, perception's patient • Patient experience • Attitude, attitude of health personal
Subject-Heading	<ul style="list-style-type: none"> • Schizophrenia • Psychiatric, psychiatry. • Mental health 	<ul style="list-style-type: none"> • Seclusion, seclusion mental health, seclusion rooms • Nurses, staff, nursing staff 	<ul style="list-style-type: none"> • Perception, Perception of patient • Experiences of patients • Attitude nursing

Appendice E : Grilles adaptées du Fortin 2010

Grilles adaptées du Fortin (2010) :

« Patients' lived seclusion experience in acute psychiatric hospital in the United States: a qualitative study »

Éléments d'évaluation	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population étudiée ? Le titre précise les concepts clés qui sont : l'expérience, le vécu des patients et l'isolement. Cependant, la population à l'étude n'est pas définie de manière précise. Il est uniquement noté qu'il s'agit de patient en hôpital psychiatrique aigu aux USA mais il n'y a pas plus d'informations concernant la population étudiée. Le titre met en évidence qu'il s'agit d'une étude qualitative.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise-t-il clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p><u>Problème</u> : Il s'agit d'étudier le vécu des patients lors de l'utilisation de l'isolement dans un hôpital de psychiatrie aiguë dans le sud-ouest des USA. Cette étude est cruciale car très peu d'études ont été menées dans ce domaine aux USA.</p> <p><u>Méthode</u> : C'est une étude phénoménologique qui utilise la philosophie de Husserl. L'étude concerne 20 patients qui ont été questionnés trois jours après l'isolement. Des entretiens semi-structurés ont permis de récolter les données. Ces données ont été analysées selon la méthode des sept étapes de Colaizzi.</p> <p><u>Résultat</u> : Les résultats de cette recherche ont permis d'avoir des informations concernant l'expérience des patients lors de l'isolement. Ceci peut être utile aux professionnels de la santé mentale afin de réduire l'utilisation de l'isolement. Les résultats ont été décrits selon quatre thèmes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La solitude 2. Le pouvoir et le contrôle exercés par le personnel soignant 3. Le ressentiment envers le personnel 4. Le temps de méditer

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène étudié est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui, le phénomène à l'étude est clairement formulé. Il s'agit d'étudier les expériences vécues par les patients lors de l'utilisation de l'isolement. Comprendre le ressenti des patients permet de sensibiliser les professionnels de la santé afin qu'ils prennent conscience de l'impact de la mise en chambre d'isolement et essayent de trouver d'autres stratégies dans des situations d'agressivité.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent/approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, car l'article explique un manque d'études aux USA concernant la perception des patients lors d'isolement. De plus, cette étude est une réplication de l'étude réalisée par Meehan en Australie et il est donc important de reproduire cette étude afin de découvrir les similitudes ou les différences dans les résultats.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? Oui, car l'isolement continue d'être une mesure largement utilisée dans les milieux psychiatriques et selon Meehan, 50% des patients ne voient pas l'isolement comme une intervention thérapeutique. A ce jour, l'utilisation de l'isolement continue de créer des débats éthiques.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui, l'article s'appuie sur plusieurs auteurs ainsi que différents articles. Une grande partie de la recension des écrits concerne l'étude similaire réalisée par Meehan.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui, l'auteur précise que peu de recherche concernant le vécu du patient ont été réalisées aux USA. La recension fournit des informations positives comme négatives concernant le vécu du patient.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui car l'auteur s'appuie sur différentes recherches ce qui permet d'avoir un aperçu sur les connaissances actuelles.</p>

Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Les concepts clés sont mis en évidence mais ne sont pas clairement définis.</p> <p>Les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? Oui</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, la question de recherche est énoncée de façon claire : Quelle est l'expérience des patients lors de l'isolement pendant l'hospitalisation ? L'objectif de l'étude est d'explorer et de décrire l'expérience de l'isolement vécu par les patients atteints de troubles psychiatriques.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population étudiée, sont-elles clairement énoncées ? Non, la population à l'étude n'est pas clairement énoncée. Il parle uniquement de patients atteints de maladies psychiatriques.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Oui, car elles s'appuient sur l'hypothèse de Husserl concernant l'expérience des patients mis en isolement.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? Oui, cette recherche s'appuie sur la théorie de Husserl (1970). Husserl met en évidence que l'approche phénoménologique est nécessaire afin de mettre en évidence des éléments essentiels à l'expérience des personnes et cette étude utilise une approche phénoménologique.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? L'étude a été réalisée dans un hôpital psychiatrique qui admet plus de 6000 patients par année.</p>

	<p>La majorité des patients (85%) sont admis en mode non volontaire. Les services d'hospitalisation sont mélangés en termes de genre et de diagnostics avec un séjour moyen de 7-10 jours. L'échantillon comprend 20 personnes dont 12 hommes et 8 femmes dont l'âge varie de 19 à 53 ans (moyenne = 27.5). 11 patients souffraient de troubles bipolaires et 6 souffraient de schizophrénies paranoïdes. Le point commun de ces patients était leur statut d'admission (non-volontaire) ainsi qu'un risque élevé d'hétéro-agressivité. La fréquence de l'expérience de l'isolement varie entre une à deux fois. Les entretiens ont eu lieu trois jours après la mise en chambre d'isolement.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? Aucune information n'est présente concernant le choix de la taille de l'échantillon.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Oui, les approbations pour mener cette étude ont été obtenues par le comité de recherche de l'hôpital et de l'institution Review Board. Les droits de patients ont été assurés tout au long de l'étude. Les patients ont été informés sur les conditions de l'étude et ont reçues des explications sur le but et la méthode de la recherche. Les participants ont choisi ou non de participer. Les patients étaient libres de se retirer de l'étude à tout moment.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Oui car les patients ont été clairement informés et ceci tout au long de l'étude.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Oui, car l'article est essentiellement basé sur le vécu des patients. L'objectif est de mieux comprendre l'expérience vécue par le patient lors de l'utilisation de mesure d'isolement.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-neutralité) Oui, ces critères ont été respectés car ils se sont appuyés sur les stratégies identifiées par Lincoln et Guba (1985) :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Des entretiens face à face et semi-structurés ont été utilisés pour recueillir les données ; • Des informations détaillées de la méthode de recherche ainsi que le processus de collecte de données ont été fournis aux patients ; • Les chercheurs se sont retrouvés avec les patients pour leur fournir une copie des explications de l'étude ce qui a permis aux patients de poser des questions et d'établir une relation ; • Les participants ont été interrogés jusqu'à saturation ; • Les notes de terrain ont été analysées indépendamment des trois chercheurs. • Un quatrième chercheur a fourni une interprétation des données ; • Les documents ont été conservés en lieu sûr et dans une armoire verrouillée située dans le bureau du chercheur. <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? L'article se base sur une étude qualitative ce qui permet d'analyser le vécu du patient lors de la mise en chambre d'isolement.</p>
Modes de collecte de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui, car ils se sont appuyés sur l'analyse des données de Colaizzi 1978.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Les données ont été recueillies par le biais de trois entretiens semi-structurés avec l'utilisation de questions ouvertes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quels éléments vous ont menés à être isolé ? • Comment vous êtes-vous sentis dans la chambre d'isolement ? • Dites-moi comment la situation aurait pu être traitée différemment ?
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui, les données ont été recueillies aux moyens d'entretiens semi-structurés dans lesquels des questions ouvertes ont été posées. Les entretiens ont eu lieu dans</p>

	<p>une salle de conférence de l'hôpital. Les patients ont été interrogés 3 jours après avoir été isolés. Chaque entretien à durée environs 45 minutes. La saturation des données a eu lieu après le 20^{ème} entretien.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Oui, les patients ont été interrogés par trois infirmiers spécialisés en psychiatrie avec un doctorat. Les chercheurs étaient des dirigeants principaux dans l'organisation des soins. Les trois chercheurs ont travaillé plus de 20 ans pour l'hôpital.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, l'analyse des données a suivi les étapes de Colaizzi. Des catégories et des sous-thèmes ont été établis à partir des données brutes. Les données ont été codées et analysées séparément en 4 thèmes (La solitude / le pouvoir et le contrôle exercé par le personnel soignant / le ressenti envers le personnel / le temps de méditer) et 10 sous-thèmes (Rejet et privation / être comme dans une cellule de prison / être détruit / manque de compassion du personnel / la colère / le manque d'humilité du personnel / le manque d'explication / effet positif / pas de souvenir de l'isolement).</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Aucun résumé des résultats n'est présent dans la méthode.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Non il n'y a pas de tableau qui présente les résultats.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui les résultats sont résumés sous forme de thème narratif avec des thèmes et des sous-thèmes.</p> <p>1. Seul au monde : Les patients expriment l'expérience de l'isolement comme un événement négatif. Etre isolé les a privé de liberté et a réveillé en eux des sentiments de mal-être. Les patients expriment également un sentiment de honte, d'injustice, d'abandon et de négligence. Cette expérience a fortement diminué l'alliance thérapeutique et par conséquent a eu un impact négatif sur l'observance du traitement. Plusieurs sous-thèmes ont émergé :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Le rejet et la privation ; ○ Etre en prison ; ○ Se sentir détruit. <p>2. Impuissant et sans espoir : le personnel exerce de la puissance et du contrôle sur les patients qui expliquent ressentir un sentiment d'impuissance et de désespoir.</p> <p>3. Le ressenti envers les soignants : les participants ont indiqué qu'ils ressentaient un profond sentiment de colère. Ils décrivent l'isolement comme une intervention punitive qui leur fait plus de mal que de bien. Les participants expliquent également que le personnel se moquait d'eux en pensant qu'il ne les entendait pas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La colère non résolue envers le personnel ; ○ Le personnel manquait d'humilité ; ○ Le manque d'explication de la part du personnel ; ○ Le besoin de formation du personnel. <p>4. Un temps pour se recentrer sur soi-même : certains des patients, en raison de leur maladie, n'ont pas de souvenir de l'événement en isolement tandis que d'autres s'en souviennent très bien :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Aucun souvenir de l'événement de l'isolement (30%) ; ○ Effet positif (20%), les patients ont pu réfléchir sur eux-mêmes et se sont sentis en sécurité. <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Non, ce n'est pas mentionné dans le texte.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui, pour chaque question les résultats sont interprétés en lien avec celles-ci. Les résultats de cette étude indiquent que les patients éprouvent l'isolement comme un événement peu serviable, très similaire aux précédentes études. Le manque d'interaction avec le personnel et le sentiment de solitude ressortent principalement. De plus, les participants éprouvent majoritairement un sentiment d'abandon et de négligence qui est décrit comme traumatisant. 60% des patients ont perçu leur séjour dans la chambre d'isolement comme une punition et une expérience négative. De plus, ils identifient le manque de compétences du personnel soignant ainsi</p>

	<p>qu'un manque de compassion. Les patients perçoivent l'isolement comme une punition, l'abandon, la peur ainsi que le sentiment de ne pas être informé. Les participants ont estimé que l'isolement aurait pu être évité si le personnel leur avait parlé avec respect, écoute et n'avait pas réagit à leur comportement.</p> <p>20% des patients on reconnu l'isolement comme une expérience positive, leur permettant de se ressourcer.</p> <p>20% des participants n'avaient aucun souvenir de la mise en chambre d'isolement.</p> <p>Cependant 100% des participants expriment un besoin de formation du personnel soignant sur les compétences de communication ainsi que sur la façon d'éviter de réagir personnellement à l'agitation du patient.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Oui, plusieurs études ont les mêmes résultats. Toutefois, il reste quelques questions à éclaircir dans les prochaines études.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyse ? Oui, elles sont en lien avec les résultats écrits au-dessus.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Non, les limites de l'étude ne sont pas définies.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui, l'étude reprend chaque thème dans la conclusion.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Non, il mentionne cependant que dans des recherches futures il faudra se baser par exemple sur le vécu des infirmières ou qu'il faudra prendre en compte plusieurs institutions et non une seule.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Oui, il les décrit en 8 points à la fin de la conclusion afin d'aider les professionnels à diminuer la mise en chambre d'isolement.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Etre franc, honnête et fournir les informations nécessaires au patient. 2. Avoir une attitude calme et positive. 3. Ecouter les choix des patients et proposer des compromis avant la mise en chambre d'isolement.

	<ol style="list-style-type: none">4. Utiliser un membre du personnel avec qui le patient a développé une relation de confiance.5. Le personnel doit agir en tout temps.6. Former le personnel sur les techniques de communication.7. Reconnaître les craintes et répondre à leurs besoins.8. Offrir des médicaments par voie orale afin de lutter contre l'agressivité. <p>L'isolement peut être empêché lorsque les professionnels mettent en œuvre les protocoles approuvés à l'avance. De plus, une attention particulière et un plan de soins individuels devraient être mis en place lors de la mise en chambre d'isolement.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui, les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.</p>
--	---

Grilles adaptées du Fortin (2010)

« Does experienced seclusion or restraint affect psychiatric patient's subjective quality of life at discharge ? »

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Le titre met en évidence qu'il s'agit d'étudier l'impact de l'isolement sur la qualité de vie (subjective) des patients à leur sortie. La population étudiée est relativement floue car on sait uniquement qu'il s'agit de personnes hospitalisées en psychiatrie mais on ne connaît pas le diagnostic des patients.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p>Problème : Cette étude vise à explorer l'effet de l'expérience de l'isolement sur la qualité de vie subjective des patients hospitalisés en psychiatrie. De nombreuses études ont mis en évidence que la plupart des patients mis en isolement aurait préféré ne pas avoir recours à ce genre de pratique. De plus, l'expérience de l'isolement pourrait affecter de manière négative la qualité de vie des patients mais les données empiriques sur cette question font défaut. C'est pour cette raison que cette étude a eu lieu.</p> <p>Méthode : A la sortie de l'isolement ou de la contention, les participants ont complété un formulaire sur la qualité de vie ainsi que sur la satisfaction de vie.</p> <p>Résultats : Ils ont constaté que les patients qui n'ont pas eu recours à l'isolement avaient une meilleure qualité de vie subjective que les patients ayant été isolés. La plupart des patients pour lesquels on n'a eu recours à l'isolement présentaient des troubles de l'humeur et principalement de la dépression, contrairement aux patients qui ont eu recours à l'isolement qui souffraient principalement de schizophrénie, troubles délirants. La durée moyenne de l'isolement ou de la contention étaient de 2,3 jours</p> <p>Discussion : Les conclusions ont mis en évidence que l'utilisation de l'isolement n'avait pas d'influence considérable sur la qualité de vie de la personne et que l'influence était de courte durée. Cependant, la qualité de vie de base avant l'isolement n'a pas été mesurée donc les résultats restent incertains.</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui, le problème est clairement formulé. De plus, cet article vise à étudier trois choses, à savoir :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analyser l'impact de la contention/isolement sur la qualité de vie subjective des patients hospitalisés en psychiatrie en comparaison avec les patients hospitalisés en psychiatrie qui n'ont pas eu recours à l'isolement ou la contention ; 2. Etudier si des variables comme la démographie ou l'état clinique du patient ont un impact sur la qualité de vie des patients ; 3. Evaluer si la durée de l'isolement ou de la contention a un impact sur la qualité de vie des patients. <p>Le problème/phénomène est-il pertinent/approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, le phénomène étudié est pertinent avec les connaissances actuelles. En Finlande, des efforts importants ont été investis afin de diminuer la contention de 40% d'ici 2015. Ceci est en lien avec les directives éthiques internationales. De plus, la qualité de vie a été reconnue comme un résultat important dans le traitement en psychiatrie. De plus, des recherches antérieures ont démontré que les personnes souffrant de troubles schizophrènes avaient une moins bonne qualité de vie. Compte tenu des perceptions négatives de l'isolement et de la contention. On peut dire que celles-ci peuvent nuire à la qualité de vie des patients, bien que les données empiriques sur cette question fassent défaut.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui, une recension des écrits a été entreprise notamment pour définir la qualité de vie subjective selon plusieurs auteurs.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? La récession des écrits est plus présente pour définir la qualité de vie que pour donner une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche. Cependant, une petite recension des écrits est présente pour parler de recherches antérieures.</p> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ? Oui, elle présente des sources primaires bien que la plupart des sources soient des sources secondaires.</p>

Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Oui, la qualité de vie subjective est très bien décrite et selon plusieurs auteurs afin d'avoir une vision plus complète du concept.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? Oui, les concepts clés sont définis selon plusieurs auteurs et sont clairement liés au but de l'étude. Il est très important d'avoir une définition claire de la qualité de vie subjective afin de pouvoir l'analyser.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, le but de l'étude est énoncé de façon claire et est divisé en trois objectifs comme tels que cités ci-dessus.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? La population à l'étude n'est pas définie de manière claire mais il est mis en évidence que la qualité de vie des patients est influencée par la pathologie dont souffre le patient. Cependant, il est énoncé uniquement qu'ils vont étudier l'effet de l'isolement et de la contention sur des patients souffrant de pathologies psychiatriques mais la population à l'étude n'est pas plus précisée.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Oui, les questions de recherche reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but. L'expérience des patients, ainsi que les croyances, valeurs et perceptions sont prises en compte car elles font parties intégrantes de la qualité de vie subjective des patients.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? La population visée est clairement définie</p>

et est présentée sous une forme de tableau afin d'avoir une vision globale de la population. Un très grand nombre d'informations est présent afin d'avoir des informations précises concernant la population étudiée. Oui, la méthode de recrutement est expliquée dans cet article et un schéma est présent afin de montrer le nombre de participants ainsi que leur critère d'exclusion. Les participants ont été séparés selon les secteurs suivants :

1. Services fermés d'admission ;
2. Services pour des patients présentant des troubles de l'humeur (pour permettre la comparaison car dans ces services les mesures d'isolement sont rarement utilisées) ;
3. Service pour patients qui présentent un diagnostic de schizophrénie et troubles de l'humeur.
4. Services pour les patients qui présentent un premier épisode psychotique ;
5. Service de réhabilitation pour patients atteints de schizophrénie.

Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? Oui, l'étude a été élaborée sur plus d'une année avec un grand nombre de participants.

Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? Ils ont choisi des patients âgés de 18-65 ans, transférés depuis la maison et parlant couramment le finlandais. La taille de l'échantillon a été déterminée jusqu'à saturation des données sur la période de 2009-2010.

<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a été évaluée par le comité d'éthique de l'hôpital d'Helsinki et Uusimaa et approuvée par les autorités institutionnelles. Après une description complète de l'étude, les participants ont donné leur consentement écrit. La participation était volontaire et les données ont été traitées en toute confiance.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Oui, car l'étude a été approuvée par le comité d'éthique. De plus, les participants ont été informés de nombreuses fois afin qu'ils comprennent clairement le but de l'étude. Il a été souligné que la participation ou le refus de participer à cette étude n'aurait pas d'impact sur leur traitement.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ? Oui, le devis utilisé permet que l'étude atteigne son but. Le but était de voir si l'isolement avait une influence sur la qualité de vie subjective des patients et les chercheurs ont utilisé des échelles qui permettent de mesurer la qualité de vie subjective des patients. De plus, ils ont étudié si les personnes qui n'avaient pas eu recours à l'isolement avaient une meilleure qualité de vie que les personnes qui avaient eu recours à l'isolement. Ceci permet donc de faire une comparaison.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) Oui, le choix du devis de recherche permet de respecter les critères scientifiques</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Oui, l'étude a duré plus d'une année ce qui correspond déjà à un certain laps de temps. De plus, les données ont été recueillies sur cinq services de l'hôpital.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui, les outils de mesure sont clairement décrits. Les instruments utilisés dans cette étude étaient un auto-questionnaire structuré ainsi qu'un questionnaire sur la qualité de vie.</p>

	<p>Dans cette étude, la version courte de 16 articles (Q-LES-Q SF) a été utilisée. Ces échelles ont déjà été utilisées chez les patients ayant des problèmes de santé mentale grave. Sur les 16 articles, 14 articles ont permis de mesurer les activités générales, telles que les relations sociales, les émotions, la santé physique, les conditions de vie et des situations de logement. Les deux points restants couvrent la satisfaction globale. Chaque question est notée sur une échelle de Likert à 5 points (1 = très mauvais, 5 = très bon degré de jouissance ou de satisfaction).</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Oui, les questions de recherche ont été bien posées et permettent de répondre aux trois objectifs de cette étude.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Les instruments ont été importés car ils se sont appuyés sur 16 articles (Q-LES-Q SF)</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Non, le processus de collecte de données n'est pas clairement décrit. On sait uniquement qu'il s'agit de questionnaires.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Oui, avant la collecte de données, un chercheur a donné des informations écrites et orales aux membres du personnel de chacun service.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, la méthode d'analyse est clairement expliquée. Des analyses descriptives (fréquence, pourcentage, moyenne, écart-type, médiane) ont été effectuées pour les éléments individuels de la Q-LES-Q SF. Ensuite, les sous-échelles ITEM-scores 1-14 ont été résumées selon les instructions du développeur de l'instrument. Le Test de Shapiro-Wilk a été utilisé pour tester la normalité de la distribution des variables.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Oui, l'interaction entre la coercition (isolement et le non isolement) et les variables de base a été évalué par l'analyse dans les deux sens de la variance. En raison de</p>

	<p>certaines distributions asymétriques, les résultats des tests statistiques ont été vérifiés par des méthodes non paramétriques.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? On ne trouve pas de résumé des résultats dans la partie méthode de cette recherche.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui, les résultats sont présents sous forme de tableaux et sous chaque tableau on trouve un texte narratif qui permet d'expliquer les résultats présentés dans les tableaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients qui n'ont pas eu recours à l'isolement ont décrit avoir une meilleure qualité de vie que les patients qui ont eu recours à l'isolement. • Sur l'ensemble des 264 participants, 52% des patients non isolés ont été traités dans le service d'admission et 80% des patients qui ont eu recours à l'isolement ont été traités dans les autres services aigus. <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui, les thèmes sont logiquement associés entre eux. L'auteur détaille bien chaque résultat en présentant des statistiques pour chacune de ses affirmations.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui, les hypothèses posées en début de l'étude sont confirmées ou non en fonction des résultats.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Pas vraiment car c'est la première étude qui a analysé la qualité de vie subjective des patients.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui, les limites de la recherche sont clairement définies et identifiées selon cinq points suivants :</p>

	<ol style="list-style-type: none"> 1. Seulement un petit nombre de réponses pour les patients isolés contrairement aux patients non isolés ; 2. Présence d'une disparité significative en termes de diagnostic, de service entre les personnes qui ont eu recours à la contention ou non ; 3. Le nombre de participants admissibles qui ont refusé de participer était significatif (27%). La plupart des patients qui ont refusé de participer ont été traités dans le service d'admission aiguë ; 4. L'objectif était de mesurer la qualité de vie subjective des patients isolés avec un instrument structuré. La mesure de questions subjectives est difficile, en particulier lorsqu'il s'agit de l'expérience des patients ; 5. Aucune donnée sur la médication des patients n'a été recueillie.
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Oui, l'auteur précise les conséquences des résultats. La qualité de vie a été reconnue comme un résultat important du traitement psychiatrique et mesurer la qualité de vie des patients peut améliorer les connaissances sur l'efficacité des interventions utilisées dans le traitement psychiatrique. L'auteur met en évidence que les personnes atteintes de troubles mentaux ont une moins bonne qualité de vie que les personnes en bonne santé et de ce fait, l'amélioration de la qualité de vie en psychiatrie devrait être un objectif dans les services de psychiatrie. Parfois, avoir recours à l'isolement peut augmenter la qualité de vie comme le met en avant cette étude, mais dans la plupart des études l'isolement est vu comme une chose négative et donc doit être utilisé en dernier recours. De plus, la réadaptation, une bonne relation avec les soignants, l'adaptation à la maladie et un environnement sécuritaire peuvent également augmenter la qualité de vie des patients. L'auteur met en évidence qu'un véritable dialogue doit exister entre le personnel et le patient afin de trouver des solutions alternatives à l'isolement.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Oui, l'auteur recommande de mesurer la qualité de vie à l'admission et à la sortie des patients afin de pouvoir mieux estimer la satisfaction des interventions. Des plans de traitement doivent être effectués avec les patients et on devrait tenir compte des facteurs qui favorisent la qualité</p>

	de vie (relations sociales, santé physique, conditions de vie).
--	---

Grilles adaptées du Fortin (2010)

« Post-Seclusion Debriefing: A Core Nursing Intervention »

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Le titre nous indique qu'il s'agit d'étudier les débriefings après l'utilisation de l'isolement. Cependant, la population à l'étude n'est pas précisée dans ce titre.
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p><u>Problème</u> : Le but de cette étude est d'étudier la fréquence et le type de débriefing fournis par les infirmières dans une unité psychiatrique à Melbourne, en Australie.</p> <p><u>Méthode</u> : L'étude utilise une conception de la recherche exploratoire. Une analyse du registre d'isolement a été entreprise pour déterminer le nombre total d'isollements sur une période de 1 an. Un outil de vérification de fichier a été élaboré pour identifier les interventions de débriefing.</p> <p><u>Résultat</u> : Le débriefing n'est pas systématiquement effectué après l'isolement.</p> <p><u>Discussion</u> : Plus de débriefings doivent être entrepris après l'isolement afin d'améliorer les pratiques de l'isolement.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Il s'agit d'étudier l'impact du débriefing après l'isolement. L'isolement peut être traumatisant et dévastateur. L'isolement peut raviver des souvenirs d'agression ou d'abus pendant l'enfance. Souvent, une histoire de violence physique/sexuelle existe et la mise en chambre d'isolement peut raviver ces souvenirs ce qui peut avoir des conséquences sur le long terme. Bien que l'expérience d'être isolé soit unique pour chaque individu, il est impératif que le débriefing soit offert à tous les patients qui sont isolés afin d'assurer un certain niveau de soins.

	<p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, l'utilisation de l'isolement est toujours controversée car beaucoup d'aspects négatifs sont mis en évidence. De plus, en Australie, un projet intitulé « Création de sécurité » portant sur des pratiques de l'isolement a été introduit. L'objectif de ce projet est de promouvoir la sécurité des soins ainsi que la réduction de l'isolement. Malgré ceci, l'utilisation de l'isolement est encore trop fréquente.</p> <p>Une revue de la littérature pour la présente étude a révélé que très peu d'études empiriques sur le débriefing post-isolement ont été menées pour fournir une base de preuves solides pour guider la pratique. Cependant, il y a actuellement un manque de preuve pour savoir quel genre de débriefing doit être utilisé après l'isolement. Il y a des difficultés inhérentes à l'évaluation de l'efficacité du débriefing. Ces difficultés sont liées à la démographie de la population étudiée, les compétences professionnelles, les expériences passées, et la gravité des facteurs situationnels.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? Oui, le problème étudié a une signification particulière pour la discipline infirmière. Il est impératif que les infirmières se concentrent sur le développement et l'évaluation des pratiques de l'isolement, les plans de soins post-isolement ainsi que l'utilisation de débriefings post-isolement afin de fournir des soins de qualité.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui, une recension des écrits a été entreprise afin d'argumenter pourquoi cette recherche est utile pour la discipline.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui, la recension fournit une synthèse par rapport au problème de recherche. Des études antérieures ont montré que les débriefings après l'isolement n'étaient pas assez présents. De plus, le débriefing post-isolement est une intervention infirmière de base qui peut être utilisée pour aider les patients à récupérer un équilibre et évaluer le bien-être après un épisode d'isolement. Des études antérieures ont montré que les patients qui ont eu des débriefings après l'isolement avaient particulièrement apprécié qu'une personne soit prête à les écouter et à valider leur expérience.</p>

	<p>La recension présente t'elle des sources primaires ? Oui, la recension des écrits comporte des sources primaires, mais également des sources secondaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Non, les concepts clés ne sont pas mis en évidence et définis de manière claire. Il y a seulement quelques explications concernant les débriefings mais ceux-ci ne sont pas définis de manière claire. Le cadre de référence est lié au but de l'étude.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, les buts de l'étude sont énoncés de manière claire. Les buts de cette étude sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier la fréquence et le type de débriefing fourni aux patients suite à un événement d'isolement ; 2. Identifier les cadres de pratique et les modèles qui pourraient être adaptés pour être utilisés lors de débriefings après l'isolement ; 3. Déterminer les besoins supplémentaires pour une éducation lors d'un débriefing ; 4. Contribuer à la base des connaissances sur le débriefing post-isolement ; 5. Identifier les pistes de recherche. <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Les questions de recherche sont clairement énoncées telles que nous les avons mentionnées ci-dessus. Cependant, la population étudiée n'est pas énoncée et précisée dans ce chapitre.</p> <p>Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? L'étude n'est pas clairement centrée sur les croyances, les valeurs et les perceptions des patients. L'étude vise plus à identifier de manière générale la fréquence du débriefing après l'isolement.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Non, la population étudiée n'est pas définie de manière claire. On sait uniquement qu'il s'agit d'adultes âgés de 18 à 65 ans. Les patients étaient hospitalisés dans une unité psychiatrique aiguë à Melbourne, en</p>

	<p>Australie. Cependant, il n'y pas d'informations sur la pathologie des patients.</p> <p>Sur les 275 patients admis dans l'unité, il y avait 155 hommes et 120 femmes. Un total de 143 épisodes d'isolement ont eu lieu sur une période d'une année et seulement 63 personnes répondaient aux critères. Les critères d'inclusion étaient un premier épisode d'isolement pendant l'hospitalisation. Tous les épisodes ultérieurs d'isolement ont été exclus. Les patients ont été interrogés trois jours après l'isolement.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? L'auteur a pris tous les cas d'isolement sur une année dans le service de son choix. Cependant, sur les 143 épisodes, seulement 63 répondaient aux critères de sa recherche. De ce fait, il n'a pas pu augmenter son échantillonnage. De ce fait, la taille de l'échantillon n'est pas justifiée sur une base statistique.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Oui, cette étude a été approuvée par le sous-comité éthique des sciences de la santé à l'Université de Melbourne et le comité d'éthique de l'hôpital. L'autorisation d'accéder au registre des personnes mis en isolement a été obtenue et soumise au comité d'éthique. Tous les participants ont été informés du projet par le directeur des services de santé mentale.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ? Oui, le devis permet que l'étude atteigne son but. L'auteur a choisi un devis qualitatif en lien avec le but de son étude.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui, l'analyse qualitative de la documentation clinique a permis de mieux comprendre le type et la fréquence des interventions de débriefing.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Le temps passé sur le terrain auprès des participants n'est pas précisé dans cet article.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui, les outils de mesure sont clairement décrits. Les données ont été recueillies et analysées par l'auteur, et la collecte a été</p>

	<p>facilitée par le développement et l'utilisation ultérieure d'un outil de vérification de fichiers. Les données cliniques ont été codées par couleur de manière à être facilement identifiables et éviter la confusion. Chaque épisode d'isolement documenté dans le dossier de soins a été examiné individuellement. Toutes les informations ont été dépersonnalisées dès que la collecte de données a été achevée. Cette étude a identifié cinq interventions de soins infirmiers à travers la littérature comme critères de mesure de débriefing post-isolement. Les cinq variables étaient le conseil, des balades, du soutien et du réconfort, les interventions physiques, et de la psychoéducation.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Les questions des recherches ne sont pas précisées dans cet article.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Oui, un outil a été créé pour cette étude. Un outil de vérification de fichier a été développé pour effectuer la vérification du fichier rétrospectif. La conception et le cadre théorique de l'outil de vérification du fichier ont été guidés par le travail de l'Institut national. Cet outil a été développé pour la collecte de données d'intervention de débriefing, les données démographiques, les caractéristiques d'isolement, et les données cliniques.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? L'analyse quantitative a été guidée par les principes de bonnes pratiques en audit clinique, qui décrit les étapes pour l'analyse dans la recherche en utilisant un outil de vérification de fichier pour la collecte des données (NICE 2002,). Les données ont été recueillies par l'auteur. La collecte a été facilitée par le développement et l'utilisation ultérieure d'un outil de vérification de fichiers.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Oui, c'est l'auteur lui-même qui a recueilli les données.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, les méthodes d'analyse des données ont été décrites. Les données ont été analysées par l'auteur. Le logiciel de statistiques Windows a été utilisé pour produire des tableaux et effectuer une analyse de tabulation en croix</p>

	<p>sur des variables clés. Des tests statistiques descriptifs ont été réalisés pour étudier les relations entre les variables clés telles que les données cliniques et démographiques, et identifier et quantifier le type et la fréquence des interventions du débriefing post-isolement.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Oui, les limites de l'étude sont expliquées et prises en considération dans les analyses. La principale limite de cette étude est que la vérification des notes cliniques a été réalisée seulement trois jours après l'isolement.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Aucun résumé des résultats n'est présenté de ce chapitre. Les extraits rapportés ne sont pas mis en évidence. Etant donné le manque de recherche préexistante sur les délais optimaux pour les débriefings, il est difficile de savoir si ce délai était suffisant.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui, les résultats sont présentés sous forme de tableaux et sont expliqués par un test narratif. Les principaux objectifs de cette étude étaient de déterminer la fréquence et le type de débriefing post-isolement débriefing fournis par les infirmières dans une unité psychiatrique aiguë de Melbourne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cette étude a identifié cinq interventions de soins infirmiers à travers la littérature comme critères pour mesurer le débriefing post-isolement dans les soins infirmiers. Les cinq interventions qui peuvent être considérées comme des débriefings sont le conseil, les balades, le soutien et le réconfort, les interventions physiques, et de la psychoéducation. Les types de débriefing les plus fréquemment utilisés étaient le « soutien et le réconfort » et les « conseils ». • Ils ont constaté que les femmes ont reçu plus de débriefings que les hommes. 70% des femmes et 53,5% des hommes. • Les données démographiques indiquent que la majorité des sujets étaient célibataires, de sexe masculin, sans emploi. • 43% de la population mis en isolement souffrait de schizophrénie

	<ul style="list-style-type: none"> • La raison la plus courante d'isolement était la menace de préjudice à autrui. <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Non, ceci n'est pas précisé et il y a aucune information à ce sujet.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui, les résultats sont interprétés en fonction de chaque question posée. De cette étude, il a été mis en évidence que le débriefing post-isolement n'est pas assez réalisé. Ils ont mis en évidence que les infirmières ne documentaient pas assez les actions et que cela devait être amélioré. Cette étude a offert la possibilité de générer des connaissances à propos de débriefing post-isolement qui pourraient conduire à des améliorations dans les soins. L'évaluation et la diffusion des résultats sur le type et la fréquence de débriefing fournis peuvent également contribuer à de futures initiatives qui visent à améliorer les pratiques, tels que l'éducation, la formation et le développement de cadres de débriefing pour la pratique.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Oui, les résultats de cette recherche concordent avec les résultats des recherches antérieures. De nombreuses recherches ont mis en évidence que le débriefing après un isolement permet aux patients de retrouver un équilibre. Des études antérieures ont montré que progressivement le débriefing est devenu plus structuré avec les années et que les professionnels de la santé ont développé une large gamme de modèles de débriefing, ce qui rend difficile à comprendre pourquoi un modèle est plus efficace qu'un autre. C'est aussi ce qui a été mis en évidence dans cette étude. En effet, l'étude a révélé qu'il n'y avait pas d'approche standard ou spécifique au débriefing post-isolement en santé mentale</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui, les limites de cette étude sont mises en évidence :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des interventions ont été effectuées mais pas documentées, ce qui a pu fausser les résultats ; • L'utilisation d'un langage standardisé dans la documentation limite la qualité des données ; • L'utilisation de l'observation dans la pratique peut être une meilleure méthode d'analyse car dans

	<p>cette étude le chercheur s'est appuyé uniquement sur les transmissions des infirmiers. De ce fait, les chercheurs ont pu interpréter des événements documentés ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population étudiée est limitée bien que l'étude ait eu lieu sur plus d'une année.
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Les résultats de cette étude ont montré qu'un cadre de débriefing post-isolement doit être développé pour soutenir les meilleures pratiques dans la gestion des interventions de l'isolement. De plus, les débriefings post-isolement ne sont pas assez mis en pratique. Les infirmières doivent élaborer, évaluer et adapter un cadre de débriefing post-isolement en incluant le patient de sorte à ce qu'un lien de confiance se crée avec le patient. Il a été constaté que les hommes schizophrènes ont été le plus souvent isolés et qu'il y avait un taux élevé d'abus de substance. Ces résultats ont des implications pour la pratique infirmière qui inclut la nécessité de l'éducation relative à l'agression, la psychose, et la consommation. Cette découverte sur un taux élevé d'abus de substance a des implications majeures pour la pratique infirmière lorsque l'on considère que les consommateurs touchés par des substances illicites sont souvent placés dans des environnements verrouillés, plutôt que traités activement pour leurs symptômes.</p> <p>Tous ces résultats suggèrent que les infirmiers doivent faire de l'éducation et développer leurs compétences en éducation thérapeutique afin d'améliorer les débriefings. Les infirmiers doivent également être attentifs à leurs transmissions.</p> <p>Bien que cette étude ait fourni de précieux renseignements sur la pratique infirmière actuelle, elle a également soulevé de nombreuses questions sur les différentes facettes d'un modèle de débriefing qui peut être à la fois approprié et durable dans les soins de santé mentale</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Oui, l'auteur a fait des recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> • De plus amples recherches sont nécessaires pour élaborer une base de données probante pour de meilleures pratiques d'un modèle de débriefing

	<p>post-isolement. Ce modèle doit inclure le moment le plus approprié pour effectuer le débriefing, l'intervention et la réponse des patients au débriefing ;</p> <ul style="list-style-type: none">• Un espace doit être créé sur l'outil de recherche pour pouvoir indiquer la réponse, le consentement du patient, le moment du débriefing et la possibilité de pouvoir indiquer une date ultérieure pour un suivi du débriefing ;• Un cadre, les lignes directrices et un programme d'éducation devraient être conçus pour soutenir les infirmiers dans les débriefings post-isolement ;• Des brochures d'information sur le débriefing post-isolement doivent être développées pour informer les patients sur la possibilité du débriefing, et la nature de cette intervention.
--	--

Grilles adaptées du Fortin (2010)

« Patient's perception of seclusion in psychiatry: Ethical perspectives »

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Le titre met en évidence les concepts clés que sont l'isolement, le point de vue des patients et les perspectives éthiques. Cependant, le titre de l'article ne précise pas la population étudiée. Nous savons uniquement que sont concernés des patients hospitalisés en psychiatrie, sans savoir sur quels types de pathologies l'étude a été portée.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p><u>Problème :</u> Le recours à l'isolement en psychiatrie est fréquent. C'est pourquoi cette étude a été menée sur ce sujet. En effet, l'objectif de cette étude est d'identifier les perceptions et le vécu de l'isolement au regard d'une perspective éthique.</p> <p><u>Méthode :</u> Cette étude a été fondée sur des entretiens semi-directifs réalisés auprès de 30 patients hospitalisés à temps complet 21 à 28 jours après leur sortie de chambre d'isolement. Ces entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique manuelle en fonction des principes éthiques fondamentaux (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance).</p> <p><u>Résultats :</u> Ceux-ci relèvent que l'autonomisation des patients était remise en cause surtout en matière d'information pour 70% d'entre eux. Majoritairement, une bienveillance de l'équipe à leur égard a été perçue et 43% d'entre eux trouvaient leur séjour en CSI utile. Cependant, pour 66% des patients, l'isolement s'est avéré traumatique avec une dimension dévalorisante et punitive.</p> <p><u>Discussion :</u> Une discussion a été menée afin de mettre en avant des pistes d'amélioration quant aux principes éthiques. Il s'agit notamment de considérer le patient comme l'agent de sa propre autonomisation par une information appropriée et de lui permettre d'élaborer son ressenti afin que l'expérience de l'isolement prenne sens.</p>

	De cette manière, on peut voir que le résumé synthétise clairement le résumé de cette recherche. En effet, en lisant le résumé, nous avons un aperçu global de cette recherche.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? L'objectif de cette recherche s'inscrit dans un travail de recherche sur les références éthiques. Le but est d'étudier la perception et le vécu des patients à distance de leur isolement, puis de proposer d'éventuelles pistes d'amélioration dans l'utilisation des chambres d'isolement au regard d'une perspective éthique.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, les personnes qui ont effectué cette recherche mettent en évidence que la littérature sur ce sujet est peu importante et que seulement 189 publications ont été trouvées sur la base de données Medline pour la période 1976-2009, et que parmi ces travaux, rares sont ceux qui explorent les perceptions et le vécu des patients à distance de leur isolement.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? L'utilisation de l'isolement est l'objet d'incertitudes persistantes. Certains auteurs sont défavorables à l'isolement dans un souci du respect des droits des malades alors que d'autres professionnels sont plus favorables en lien avec les bénéfices de la réduction de l'intensité des stimuli extérieurs et la nécessité de prévenir les risques de passage à l'acte hétéro ou auto-agressif.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Une petite recension des écrits a été entreprise mais l'introduction de cet article est relativement courte et de ce fait, la recension des écrits est limitée.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? La recension des écrits donne une vision globale d'où se situe actuellement la littérature par rapport à la question de recherche. Cependant, la recension des écrits est peu développée car elle s'appuie uniquement sur une vingtaine d'articles scientifiques pour la plupart cités de façon regroupée.</p>

	<p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Non, car la recension des écrits est relativement courte et nous donne très peu d'informations sur les connaissances et le problème à l'étude car il est mis en évidence que peu de recherches ont été effectuées sur le sujet à l'étude.</p> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ? Oui elle présente des sources primaires mais la plupart des sources sont des articles de recherche qui s'appuient sur des nombreux auteurs.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Les concepts clés ne sont pas définis et mis en évidence. Ils sont donc absents dans l'introduction.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? Non, les concepts clés ne s'inscrivent pas dans le cadre de référence. Il est seulement expliqué pourquoi les auteurs ont choisi d'étudier l'éthique et le lien avec l'éthique dans les soins. Les concepts clés au niveau éthique sont cependant décrits et expliqués dans le chapitre méthode.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, le but de l'étude est énoncé de façon claire et ils expliquent même que le but de leur étude est double : étudier la perception et le vécu des patients à distance de leur isolement, puis de proposer d'éventuelles pistes d'amélioration dans l'utilisation des chambres d'isolement au regard d'une perspective éthique.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? La population à l'étude n'est pas clairement énoncée dans l'introduction. Ils précisent uniquement qu'il s'agit d'étudier le point de vue des patients à distance de leur isolement mais nous n'en savons pas plus sur le public-cible.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits</p>

	<p>et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Il y a peu de recensions des écrits concernant la question de recherche car on trouve des recherches concernant le vécu des patients mais pas à distance de leur isolement. Cependant, la question de recherche traite l'expérience des participants car les auteurs étudient la perception et le vécu des patients à distance de leur isolement.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? La population visée est décrite. L'échantillon concerne des patients hospitalisés dans une unité à temps plein et ayant séjourné en chambre d'isolement. Ceux-ci ont été interrogés 21 à 28 jours après l'isolement. Cependant, nous ne savons pas combien de personnes ont participé à cette étude. Les auteurs précisent juste que le nombre d'entretiens a été déterminé par saturation de contenu, mais sans plus d'information. De plus, il n'y a aucune information sur l'âge, le sexe des participants et leur motif d'hospitalisation. Le public-cible est donc décrit de manière assez floue. L'échantillon n'est pas décrit de façon suffisamment détaillée car nous ne connaissons pas le nombre de participants.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? Etant donné que le nombre d'entretiens a été déterminé par saturation de contenu, nous pouvons émettre l'hypothèse que l'auteur a envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon. L'échantillon a été défini par une saturation des données. -</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? La taille de l'échantillon a été déterminée par une saturation de contenu.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Oui, un consentement éclairé a été recueilli auprès de chaque patient, leur</p>

	<p>anonymat a été garanti et l'absence d'incidence sur leur prise en charge future leur a été garantie.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Oui, car les principes éthiques ont été respectés et l'entretien s'appuyait sur un guide élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire à partir d'une revue de la littérature portant sur le témoignage de patients ayant été confrontés à l'isolement. De plus, pour chaque patient, les auteurs ont recueilli la date de début et de fin de l'isolement, le motif ce celui-ci, et le diagnostic posé.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ? Oui, car il s'agit d'une étude qualitative, ce qui permet d'analyser le vécu et le ressenti des patients. L'objectif était de mieux comprendre l'expérience vécue par le patient lors de l'utilisation des mesures d'isolement après son isolement</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) Les chercheurs ont décidé de s'appuyer sur trois principes éthiques et d'en éliminer. Un travail antérieur leur a permis de proposer une argumentation éthique dans le champ des thérapies institutionnelles. Les principes éthiques retenus sont clairement expliqués.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? L'article se base sur une étude qualitative avec des entretiens semi-directifs, ce qui permet l'analyse du vécu du patient lors de mises en chambre d'isolement</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? La durée moyenne des entretiens était de 30 minutes ce qui représente un temps relativement court passé auprès des participants.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Non, les outils de mesure ne sont pas présentés dans la méthode de cette recherche. Aucune mention de mesure de variables n'est présente.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées</p>

	<p>par la suite ? Dans cet article, il n'est pas précisé si les questions ont été posées.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Non, l'auteur n'indique pas si des instruments de mesure ont été créés pour le besoin de l'étude. Il précise seulement que l'entretien s'appuyait sur un guide élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui, c'est une étude qualitative fondée sur la conduite et l'analyse d'entretien semi-directifs auprès de patients hospitalisés dans une unité à temps plein et ayant séjourné en chambre d'isolement. Les propos des personnes interrogées ont fait l'objet d'une prise de notes au cours de l'entretien. La durée moyenne des entretiens était de trente minutes. Pour chaque patient ont été recueillis, auprès des soignants ou par l'intermédiaire du dossier médical, la date de début et de fin de l'isolement, le motif de celui-ci, et le diagnostic principal posé pendant le séjour selon la classification internationale des maladies, dixième version.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Oui, les données recueillies pendant l'entretien s'appuyaient sur un guide élaboré par un groupe de travail pluridisciplinaire à partir d'une revue de la littérature portant sur le témoignage de patients ayant été confrontés à cette pratique.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, le corpus des entretiens a fait l'objet d'une analyse thématique qui s'est déroulé en trois temps :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Retranscrire les entretiens pour avoir une vue d'ensemble des données à analyser. Ceci a permis d'élaborer un cadre de référence auquel le contenu du texte a été confronté. Les trois principes éthiques ont été définis comme catégories thématiques. Les éléments recueillis auprès des patients interrogés ont été classés en fonction des règles cliniques et institutionnelles susceptibles d'actualiser ces principes ; 2. Le deuxième temps a consisté à repérer dans le corpus les <i>verbatim</i> ou segments de discours de la grille d'analyse élaborée à l'étape précédente ;



	<p>3. Le troisième temps a permis de regrouper et de catégoriser des segments du discours précédemment identifiés.</p> <p>Les résultats ont été présentés sous forme de pourcentages et de moyennes. L'analyse a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Aucune notion de facteurs d'influence n'est présente et expliquée dans ce chapitre.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Aucun résumé des résultats n'est présent dans la méthode. Les expliquent juste que les résultats ont été présentés sous la forme de pourcentages et de moyennes mais aucun tableau n'est visible dans ce chapitre.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui, des tableaux sont présents pour illustrer l'opinion et le vécu des patients pour chaque principe éthique.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui, à chaque fois il y a une explication écrite ainsi qu'un schéma et ceci est présent pour chaque principe éthique étudié. Les thèmes sont donc logiquement associés entre eux ce qui permet de bien représenter le phénomène.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui, à chaque fois on trouve un texte narratif explicatif puis un tableau pour résumer le texte narratif.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Non, l'auteur ne mentionne pas une éventuelle évaluation des données par les participants ou d'autres experts.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui, les résultats ont été interprétés selon les trois concepts éthiques (autonomie, non-</p>

	<p>malfaisance, bienfaisance) retenues comme pertinents par les chercheurs. Pour chaque principe, il est expliqué si lors de mise en chambre d'isolement, ce principe est respecté ou non.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Oui, bien que peu d'études ont déjà été menées sur ce sujet.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui car chaque résultat est présenté sous forme d'un tableau dans le chapitre précédent et les résultats d'analyse sont fournis d'exemples. Les conclusions sont donc conformes aux résultats d'analyse</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui, les limites de cette étude ont été identifiées. Les auteurs ont identifié trois limites principales qui sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La répartition opératoire des <i>verbatim</i> selon les principes d'autonomie, de bienfaisance et non-malfaisance. De ce fait, l'approche a pu simplifier des réalités cliniques complexes et intriquées ; 2. Possible existence d'un biais d'interaction entre l'enquêteur et le répondant, bien que celle-ci a été réduite au minimum puisque chaque entretien a été mené par un médecin qui n'intervenait pas dans la prise en charge du patient ; 3. La population à l'étude est limitée : 30 patients et études monocentriques. Il faudra donc refaire cette étude avec plus de participants. <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui, les conclusions découlent des résultats tout en s'appuyant sur les principes éthiques étudiés. Les conclusions s'appuient beaucoup sur les principes d'autonomie qui, selon eux, ne sont pas respectés lors de la mise en chambre d'isolement.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? Non, la question du caractère transférable n'est pas soulevée.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Cette étude a mis en évidence que le principe de l'autonomie n'est pas respecté lors de la mise en chambre d'isolement. Cette étude a donc permis de mettre</p>

	<p>en évidence des pistes d'amélioration dans l'utilisation des chambres d'isolement au regard des principes éthiques et des règles qui les actualisent.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Oui, l'auteur fait de nombreuses recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none">• Reconnaître le patient comme agent de sa propre automatisation par une information appropriée ;• Permettre d'exprimer au patient son ressenti quant à l'expérience de l'isolement afin que cette expérience prenne sens ;• Favoriser les réunions d'équipe pour permettre une réflexion proprement éthique et favoriser des réponses concertées à l'égard des patients. <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui, les données sont suffisamment riches malgré le petit nombre de participants pour permettre des conclusions de qualité.</p>
--	--

Grilles adaptées du Fortin (2010)

« Patient's perceptions of seclusion : a qualitative investigation »

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? Le titre nous indique qu'il s'agit d'une étude qualitative qui s'interroge sur les perceptions des patients qui ont été isolés. Cependant, la population-cible n'est pas précisée dans ce titre.
Résumé	Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Non, il n'y a pas de résumé avec comme titre, par exemple : problème, méthode, résultat et discussion. Le résumé de cet article est un paragraphe qui explique qui sont les participants à l'étude, où cela se passe, la méthode qui a été utilisée, les cinq thèmes qui sont ressortis, le résultat de l'étude et les explications concernant ce résultat. 12 participants hospitalisés en psychiatrie dans un service de soins aigus, dans le Queensland, en Australie, ont participé à des entretiens semi-structurés afin de recueillir leurs perceptions à propos de l'isolement. Tous les participants ont vécu l'isolement dans les 7 jours précédant l'entrevue. Les entretiens ont été enregistrés sur bande audio, retranscrits et analysés. Suite à cette analyse, cinq grands thèmes sont ressortis : l'utilisation de l'isolement, l'impact émotionnel, la privation sensorielle, le maintien du contrôle et l'interaction entre le personnel et le patient. Ces 5 thèmes sont décrits plus loin dans l'article.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Dans cette étude, il s'agit d'étudier les attitudes et les perceptions des patients placés en isolement. Plus précisément sur des patients hospitalisés en psychiatrie dans un service aigu. Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, l'utilisation de l'isolement est toujours controversée car beaucoup d'aspects négatifs sont mis en

	<p>évidence. Cependant, certaines personnes perçoivent des avantages dans le fait d'être placées en chambre d'isolement. Cette variation peut provenir du fait que la plupart des études publiées dans la littérature ont été faites au moment où les patients ont passé de longues périodes en isolement (50 heures ou plus) et lorsque les patients ont été placés dans des dispositifs de « retenu » et non dans des dispositifs d'isolement. Cette étude va décrire les attitudes et les perceptions des patients mis en isolement dans un établissement de santé mentale.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? Oui, le problème étudié a une signification particulière pour la discipline infirmière. Il est important de comprendre comment les patients vivent l'isolement afin d'aider le personnel à comprendre l'impact émotionnel de cette pratique et les encourager à faire preuve d'empathie et de se préoccuper des patients.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui, une recension des écrits a été entreprise afin d'argumenter pourquoi cette recherche est utile pour la discipline.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui, les auteurs présentent les études qui ont été faites jusqu'à maintenant et les expliquent. Ils intègrent dans son texte des phrases que d'autres auteurs ont dit sur le sujet.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? Oui, elle présente des sources primaires bien que la plupart des sources soient des sources secondaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Non, les concepts clé ne sont pas mis en évidence ni définis sur le plan conceptuel dans l'introduction.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? Non, ils ne s'inscrivent pas dans un cadre de référence. Dans ce chapitre, les auteurs expliquent pourquoi ils ont décidé de s'intéresser aux</p>

	attitudes et aux perceptions qu'ont les patients face à l'isolement. Ils n'en disent pas plus dans ce chapitre.
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, le but est énoncé de façon claire et concise. Les auteurs veulent explorer les attitudes et les perceptions des patients hospitalisés dans un établissement de santé mentale, face à l'isolement. Ils veulent décrire justement ce que pensent les patients du fait d'être placés en chambre d'isolement.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Oui et elles découlent de recherches antécédentes. L'hypothèse de base est que la variation des perceptions des patients pourrait être due au fait que la plupart des études sont faites juste après que les patients aient passé une longue durée en isolement.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Oui puisque dans cette étude, il s'agit d'évaluer les perceptions qu'ont les patients sur le placement en chambre d'isolement.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Oui, il s'agit d'une étude menée à deux endroits différents, dans le Queensland, en Australie. L'étude a été faite sur 12 patients, 6 dans un service de courte durée et les 6 autres aussi dans un service de courte durée. Les deux services étaient géographiquement proches. Il s'agissait donc de 12 patients âgés entre 18 ans et 52 ans. 7 participants étaient des hommes.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? Oui, un tri des données a été fait, c'est-à-dire que les</p>

	<p>participants devaient avoir expérimenté l'isolement dans les 7 jours avant de commencer l'étude, d'avoir passé 3–4 heures en chambre d'isolement et de réussir à comprendre et à s'exprimer en anglais. L'échantillon a été défini par une saturation des données.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Ce chapitre ne donne pas de notions sur les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Les personnes atteintes de maladie mentale peuvent être réticents à exprimer leur opinion ou de critiquer les soins qu'ils reçoivent. C'est pourquoi l'enquêteur qui dirigeait l'entretien était une infirmière connue des patients et en qui ils avaient confiance, afin d'améliorer la richesse des données.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Oui, car il s'agit d'une étude qualitative ce qui permet d'analyser le vécu et le ressenti des patients. L'objectif était de mieux comprendre l'expérience vécue par le patient lors de l'utilisation des mesures d'isolement après son isolement</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Les données ont été recueillies au moyen d'entretiens individuels. C'était des entretiens semi-structurés. Les entretiens ont été menés par des infirmières qui avaient déjà travaillé dans les deux services et donc qui connaissaient les patients.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Dans ce chapitre, la durée des entretiens et le temps passé sur le terrain ne sont pas indiqués.</p>
<p>Modes de collectes de données</p>	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Tout les entretiens ont été enregistrés et retranscrits pour l'analyse des données. Tout a été vérifié afin que ce soit retranscrit correctement. Ensuite les entretiens ont été analysés à l'aide d'un programme appelé « <i>meaning categorization</i> ». Les thèmes significatifs de chaque entretien ont été relevés et codés afin de faciliter les mises en place de catégories. Tous les membres de l'équipe se sont mis d'accord sur les catégorisations finales. La</p>

	<p>dernière étape a été donc de ressortir les déclarations générales ou les thèmes (catégorisations) qui reflètent l'expérience de l'isolement d'après les patients.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Dans cet article, les questions posées lors des entretiens ne sont pas précisées.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Non, les auteurs n'indiquent pas si c'est eux qui ont créé les instruments en lien avec les besoins de l'étude ou s'ils sont importés.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui, c'est une étude qualitative fondée sur l'analyse d'entretiens semi-structurés auprès de 12 patients hospitalisés dans un établissement de santé mentale. Les entretiens ont été enregistrés. Les auteurs indiquent que ces entretiens ont eu lieu dans les 7 jours après que le patient ait été mis en chambre d'isolement, cependant ils ne donnent pas d'indications sur la durée des entretiens.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Les données ont été recueillies par des infirmières qui travaillaient dans les deux services et donc qui connaissaient les patients interrogés.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, elles sont décrites. C'est-à-dire qu'en premier lieu, les entretiens sont enregistrés et retranscrits pour l'analyse de données. Ensuite chaque retranscription est vérifiée afin d'éviter toute erreur. Les entretiens sont ensuite analysés à l'aide d'un programme appelé « <i>meaning categorization</i> ». Ensuite chaque thème jugé significatif dans chaque entretien est identifié et codé afin de pouvoir mieux être catégorisé. Par la suite les membres de l'équipe se regroupent pour mettre en avant les thèmes finaux. La dernière étape a été donc de ressortir les déclarations générales ou les thèmes principaux qui reflètent l'expérience de l'isolement d'après les patients.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Il n'y a pas de notion de facteurs susceptibles d'influer sur les résultats dans cet article.</p>

	<p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Aucun résumé des résultats n'est présent dans la méthode.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Non, les résultats ne sont pas présentés à l'aide de tableaux, de figures, de graphiques ou de modèles. Ils sont résumés sous forme de texte linéaire divisant les 5 thèmes principaux.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Les cinq thèmes principaux qui ressortent après l'analyse des entretiens sont expliqués clairement. Il y a ces 5 thèmes : En premier : L'utilisation de l'isolement : Elle a été décrite comme étant utilisé de manière inapproprié. En deuxième : L'impact émotionnel : Les participants ont signalé un sentiment de colère avant, pendant et après la mise en chambre d'isolement principalement dirigé contre le personnel. En troisième : La privation sensorielle : Les patients s'ennuient beaucoup, sont agités, irritables et ont des sauts d'humeur. En quatrième : Le maintien du contrôle : Les patients ont adopté un certain nombre de stratégies pour les aider à faire face à leur environnement restreint, comme par exemple se parler à soi-même. En cinquième : L'interaction entre le personnel et le patient : Le niveau d'interaction avec le personnel pendant et après l'expérience est une grande source d'insatisfaction pour tous les participants.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui, chaque thème est résumé sous forme de texte narratif. En plus de l'explication des thèmes il y a des exemples de situations que les patients ont vécues durant l'isolement et qu'ils racontent.</p>
<p>DISCUSSION</p>	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui, les résultats sont interprétés en</p>

	<p>fonction du cadre de recherche. Dans cet article, les 5 thèmes principaux ressortis lors des entretiens sont interprétés. Les résultats montrent que le fait de placer quelqu'un en chambre d'isolement a un impact négatif qui a persisté un certain temps après l'expérience. Seulement 2 patients sur 12 ont mis en avant l'effet positif de passer du temps seul. Ce qui ressort le plus, selon les participants, est le manque de communication entre le personnel et les patients.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Les résultats sont limités par un manque d'études antérieures dans un contexte australien, c'est pourquoi les auteurs sont incapables d'établir des comparaisons analytiques.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui, les limites de la recherche sont clairement définies. Les participants devaient avoir expérimenté l'isolement dans les 7 jours précédents le commencement de l'étude, d'avoir passé 3-4 heures en chambre d'isolement et de réussir à comprendre et à s'exprimer en anglais.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui, les conclusions sont en lien avec les résultats décrits autant par le personnel que par les patients.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? Non, la question du caractère transférable n'est pas soulevée.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Les auteurs expliquent que ça pourrait être l'occasion pour le personnel de négocier un plan de traitement avec le patient : cela pourrait se traduire par l'utilisation de mesures moins restrictives pendant le séjour du patient à l'hôpital.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Il recommande qu'il faut être attentif aux besoins spécifiques de chaque patient et qu'il faut avoir une plus grande interaction avec les patients afin de mieux comprendre les patients et que les patients comprennent et donnent un sens à ces pratiques restrictives (la chambre d'isolement).</p>



	<p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Non, car c'est un échantillon de 12 patients dans un milieu psychiatrique aigu, et donc est susceptible de ne pas être représentatif dans d'autres environnements.</p>
--	--

Grilles adaptées du Fortin (2010)

« The mentally ill and social exclusion : A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective »

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Les concepts tels que l'exclusion sociale, le point de vue du patient et l'utilisation de l'isolement sont clairement définis. Cependant, la population n'est pas clairement identifiée. On peut voir que l'article s'intéresse aux maladies mentales en générale mais nous ne savons pas quel type de pathologie est étudié dans cette recherche. Nous n'avons également pas d'information sur l'âge et le sexe de la population cible.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p><u>Objectif</u> : Afin d'améliorer la qualité des soins infirmiers, il est apparu indispensable d'obtenir des données concernant le vécu du patient lors de la mise en chambre d'isolement. Cette information est utile afin d'orienter les interventions infirmière.</p> <p><u>But</u> : Décrire et acquérir une meilleure compréhension des patients atteints d'un trouble psychiatrique grave et persistant qui ont été placés dans une chambre d'isolement lors d'une hospitalisation en unité fermée.</p> <p><u>Méthode</u> : C'est une étude qualitative (phénoménologique). Cette recherche utilise un format d'interview semi-structuré et non-directif. 6 patients ont participé à cette étude. Trois principaux thèmes ont été retenus : leur expérience de l'isolement sur le plan émotionnel, leur perception de cette intervention, et comment ils ont fait face au cours de leur séjour en chambre d'isolement.</p> <p><u>Résultats</u> : Le principal résultat ressorti dans cette recherche est que l'isolement des patients est perçu comme une mesure punitive avec une intensification des sentiments déjà existants tels que l'exclusion, le rejet, l'abandon et l'isolement social. De plus, le manque relationnel entre l'infirmier et le patient durant la mise en chambre d'isolement est perçu comme insatisfaisant.</p>

	<p><u>Discussion</u> : Dans le résumé, il en ressort que les aspects relationnels des soins infirmiers sont importants lors de l'application des mesures restrictives.</p> <p><u>Conclusion</u> : Dans le résumé, on peut identifier qu'il y a un réel besoin à modifier la culture institutionnelle afin de transformer les pratiques des soins infirmiers concernant les mesures d'isolement.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Non, le problème n'est pas clairement formulé, mais nous comprenons ce qui est étudié. Il s'agit d'étudier le vécu des patients lors de mise en chambre de sécurité.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Dans cet article, nous pouvons clairement identifier la chronologie et l'évolution des mesures d'isolement en psychiatrie. Actuellement les mesures d'isolement dans la pratique professionnelle suscitent toujours un questionnement.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? L'introduction explique clairement que les infirmières sont confrontées de façon régulière à l'utilisation des mesures d'isolement.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui, l'article s'appuie sur plusieurs auteurs ainsi que différents articles.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui, dans l'introduction, l'auteur explique que la psychiatrie est un domaine dans lequel beaucoup de recherches ont été fournies mais que le vécu du patient par rapport aux interventions infirmières est peu analysé. Des statistiques sont utilisées afin d'argumenter l'état de la question de recherche.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui, car l'auteur s'appuie sur différentes recherches et statistiques.</p>

	<p>La recension présente t'elle des sources primaires ? Oui, des ressources primaires et secondaires sont présentes.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Les concepts clés sont mis en évidence mais ne sont pas clairement définis.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui à plusieurs reprises, nous pouvons imaginer les buts de la recherche. Différents buts sont inscrits dans cet article :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Comment les infirmières évaluent-elles les effets et les risques associés aux chambres d'isolements ; ○ Sont-ils conscients des avantages et des effets néfastes ; ○ La chambre d'isolement est-elle utilisée pour punir, contrôler ou traiter. <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Non, la population étudiée n'est pas clairement énoncée même si on peut s'imaginer que cet article parle de pathologies psychiatriques.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Différents points sont mis en évidence tels que l'éthique, le juridique et la culture.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? Oui, cette recherche s'appuie sur de nombreuses bases théoriques et philosophiques.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Non, la population n'est pas clairement</p>

	<p>définie car nous ne connaissons pas l'âge des participants ainsi que le nombre de femmes et d'hommes.</p> <p>Cependant, nous savons que 6 personnes (des hommes et des femmes) atteintes d'un double diagnostic (déficience mentale et un trouble psychotique) ont été interviewées. La pathologie est inscrite de manière générale et manque de précision.</p> <p>Cette étude a été réalisée dans un hôpital psychiatrique de l'est du Canada et le service est clairement défini dans l'article.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? Seulement six personnes ont été retenues pour ce cadre de recherche. La littérature suggère que dans le but de recueillir des informations importantes sur l'expérience des patients en chambre d'isolement, un petit nombre est suffisant.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Tous les informateurs dans cette recherche ont été réunis afin de présenter les objectifs et les procédures de recherche. Ils ont été informés des conditions de l'étude. Ils ont choisi de participer ou non. Tous ont été invités à donner leur consentement éclairé : sinon ils ne pouvaient pas prendre part à l'étude.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? Oui, car l'article est essentiellement basé sur le vécu des patients. L'objectif était de mieux comprendre la réalité quotidienne des patients.</p> <p>La méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ? L'article utilise une recherche qualitative qui est très utile pour tenter de décrire des expériences humaines quotidiennes dans un contexte particulier.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui, car elle permet d'analyser le vécu des patient lors de mise en chambre d'isolement.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui ils se sont appuyés sur l'analyse des données de Colazzi 1978.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien</p>

	<p>ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Non, ils se sont basés sur des questions ouvertes afin de comprendre globalement le vécu du patient et de laisser la liberté à celui-ci de s'exprimer.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui, les données ont été recueillies au moyen d'entretiens non-directifs dans lesquels deux questions ouvertes leur ont été posées. Des questions secondaires ont été également préparées à l'avance afin de recueillir autant d'informations que possible sur les expériences des participants lors de la mise en chambre d'isolement. Les entretiens ont lieu sur l'unité de l'hôpital dans une salle privée ou seules les deux parties sont présentes. Les patients ont été interrogés dans les sept jours après avoir été isolés.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Non, l'article ne spécifie pas la fonction des intervieweurs.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, il y a trois étapes définies dans le processus de collecte de données et d'analyse :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La collecte des données ; 2. L'analyse et l'interprétation des données ; 3. La description (sous la forme d'un texte). <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Oui, afin d'éviter les fausses interprétations et les préjugés, les intervieweurs ont validé avec les patients le sens et la précision des interprétations, des interventions et des comportements.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Un résumé des résultats n'est pas présent dans la méthode.</p>

RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Aucun tableau ou graphique n'est présent dans cet article. Par contre, des extraits des interviews sont présents afin d'illustrer leur ressenti.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Les résultats de cette recherche ont été divisés en trois thèmes principaux : les impacts émotionnels de l'expérience de la solitude, la perception de la chambre d'isolement et les stratégies d'adaptation. Cependant, ils ne sont pas clairement reliés entre eux.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui, les patients ont décrit l'impact négatif émotionnel d'être isolé, leurs perceptions négatives de l'isolement, et enfin comment ils ont fait face à leur séjour dans la solitude.</p> <p>Les participants ont exprimé un large éventail d'émotions négatives qui ont été associées à leur expérience dans l'isolement, comme la peur, la colère, la tristesse, la solitude, la honte et le sentiment d'abandon. Certains disent avoir eu des comportements d'auto- ou d'hétéro-agressivité qui ont été influencés par la mesure d'isolement. D'une manière générale, à l'exception d'un informateur, l'isolement est perçu comme négatif. L'abandon et le rejet sont des émotions puissantes vécues par les participants au cours du processus d'isolement.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Oui l'isolement est considéré comme une intervention infirmière punitive plutôt que thérapeutique. Cette constatation confirme les résultats d'une recherche antérieure faite par Martinez en 1999. La présence d'un membre du personnel est obligatoire pour le patient isolé afin de contrer les effets potentiellement nocifs de l'isolement social. Ces émotions négatives sont renforcées par l'absence totale de communication entre les deux parties. La désertion, l'exclusion et le rejet sont trois émotions exprimées par la majorité des informateurs.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Les résultats de cette étude sont limités car elle a été établie à</p>

	<p>partir de six patients. Les participants étaient également très sensibles et il leur était difficile d'exprimer des émotions fortes face à leur expérience.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? Oui : comment peut-on expliquer cette distance créée entre les infirmières et les patients ?</p>
Conséquences et recommandations	<p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Oui, ils reconnaissent la nécessité de poursuivre l'utilisation de l'isolement mais seulement comme mesure de sécurité. Cependant, les résultats de cette étude soulèvent de sérieuses questions sur les aspects thérapeutiques et éthiques des soins infirmiers. Les chercheurs mettent en avant que c'est aux infirmières qui travaillent en psychiatrie de se remettre en question concernant les pratiques institutionnelles. Cette recherche souligne l'importance de revoir la pratique des soins infirmiers en ce qui concerne l'utilisation, la fréquence de l'isolement ainsi que la communication entre soignant-soigné. Consacrer de l'attention aux besoins individuels des patients pourrait rendre l'isolement moins punitif. Les résultats montrent qu'il serait judicieux de créer de nouveaux protocoles afin d'utiliser seulement la chambre d'isolement dans des situations extrêmes.</p> <p>Les chercheurs pensent également que la prévention des crises, l'amélioration des conditions de travail et l'établissement d'un véritable partenariat entre l'infirmière et le patient pourraient améliorer la mise en chambre de sécurité.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

« Seclusion and Restraint in Psychiatry: Patients' Experiences and Practical Suggestions on How to Improve Practices and Use Alternatives »

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Oui, le titre précise les concepts clés de cette étude. Il s'agit d'étudier l'expérience de l'isolement et de la contention ainsi que des suggestions pratiques sur la façon d'améliorer et d'utiliser des alternatives pour éviter l'isolement et la contention. La population à l'étude n'est pas clairement définie car on sait uniquement qu'il s'agit de patients hospitalisés en psychiatrie.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p><u>Problème</u> : L'objectif de l'étude est d'explorer les expériences des patients et leurs suggestions pour améliorer l'isolement.</p> <p><u>Méthode</u> : Les données ont été recueillies par des entretiens ciblés ($n = 30$) et ont été analysés avec l'analyse de contenu inductive.</p> <p><u>Résultats</u> : Les perceptions des patients au cours de l'isolement ont été insuffisamment prises en compte. Des améliorations comme plus de relations ou des relations empathiques entre le patient et le soignant ont été suggérées par les patients.</p> <p><u>Discussion</u> : Les besoins de bases des patients doivent être remplis et l'interaction entre le patient et l'infirmière doit se poursuivre pendant l'isolement. Proposer aux patients des activités significatives et documenter les souhaits des patients réduisent la nécessité de l'isolement et permet d'offrir des solutions pour éviter l'isolement.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui, afin de comprendre la situation actuelle en Finlande et pour</p>

	<p>délimiter les orientations futures, ils ont étudié en parallèle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les expériences d'isolement/contention des patients hospitalisés en psychiatrie ; • Leurs suggestions pour l'amélioration des pratiques de l'isolement/contention ; • Des solutions de rechange pour éviter l'isolement/contention en psychiatrie. <p>Cette étude fait partie d'une organisation internationale financée par la Commission européenne. C'est un projet de recherche pour la formation professionnelle des infirmières dans la gestion des patients agressifs hospitalisés en psychiatrie</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, au cours des dernières années, les patients ont été de plus en plus encouragés à prendre un rôle plus actif dans la planification et la prestation des soins. En psychiatrie, un certain nombre de mesures ont été prises pour renforcer la position des patients. En Finlande, cependant, en dépit de tous ces efforts, les statistiques ne parviennent toujours pas à montrer une baisse constante de l'utilisation de l'isolement. Par conséquent, il est intéressant de savoir quelles suggestions les patients pourraient apporter pour contribuer au développement de la psychiatrie.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui, une recension des écrits est présente afin de fournir d'avantage d'informations sur les mesures d'isolement en psychiatrie.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui, la recension des écrits fournit une synthèse. En effet, lors d'isolement, des émotions négatives comme la colère, l'impuissance, la confusion, la solitude et l'humiliation sont mis en avant. Les sentiments négatifs sont liés au manque d'interaction avec le personnel avant, pendant, et après l'isolement. Cependant, il y a aussi des expériences positives qui ont été décrites. En raison de ces résultats contradictoires, il est essentiel d'être conscient des perceptions individuelles et des suggestions des patients concernant l'utilisation de l'isolement. Dans les expériences antérieures, il a été mis en évidence que les patients auraient souhaité beaucoup plus d'interaction avec le personnel soignant. Les patients ont également fait des propositions d'amélioration pour rendre l'isolement plus agréable (sanitaire à disposition, possibilité d'un lieu pour fumer, literie plus confortable) et que les infirmiers</p>

	<p>devraient soutenir davantage l'autonomie des patients. Le personnel en santé mentale a proposé des solutions alternatives pour éviter les mesures d'isolement mais celles-ci ont été insuffisantes.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui, la recension des écrits présente une base solide pour l'étude car elle s'appuie sur des recherches antérieures comme expliqué ci-dessus.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? Oui, la recension des écrits présente des sources primaires mais également des sources secondaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Non, les concepts clés ne sont pas mis en évidence et définis sur le plan conceptuel. Cependant, des études antérieures mettent en évidence les concepts clés ainsi que l'état de la recherche actuelle en lien avec ces concepts clés.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, le but de l'étude est énoncé de manière claire et concise. Il s'agit d'étudier :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les expériences d'isolement/contention des patients hospitalisés en psychiatrie ; • Leurs suggestions pour l'amélioration des pratiques de l'isolement/contention ; • Des solutions de rechange pour éviter l'isolement/contention en psychiatrie. <p>Tout ceci dans le but de trouver de nouvelles orientations dans la psychiatrie.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Aucune hypothèse n'est énoncée de façon claire dans cet article mais ils sous-entendent des hypothèses en lien avec des études antérieures. La population à l'étude n'est pas clairement énoncée. On sait uniquement qu'il s'agit de patients hospitalisés en psychiatrie qui présentent des comportements agressifs.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits</p>

	<p>et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Oui, les questions de recherche reflètent clairement le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but de cette recherche. Cette étude traite l'expérience des patients puisqu'il s'agit d'étudier le vécu de l'isolement par les patients ainsi que leurs suggestions d'amélioration.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Oui, la population visée est définie de manière précise. L'étude a été menée sur six services de psychiatrie aiguë dans le sud de la Finlande du 12 mai au 31 octobre 2007. Au cours de l'étude, il y avait 789 patients. Les critères d'exclusion étaient les suivants : incapacité à communiquer raisonnablement avec le personnel de l'étude. Sur les 120 patients qui ont été isolés pendant la période d'étude, 46 patients ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Sur les 74 patients restants, 16 n'ont pas donné leur consentement éclairé et 27 n'ont pas pu y participer à cause du manque de personnel. 30 entrevues ont été analysées. L'âge moyen des patients était de 41 ans (extrêmes : 20-64 ans) ; 63% étaient de sexe masculin. Le diagnostic le plus fréquent était la schizophrénie (60%) et la raison la plus courante pour l'isolement était de l'hétéro agressivité. Les patients ont été interrogés 2-7 jours après l'isolement</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? L'auteur ne parle pas de moyens d'accroître l'échantillonnage, mais si il n'y avait pas manqué de personnel, l'échantillon aurait pu être plus élevé. L'auteur ne parle pas de saturation des données. Sur 789 patients uniquement 30 patients répondaient au critère d'inclusion.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base</p>

	<p>statistique ? La taille de l'échantillon a été déterminée selon des critères d'inclusion bien précis.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Oui, des mesures ont été prises pour sauvegarder les droits des patients. Le protocole d'étude a été approuvé par le comité d'éthique de l'hôpital du district d'Helsinki et Uusimaa. L'autorisation pour la collecte des données a été obtenue auprès des autorités des organisations. Les patients ont été informés sur l'objet de l'étude et ont été informés que la participation ou le refus de participer ne nuit pas à leurs soins. L'évaluation clinique de la capacité du patient à être interrogé sans risque a été effectuée par un médecin et une infirmière avant l'inscription à l'étude.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ? Oui, car il s'agit d'une étude qualitative descriptive avec des questions d'entrevue ciblées et ouvertes ont été utilisées afin d'explorer les expériences individuelles des patients lors de l'isolement et de leurs perceptions concernant l'amélioration de l'isolement. Les méthodes de recherches qualitatives sont appropriées lors de l'exploration des phénomènes sociaux tels que perçus par les individus eux-mêmes. Les questions ciblées de l'entrevue étaient ouvertes, permettant aux participants de décrire leurs expériences, opinions et suggestions sur l'isolement. L'objectif était de promouvoir une relation de confiance pour que les personnes interrogées se sentent libres de dire ce qu'ils veulent sans avoir à craindre que cette étude affecterait leurs soins.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui, les questions posées lors de l'entretien permettent d'examiner toutes les questions de recherche.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? La durée des entretiens menés variait de 11 à 60 minutes ($M = 25$). Ceci représente donc peu de temps passé sur les terrains et auprès des patients.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui, les outils de mesures sont décrits. Les données ont été analysées par une analyse qualitative du contenu</p>

	<p>inductive, qui est un processus utilisé pour l'analyse systématique et objective des documents.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Oui, les questions de recherches ont été bien posées et sont les suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pouvez-vous décrire votre dernière expérience d'isolement ? 2. Quel genre de suggestions pouvez-vous faire afin de réduire l'utilisation et d'améliorer l'isolement ? 3. Quel genre de solutions auriez-vous préférées à la place de l'isolement ? <p>Les questions supplémentaires étaient les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-il arrivé avant, pendant, et après l'isolement ? • Pouvez-vous décrire comment améliorer l'isolement ? • Selon votre expérience, est-ce que quelque chose aurait pu être fait différemment, et comment ? • Pensez-vous que l'isolement est nécessaire dans les services ? <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? non l'auteur n'a pas créé des instruments.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Les entrevues ont été enregistrées sur des bandes avec la permission des patients. Pour cinq patients qui n'ont pas donné leur autorisation pour la bande d'enregistrement, des notes précises ont été faites. Les caractéristiques démographiques des patients ont été recueillies à partir du dossier de soin.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Oui, les données ont été recueillies à minimiser les biais mais surtout en faisant appel à du personnel compétent. Quatre chercheurs de sciences infirmières, avec des professionnels de la formation en soins infirmiers psychiatriques, ont mené les entretiens.</p>

Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, la méthode d'analyse est décrite :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les entrevues ont été retranscrites mot à mot ; 2. Les retranscriptions des entrevues ont été lues plusieurs fois afin d'avoir une image générale ; 3. La réduction des données a été faite ; 4. Les données ont été codées et étiquetées par des phrases réduites avec une description en fonction du contenu thématique ; 5. Des sous-catégories ont été formées pour les phrases codées en regroupant celles qui avaient un contenu similaire ; 6. Enfin, l'ensemble des catégories principales ont été créées en regroupant les sous-catégories ayant un sens similaire. <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Pour surmonter les effets possibles de perceptions subjectives des chercheurs, deux chercheurs ont analysé les mêmes données et ont ensuite comparé et vérifié le contenu et les catégories obtenues.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Il n'y pas de résumé de résultat dans la partie méthode de cette recherche.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Les résultats de cette recherche ne sont pas présentés à l'aide de figure, graphique ou de modèle. Cependant, des témoignages des patients interrogés illustrent très clairement les résultats de cette recherche.</p> <p>Les résultats de cette recherche sont divisés en deux grandes catégories :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'expérience du patient concernant l'isolement ; 2. Les suggestions des patients en ce qui concerne l'amélioration de l'isolement <p>En ce qui concerne l'expérience du patient :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients ont signalé qu'ils ne reçoivent pas suffisamment d'informations sur leur situation, le traitement, ce qui allait leur arriver et la raison de l'isolement ; • Les patients ont décrit des sentiments différents lors de l'isolement. Ils ont ressenti de la colère, de

	<p>la peur, de la solitude, mais également un sentiment de sécurité ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients ont décrit des problèmes liés à leurs besoins de base, tels que se laver, aller aux toilettes, manger et boire. Les installations présentes dans les chambres d'isolement ne leur ont pas permis de maintenir leurs besoins de base ; • Les patients ont signalé qu'ils ne disposaient pas d'activités lors de l'isolement. Ils auraient voulu pouvoir lire, écouter de la musique ou faire un peu d'exercice physique ; • Les patients ont également mis en évidence le manque de relations avec le personnel soignant. <p>En ce qui concerne les suggestions des patients en ce qui concerne l'amélioration de l'isolement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients ont signalé qu'ils espéraient recevoir un traitement humain et professionnel mais surtout que l'interaction avec les infirmières et les médecins soit maintenue lors de l'isolement ; • Ils souhaiteraient avoir un débriefing pour parler de leur vécu de l'isolement avec une personne externe (médiateur, aumônier) ; • Les patients souhaitent avoir des informations à jour sur leur situation et leur traitement. La plupart des patients ont déclaré qu'ils voulaient être des participants actifs dans leurs soins ; • Ils souhaitent également une amélioration de l'environnement pour rendre la chambre d'isolement plus conviviale.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui, pour chaque question de recherche, on trouve des résultats.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Oui, l'étude a montré que les patients ont connu de la solitude lors de la mise en chambre d'isolement comme dans les études de Frueh et al. (2005) et Keski-Valkama et al.(2010). De plus, les droits fondamentaux ne sont pas toujours respectés : dans cette étude, les patients ont évoqué que certaines fois, l'accès aux toilettes leur a été refusé malgré que des études précédentes faites par Keski-Valkama et al.,2010 ont proposé de faciliter l'accès au WC.</p>

	<p>Comme dans les études antérieures de Hoekstra et al.,2004 et Holmes et al.,2004, beaucoup de patients ont estimé que le temps passé en isolement était trop long et ennuyeux parce qu'ils n'avaient rien à faire. Comme dans les rapports précédents (Meehan et al.,2000), les patients de cette étude ont exprimé des sentiments négatifs à cause d'un manque d'interaction thérapeutique avec le personnel soignant lors de l'isolement.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui, les limites de cette étude sont présentes : Seulement deux hôpitaux ont participé à cette étude et seulement une minorité des patients a pu y participer. Premièrement, 16% des patients ont été évalués par les infirmières et les médecins comme incapables de communiquer de manière suffisante pour réaliser cette étude. Deuxièmement, il y avait six patients (5%) qui ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Troisièmement, un certain nombre ($n = 27$, 23%) des patients n'ont pas offert une participation optimale à cause du manque de personnel. Finalement, seuls 31 patients (26% des 120 participants potentiels) ont été interrogés, ce qui pourrait biaiser les résultats.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui, les conclusions découlent logiquement des résultats.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Oui, l'auteur met en évidence la nécessité d'un changement profond dans la culture de l'isolement. Répondre aux besoins fondamentaux des patients, comme l'accès à des toilettes et des installations plus développées pendant l'isolement demeure toujours un problème majeur dans la pratique des soins infirmiers. Le processus d'isolement doit commencer par assurer les besoins fondamentaux des patients. Chaque patient avec une expérience négative de l'isolement devrait avoir la possibilité de discuter de cette expérience avec le personnel soignant et un évaluateur externe.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Oui, l'auteur fait des recommandations. Comme un moyen d'encourager les patients à prendre un rôle plus actif dans la planification et la prestation des soins de santé (Conseil de l'Europe, 2000), les suggestions des patients sur l'amélioration des soins psychiatriques doivent être pris au sérieux. C'est le cas notamment pour le design</p>

	<p>de la chambre qui devrait évoluer car c'est le même depuis des décennies. Meubler la chambre de soin intensif de façon sécuritaire doit être testé dans les milieux psychiatriques finlandais. De plus, il propose qu'une infirmière soit nommée pour chaque isolement afin de maintenir la communication avec les patients. De plus, il est mis en évidence que les patients souhaitent s'exprimer sur leur mise en chambre d'isolement avec des personnes extérieures afin de parler de leur ressenti.</p>
--	---

Rapport-Gratuit.com

Grilles adaptées du Fortin (2010)

« **Staff and patient perceptions of seclusion: has anything changed?** »

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Le titre nous indique qu'il s'agit d'étudier les perceptions des patients et du personnel face à l'isolement. Cependant, la population étudiée n'est pas précisée dans le titre.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p><u>Problème</u> : Le but de cette étude est d'explorer les perceptions du personnel infirmier et des patients face à l'isolement, les sentiments que ressentent les patients pendant l'isolement et les effets de ces derniers.</p> <p><u>Méthode</u> : 60 infirmières et 29 patients qui ont vécu l'isolement ont participé à l'étude. Ce sont des patients qui se trouvent dans une des trois unités d'un établissement psychiatrique dans le Queensland, en Australie.</p> <p><u>Résultat</u> : Les résultats montrent que les deux groupes n'ont pas le même avis sur un certain nombre de dimensions évaluées dans cette enquête. Les infirmières pensent que l'isolement est une technique nécessaire, non punitive et très thérapeutique. Elles pensent que cela aide les patients à se calmer et à se sentir mieux. Les patients eux, estiment que l'isolement n'est pas utilisé de manière correcte, qu'il est utilisé pour des faits mineurs et que c'est un moyen de pouvoir utilisé par le personnel infirmier. Ils pensent également que l'isolement est une punition et ne voient pas de bénéfice thérapeutique.</p> <p><u>Discussion</u> : Le désaccord entre le personnel et les patients mettent en évidence la nécessité de renforcer le dialogue entre les deux groupes. Le personnel infirmier aurait besoin de comprendre la façon dont les patients perçoivent l'isolement. Les patients, eux, auraient besoin de plus d'informations sur les raisons est les manières dont l'isolement est mis en œuvre.</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Non, le problème n'est pas clairement formulé dans ce chapitre. Dans la méthode, il y a une explication plus claire du problème, cependant, dans l'introduction, on comprend que les auteurs vont étudier les perceptions du personnel infirmier et des patients à l'égard de l'isolement. Il va donc s'agir d'explorer les perceptions de chacun afin d'améliorer la façon dont l'isolement est utilisé.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, car comme les auteurs le soulignent, il y a un manque d'études qui comparent directement les perceptions des patients et du personnel infirmier sur l'utilisation de l'isolement. Celles publiées ont toutes été réalisées en Amérique du Nord et commencent à être trop anciennes (Hyman 1987, Soliday 1987, Tooke et Brown 1990). Les résultats montraient le désaccord entre les perceptions généralement positives du personnel et les réactions négatives des patients.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? Oui, le problème étudié a une signification particulière pour la discipline infirmière. Il est impératif de comprendre les perceptions de chacun pour permettre au personnel d'être plus empathique et à l'inverse changer la vision négative des patients. D'après les études précédentes, les patients (pour la plupart) vivent l'isolement comme une expérience négative tandis que pour le personnel c'est une thérapie positive.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui, une recension des écrits a été entreprise afin de décrire ce qu'est l'isolement.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui, la recension des écrits est présente sur ce que les auteurs pensent et décrivent sur l'isolement. Il y a aussi une recension des écrits présents pour parler de recherches antérieures.</p>



	<p>La recension présente t'elle des sources primaires ? Oui, elle présente des sources primaires bien que la plupart des sources soient des sources secondaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Non, les concepts clés ne sont pas clairement définis dans cet article.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? Oui, les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence, ils sont liés au but de l'étude et sont clairement définis dans ce chapitre.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, le but de l'étude est énoncé de manière claire. Cependant, dans l'introduction, ils sont énoncés de façon assez générale tandis que dans la méthode ils sont plus clairement décrits. Le but est d'explorer les perceptions du personnel infirmier et celles des patients afin d'améliorer la façon dont la chambre d'isolement est utilisée.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Non, pas dans ce chapitre. Les auteurs expliquent qu'ils vont explorer les perceptions de patients qui ont été mis en chambre d'isolement et du personnel infirmier mais nous n'en savons pas plus.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Oui, les questions de recherche reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but. Oui, les perceptions des patients et du personnel infirmier sont pris en compte étant donné que c'est le but de la recherche.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour</p>

	<p>accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Oui, la population visée est bien définie. L'étude a été menée dans deux unités de soins aigus et une unité de soin continu. Il s'agissait de 29 patients qui avaient été mis en chambre d'isolement au maximum 12 mois avant de participer à l'étude. 63 % étaient des hommes et plus de 70% étaient âgés de moins de 30 ans. 60% avaient été isolés moins de 5 fois, 18 % entre 6 et 10 fois et 22% ont été isolés plus de 10 fois. Les participants au niveau du personnel étaient 60 infirmiers, dont 53% étaient des hommes et leur expérience variait entre 1 année et 25 ans.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? La seule chose que l'on connaît à ce niveau est que les patients ne pouvaient pas participer s'ils avaient été hospitalisés dans les 14 jours avant de commencer le questionnaire. Cela permet aux patients de se réconcilier avec le processus d'isolement et donc d'être dans de meilleures conditions pour fournir une évaluation objective sur la pratique, c'est-à-dire sur la chambre d'isolement. Elle est justifiée sur une saturation des données.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche humaine responsable des sites d'étude. L'étude a été expliquée aux patients et aux personnes par écrit et par oral. Le consentement écrit a été demandé aux patients tandis que le consentement oral pour le personnel suffisait. Le retour du questionnaire rempli était considéré comme une confirmation de leur consentement.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?</p> <p>Il n'y a pas d'élément dans cet article qui réponde à cette question.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? C'est une étude qualitative et le devis permet à l'étude d'atteindre son but.</p>

	<p>Les chercheurs ont donné un questionnaire semblable aux patients et aux membres du personnel. Le questionnaire a permis d'obtenir des opinions, des croyances et leurs sentiments face à l'isolement, et des idées pour changer la pratique. Ceci a permis de faire une comparaison.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) Oui, le choix du devis de recherche permet de respecter les critères scientifiques.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui, car il s'agit de connaître les perceptions autant des patients que du personnel infirmier.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Nous savons que le personnel et les patients ont dû remplir un questionnaire mais nous n'avons pas de notion de temps.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui, il s'agissait d'un questionnaire donné aux patients et au personnel. Les questionnaires étaient semblables et il s'agissait de répondre à des questions sur une échelle de trois points « jamais », « parfois » et « souvent » et en plus le personnel devait évaluer la pratique de l'isolement de leur service en disant si elle était « thérapeutique », « punitive » ou « nécessaire pour la sécurité ».</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Oui, les questions de recherche ont été bien posées et permettaient aux patients et au personnel d'y répondre sans difficultés.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Non, il ne l'indique pas.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui, nous savons qu'il s'agit d'un questionnaire où les participants devaient donner une de ces trois réponses : jamais, parfois ou souvent. En plus, le personnel devait évaluer la pratique de l'isolement de leur service en disant si elle était « thérapeutique », « punitive » ou « nécessaire pour la sécurité ».</p>

	<p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Oui, il s'agissait d'un assistant de recherche, plus précisément d'une infirmière externe au service.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, les questionnaires ont été saisis sur un ordinateur et analysés en utilisant le programme : SPSS v.10. Ensuite il s'est agi de comparer les réponses des participants à ceux du personnel. Afin de ne pas tricher, les réponses « parfois » et « souvent » ont été combinées afin d'augmenter les nombres d'observations.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Il n'y a pas de résumé des résultats dans la partie méthode.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui, les résultats sont très bien illustrés à l'aide de plusieurs tableaux.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui, les thèmes sont logiquement associés entre eux. Les auteurs détaillent bien chaque résultat en présentant des statistiques pour chacune des affirmations.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui, sous chaque tableau, il y a un texte narratif. Pour conclure : 4% des patients et 60% des infirmiers croient que l'isolement est bénéfique pour le patient isolé.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui, les résultats reprennent le cadre de recherche et l'interprètent, en particulier les perceptions, les croyances, les options du personnel et des patients sur la chambre d'isolement.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Oui, ils</p>

	<p>concordent avec les études antérieures. Cependant, le temps moyen passé en chambre d'isolement par les patients de cette étude était de 2 à 4h, tandis que dans les études antérieures le temps d'isolement était plus long. Néanmoins, les résultats sont comparables à ceux des auteurs.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Les patients participant à l'étude ne devaient pas avoir été hospitalisés dans les 14 jours avant de commencer à répondre au questionnaire et ne devaient pas être hospitalisés après 12 mois.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui. En conclusion : Les patients continuent à voir l'isolement comme une forme de punition et non thérapeutique. A l'inverse, le personnel pense que l'isolement est essentiel pour la sécurité, qu'il n'est pas punitif et très thérapeutique. Cependant, les auteurs soulignent qu'il est possible que ceux qui ont répondu étaient plus insatisfaits (ou plus satisfaits) de leur expérience face l'isolement et qu'il est aussi possible que certaines personnes ont été moins critiques par peur de représailles.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Non, dans cet article, les auteurs expliquent les résultats de cette étude mais ne parlent pas de conséquences.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? L'isolement continuera d'être utilisé pour les troubles du comportement, cependant le personnel devrait explorer les alternatives possibles telles que des soins infirmiers. Ils devraient également continuer à expliquer leurs motivations à isoler une personne et comprendre les conséquences négatives à long terme dans l'utilisation de la chambre d'isolement. De plus, les auteurs soulignent la nécessité d'une plus grande communication entre le personnel et les patients.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui, les données et les statistiques sont suffisamment riches pour appuyer cette conclusion.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

« The Experience of Seclusion and Restraint in Psychiatric Settings : Perspectives of Patients »

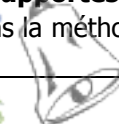
Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Oui. Le titre va étudier l'expérience de l'isolement et de la contention en milieu psychiatrique, et plus précisément le vécu du patient.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p><u>Le problème :</u> Il est que depuis 2000, au Québec, des mesures exceptionnelles comme l'isolement et la contention ont été encadrées par un protocole. Ce protocole aide les équipes soignantes avec des lignes directrices afin de soulager le patient, contenant et réduisant la souffrance causée par l'isolement et la restriction. Cependant nous ne connaissons pas les points de vue des patients concernant l'application du protocole. Cette étude vise à comprendre la perception des patients quant à l'application du protocole.</p> <p><u>La méthode :</u> Elle est explicitée dans le résumé. Un questionnaire a été remis aux patients (n = 50) qui ont connu un épisode de mesure d'isolement dans un hôpital psychiatrique au Canada.</p> <p><u>Les résultats :</u> Ils sont résumés brièvement. Les résultats montrent que les patients avaient une perception nuancée des SR : Certains ont estimé que la mesure d'isolement était une mesure inutile, tandis que d'autres ont estimé qu'elle était une mesure utile. Les patients sont plutôt d'accord avec les déclarations relatives au confort et la sécurité des chambres d'isolement et de la réunion de leurs besoins physiques.</p> <p><u>La discussion :</u> Elle est décrite dans le résumé de l'article. En ce qui concerne la mesure d'isolement, les auteurs ont suggéré le relationnel, la médication, et les interventions de l'environnement pour éviter l'isolement. Presque tous les patients estimaient que les équipes soignantes ne reprenaient pas leur vécu avec les patients après l'expérience.</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui, le problème est défini. Les études concernant les patients hospitalisés en psychiatrie montrent des aspects négatifs et complexes face à l'utilisation de l'isolement avec ou sans contrainte.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, l'article se base sur des études concernant le même domaine. Beaucoup de patients placés en isolement sont laissés avec des vécus négatifs de l'isolement. Des études rapportent des sentiments de colère, de peur, d'abandon et d'isolement. De plus, les patients se rappellent des souvenirs traumatisants.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? Oui, diverses études indiquent également une augmentation des actes de violence et des risques de blessure pour le patient et le personnel pendant des épisodes d'isolement de contention.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui, l'article s'appuie sur plusieurs auteurs ainsi que différents articles.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui, le protocole de restriction et d'isolement a fait l'objet d'une révision majeure en 2005. Cependant, six études récentes (2010-2012) menées dans cinq pays à l'extérieur du Canada ont porté sur les expériences des patients placés en isolement.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui, l'auteur explique dans l'introduction les connaissances actuelles et les points à améliorer qui les poussent à réaliser cette étude. Dans toutes ces études, la majorité des patients interrogés ont vu leur expérience d'isolement et de contention comme négative et punitive. Plusieurs points ressortent tels que le manque d'information, la réalisation des besoins fondamentaux, la communication et l'absence de suivi.</p>

	<p>La recension présente t'elle des sources primaires ? Oui, la recension des écrits présentent des sources primaires et secondaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Les concepts clés ne sont pas clairement mis en évidence mais dans la revue de littérature, nous pouvons comprendre que l'article parle du vécu des patients face à l'isolement.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? Oui, le protocole est ancré dans une philosophie de soins axés sur la personne et le respect des droits, de la dignité et de l'autonomie. L'aspect des droits fondamentaux et de l'éthique est pris en compte.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, le but de cette recherche était d'identifier et de décrire les perceptions de l'application du protocole des mesures d'isolement dans un hôpital psychiatrique de Montréal. Les objectifs spécifiques étaient de décrire les perceptions de l'application de l'isolement et de la contention des patients ainsi que d'identifier les circonstances et les conditions perçues comme utiles ou nuisibles dans le processus de mesure d'isolement.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Non, les questions de recherche, les hypothèses et la population à l'étude ne sont pas clairement définies. Cependant, nous pouvons imaginer que la population cible est le patient hospitalisé en psychiatrie ayant vécu une expérience d'isolement.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? Oui.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Oui, les critères pour les patients étaient</p>

	<p>d'avoir vécu un épisode d'isolement ou de contrainte et d'être jugé par l'équipe cognitivement stable. Cependant l'âge n'est pas clairement défini. Le nombre de participants et le sexe sont décrits sous forme de tableau. 50 patients ont participé à l'étude, 19 femmes et 31 hommes. Les diagnostics des patients sont également mis en évidence, ainsi que la fréquence de l'isolement.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? Oui.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Les patients ont d'abord donné leur consentement à recevoir plus d'informations à propos de l'étude. La collecte des données a été réalisée lors d'entretiens individuels. Cependant, l'aspect de confidentialité n'est pas retranscrit dans l'article. Les patients pouvaient quitter l'étude à tout moment.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Oui, l'équipe soignante devait donner son accord pour la réalisation de l'enquête chez le patient.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? L'auteur a utilisé l'enquête sur les perceptions des patients concernant l'application des mesures de contrôle de Lafontaine. Cette méthode d'entrevu a été favorisée car elle permet de fournir un soutien adéquat pour les patients avec des troubles de l'attention et de la concentration ainsi que des difficultés qui sont souvent associées aux troubles mentaux.</p> <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui, le questionnaire a été élaboré par 12 personnes qui ont été choisies pour leur expérience et expertise dans l'application des mesures d'isolement et de contrainte. Le questionnaire comprenait 36 questions, 4 ouvertes et 32 fermées.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui, les chercheurs ont initialement identifiés 150 articles pour réaliser le questionnaire. De plus, un groupe de patients (n=15) qui avait subi une mesure d'isolement a évalué la validité de chaque article pour plus de clarté et de</p>

	<p>pertinence afin de déterminer si l'enquête, dans l'ensemble, était complète.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui, pour l'étude, un sondage a été administré à l'aide d'un questionnaire structuré durant des entretiens individuels avec un échantillonnage de patients hospitalisés dans cinq unités de soins intensifs d'un hôpital psychiatrique.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? La fiabilité de chaque groupe d'éléments a été testée par des logiciels.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui, le questionnaire a été administré 7-30 jours après la fin de l'épisode d'isolement. Cette période d'attente est en accord avec des recommandations faites dans des études antérieures. Les entrevues duraient entre 60 et 90 minutes.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Le recrutement impliquait une infirmière dans chaque unité qui connaissait les patients et qui les a informé sur les objectifs de la recherche. Un spécialiste de la santé mentale et une infirmière ont ensuite rencontré ces patients afin d'obtenir leur consentement à participer à l'étude et de leur transmettre le questionnaire.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, l'analyse de l'étude a été réalisée en deux parties : d'abord, une analyse quantitative des réponses des patients aux questions fermées du questionnaire et en second lieu, une analyse qualitative de leurs réponses aux questions ouvertes du questionnaire afin de susciter une meilleure compréhension des perceptions des participants.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Oui, pour éviter les distorsions qui pourraient découler de la subjectivité d'un enquêteur, 2 chercheurs ont analysé les mêmes données, et vérifié et comparé leurs résultats.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Aucun résumé des résultats n'est présent dans la méthode.</p>



	<p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Aucun thème n'est présent dans la méthode.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Des tableaux sont présents dans l'article en lien avec le questionnaire. Un total de 50 patients qui répondaient aux critères d'inclusion ont été recrutés entre mars 2010 et mars 2011, pour un taux de recrutement de 23%. Les 50 patients de cette étude ont répondu à toutes les questions. Au moment de l'entrevue, la moyenne d'hospitalisation des patients était de 61 jours, et le temps moyen depuis le dernier épisode d'isolement était de 17 jours.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Différents thèmes ont été identifiés pour les résultats du questionnaire.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ L'environnement physique de contention et d'isolement comprenait 6 questions. ○ La réunion des besoins physiques comprenait également 6 questions. ○ Le comportement professionnel comprenait 14 questions. ○ L'évaluation post-isolement était composée de 6 questions. <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Les résultats concernant les questions fermées sont expliqués sous forme de tableau tandis que les questions ouvertes sont explicitées sous forme de texte narratif. 4 questions ont été posées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quelles alternatives ont été proposées ? - Qu'avez-vous trouvé d'utile ? - Qu'avez-vous trouvé de difficile ? - Avez-vous des suggestions pour le changement ? <p>Tous les patients ont mentionné une alternative telle que d'être laissés dans leur propre chambre, en gardant la porte ouverte ou de recevoir des médicaments supplémentaires, ou encore de négocier une autre option. Une minorité des patients expliquent que d'autres options n'auraient pas pu être mises en place car ils étaient trop agités. La majorité des patients ont recommandé un suivi post-crise afin d'exprimer leur ressenti et de décharger ce qui est difficile à vivre.</p>

	<p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Non, ceci n'est pas précisé dans les résultats.</p>
<p>DISCUSSION</p>	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Les suggestions proposées répondent aux résultats. Selon les patients interrogés, 3 catégories d'intervention préventive peuvent être mises en place avant la mise en mesure d'isolement, telles que les interventions relationnelles, la pharmacologie et les interventions environnementales.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Les résultats et la discussion sont fortement liés aux études effectuées auparavant. L'étude montre que les patients ne perçoivent pas de suivi post-crise, ce qui semble utile pour eux.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui, cette étude montre que les patients sont en mesure de nous informer non seulement sur leur point de vue de l'application des mesures d'isolement mais également d'aider à sensibiliser les équipes soignantes.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Oui, l'état de la question propose des pistes intéressantes à la fois pour la recherche future et le travail clinique.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui, les données sont suffisamment riches.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

« *Reflections on the Use of Seclusion* »

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? En lisant le titre, on comprend qu'il s'agit d'une réflexion sur l'utilisation de l'isolement. Cependant, la population à l'étude n'est pas précisée dans ce titre.
Résumé	Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Non, le résumé n'est pas synthétisé avec des titres tels que par exemple : problème, méthode, résultats et discussion. C'est un texte narratif qui explique que c'est une étude pilote qui donne un aperçu sur l'utilisation de l'isolement dans une unité aiguë de psychiatrie dans le Queensland, en Australie. C'est une étude qualitative. Elle va recueillir des données auprès des patients ainsi que du personnel pour ensuite les mettre en commun afin d'identifier les facteurs qui contribuent à utiliser l'isolement. L'étude a révélé que l'utilisation, au Queensland, de l'isolement, est de 12% contre 10% au niveau national. 87% des personnes étaient isolées plus de 4 heures tandis qu'au niveau national, seulement 41% étaient isolés plus de 4 heures. Enfin, les patients perçoivent l'isolement comme une punition et sans intérêt thérapeutique, tandis que le personnel le considère comme un moyen approprié et thérapeutique.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui. Il s'agit d'identifier les tendances et les raisons de l'utilisation de la chambre d'isolement dans un service aiguë de psychiatrie. Il s'agit également de prendre en compte les perceptions du personnel et des patients face à l'isolement afin de diminuer l'utilisation de cette pratique. Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, de nombreuses études internationales ont mis en évidence que les patients vivaient l'isolement comme une expérience négative. Par conséquent, dans les pays les plus développés, les cliniques visent à diminuer l'utilisation de l'isolement. Le gouvernement fédéral

	<p>australien a publié sa première déclaration nationale en 2005 visant à améliorer la sécurité des patients. Le plan était intitulé « priorité à la sécurité des patients ». Ce plan a indiqué 4 priorités afin d'améliorer la sécurité des patients atteints de pathologies mentales. L'une d'elles était de diminuer et si possible d'éliminer l'utilisation de la chambre d'isolement. Suite à ça, en 2008, le Queensland a réduit de 90% l'utilisation de l'isolement.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? Oui, le problème étudié a une signification particulière pour la discipline infirmière. Il est important de savoir ce que le personnel et les infirmières pensent de l'isolement afin de pouvoir corriger, modifier ou diminuer cette pratique. De plus, il est important d'identifier les tendances et les raisons de l'utilisation de l'isolement dans un service psychiatrique aigu.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui, une recension des écrits a été entreprise afin d'argumenter pourquoi cette recherche a été utile pour la discipline.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui, la recension des écrits fournit une synthèse. Des études internationales ont mis en évidence des résultats négatifs en ce qui concernait les perceptions des patients. Par conséquent, les pays plus développés visent à réduire l'utilisation de l'isolement.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui, la recension des écrits présente une base solide pour l'étude car elle s'appuie sur des recherches antérieures comme nous l'avons décrit ci-dessus.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? Oui, la recension des écrits présente des sources primaires mais également des sources secondaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Non, les concepts clés ne sont pas expliqués ou décrits dans ce chapitre. Les auteurs parlent d'isolement, de perceptions ou de tendances face à l'isolement, mais ne décrivent pas ces concepts.</p>

Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, les buts de l'étude sont énoncés de manière claire. Les buts de cette étude sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifier les tendances et les raisons d'utiliser l'isolement dans un établissement de santé mentale aiguë ; 2. Mettre en avant les perceptions du personnel et des patients face à l'isolement dans but de diminuer l'utilisation de celle-ci dans la pratique. <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Aucune hypothèse n'est énoncée de façon claire dans cet article mais l'hypothèse selon laquelle, en lien avec les études antérieures, les patients du Queensland (où cette étude a lieu) perçoivent eux-aussi l'isolement comme une expérience négative, est sous-entendue. Concernant la population, on sait qu'il s'agit de patients hospitalisés dans un service de psychiatrie aiguë et de personnel infirmier, mais nous n'en savons pas plus dans ce chapitre.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Oui, les questions de recherche reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but de cette recherche. Oui, cette étude traite les perceptions des patients et du personnel étant donné qu'il s'agit d'un des buts de cette étude.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Non, dans ce chapitre la population visée n'est pas clairement définie. Nous savons que sont concernées des personnes ayant vécu la mise en chambre d'isolement et hospitalisées dans un service aigu en psychiatrie. Le questionnaire a été donné à 50 patients et seulement 4 patients ont répondu. En ce qui concerne le personnel, nous savons que le questionnaire a été donné à 150 membres et 71 personnes ont répondu.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité</p>

	<p>de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? Non, les auteurs ne mentionnent rien à ce sujet.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Il n'y a rien dans cet article qui fait référence aux moyens pris pour sauvegarder les droits des participants.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Oui, car il s'agit d'une étude qualitative. Cette étude est divisée en 3 phases.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La première : Les chercheurs ont récupéré les dossiers des patients afin de voir le nombre de fois qu'ils ont été isolés, le motif, la durée, et l'heure de la journée où l'isolement a eu lieu. Ces données de base ont été comparées avec d'autres recherches faites par leurs pairs. • La deuxième : Il a été demandé aux patients et au personnel de répondre à un questionnaire sur leurs perceptions, leurs sentiments et leurs croyances face à l'isolement. Ils ont également demandé leur point de vue sur les effets de l'isolement et s'ils avaient des suggestions pour changer cette pratique. Ensuite, des groupes de 6-8 participants étaient organisés afin de partager leurs connaissances personnelles et professionnelles, de clarifier leurs besoins et de proposer des solutions afin de réduire l'isolement. Les groupes étaient composés de médecins, d'infirmières, du personnel de la sécurité et des patients. • La troisième : En réponse aux divers points de vue et des perspectives du personnel et des patients, une série de recommandations a été formulée en vue de diminuer l'utilisation de la chambre d'isolement. <p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui, les questions posées dans le questionnaire ainsi que la discussion permettent d'examiner toutes les questions de recherche.</p>

	<p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui, car cela permet un échange entre le personnel et les patients et donc chacun a pu s'exprimer librement et dire ce qu'il pensait et cela a permis de mettre en place des recommandations.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Non, on ne connaît pas le temps passé sur le terrain auprès des participants.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui, les outils de mesure sont clairement décrits, cependant nous ne savons pas combien de questions comportait le questionnaire et si c'était des réponses à choix multiples ou des questions ouvertes.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Non, il a été demandé aux patients et au personnel de répondre à un questionnaire sur leurs perceptions, leurs sentiments et leurs croyances face à l'isolement. Il leur a également été demandé leur point de vue sur les effets de l'isolement et s'ils avaient des suggestions pour changer cette pratique. Cependant, nous ne connaissons pas les questions exactes et combien il y en avait.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Non, il n'indique pas si les instruments ont été créés explicitement pour cette étude.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui, en premier, ils ont récolté les dossiers des patients afin de les analyser. Ensuite un questionnaire a été donné aux participants et pour finir, des groupes de 6-8 participants se sont retrouvés afin d'avoir une discussion sur l'isolement. De là en sont ressorties des recommandations en vue de diminuer l'utilisation de la chambre d'isolement.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Non, ne savons pas dans cette étude qui a recueilli les données et qui les a analysées.</p>

Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Non, nous ne savons pas comment les auteurs ont analysé les questionnaires.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Dans cet article, il ne parle pas de facteurs susceptibles d'influer sur les résultats.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Il n'y a pas de résumé dans le chapitre méthode.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Non, il s'agit d'un texte narratif qui donne les résultats des 3 phases. De plus les résultats et la discussion sont dans le même point.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui. Les 3 phases décrites dans la méthode sont reprises dans les résultats :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1^{ère} phase : Il y a une grande variation de statistiques entre cette étude et celles de leurs pairs. Cette variation peut être due aux méthodes différentes utilisées pour enregistrer les données. Cependant le but de ce projet était de permettre à leur organisation d'avoir des repères internes, ce qui est le cas aujourd'hui ; • Deuxième phase : 54% du personnel pense que l'isolement est une mesure thérapeutique appropriée. Selon eux, c'est un endroit nécessaire pour réduire les comportements agressifs ou inappropriés. C'est aussi un outil pour protéger un patient vulnérable et pour assurer la sécurité de lui-même et des autres. 18% du personnel pense que l'isolement est une expérience négative pour les patients et 28% comme une expérience neutre. Cependant, la plupart du personnel ressent des émotions telles que l'inquiétude et le regret quand ils placent quelqu'un en isolement. <p>1 seul patient dit savoir pourquoi il a été isolé. Bien que 4 patients ont répondu au sondage, ils ont décrit l'expérience comme négative, ils se sentaient seuls, ils avaient peur, se sentaient en insécurité et avaient le sentiment d'avoir été piégés ;</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Troisième phase : Voir plus loin dans les recommandations.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui chacune des questions a été reprise. Au final cette étude a permis de mettre en avant les pratiques, les perceptions de chacun et de diminuer dorénavant l'utilisation de l'isolement dans cet établissement.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Oui, ils concordent avec les études antérieures car elles mettent en avant que les patients vivent l'isolement comme une expérience négative.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Seule une limite est présente : Il s'agit d'étudier les perceptions de l'isolement dans une unité aigüe de psychiatrie dans le Queensland, en Australie.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui, les conclusions découlent logiquement des résultats.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Ces résultats ont permis de mettre en place des recommandations qui permettront de réduire l'utilisation de l'isolement, de préserver des alliances thérapeutiques entre le personnel et les patients et d'assurer un lieu de travail plus sûr.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Sur la base des observations recueillies auprès du personnel et des patients et en tenant compte de la littérature actuelle, une gamme de pratiques a été recommandée :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Mettre en œuvre une série d'ateliers éducatifs afin d'identifier les facteurs de risque qui conduisent à l'utilisation de l'isolement ; 2- Inviter le personnel à être plus actif dans les soins ; 3- Mettre en place un bâtiment qui comprend des endroits calmes, des espaces verts et des chambres à 1 place ;

	<p>4- Prendre en compte chaque isolement et l'analyser afin d'améliorer la prise en charge future.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui, elles sont suffisamment riches pour appuyer des conclusions.</p>
--	--

Grilles adaptées du Fortin (2010)

« Measuring the impacts of seclusion on psychiatry inpatients and the effectiveness of a pilot single-session post-seclusion counselling intervention »

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Le titre précise les concepts clés. Il s'agit de mesurer l'impact de l'isolement sur les patients hospitalisés en psychiatrie et de mesurer l'efficacité d'un projet pilot concernant des interventions ayant pour but de donner des conseils après l'isolement.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p><u>Problème :</u> Malgré l'accumulation de preuves qui démontrent des traumatismes associés à l'utilisation de l'isolement, le débriefing post-isolement est trop peu utilisé. Cette étude vise à identifier l'impact de l'isolement sur un individu en utilisant une méthode « impact des événements Révisé (IES-R) ». C'est une mesure normalisée et largement utilisée lors de symptômes traumatiques et qui permet de mesurer l'efficacité d'une intervention de conseil après l'isolement dans le but d'atténuer l'expérience traumatisante liée à l'isolement et de réduire le temps de l'isolement.</p> <p><u>Méthode :</u> La méthode de l'étude a porté sur une comparaison des traumatismes liés à l'isolement et le temps passé en isolement dans deux services d'hospitalisation d'Alfred Psychiatry. Pour étudier l'efficacité du soutien post-isolement, pour réduire les traumatismes liés à l'événement ainsi que le recours à l'isolement, une brève intervention unique a été mise à l'essai, comparant les résultats pour les patients traités dans un service où l'on pratique le soutien après l'isolement et les patients traités dans un service normal. Un total de 31 patients a accepté de participer.</p> <p><u>Résultat :</u> Significativement moins d'heures ont été consacrées à l'isolement pour les patients traités dans le service de pilotage. Les résultats mettent en évidence l'aspect traumatique résultant d'un événement d'isolement, mais aussi la capacité de mettre en œuvre des interventions telles que le conseil après l'isolement afin</p>

	<p>de réduire au minimum le temps passé en isolement pour les patients.</p> <p><u>Discussion</u> : Il n'y a pas de discussion présente dans le résumé de cet article.</p>
INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui, le problème à l'étude est clairement formulé. Deux problèmes doivent être réglés :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluer quantitativement la nature et la gravité des symptômes de traumatisme associés à des expériences de mise en chambre d'isolement, ainsi que les facteurs associés à la gravité du traumatisme ; 2. Evaluer l'efficacité des approches de conseil après la mise en chambre d'isolement. <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, le problème étudié est en lien avec les connaissances actuelles. En effet, les problèmes liés à l'utilisation de l'isolement comme une intervention de sécurité dans les milieux de la santé mentale ont été au centre de la recherche et de la politique de santé mentale au cours de la dernière décennie. Cependant, il y a eu une prise de conscience mondiale concernant les implications potentiellement négatives en lien avec la pratique de l'isolement. Une grande partie de la recherche mettant en évidence les dangers potentiels associés à l'isolement provient de la recherche qualitative. En 2000, Meehan a interrogé 12 patients qui ont exprimé avoir ressenti les émotions suivantes : déresponsabilisation, la peur de l'espace clos et de ne pas savoir quand la solitude prendra fin, la colère associée aux interventions physiques qui accompagnent souvent le processus d'isolement, de la vulnérabilité, une perte d'autonomie (liée à des expériences d'impuissance), et l'altération de la confiance. Les preuves existantes suggèrent donc que la plupart des patients isolés ont eu des réactions émotionnelles négatives, bien qu'il y ait un manque de recherches pour quantifier la nature et la gravité de la détresse psychologique. Des recherches récentes ont également mis en évidence que les patients qui ont déjà eu un événement traumatisant (par exemple agression physique ou sexuelle ou d'abus) peuvent être plus à risque d'être isolés.</p>

Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui, une recension des écrits est clairement présente et donne une base solide sur la question de recherche.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui, la recension des écrits comporte clairement une base solide pour l'étude. Cet article met en évidence les connaissances actuelles sur le problème.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malgré l'accumulation de preuves associées à l'événement traumatisant qu'est l'isolement, le débriefing n'est pas toujours utilisé. • Une recherche menée chez des patients ayant été isolés a constaté que parler de l'événement peut aider dans le processus d'adaptation, en particulier pour acquérir une compréhension des raisons pour lesquelles l'isolement a eu lieu (Hoekstra <i>et al.</i> 2004). • Peu d'études ont cependant cherché à examiner la fréquence, le moment approprié, ou l'efficacité du débriefing (Ryan & Happell 2009). <p>La recension présente t'elle des sources primaires ? Oui, la recension des écrits comporte de nombreuses sources primaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Oui, les concepts clés sont mis en évidence et définis sur le plan conceptuel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le débriefing post-isolement est une intervention qui soutient potentiellement les mécanismes naturels de rétablissement des patients après un événement d'isolement. Il peut être décrit comme une thérapie de discussion qui offre au patient la possibilité de donner un sens à son expérience et d'apporter la résolution émotionnelle ainsi que la guérison (Needham & Sands 2010).

Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ?</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Oui, le but de l'étude est énoncé de façon claire. Les objectifs de l'étude étaient les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mesurer les effets des traumatismes en lien avec les épisodes d'isolement sur les patients hospitalisés en psychiatrie ; 2. Identifier les impacts d'un débriefing post-isolement sur les patients ; 3. Identifier les facteurs démographiques et cliniques qui sont liés à des niveaux plus élevés de traumatismes liés à l'isolement ; 4. Déterminer les zones de besoin pour la planification et la formation de l'éducation. <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Oui, les questions de recherche sont en lien direct avec la recension des écrits. Oui, les questions traitent de l'expérience des patients comme mentionné ci-dessus dans les buts de l'étude.</p>
METHODE	
	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Cette étude a eu lieu dans un hôpital psychiatrique situé au sud-est de Melbourne, en Australie. Cette étude a inclus des patients admis dans un service de soins de courte durée au cours de la période d'étude de neuf mois. Le service comporte 58 lits répartis sur deux unités. Chaque unité se compose d'une unité de haute dépendance (HDU) et une unité à faible dépendance (LDU). Le HDU accueille des patients qui ont des troubles du comportement importants, de la difficulté avec l'auto-soin et qui présentent un risque pour eux-mêmes ou les autres. Le LDU est pour ceux qui sont moins affaiblis. La durée moyenne de séjour était de 14 jours. Au cours de la période d'étude, 158 patients ont été isolés. Un total de 31 patients (20% des patients isolés) a participé à ce projet de recherche.</p>

	<p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? Non, la taille de l'échantillon n'est pas définie sur une base statistique. Le chercheur a pris tous les patients qui correspondaient à ces critères et qui voulaient bien participer à l'étude.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Oui, des moyens ont été pris pour sauvegarder les droits des participants. La conduite de ce projet a été approuvée par le Comité éthique de la recherche d'Alfred. Après avoir identifié les patients isolés, l'infirmière a parlé avec l'équipe pour évaluer l'état mental et la capacité des patients de fournir un consentement éclairé. Les participants ont été récompensés pour avoir participé à l'étude.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ? Oui, le devis de recherche permet à ce que l'étude atteigne son but. Cette étude a évalué la mise en place d'une intervention semi-structurée de conseil post-isolement. Cette intervention a été mise en œuvre dans un service d'une unité d'hospitalisation aiguë (1er étage). L'auteur a comparé ses résultats avec un service du même hôpital (rez-de-chaussée) qui a continué comme à son habitude de faire des conseils post-isolement de manière informelle. Les mesures comprenaient le temps et l'expérience de l'isolement, ainsi que d'éventuels symptômes de traumatismes liés à des épisodes récents d'isolement.</p> <p>L'intervention de conseil post-isolement mise en place au 1^{er} étage a été développée par le gestionnaire du programme de développement infirmier du service. Cette étude a été influencée par une étude menée par Needham et Sands (2010) qui a identifié 5 domaines appropriés pour le conseil post-isolement. Ces domaines sont : le conseil ; une balade ; le soutien et le réconfort ; le dépistage des effets indésirables physiques et la psychoéducation.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui, les mesures sont clairement définies :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pour mesurer le traumatisme lié à l'isolement : L'Impact 22 points of Event Scale révisée (IES-R) a été choisi pour mesurer les traumatismes liés à

	<p>l'isolement, car c'est une mesure fiable qui fournit des scores dans trois domaines d'expérience traumatique pour aider à quantifier l'expérience des traumatismes.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pour évaluer l'utilisation de l'isolement : Le nombre d'épisodes d'isolement et le nombre d'heures passées en isolement ont été quantifiés. 3. Pour mesurer les données démographiques et les caractéristiques cliniques : Les détails suivants ont été recueillis dans les dossiers médicaux des patients : les données démographiques (âge, sexe) ; les variables cliniques ; la durée d'hospitalisation, le nombre d'admissions à l'hôpital psychiatrique au cours des 12 derniers mois ; le diagnostic primaire ; le motif d'admission et les scores de décharge sur le 12-item Santé de l'Outcome Scale Nation. <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Des instruments n'ont pas été créés en tant que tels mais la mise en œuvre du projet a eu lieu par le développement d'une série de ressources (fiches rapides, cartes données au personnel décrivant les principes et le processus de prestation de conseils post-isolement).</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte de données/enregistrement est-il décrit clairement ? Non, le processus de collecte de données n'est pas clairement défini.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Oui, les données ont été recueillies par du personnel compétent. Des séances d'éducation ont eu lieu pour les professionnels. Un mentorat supplémentaire a été fourni par l'infirmière du développement de la pratique dans le service d'intervention (premier étage) afin de promouvoir la fourniture et la documentation du conseil post-isolement. Toutes les infirmières qui offrent le débriefing post-isolement ont été encouragées à documenter la discussion dans le dossier clinique du patient.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, les méthodes d'analyse sont décrites. Toutes les analyses ont été effectuées en utilisant IBM SPSS ver. 20.0.0 (SPSS, Chicago, IL, USA). Une comparaison des variables entre le rez-de-chaussée (étage où rien n'a changé) et premier étage (étage où une intervention a été mise en place) a</p>

	<p>été effectuée. Une corrélation bi-variée a également été utilisée pour évaluer des relations entre les scores totaux de traumatismes et les variables démographiques ou cliniques.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Non, l'auteur ne parle pas des facteurs susceptibles d'influencer les résultats.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui, les résultats sont présentés sous forme de tableaux et sont résumés par un texte narratif.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un premier tableau représente les caractéristiques démographiques et cliniques de l'échantillon. Les participants étaient pour la plupart des hommes et avaient un diagnostic primaire d'une maladie psychotique ou d'un trouble schizo. 2. Un deuxième tableau met en évidence s'il y avait une différence de recours à l'isolement entre les deux étages. La différence dans le nombre d'épisodes d'isolement pour les deux groupes n'a pas été significative. Les participants du service du premier étage (où l'intervention a été mise en place) avaient significativement moins d'heures d'isolement que ceux qui se trouvaient au rez-de-chaussée. 3. Aucune différence dans les scores des traumatismes entre participants isolés au rez-de-chaussée ou au premier étage n'a été trouvée. <p>Les résultats de l'étude ont constaté que près de la moitié de l'échantillon des patients récemment isolés a signalé des symptômes compatibles avec un syndrome post-traumatique. Les résultats de l'étude ont également souligné que l'éducation sur les conséquences négatives de l'isolement et l'utilisation de « conseil » post-isolement dans le cadre d'une approche de promotion pour les troubles du comportement peuvent contribuer à réduire le temps passé en isolement. Il est impératif de réduire au minimum l'utilisation de l'isolement.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui, les thèmes et les modèles sont logiquement associés, ce qui permet d'avoir une vision globale du phénomène étudié.</p>

DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui, les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche. De manière inattendue, le conseil post-isolement n'a pas réduit les expériences de traumatisme. Ceci est expliqué avec plusieurs hypothèses possibles :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La première peut se rapporter à la date d'achèvement de l'IES-R, qui a eu lieu alors que le patient était encore admis dans le service où l'isolement a eu lieu ce qui a pu avoir eu un impact sur les réponses. Une répétition de l'évaluation de l'IES-R quelques semaines après la sortie de l'isolement aurait pu fournir une évaluation des symptômes chroniques ; • Une autre explication est que le format et le type de l'intervention pourraient ne pas avoir été suffisants pour faire face au traumatisme psychologique expérimenté. De ce fait, le personnel infirmier devrait évaluer de façon continue l'état de préparation des patients pour discuter de la détresse émotionnelle liée isolement. Cinq patients qui ont participé à l'étude ont exprimé ne pas se sentir prêts pour parler de leur expérience tout de suite après la mise en chambre d'isolement. <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Oui, les résultats concordent avec les résultats d'études antérieures.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui, les limites de l'étude sont définies.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La taille de l'échantillon est faible, seulement 31 personnes. • Il est possible que les patients aient surévalué l'intensité de leurs expériences sur l'IES-R afin de souligner la nécessité de réduire l'isolement ; • Les antécédents de traumatisme n'ont pas été connus, ce qui pourrait affecter les notes sur l'IES-R.
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ?</p>

	<p>L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Les ressources développées pour l'étude en cours ont été conçues pour maintenir la sensibilisation sur l'utilisation du « conseil » post-isolement ainsi que sur la façon de l'utiliser afin d'aider les patients à récupérer psychologiquement et à guider la planification future des soins pour prévenir de futurs troubles du comportement. Les résultats de cette étude peuvent avoir contribué à une plus grande prise de conscience sur la nécessité de réduire au minimum le temps passé en isolement pour les patients.</p> <p>Le personnel a mis en évidence que des efforts doivent être faits pour promouvoir le « conseil » post-isolement comme une pratique de routine. Ceci devra impliquer de la formation continue, des discussions et du renforcement de la confiance. Le mot « conseil » est souvent mal interprété et associé à un processus psychologique au-delà de la portée et de la formation habituelle de l'infirmière.</p> <p>Cette étude contribue à une accumulation de preuves suggérant que l'isolement est traumatique.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Plus de recherches sont également nécessaires pour orienter clairement ce qui doit être livré, quand et par qui, pour renforcer la base de preuves.</p> <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui, les données sont suffisamment riches pour appuyer les conclusions.</p>
--	---

Grilles adaptées du Fortin (2010)

« Seclusion as a necessary vs. an appropriate intervention: a vignette study among mental health nurses »

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Le titre nous indique qu'il s'agit d'étudier si l'isolement est une intervention nécessaire ou approprié. Cette étude a été faite auprès d'infirmières travaillant en psychiatrie.
Résumé	Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Non, le résumé n'est pas divisé en thèmes : problème, méthode, résultats et discussion. Le résumé décrit qu'il s'agit d'une étude pour laquelle des infirmières en psychiatrie ont dû répondre à des vignettes cliniques sur la nécessité et la pertinence de l'isolement à l'aide d'une échelle de Likert. 69 infirmières de 4 institutions de santé mentale ont répondu à des vignettes sur la nécessité et la pertinence de placer quelqu'un en isolement. L'analyse des données a donné lieu à un score significativement plus élevé en faveur de la nécessité de l'isolement. Cependant la nécessité et la pertinence peuvent être associées. Cette recherche améliore la compréhension des facteurs sous-jacents qui influent sur la décision des infirmières d'utiliser l'isolement. Cela est essentiel pour le développement des interventions visant à réduire l'utilisation de l'isolement dans des services de psychiatrie.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui. Réduire l'utilisation de l'isolement dans les services de psychiatrie est une priorité dans de nombreux pays, dont les Pays-Bas. Soutenues par une politique nationale et un financement national, un certain nombre d'enquêtes nationales ont été menées aux les Pays-Bas dans la dernière décennie. Bien que de nombreux projets aient été lancés dans le but de réduire ou même éliminer l'utilisation de l'isolement, il continue d'être une intervention couramment utilisée dans les Pays-Bas par rapport aux autres pays européens. Alors pourquoi est-il si difficile d'éliminer l'utilisation de l'isolement ? Pour répondre à

	<p>cette question, nous pensons qu'il est particulièrement intéressant de se concentrer sur les infirmières de psychiatrie car ce sont elles qui appliquent cette mesure, et sont donc les professionnelles qui devraient être ciblées en priorité pour envisager une diminution de l'utilisation de la chambre d'isolement.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, car nous savons qu'au jour d'aujourd'hui, bien que de nombreux projets ont été lancés dans le but de réduire ou même éliminer l'utilisation de l'isolement, il continue à être une intervention couramment utilisée dans les Pays-Bas par rapport aux autres pays européens.</p> <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? Oui, le problème étudié a une signification particulière pour la discipline infirmière. Il est important pour pouvoir envisager une diminution voire une élimination de l'utilisation de la chambre d'isolement.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui, une recension des écrits a été entreprise afin d'argumenter pourquoi cette recherche a été utile pour la discipline. Une recension est aussi entreprise afin d'expliquer ce qu'est l'isolement.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui, la littérature suggère qu'historiquement, les raisons d'utiliser la chambre d'isolement ont été : soit l'isolement est vu comme une intervention inévitable pour gérer un comportement violent, nécessaire pour maintenir la sécurité dans le service ; soit (et) car l'isolement est vu comme une intervention thérapeutique et appropriée. L'utilisation de l'isolement est également réglementée dans la Loi sur les hôpitaux psychiatriques : L'isolement peut être utilisé en cas de comportement agressif du patient et qui ne peut pas être traité autrement.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? Oui, la recension des écrits présente des sources primaires mais également des sources secondaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de</p>

	<p>façon adéquate ? Oui, les concepts clés sont mis en évidence, tels que la nécessité, la pertinence et l'isolement. L'isolement est très bien décrit afin d'avoir une vision plus complète de ce concept. En revanche, les deux autres concepts ne sont pas décrits.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? Oui, les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence et ils sont liés au but de l'étude, cependant ils ne sont pas tous clairement définis dans ce chapitre.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, le but de l'étude est énoncé de manière claire. Le but de cette étude, à l'aide de vignette, est d'évaluer la décision des infirmières face à l'utilisation de l'isolement, c'est-à-dire si elles le font de manière appropriée et que c'est nécessaire.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Oui, il s'agit d'analyser deux questions dans cette étude.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Est-ce que l'isolement est pertinent et/ou nécessaire ? 2. Quels facteurs sous-jacents expliquent cette différente réponse concernant l'isolement ? <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Oui, elles reflètent le contenu de la recension des écrits et découlent logiquement du but. Cependant, cette étude ne prend pas en compte les valeurs et les croyances des participants mais prend en compte comment une infirmière interviendrait dans des situations données (vignettes).</p>
METHODE	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? 128 professionnels ont été invités à participer et on reçu un jeu de vignette. Au final 82</p>

	<p>professionnels, travaillant dans un des 4 hôpitaux psychiatriques, y compris des infirmières travaillant dans les soins continus ou des services de soins spécialisés, ont accepté d'y participer. Etant donné que cette étude concerne particulièrement les infirmières, 13 professionnels ont été exclus, ce qui a donné un total de 69 infirmières. La méthode utilisée pour recruter a été simplement de poser la question oralement aux professionnels s'ils voulaient y participer.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? La seule condition pour la participation était que le participant travaille dans un service ou la chambre d'isolement était utilisée. Non, aucun élément significatif n'est ajouté. Elle est justifiée sur une saturation des données.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Les participants ont été invités à participer à l'étude par oral. Ils n'ont dû signer aucun accord.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? L'article ne permet pas de répondre à cette question.</p>
<p>Devis de recherche</p>	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? C'est une étude qualitative qui permet d'évaluer ce que chaque infirmière ferait dans une situation précise (en se basant sur les vignettes). L'objectif est de mieux comprendre les actions des infirmières afin de comprendre pourquoi l'isolement est autant utilisé au Pays-Bas.</p> <p>Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) Oui, le choix du devis de recherche permet de respecter les critères scientifiques.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p>

	<p>L'article est une étude qualitative qui se base sur des réponses à des vignettes, permettant ainsi d'analyser ce que feraient et pensent les infirmières.</p> <p>Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Nous ne savons pas combien de temps les chercheurs ont passé sur le terrain, ni combien de temps a duré l'étude.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui, les vignettes données aux participants sont divisées en 4 parties.</p> <p>1^{ère} : Elle décrit les caractéristiques des patients, par exemple l'âge, le sexe et le diagnostic principal du patient.</p> <p>2^{ème} : Elle décrit le comportement du patient qui pose problème.</p> <p>3^{ème} : Elle décrit les caractéristiques du contexte, le type de service, les chambres disponibles et l'atmosphère du groupe.</p> <p>4^{ème} : Elle décrit l'équipe professionnelle avec des facteurs tels que la culture de l'équipe et l'occupation du personnel.</p> <p>Pour chaque vignette, il y a deux échelles qui ont 9 points chacune. La première échelle représente si l'isolement était nécessaire et la deuxième si l'intervention était appropriée (pertinence).</p> <p>Chaque infirmière en lien avec la vignette devait répondre aux deux échelles. Un score de 1 point indiquait que l'isolement était absolument nécessaire/approprié et un score de 9 point si l'isolement n'était pas du tout nécessaire/approprié.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Oui, les questions de recherche ont été bien posées et permettent de répondre à la question de recherche.</p> <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Non, les auteurs n'indiquent pas si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui, il s'agit de vignettes distribuées à chaque participant. Les vignettes sont divisées en 4 parties. A l'aide de deux</p>

	<p>échelles, le participant doit répondre en fonction de ce qu'il ferait dans la situation donnée.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Non, ne savons pas qui a recueilli les données.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, toutes les données ont été analysées par le programme SPSS version 20.0 (Chicago, USA). En premier, le score on été comparé (comparaison de la nécessité et de la pertinence). Ensuite, les données ont été analysées avec un modèle général linéaire universel.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Aucune notion de facteurs d'influence n'est présente et expliquée dans ce chapitre.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Il n'y a pas de résumé des résultats dans ce chapitre.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui, les résultats sont présentés à l'aide de tableaux et de graphes.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui, il y a un un lien logique entre les thèmes afin de bien comprendre.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui, ainsi que sous forme de tableau. Dans ce chapitre, il est indiqué que les 69 infirmières avaient entre 22 et 52 ans (moyenne : 35,1). Elles ont travaillé en moyenne 33,2h par semaine sur une durée de 8,2 ans. Les résultats montrent une différence de score entre la nécessité et la pertinence de la chambre d'isolement. L'isolement a plutôt été décrit comme une mesure nécessaire qu'une intervention appropriée (pertinente). Il y a 32,1% de différence entre ces deux variables. Cependant les résultats restent similaires. Les patients diagnostiqués avec une schizophrénie ou un autre trouble psychotique avaient la plus petite différence</p>

	<p>dans les scores, tandis que les patients diagnostiqués avec un trouble de la personnalité avaient la plus haute différence de score entre la nécessité et la pertinence.</p> <p>La deuxième variable est la gravité du problème de comportement. Les infirmières ont fait la plus grande distinction entre la nécessité et la pertinence en cas de danger aigu que dans le cas d'un comportement dangereux imminent.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Non, pas de participants ou d'experts évaluent les données.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Les résultats montrent une différence de score entre la nécessité et la pertinence de la chambre d'isolement. L'isolement a été plus décrit comme une mesure nécessaire que comme une intervention appropriée (pertinente).</p> <p>Les auteurs sont d'avis que l'isolement ne doit jamais être considéré comme une mesure appropriée. Malheureusement, dans certaines circonstances, l'utilisation de l'isolement est inévitable dans la pratique actuelle, et il est donc difficile d'éliminer totalement cette mesure. Bien que l'isolement ait été marqué comme étant beaucoup plus nécessaire qu'approprié, les motifs des deux scores se sont révélés tout de même assez similaires. Lorsque l'isolement a été perçu comme hautement nécessaire, il était en général également considéré comme très approprié et vice versa. Comment ce phénomène peut-il être expliqué ? Une explication pourrait être tout simplement que c'est une tradition ou une habitude.</p> <p>Les professionnels forcent involontairement leur esprit à croire aux avantages thérapeutiques de l'isolement, même s'ils sont bien conscients des effets secondaires négatifs et du manque de preuves des avantages thérapeutiques.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ?</p> <p>Premièrement même si une relation entre les scores « nécessaire » et « approprié » a été trouvée, nous ne pouvons pas en décrire la cause. Deuxièmement : avec le fait d'utiliser des vignette, on ne sait pas si la pensée et les croyances des infirmières seront les mêmes dans la pratique quotidienne. Troisièmement : cette étude est</p>

	<p>réalisée aux Pays-Bas, et pourrait donc ne pas être généralisée dans d'autres pays.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui. Les résultats montrent une différence de score entre la nécessité et la pertinence de la chambre d'isolement. L'isolement a été plus décrit comme une mesure nécessaire que comme une intervention appropriée (pertinente). Cependant les résultats restent similaires.</p> <p>Le but étant de réduire le recours à l'isolement, il est important de se concentrer sur la réalisation d'une plus grande différence entre le score de la nécessité et le score de la pertinence, c'est-à-dire de nourrir les sentiments d'inconfort lorsque de l'isolement est utilisé. De cette façon, les chances de parvenir à un changement profond et durable dans les croyances des infirmières, des normes et des interactions sociales serait possible.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Non, elle ne précise pas les conséquences, cependant nous pouvons en déduire qu'il n'y a pas assez de différence entre la nécessité et la pertinence pour diminuer voire éliminer l'utilisation de l'isolement.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Oui :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des séances devraient être mises en place durant lesquelles les infirmières pourraient venir parler de leur pratique et pouvoir se questionner sur leur pratique afin de chercher les meilleures alternatives ; - Le débriefing après chaque isolement devrait être instauré et même devenir un protocole ; - Les professionnels devraient avoir la possibilité d'apprendre des interventions appropriées adaptées aux patients ayant un diagnostic différent, en particulier pour prévenir des situations dangereuses aiguës où les infirmières ne disposent pas d'autre alternative que d'utiliser la chambre d'isolement ; - Il devrait y avoir plus de dialogue entre les patients et les infirmières afin de mieux comprendre les sentiments des patients concernant l'utilisation de l'isolement et les restrictions ; - Enfin, les lignes directrices nationales et internationales devraient être consultées et discutées.

	<p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui, elles sont suffisamment riches pour appuyer cette conclusion.</p>
--	--

Rapport-Gratuit.com

Grilles adaptées du Fortin (2010)

« Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques »

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<p>Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Oui, l'utilisation de la contention en psychiatrie : le vécu du patient et les perspectives éthiques.</p>
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p><u>Le problème</u> : Il est clairement défini, soit que l'utilisation de la contention en psychiatrie pose davantage de problèmes éthiques aux soignants.</p> <p><u>L'objectif</u> : Il est d'explorer le vécu des soignants confrontés à cette pratique afin de dégager des pistes d'amélioration, ce qui est peu développé dans la littérature actuelle.</p> <p><u>La méthode</u> : Elle est définie comme une étude épidémiologique descriptive transversale dans deux services d'urgences psychiatriques, dans laquelle les médecins et les infirmières étaient interrogés à l'aide de questionnaires semi-dirigés au cours d'entretiens individuels. 20 infirmiers et 9 psychiatres ont été interviewés, en majorité de sexe féminin. Ils ont tous vécu des expériences de mise en contention d'un patient. Le résultat est aussi clairement défini. Leur vécu était riche, intense et majoritairement négatif à type de frustrations (35% des infirmiers ; 66,7% des médecins), de colère (30 et 33,3%) et d'absence de ressenti (35% et 44,4%). Il s'agissait pour eux d'une expérience difficile mais nécessaire (82,75%), d'un acte de soin et de sécurité (68.9%).</p> <p><u>La discussion</u> : Elle n'est pas clairement définie dans le résumé de l'articl.</p>

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<p>Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui. Les soignants sont également exposés à des dilemmes entre, d'une part, le devoir de préserver la dignité et d'assurer l'environnement sûr pour le patient, et d'autre part, de maintenir la sécurité des autres patients et de l'environnement. Face à ce contexte d'exigence contradictoire, l'article propose d'étudier le ressenti et le point de vue des soignants confrontés à une expérience de contention.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, car il existe peu d'informations spécifiques concernant le vécu des soignants, alors que ces données pourraient favoriser une réflexion sur l'usage de cette mesure qui est de plus en plus fréquente et suscite des réactions émotionnelles intenses.</p>
Recension des écrits	<p>Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui, l'article s'appuie sur différents auteurs.</p> <p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui, dans l'introduction, l'auteur explique que d'autres auteurs s'interrogent sur la signification de cette pratique : certains y voient « un acte à valeur de rite sacrificiel », d'autres se demandent s'il s'agit d'un acte à dimension thérapeutique ou sécuritaire et de quelle manière on peut en faire un temps soignant, quand les derniers pointent des confusions sémantiques et théoriques entourant le terme « contention ».</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui, car l'auteur s'appuie sur différentes recherches et statistiques actuelles malgré le manque de littérature dans cette recherche.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? Oui, des sources primaires et secondaires sont présentes.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Les concepts clés sont mis en évidence mais ne sont pas clairement définis dans</p>

	<p>l'introduction. Nous pouvons supposer dans l'introduction que l'article parlera de l'éthique, de la contention et du vécu des soignants.</p> <p>Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Oui, les concepts clés sont liés au but de la recherche.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui l'objectif de l'étude est double : tout d'abord d'étudier le vécu des soignants confrontés à la contention, puis de dégager ensuite d'éventuelles pistes d'amélioration au regard d'une perspective éthique.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Non, la population à l'étude n'est pas clairement énoncée, même si nous pouvons voir dans l'objectif de la recherche que nous allons parler du vécu des soignants.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Oui, l'introduction évoque l'hypothèse des travaux publiés par Chanoit qui identifie la culpabilité, l'identification au patient avec un vécu d'exclusion, un vécu projectif, de l'impuissance, un sentiment d'échec, un vécu d'omnipotence et une jouissance sadique avec risque d'un sentiment de toute-puissance de type pervers.</p> <p>Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? Oui, cette recherche s'appuie sur quelques bases théoriques et philosophiques.</p>
<p>METHODE</p>	
<p>Population et échantillon</p>	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Oui l'étude a été réalisée sur 2 services d'urgences psychiatriques appartenant au CHU. Il s'agissait de deux unités fermées intersectorielles de Toulon et de Marseille. Le choix des services s'est effectué en fonction de leur situation géographique, de leur</p>

	<p>équipement, leur fonctionnement institutionnel, leur orientation théorique et thérapeutique, espérant ainsi développer une diversité de pratiques concernant la contention. Le recueil de données s'est fait sur un ou plusieurs jours (et nuits) au cours d'entretiens individuels durant en moyenne 20 à 30 minutes.</p> <p>Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? Nous n'avons pas d'informations dans la méthode sur le nombre de femmes ou d'hommes interviewés ainsi que leur fonction. Cependant, des statistiques sont présentes avec le pourcentage d'infirmiers et de médecins. La population de l'étude est définie dans les résultats.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Oui, l'objectif de l'étude et le caractère anonyme étaient précisés.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Nous pouvons émettre l'hypothèse que l'article utilise une recherche qualitative qui est très utile pour tenter de décrire des expériences humaines quotidiennes, cependant ceci n'est pas clairement défini dans la méthode.</p> <p>La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? La méthode de recherche s'appuie sur des données de littérature mais n'est pas clairement précisée. Nous savons tout de même que les personnes ont été interviewées sur la base d'un questionnaire semi-dirigé.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui, les infirmiers et les médecins étaient interrogés à l'aide de questionnaires semi-dirigés, élaborés à partir des données de la littérature.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? L'article ne présente pas d'informations sur ce sujet.</p>

Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui, il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? L'article ne présente pas d'informations sur ce sujet.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, l'auteur a déterminé 5 rubriques thématiques pour l'analyse des réponses :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Indications et contexte ; ○ Impact sur le patient ; ○ Relation soignant/soigné ; ○ Vécu soignant ; ○ Point de vue sur la pratique. <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Non, ils ne sont pas pris en compte.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Oui, un résumé est présent sous forme de graphique avec les médecins d'un côté et les infirmiers de l'autre.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui, les résultats sont présentés sous forme de tableaux avec des pourcentages et parfois des diaphragmes pour les résultats les plus importants. Plusieurs thèmes sont présents dans les résultats :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Impact sur le patient après la mise sous contention : les soignants identifiaient surtout de l'incompréhension car le patient pensait qu'il pouvait y avoir d'autres alternatives et de la colère. Les infirmiers identifiaient également un vécu sécurisant pour le patient. 2. Impact sur la relation soignant-soigné : la mise sous contention entraînait selon les soignants une majoration de la disponibilité et du temps passé auprès du patient, le plus souvent car un protocole les y contraignait. La majorité des infirmiers identifiait une amélioration de la relation, même leurs propos étaient nuancés.

	<p>3. Le vécu du soignant : il s'agissait d'une expérience émotionnellement riche et intense. Les vécus étaient multiples d'une situation à l'autre. Une majorité des infirmiers expriment y avoir repensé après le travail. Majoritairement négatifs, les trois vécus les plus retrouvés étaient ceux de frustration, de colère et d'absence de ressenti. Les infirmiers ressentent davantage de tristesse contrairement aux médecins qui éprouvent de la culpabilité. Cependant, cette expérience est décrite majoritairement comme difficile mais nécessaire.</p> <p>4. Le point de vue sur la pratique de la contention : la plupart exprime un acte de soin et de sécurité. Certains expriment qu'il pouvait s'agir de maltraitance quand il est plus facile d'entraver que de surveiller, car la contention devient parfois une dérive pour éviter les fugues ou les risques. Plus de la moitié des soignants pensaient qu'il pouvait y avoir des solutions alternatives à la contention.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui, les différents thèmes sont associés entre eux.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui, les résultats sont décrits par un texte narratif.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui, les résultats sont interprétés par rapport à 4 thèmes.</p> <p>Lors d'une contention, les auteurs s'interrogent quant à la qualité de l'information reçue. La contention en soi n'est pas un soin mais tout ce qui est fait autour pour aider et accompagner le patient peut être un soin.</p> <p>Ces réactions émotionnelles parfois douloureuses semblent révéler des tensions éthiques reflétant un conflit de valeurs. Les principes de bienfaisance et d'autonomie ne sont a priori pas respectés.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Non, les limites de l'étude ne sont pas définies.</p>

	<p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui, les conclusions découlent logiquement des résultats.</p>
<p>Conséquences et recommandations</p>	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ?</p> <p>Trois perspectives ont été dégagées à partir des réflexions des soignants et de la littérature pour réduire l'utilisation de la contention et modifier le vécu des patients et des soignants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Développer une meilleure gestion de crise en amont en mettant l'accent non plus sur la sécurisation mais sur la manière humaine avec laquelle les patients sont traités ; ○ Favoriser l'accompagnement du patient en faisant vivre les principes d'autonomie et de bienfaisance ; ○ Développer une réflexion a posteriori. Il conviendrait de prendre le temps de revenir après coup sur les décisions de contention, en mettant en place des temps de réflexion institutionnelle tenant compte des mouvements affectifs réciproques entre patients et soignants lors des réunions cliniques, éventuellement complétées par une supervision. <p>Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui, les soignants confrontés à la contention avaient un vécu majoritairement négatif, témoignant d'une expérience difficile pour eux mais nécessaire pour la sécurité. Une prise de conscience des enjeux éthiques était présente chez les soignants, ce qui pourrait être une porte d'entrée au changement.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

« Use of Seclusion: Finding the Voice of the Patient to influence Practice »

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Oui, le titre précise le sujet de l'article qui est le point de vue du patient afin d'influencer la pratique de l'utilisation de l'isolement.
Résumé	<p>Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?</p> <p><u>Le problème :</u> Il est brièvement expliqué dans le résumé. Les partisans de l'isolement soutiennent que cette pratique aide le patient à se sentir à l'abri des stimuli externes qui peuvent contribuer au comportement perturbateur. Tandis que la littérature actuelle concernant les perceptions des patients isolés est limitée.</p> <p><u>La méthode :</u> Elle est clairement définie. L'étude enquête sur l'expérience de l'isolement du point de vue du patient en psychiatrie. Douze patients ont été interrogés sur leur expérience en isolement. Une méthode phénoménologique a été utilisée.</p> <p><u>Les résultats :</u> Ils sont résumés. Les patients expriment que l'isolement engendre des émotions telles que l'anxiété et la colère. Ils ont perçu un manque de respect du personnel soignant avant et pendant l'isolement. Ils décrivent l'importance des débriefings.</p> <p><u>La discussion :</u> Elle est résumée. Une formation améliorée pour les infirmières serait nécessaire afin d'aider les patients.</p>
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Le problème est clairement défini sur la base d'autres études et sur une recension des écrits. Les patients croient que l'isolement est utilisé comme punition afin que le personnel puisse exercer un pouvoir et un contrôle. Les patients n'arrivent pas à identifier le bénéfice thérapeutique de l'isolement. Dans les récentes études, plus de la moitié des

	<p>patients considèrent l'expérience de l'isolement comme négatif.</p> <p>Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, il est basé sur différentes études effectuées en Australie, Nouvelle-Zélande et Finlande. 8 thèmes sont ressortis de ces études :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La peine ou la violation des droits de l'homme ; ○ La perception de l'isolement comme inapproprié ; ○ Le sentiment de perte de contrôle ; ○ L'impact émotionnel ; ○ L'impuissance à l'égard du personnel soignant ; ○ Le manque de confiance ; ○ Les stratégies négatives d'adaptation ; ○ La solitude face à la relation infirmier-patient. <p>Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? Oui, car seules deux études ont été élaborées aux USA, ce qui justifie la recherche actuelle.</p>
Recension des écrits	<p>La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui. La majorité des patients ont répondu qu'avant l'isolement, les émotions les plus ressenties étaient la colère, la haine, l'inquiétude, la solitude et la frustration. Certains ont rapporté l'envie d'auto- ou d'hétéro-agressivité. Pendant l'isolement, la majorité des patients ont ressenti de la colère, d'autres expriment tout de même s'être mieux sentis. Après l'isolement, les patients expriment l'envie de sortir de l'hôpital et pensent à leur famille.</p> <p>En conclusion, la majorité des patients ont déclaré que l'isolement n'était pas nécessaire tandis que l'autre moitié estime avoir eu besoin d'être isolé.</p> <p>Cependant la majorité des patients ont ressenti un sentiment de solitude et de claustrophobie par rapport à l'espace autour d'eux, ce qui était dégradant et menaçant.</p> <p>La recension présente t'elle des sources primaires ? Oui, la recension des écrits se base sur des sources primaires et secondaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Les concepts clés ne sont pas clairement définis dans le résumé mais nous pouvons</p>

	émettre l'hypothèse qu'il s'agira de l'isolement et du vécu du patient.
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Non, dans l'introduction le but de la recherche n'est pas clairement défini cependant nous pouvons imaginer qu'il s'agira d'étudier le ressenti des patients lors d'expérience en isolement afin d'influencer la pratique.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Non, les questions de recherche et les hypothèses ne sont pas définies dans le résumé. La population à l'étude n'est pas énoncée.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Oui, l'auteur a approché 51 patients qui ont vécu une mesure d'isolement. La recherche a été réalisée sur deux ans. Sur les 51 patients, seuls 12 répondaient aux critères d'inclusion et ont accepté de participer à l'étude. Sur les 12 participants, 6 étaient des hommes et 6 étaient des femmes, dont l'âge varie de 18 à 50 (âge = 33 moyenne).</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? Non, l'étude ne présente pas de statistiques concernant la taille de l'échantillonnage.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Un consentement éclairé a été obtenu avant chaque entrevue. Les entrevues ont eu lieu dans une salle de conférence fermée.</p> <p>L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Oui, l'étude a été approuvée par des institutions. Les entrevues ont eu lieu au moins 24 heures après l'épisode d'isolement mais 7 jours avant pour permettre aux patients de traiter leurs émotions.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ? Oui, la rigueur de l'étude a été suivie à l'aide de critères d'évaluation élaborés par Lincoln pour la</p>

	<p>recherche qualitative. La crédibilité et fiabilité ont été traitées par un modèle de recherche. Trois membres ont travaillé sur les résultats afin d'assurer l'authenticité.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Une approche phénoménologique a été utilisée dans l'étude actuelle pour répondre à la question de recherche qui est : Quelle est l'expérience vécue des patients psychiatriques qui sont placés en isolement ? L'étude qualitative permet d'expliquer les phénomènes et expériences précisément afin d'avoir de meilleures données pour la pratique.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Oui, une grande question ouverte était tout d'abord posée : Pouvez-vous me raconter votre histoire ? Et comment avez-vous ressenti votre expérience en isolement ? Puis trois sous-questions ont été posées :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quelles interventions auraient pu empêcher l'isolement ? 2. Comment avez-vous été traité au cours de l'isolement ? 3. Avez-vous identifié des mesures de confort durant l'isolement ? <p>L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Non, l'auteur n'explique pas si les instruments ont été importés.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui, des entrevues non structurées ont été menées auprès des patients psychiatriques hospitalisés à la fin d'un épisode d'isolement. Les entrevues ont duré environ une heure. Chaque entrevue a été audio-enregistrée et retranscrite textuellement afin d'être analysée par la suite.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Oui, les entrevues ont été menées par un travailleur social psychiatrique.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Le texte de l'interview a été analysé en adaptant un outil d'approche phénoménologique élaboré par Van. Chaque</p>

	<p>retranscription a été lue plusieurs fois et catégorisées afin d'interpréter des thèmes pour les résultats.</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Non, ils ne sont pas pris en considération.</p> <p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Aucun résumé des résultats n'est présent dans la méthode.</p> <p>Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Après la collecte des données, plusieurs thèmes ont été définis afin d'interpréter les résultats mais ceux-ci ne sont pas présents dans la méthode.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Non, ils sont présentés sous forme de texte narratif. Aucun tableau ni figure n'est présent.</p> <p>Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Trois thèmes ont émergé de l'analyse du texte :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'espoir des patients pour le respect et la communication : Dans tous les textes, les patients discutent de leur espoir et de leurs attentes pour être respectés par le personnel pendant et après le processus d'isolement. Tous les patients ont indiqué qu'ils souhaitaient une communication ouverte au sujet de leurs besoins individuels. Les patients expliquent que lorsque le personnel explique clairement la raison de l'isolement, ils se sentent respectés et comprennent la décision de l'équipe soignante. Cependant, les patients souhaiteraient pouvoir discuter davantage avec le personnel afin de trouver un compromis avant la mesure d'isolement. 2. Les réponses émotionnelles des patients face au processus d'isolement : Les patients ont principalement indiqué une accélération des émotions négatives telles que l'anxiété, la colère, la douleur et l'humiliation. Certains patients déclarent même avoir eu un comportement d'auto- ou d'hétéro-destruction. Les patients se sentent ignorés durant la mesure d'isolement, les besoins

	<p>fondamentaux de l'homme tels que boire, manger, aller aux toilettes ne sont pas respectés.</p> <p>3. Un aperçu des patients dans le comportement et l'importance face à la capacité d'adaptation : de nombreux patients ont exprimé l'importance de parler de l'incident conduisant à l'isolement après l'épisode et déclarent que ceci n'a pas été fait couramment. Ils expliquent également l'importance de la communication qui aurait pu, dans certains cas, éviter l'isolement.</p> <p>L'importance de la nécessité d'un processus de communication thérapeutique est clairement évidente dans chacun des trois axes.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Aucune information n'est présente dans l'article par rapport à cette question.</p>
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui, les résultats sont liés aux questions de recherche. Bien que le comportement agressif et violent soit une réalité commune dans le milieu psychiatrique, tous les patients de cette étude avaient des attentes au sujet de la communication respectueuse avant, pendant et après l'isolement.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Oui, les résultats de cette étude confirment les résultats des nombreuses études menées dans le monde entier. Les résultats de l'étude soulignent et appuient également les conclusions de la littérature actuelle sur l'isolement.</p> <p>L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui, des points clés sont définis dans la discussion :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La majorité des patients expliquent avoir vécu une accélération des émotions telles que l'anxiété, la colère, la douleur et l'humiliation. 2. Tous les patients ont exprimé qu'ils souhaiteraient une communication ouverte et respectueuse avec l'équipe infirmière. 3. Les patients expliquent la nécessité de communiquer avec l'équipe soignante avant que le comportement ne s'intensifie.

	<p>4. Les patients expriment le besoin d'une formation améliorée nécessaire afin d'aider le patient et de le prendre en charge dans sa globalité.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui, les limites sont expliquées, notamment la pathologie psychiatrique qui peut interférer durant l'entretien.</p> <p>Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui, tout d'abord les résultats confirment l'importance de la communication afin d'éviter l'isolement. De plus, la connaissance des patients dans le domaine biologique, psychologique, socio-culturel permettrait aux infirmières de prendre en charge le patient dans sa globalité et d'éviter une intensification des émotions.</p>
Conséquences et recommandations	<p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Oui, les infirmières doivent expliquer la raison de l'utilisation de l'isolement et veiller à la compréhension du patient. De plus, des séances de débriefing après l'isolement seraient nécessaires afin que le patient puisse décharger ses émotions. Grâce à cette étude, nous avons pu davantage mettre en évidence l'importance de la formation continue pour le personnel infirmier.</p>

Grilles adaptées du Fortin (2010)

« Seclusion and Restraint in Patients with Schizophrenia: Clinical and Biographical Correlates »

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Oui, le titre précise clairement le sujet de l'article qui est l'isolement et la contention chez les patients atteints de schizophrénie.
Résumé	Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Le problème est défini. L'isolement et la contention sont des expériences traumatiques et nuisibles pour le patient souffrant de maladie mentale. La méthode est définie dans le résumé. 117 admissions ont été examinées en utilisant l'échelle du diagnostic post-traumatique à l'admission et à la sortie de l'hôpital. 21 hommes et 18 femmes ont été interviewés. Les résultats et la discussion sont brièvement résumés. L'exposition à des événements traumatiques tels que l'isolement ou la contention augmente le risque de connaître à nouveau un traumatisme durant le traitement du patient hospitalisé en psychiatrie.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui, l'isolement et la contention sont des expériences traumatiques pour les patients souffrant d'une maladie mentale. L'expérience de ces mesures correctives peut causer des comportements négatifs chez le patient hospitalisé en psychiatrie.
Recension des écrits	Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui, plusieurs articles pertinents associés à l'isolement sont mis en avant dans l'article. Quatre principaux facteurs ont été signalés à plusieurs reprises : les attitudes institutionnelles et la politique du personnel, le comportement violent du patient, la gravité de la perturbation psychopathologique et le diagnostic de schizophrène. La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ?

	<p>Non, aucune synthèse par rapport au problème de recherche n'est présente dans l'introduction.</p> <p>La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? La recension des écrits est peu fournie. Les connaissances actuelles sont brièvement décrites.</p> <p>La recension présente-t-elle des sources primaires ? La recension des écrits présente tout de même des sources primaires et secondaires.</p>
Cadre de recherche	<p>Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Les concepts clés ne sont pas mis en évidence dans le résumé.</p>
Buts et question de recherche	<p>Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, dans la présente étude, l'auteur a voulu étudier plus profondément un échantillon de diagnostics homogènes de patients sous politique clinique constante par rapport à l'isolement.</p> <p>Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? L'hypothèse est définie, l'auteur suppose que l'isolement ou les contentions peuvent non seulement provoquer une agressivité mais également faire revivre un sentiment de victimisation des personnes ayant vécu des antécédents de traumatisme antérieur.</p> <p>De plus, des études sur des populations générales montrent que les personnes ayant vécu des traumatismes durant l'enfance développent plus facilement une pathologie psychiatrique. Les patients diagnostiqués schizophrènes présentent un haut risque d'événements traumatiques.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<p>La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Tous les patients admis (Centre psychiatrie de Weissenau en Allemagne) dans les 6 mois consécutifs avec un diagnostic de trouble schizophrénique (F2) selon la classification internationale des pathologies ont été</p>

	<p>interrogés pour la participation à l'étude. 56 hommes et 61 femmes ont été inclus dans l'étude.</p> <p>Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? Aucune statistique n'est présente dans la méthode concernant l'échantillonnage.</p>
Considérations éthiques	<p>Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Les patients ont été exclus s'ils ne donnaient pas leur consentement éclairé ou s'ils n'étaient pas en mesure de suivre une entrevue en raison de leur état de santé mental.</p>
Devis de recherche	<p>Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposées ? La méthode de recherche choisie est une étude quantitative. Elle n'est pas clairement explicitée dans la méthode.</p>
Modes de collectes de données	<p>Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui, les outils de mesures sont décrits. Le PDS, qui est une échelle pour le diagnostic du stress post-traumatique, a été utilisé car c'est un instrument simple qui ne nécessite aucune capacité cognitive haute pour le patient.</p> <p>Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Nous n'avons pas d'information concernant les questions de recherche.</p>
Conduite de la recherche	<p>Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Les questions ont été posées par des chercheurs.</p> <p>Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Les données sociodémographiques et liées au traitement ont été enregistrées par les médecins responsables.</p>
Analyse des données	<p>Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, les calculs ont été effectués par le programme « statistical ».</p> <p>Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Non, ils ne sont pas pris en considération.</p>

	<p>Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Le résumé des résultats n'est pas présent dans la méthode.</p>
<p>RESULTATS</p>	
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui, les résultats sont décrits à l'aide de tableaux.</p> <p>Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Les tableaux sont brièvement explicités à l'aide d'un texte narratif. Durant l'hospitalisation, 1 patient sur 6 a été exposés à un isolement ou une contention. Selon le DSM-4, l'isolement n'est pas considéré comme un événement traumatisant, cependant les résultats du questionnaire font référence à des événements traumatisants.</p> <p>L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Nous n'avons pas de précision concernant cette question dans l'article de recherche.</p>
<p>DISCUSSION</p>	
<p>Interprétations des résultats</p>	<p>Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui, malgré le fait que l'isolement associé à un traitement sédatif est une mesure indispensable lors de comportement agressif, l'hypothèse de l'étude a été confirmée. Lors d'une mise en isolement, les événements traumatiques de l'histoire du patient sont intensifiés. Cependant, les patients ayant vécu un traumatisme durant l'enfance auraient davantage tendance à avoir des comportements agressifs et nécessiteraient une mesure d'isolement.</p> <p>Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Les taux d'événements traumatiques rapportés ici sont légèrement inférieurs à ceux des études américaines publiées. Dans cette étude, 48,7 % avaient des antécédents d'événements traumatiques.</p> <p>Les limites de l'étude ont-elles été définies ? La méthode utilisée ici pour l'examen des événements</p>

	<p>traumatiques de l'histoire des patients (entretiens avec le PDS) a des avantages et des défauts. L'avantage étant la facilité. Le désavantage étant que les données sont certainement moins fiables que celle reçues par l'utilisation de l'échelle SSPT qui se base sur les critères du diagnostic du stress post-traumatique. Cependant, il faudrait également prendre en compte l'attitude du personnel, le comportement du personnel et les interactions avec les autres patients.</p> <p>Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? Les résultats peuvent être considérés comme assez représentatifs des patients atteints de schizophrénie. La force de cette étude est l'inclusion d'environ deux tiers des admissions consécutives.</p>
Conséquences et recommandations	<p>Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Aucune conséquence des résultats n'est décrite dans l'article.</p> <p>L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Aucune recommandation n'est préconisée dans l'article.</p>