Document generated on 07/01/2025 5:42 p.m.

Santé mentale au Québec

# Comment réduire l'utilisation des salles d'isolement en milieu psychiatrique?

Line Leblanc, Marcelle Fleury, Louise Letarte and Denyse Pharand

Volume 26, Number 2, Fall 2001

Les doubles diagnostics

URI: https://id.erudit.org/iderudit/014536ar
DOI: https://doi.org/10.7202/014536ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Leblanc, L., Fleury, M., Letarte, L. & Pharand, D. (2001). Comment réduire l'utilisation des salles d'isolement en milieu psychiatrique? *Santé mentale au Québec*, *26*(2), 283–287. https://doi.org/10.7202/014536ar

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 2001

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

## Tribune libre

# Comment réduire l'utilisation des salles d'isolement en milieu psychiatrique?

Line LeBlanc*
Marcelle Fleury*
Louise Letarte*
Denyse Pharand*

Le recours à l'isolement thérapeutique lors de situations présentant des risques de violence, soulève de plus en plus de critiques d'ordre éthique, clinique et légal. Cette mesure qui consiste à restreindre la liberté de mouvement du patient comporte des risques pour le patient et le personnel. Par exemple, les dangers de blessures pouvant survenir lors de la mise en isolement du patient, l'imposition de contraintes extrêmes portant atteinte à la liberté de la personne, les conséquences néfastes en regard du traitement en cours ainsi que les perceptions négatives qu'entretiennent les patients et les intervenants à l'égard de cette pratique, justifient largement les efforts encourus pour réduire au minimum l'utilisation des salles d'isolement.

Dans cette perspective, la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente des dangers pour elles-mêmes ou pour autrui* stipule que l'utilisation de l'isolement thérapeutique doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne (Projet de loi 39, 1997, 455). Cependant, la pratique de l'isolement thérapeutique en milieu psychiatrique ne semble pas correspondre à l'esprit de cette loi, si on en juge par les résultats provenant de l'analyse des rapports d'incidents violents survenus en milieu psychiatrique. En effet, on rapporte dans la documentation scientifique une évaluation inadéquate de la dangerosité des situations ayant conduit à l'isolement thérapeutique, une fréquence élevée de l'utilisation des salles d'isolement et une disparité des taux d'utilisation entre les établissements (Angold, 1989; Ray et Rappaport, 1995).

* Les auteurs travaillent au Centre hospitalier Pierre-Janet, Hull.

Bien que la pratique de l'isolement thérapeutique en milieu psychiatrique soit régie par des directives cliniques et administratives, il semble que ces mesures d'encadrement ne suffisent pas à réduire au minimum l'utilisation des salles d'isolement. L'atteinte de cet objectif nécessite d'autres types de mesures permettant d'agir bien avant que la situation présente des risques de violence. Cette approche préventive suscite un intérêt marqué, toutefois les actions concrètes susceptibles de diminuer les risques de violence en milieu psychiatrique restent à définir. Une façon d'y parvenir serait de préciser les mesures préventives à partir des résultats de recherche sur les facteurs qui diminuent ou augmentent l'utilisation des salles d'isolement.

**Les facteurs associés à l'utilisation des salles d'isolement**

Les connaissances acquises sur les facteurs associés à l'utilisation des salles d'isolement peuvent servir à préciser les lignes directrices en matière de prévention des situations présentant des risques de violence. Les principaux facteurs associés à l'utilisation des salles d'isolement peuvent se regrouper en trois catégories soit 1) les caractéristiques des patients 2) les caractéristiques des intervenants 3) les caractéristiques du milieu de vie. Pour ce qui est des patients, les comportements agressifs manifestés avant l'hospitalisation, les données socio-démographiques, le diagnostic ainsi que la durée d'hospitalisation sont les principaux facteurs pouvant influencer les taux d'utilisation des salles d'isolement (Lendermeijer et Shortridge-Bagget, 1997).

En ce qui concerne les caractéristiques des intervenants, il semble que l'attitude avec laquelle les intervenants répondent aux demandes des patients et de leurs collègues peut contribuer à augmenter ou à réduire les risques de violence. Par exemple, les taux d'utilisation des salles d'isolement varient d'une unité à l'autre en fonction des motifs qui ont mené à l'isolement, de la cible de l'agression et des relations conflictuelles présentes dans l'équipe de travail (Angold et Pickles, 1993).

Pour ce qui est des caractéristiques du milieu de vie, l'organisation clinique et organisationnelle semble influencer la fréquence des incidents pouvant mener à l'utilisation des salles d'isolement. Par exemple, l'utilisation des salles d'isolement survient à certains moments précis comme le début de l'hospitalisation et durant les temps libres. En d'autres termes, il semble que l'absence d'activités structurées soit propice aux situations d'interactions sociales qui augmentent la manifestation de comportements agressifs (Kalogjera et al., 1989). Les connaissances acquises sur les facteurs associés à l'utilisation des salles d'isolement ont été utilisées pour élaborer un programme de prévention des situations

présentant des risques de violence, en vue de réduire le recours à l'isolement thérapeutique au centre hospitalier Pierre-Janet.

**Un programme de prévention à l'intention des intervenants**

Le programme de prévention des situations présentant des risques de violence, repose sur le postulat que le fait d'agir sur les facteurs associés à l'utilisation des salles d'isolement peut contribuer à diminuer le recours à cette pratique controversée. Les objectifs du programme ont été établis à partir des trois principales catégories de facteurs identifiées dans la documentation scientifique soit le patient, l'intervenant et le milieu de vie. Plus précisément, après l'implantation du programme les intervenants devraient être en mesure de: 1) établir le profil comportemental et clinique des patients dès l'admission 2) intervenir auprès des patients présentant des risques de violence 3) adopter des attitudes interactionnelles propices à la prévention des comportements agressifs 4) coordonner les actions préventives avec tous les membres de l'équipe 5) maximiser les effets thérapeutiques du milieu de vie 6) reconnaître les conditions organisationnelles associées aux risques de violence.

La formation des intervenants en matière de prévention des comportements agressifs est certainement une des premières étapes à franchir pour atteindre les objectifs du programme. Cependant, les connaissances et les habiletés acquises lors d'une formation ne mènent pas nécessairement à la généralisation des apprentissages dans la pratique. De sorte que le programme comprend deux autres moyens d'action favorisant le maintien des acquis à long terme, soit les outils de prévention et le soutien clinique (Renaud et Zamudio, 1999).

Plus précisément, le programme de prévention mise sur trois principaux moyens pour transmettre les connaissances et développer les habiletés des intervenants: 1) *la formation* en matière d'intervention auprès des personnes présentant des risques de violence, qui vise à prédisposer les intervenants à l'action préventive. 2) *les outils de prévention* tels qu'une grille de dépistage des patients présentant des risques de violence, un guide d'intervention auprès des patients à risque de violence, une liste des attitudes interactionnelles préventives, un plan type de présentation de cas en réunion d'équipe, un modèle de milieu thérapeutique et une grille d'analyse des conditions organisationnelles qui augmentent les risques de violence. Ces outils visent à faciliter l'action préventive des intervenants. 3) *le soutien clinique* vise à renforcer régulièrement les actions préventives par le feedback, les mécanismes de suivi et un service conseil.

## L'évaluation de l'implantation du programme de prévention

L'implantation d'un programme de prévention destiné aux intervenants devrait mener à des changements aux plans individuel et organisationnel, qui auront par la suite un impact sur le recours à l'isolement thérapeutique. Par conséquent, il importe de procéder à l'évaluation de l'implantation du programme avant de mesurer l'effet du programme sur les taux d'utilisation des salles d'isolement. Dans cette perspective, un devis d'évaluation de l'implantation du programme de prévention a été élaboré dans le but d'estimer le degré de mise en œuvre des interventions préventives effectuées par les intervenants à l'aide de la formation, des outils de prévention et du soutien clinique.

Cette évaluation du processus permettra de savoir dans quelle mesure les intervenants appliquent les connaissances acquises, utilisent les outils de prévention et bénéficient du soutien clinique. Plus précisément, la pertinence du programme devrait s'observer par 1) une connaissance accrue en matière de prévention des situations présentant des risques de violence 2) une utilisation systématique des outils de prévention 3) une manifestation d'attitudes et de comportements propices à la prévention des incidents violents, comme la recherche d'un accord entre les membres de l'équipe pour ce qui est du dépistage et des objectifs d'intervention; la valorisation des interventions préventives auprès des patients à risque ainsi que du travail d'équipe et la réévaluation systématique des conditions cliniques et organisationnelles liées aux risques de violence.

Une telle collecte de données servira à identifier les écarts entre ce qui a été prévu et ce qui a été réalisé dans le but d'apporter les correctifs nécessaires à l'amélioration du programme. Par la suite, les effets du programme seront mesurés afin d'établir dans quelle mesure le fait d'agir sur les facteurs associés à l'utilisation des salles d'isolement réduit le recours à cette pratique.

## Conclusion

Bien que la pertinence de l'approche préventive soit reconnue, la tendance actuelle consiste davantage à préciser les valeurs et les normes entourant la pratique de l'isolement thérapeutique, plutôt que de proposer des mesures permettant d'agir avant qu'apparaissent les signes précurseurs de la violence. Pourtant, il semble que la plupart des établissements ont déjà mis en place des mesures d'encadrement face à cette pratique controversée, incluant des protocoles et une formation en situation de crise (OMEGA, etc.). De sorte que la volonté actuelle de réduire au minimum l'utilisation des salles d'isolement pourrait plutôt prendre

la forme d'un effort de prévention ayant pour but d'agir sur les facteurs qui augmentent ou diminuent les risques de violence. Dans cette perspective, le programme de prévention des situations présentant des risques de violence propose des mesures concrètes qui misent sur l'apprentissage plutôt que le contrôle et la communication plutôt que l'isolement.

## Références

ANGOLD, A., 1989, Seclusion, *British Journal of Psychiatry*, 154, 437-444.

ANGOLD, A., PICKLES, A., 1993, Seclusion on an adolescent unit, *Journal of Child and Psychology and Psychiatry*, 34, 6, 975-989.

ASSEMBLÉE NATIONALE, 1997, *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, Loi 39*, Éditeur officiel du Québec.

KALOGJERA, I. J., BEDI, A., WATSON, W. N., MEYER, A. D., 1989, Impact of therapeutic management on use of seclusion and restraint with disruptives adolescent patients, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 3, 280-285.

LENDEMEIJER, B., SHORTRIDGE-BAGGETT, L., 1997, The use of seclusion in psychiatry : a litterature review, *Scholarly Inquiry for Nursing Practice : An International Journal*, 11, 4, 299-315.

RAY, N. K., RAPPAPORT, M. E., 1995, Use of restraint and seclusion in psychiatric settingd in New York State, *Psychatric Services*, 46, 10, 1032-1037.

RENAUD, L., ZAMUTO, M. G., 1998, *Planifier pour mieux agir*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction de la promotion de la santé.