

Les chambres fermées en psychiatrie: poursuivre le débat pour dépasser les conflits

■ A. Bardet Blochet

Investigations psychosociales, Service de psychiatrie adulte, Département de psychiatrie, HUG – Belle-Idée, Genève

Summary

Bardet Blochet A. [Seclusion in psychiatry: continuing the debate in order to go beyond the conflicts.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr. 2009; 160:4–11.

Constraining measures such as seclusion in a locked room are often used in psychiatry despite the restrictive legislative limits which emphasise the exceptional nature of these measures. In constant tension with various principles of medical ethics, seclusion constitutes a major hindrance to patient rights and liberty, but at the same time, it may arise from a duty to assist or protect the patient or a third party. Within the context of caring for the patient, seclusion in a locked room must be justified by the patient's clinical condition and must aim to attain a therapeutic goal which legitimises its use.

Nevertheless, we cannot ignore the conflict of interests between the giver and the receiver of care, nor the controversies among health professionals about this issue. On the patients' side, the locked room is often considered as a punitive measure which intensifies the feelings of rejection and abandonment, producing fear, anxiety and frustration. Seen as a source of suffering, its therapeutic qualities are often unrecognised. On the caregivers' side theoretical, ethical and deontological debates examine the isolation issue with three identified objectives: therapy, security and punishment.

At this time, a certain consensus has been established concerning how resorting to confinement should be incorporated within the therapeutic strategy. A list of widely accepted indications and counter-indications has been discussed. Many teams of caregivers include the follow-up of

episodes of seclusion within the protocol of care. It has been recognised that the development of the use of alternative measures is necessary, and the patient's voice has finally begun to be heard.

Nonetheless, using locked rooms as a tool in caring for patients continues to be difficult and traumatising for patients and a persistent source of uneasiness for caregivers. Certain issues remain unresolved; for example, the evaluation of the expected benefits of seclusion compared to its deleterious effects or the estimation of its efficacy compared to that of alternative measures. Little rigorous scientific research has been carried out attesting to the therapeutic effects of seclusion and calls have been made to eliminate it from hospital services. The debate must continue within the hospital network and outside this network with the participation of patients' associations and the support of political authorities. It is this debate which forces us to envision other, less coercive, measures, thus creating the conditions to reduce seclusion. In this way, the contributions of the various participants in this debate play a part in the establishment of new standards which encourage a culture of care rather than a culture of control and make a partnership possible in caring for the illness that respects patients' rights.

Keywords: constraint; seclusion in psychiatry; patients' rights

Introduction

Historiquement, l'enfermement des malades mentaux – parmi d'autres pratiques coercitives – a accompagné l'évolution de la psychiatrie depuis des siècles [1]. En tant que problématique, l'isolement en psychiatrie a émergé avec le mouvement de reconnaissance des droits des patients, porté notamment par les associations de patients et de proches depuis quelques décennies ainsi que par les travaux de chercheurs en sciences sociales et humaines analysant «l'institution totale» – ou totalitaire – (Goffman, Foucault, Castel). Cette problématique s'est développée dans le cadre des travaux théo-

Correspondance:
Anne Bardet Blochet
HUG – Belle-Idée
2, chemin du Petit-Bel-Air
CH-1225 Chêne-Bourg
e-mail: anne.bardet-blochets@hcuge.ch

riques et des réflexions sur les pratiques produits par des cliniciens, médecins et infirmiers. L'ensemble de ces travaux ont contribué à questionner les usages contraires à l'intégrité, à la dignité et aux droits de la personne malade. A leur suite, un grand nombre de pays ont adopté des cadres législatifs régissant les mesures de contrainte dans les établissements de soins et la plupart insistent sur le caractère exceptionnel qu'elles doivent revêtir. Cependant, la mise en chambre fermée reste fréquemment utilisée dans les établissements hospitaliers, notamment en psychiatrie adulte et infantile et en gériatrie. On sait depuis Goffman [2] que le fonctionnement de l'institution repose davantage sur un ensemble de coutumes, de règles, de hiérarchies, admises par les malades et les soignants, plus réelles et efficaces que l'organigramme et les règlements affichés.

Existe-t-il une contrainte légitime?

Un bref détour par la description de l'état actuel de la législation et des directives en vigueur – reflet provisoire de l'évolution récente des réflexions et des pratiques – doit mettre en perspective l'utilisation de la chambre fermée dans les limites imposées par la loi.

Il n'existe pas en Suisse, au niveau fédéral, de bases légales uniformes concernant les mesures de contrainte médicales. Leurs modalités varient selon les cantons et dépendent des usages en cours dans les différents établissements de soins; cependant, les droits constitutionnels de la personne concernée (Art. 10 Droit à la vie et liberté personnelle et Art. 36 Restriction des droits fondamentaux) ainsi que les lois cantonales régissant les mesures de contrainte doivent bien entendu être respectés. En outre, les directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) [3] sur les mesures de contrainte – qui n'ont pas force de loi mais doivent fournir une aide à l'ensemble de l'équipe soignante – soulignent elles aussi le caractère exceptionnel que doivent revêtir ces mesures, notamment en dehors des cas d'urgence. L'isolement, comme la contention ou les traitements forcés, se situe en tension permanente, en conflit entre différents principes médico-éthiques. Considéré comme une entrave majeure à la liberté, il constitue une atteinte aux droits du patient et en même temps peut résulter d'un devoir d'assistance ou de protection du patient ou de tiers. Selon ces directives, il s'agit toujours d'évaluer si le bénéfice qu'on en attend surpasse le traumatisme et les effets délétères qu'il peut produire; de même, il faut en estimer les conséquences par rapport à

celles issues de mesures alternatives. 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. Elle encourage aussi la discussion au sein de l'équipe soignante au sujet de l'application de mesures de contrainte; elle engage l'institution à veiller à ce que l'équipe ait connaissance des bases juridiques et des directives en vigueur, elle l'incite également à proposer des formations sur la gestion de la violence notamment.

L'ensemble de ces textes, tout en stigmatisant les aspects contraires aux droits de la personne et mettant sous conditions le processus d'isolement (et de contrainte en général), en autorise toutefois l'usage mais sans grande précision quant aux critères médicaux sur lesquels est basée cette concession aux droits. Dans un contexte de soins, on s'attend à ce que la mise en chambre fermée poursuive un but thérapeutique et soit justifiée par l'état clinique du patient. La littérature montre que l'isolement peut répondre à des fonctions thérapeutiques, certes, mais aussi à des fonctions sécuritaires et même punitives [4–7]. Pour de nombreux auteurs, la question est alors de savoir comment, dans la pratique, l'isolement s'inscrit dans un projet thérapeutique qui seul fonde sa légitimité.

Le conflit des logiques

Comme l'explique Friard [5] s'appuyant sur une longue pratique clinique, la notion de mise en chambre fermée est fortement polémique et oppose soignants et soignés, quelles que soient les précautions prises et la capacité de chacun à questionner ses actes. Leurs avis ne peuvent que diverger alors que les uns, détenant le pouvoir d'enfermer, doivent assurer le fonctionnement institutionnel et veiller à sa pérennité et que les autres, éloignés des intérêts institutionnels, aspirent à être sujets de leur existence tout en n'étant, le plus souvent, pas hospitalisés de leur propre gré.

Du côté des patients

Le point de vue des patients est de plus en plus relayé dans la littérature portant sur la mise en chambre fermée. Toutefois, les études rigoureuses sur le plan scientifique sont rares en raison du malaise que ce sujet entraîne chez les soignants et les patients en réactivant des conflits liés à l'utilisation, voire aux abus, des mesures de coercition renvoyant à une image asilaire dont la psychiatrie

veut s'écarter [8]. La plupart des études restituent la parole du patient de manière descriptive et rétrospective; par cette démarche, elles apportent des éléments nécessaires à la compréhension du conflit des logiques qui oppose soignés et soignants. Dans la perspective du patient, l'aspect thérapeutique de la mise en chambre fermée n'est pas un acquis [5, 9]; 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 [10]. La perception des patients au sujet de l'isolement n'est cependant pas univoque. Selon les différents témoignages recueillis, certains estiment que l'isolement leur a permis de mieux se contrôler, de réfléchir, de retrouver la réalité [5], d'autres ont éprouvé un sentiment de protection et décrivent une évolution dans les émotions ressenties, passant de la colère et de l'anxiété à l'apaisement et à un sentiment d'amélioration [8]. La reconnaissance de ces aspects positifs va néanmoins toujours de pair avec la dénonciation de la souffrance endurée lors de la mise en isolement dont l'expérience est vécue la plupart du temps comme traumatisante. En toile de fond, la mauvaise qualité des relations soignants-soignés est une source majeure d'insatisfaction alors que, selon les patients, une meilleure communication constituerait une mesure préventive efficace à l'isolement [9]. De plus, ils soulignent l'insuffisance des interactions avec l'équipe soignante durant la période d'isolement, source de frustration et d'anxiété, ainsi qu'un manque de soutien et de possibilité d'en parler après qui permettrait de donner du sens à cette expérience. La question cruciale du manque d'informations est soulignée (absence d'informations sur le règlement entraînant des risques de transgression, lacunes d'informations sur les modalités de l'isolement, etc.); ainsi, nombreux sont ceux qui jugent la mesure inappropriée du fait qu'ils ont été mal informés des règlements en vigueur [9]. Mise à part la distribution de médicaments, ils ne perçoivent pas la chambre d'isolement comme un lieu de soins [5]. Nombre d'entre eux estiment que leur état ne nécessitait pas une mise en isolement et que des mesures alternatives auraient pu l'éviter [8], ils soulignent l'aspect arbitraire d'une procédure associée à une punition et dont la valeur thérapeutique n'est dans l'ensemble pas perçue.

Ces études mettent en évidence les nombreux aspects négatifs de la mise en chambre fermée, selon le point de vue des patients. Elles constituent un premier apport dans la réflexion à mener sur cette problématique du conflit des logiques.

Du côté des soignants

L'abondance et la variété de la littérature concernant les mesures de contrainte en psychiatrie montrent les débats théoriques, les interrogations éthiques, les questionnements déontologiques qui traversent depuis de nombreuses années les professionnels, cliniciens ou chercheurs, médecins et infirmiers. Comme le relève Fisher [11], on y trouve des études empiriques et descriptives, des études de cas, des travaux théoriques, des énoncés de directives ou des exposés d'opinions et des témoignages. Dans nombre de ces travaux, la mise en isolement, comme intervention couramment utilisée, n'en est pas moins controversée ou en tous cas interrogée. Moyen thérapeutique efficace ou pratique d'un autre âge?

Le débat actuel s'articule autour des objectifs qui motivent la mise en chambre fermée. Dans l'ensemble de la littérature, trois types d'objectifs émergent, thérapeutiques, sécuritaires et punitifs.

1. *Les objectifs thérapeutiques*, tels que contrôler et réduire les stimulations, fournir des limites environnementales, reconstruire un espace géographique et relationnel particulier [4, 7], impliquent que l'isolement n'est pas improvisé mais réfléchi et même théorisé, qu'il constitue un moment du traitement, le plus court possible, associé aux autres moyens dont dispose la psychiatrie [4, 5]. L'apport thérapeutique de l'isolement théorisé par Gutheil [12], et repris par divers auteurs [8, 9, 11, 13], repose sur trois principes inter-corrélés: la fonction de contenant, l'isolement (ou l'éloignement) physique, la diminution des stimulations sensorielles. Gutheil souligne l'efficacité de la mise en isolement dans un certain nombre de pathologies, en particulier lorsqu'elle est demandée par le patient. Il mentionne toutefois qu'elle doit être utilisée en dernier recours quand d'autres interventions ont échoué et prévient contre les abus qui pourraient en être faits, par exemple, pour éviter de communiquer avec un patient agité, pour calmer l'anxiété de l'équipe soignante, pour punir ou parce que le patient est simplement hostile et irritant.
2. *Les objectifs sécuritaires* de la mise en chambre fermée en tant que mesure préventive, pour maintenir le calme avant tout débordement ou passage à l'acte, posent la question de l'évaluation des risques et de la dangerosité [7]. La prise de décision est dès lors hautement subjective; elle dépend, entre autres, du degré de tolérance de l'équipe face aux comportements agressifs et violents. Néanmoins, le geste dangereux accompli implique une réponse compré-

hensible par le patient et dans ce cas, le médecin prescrit une mise à l'isolement même s'il n'est pas sûr que l'aspect thérapeutique de la mesure domine. Comme réaction au passage à l'acte ou à un danger grave pour le patient ou pour des tiers, la mise en chambre fermée n'est guère contestée lorsque le principe de proportionnalité est respecté. C'est-à-dire quand la mesure répond à une nécessité, quand elle est proportionnelle au danger encouru et quand elle ne peut pas être remplacée par des mesures moins radicales [3]. Au niveau de la prise de décision, la question du rapport entre les effets délétères pour le patient et les bénéfices escomptés pour lui-même et pour les autres paraît essentielle. La décision de prescrire des mesures coercitives implique dès lors un jugement clinique complexe sur la façon de gérer certaines situations [6].

3. *Les objectifs punitifs*, exclus des cadres légaux régissant les mesures de contrainte en Suisse et dans de nombreux pays, font évidemment l'objet des plus vives contestations. Ils sont cependant largement évoqués par les patients interviewés dans le cadre de différentes études et également mis en cause par bon nombre de soignants [5, 7, 9, 10]. Selon Morrall et Muir-Cochrane [6], l'isolement utilisé pour contrôler des comportements non dangereux mais qui contreviennent aux règles établies, procède de la punition et contraste avec le travail de soins, d'empowerment, de réhabilitation psychosociale, défendu par la majorité des professionnels de la psychiatrie. Pour ces auteurs, ce type de pratique transforme les soignants en agents du contrôle social de populations déviantes et illustre le dilemme de rôle, le paradoxe psychiatrique, entre soins et régulation sociale.

Généralement considérée négativement par les patients qui n'en perçoivent pas souvent les aspects thérapeutiques, la mise en chambre fermée est aussi largement discutée par les professionnels, médecins et infirmiers. Pour l'équipe soignante, *«la prise de décision est difficile et complexe parce qu'elle mobilise des fonctions souvent paradoxales (soins/contrôle, relation/discipline, empathie/sécurité)»* [7]. Elle met en jeu l'expérience des soignants, leurs connaissances théoriques, légales et éthiques, leurs valeurs et leurs sentiments mais aussi la créativité qu'ils déploient pour réagir de façon adéquate dans des situations complexes et pour développer des mesures alternatives.

L'isolement dans le projet thérapeutique

Indications et contre-indications

L'usage de la chambre fermée comme un des moyens de soins parmi d'autres dont dispose la psychiatrie, pose le problème des indications médicales sur lesquelles il repose. En 1985, l'APA (American Psychiatric Association) publie un rapport sur les usages de l'isolement et des mesures de contrainte en psychiatrie où sont décrites les indications suivantes [11]:

- prévention de violences imminentes du patient envers lui-même ou envers des tiers lorsque d'autres moyens ont échoué,
- prévention de dommages importants à l'environnement physique,
- prévention d'une rupture brutale d'un traitement nécessaire,
- intégration à un traitement thérapeutique de type comportementaliste,
- diminution des stimulations,
- demande du patient lui-même.

Ces indications sont admises par la plupart des auteurs, cependant, la mise en isolement dans le cadre de thérapies comportementales reste très controversée, car elle a lieu en l'absence de danger immédiat, sans que des mesures alternatives soient tentées et son interruption n'est pas liée au statut clinique du patient [11]. En France, l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie, dont les indications proposées correspondent à celles de l'APA, reconnaît qu'elles sont *«éloignées de toute approche syndromique et nosologique [et] constituent essentiellement une explicitation des pratiques actuelles»* ([14], p. 23).

En Suisse, les directives de l'ASSM [3] préconisent l'engagement de mesures de contrainte uniquement dans les cas suivants: mise en danger de soi lorsque aucune autre mesure ne peut être envisagée (par exemple, prise en charge individuelle, plan de désescalade); mise en danger d'autrui (comportements agressifs, violences, ...); perturbations graves de la vie en communauté (comportements éprouvants pour l'entourage, atteinte à la liberté des autres, ...). Parmi les contre-indications, l'ASSM précise qu'en aucun cas ces mesures ne doivent être mises en œuvre pour discipliner ou punir le patient. Les mises en isolement pour réduire l'anxiété de l'équipe soignante, pour son confort ou pour pallier un manque de personnel sont également mises en évidence dans la littérature comme des contre-indications [5, 11, 14]. Outre ces utilisations dans un but non thérapeutique, un certain nombre d'affections somatiques non stabilisées ainsi que des risques suicidaires ou

d'automutilation constituent des contre-indications reconnues.

Il semble, cependant, qu'un catalogue d'indications et de contre-indications ne suffise pas à légitimer l'utilisation de l'isolement qui fait l'objet de doutes et d'interrogations persistantes dans les milieux professionnels, de rejet et de condamnation dans les milieux associatif et de défense des droits des patients. Il reste que, dans la pratique clinique, l'isolement est perçu comme courant, voire nécessaire, et souvent considéré comme efficace [8, 11, 12]. Selon d'autres auteurs, les taux de mise en chambre fermée qui varient considérablement d'une étude à l'autre – de 0 à 66% – suggèrent le besoin de développer des critères cliniques reconnus et partagés, basés sur un raisonnement théorique clair et sur la démonstration de l'efficacité thérapeutique de l'isolement; de plus, ces variations laissent à penser que dans un certain nombre de cas des mesures d'isolement sont prises de manière arbitraire, sans que des mesures alternatives n'aient été tentées et en dehors d'un projet thérapeutique [13].

Les mesures alternatives

La question de la mise en œuvre de mesures alternatives est envisagée en particulier dans les situations de violence imminente et dépend alors du degré de tolérance à la violence de l'équipe soignante et de sa capacité à gérer ces situations par des moyens non coercitifs. A ce sujet, Middleby-Clements et Grenyer [15] montrent que les programmes de tolérance zéro augmentent les attitudes rigides dans la gestion de la violence ainsi que l'utilisation de mesures disproportionnées. De plus, ces auteurs indiquent qu'une plus grande tolérance à des comportements agressifs est liée à moins de «burnout» au sein de l'équipe soignante. Fisher [11] mentionne plusieurs programmes de prévention et de gestion de la violence à l'intention des équipes soignantes, mettant en œuvre différents types de techniques de désescalade (interventions verbales – talk down – auto-défense, etc.). Selon les études qui en ont rendu compte, ces programmes ont un effet sur la diminution des incidents violents, sur le mieux-être des soignants et des soignés ainsi que sur la réduction des taux de mise en isolement. Comme l'ont observé Ryan et Bowers [16], les soignants utilisent dans leur pratique quotidienne un large éventail de techniques adaptées aux différentes situations auxquelles ils sont confrontés. Ces techniques, allant de la discussion apaisante à des contacts physiques fermes et à la contrainte, sont choisies en fonction de la

situation, de la gravité du conflit qui les oppose au patient mais aussi suivant qu'ils connaissent bien ou non la personne et son degré de vulnérabilité.

Des traitements médicamenteux, par leur effet sur l'agitation et l'hostilité, ont montré qu'ils peuvent également contribuer à réduire l'utilisation de l'isolement ou d'autres mesures de contrainte [17, 18]. Mais le problème demeure de la prise volontaire d'un médicament ou son administration sans le consentement du patient.

La formation du personnel soignant dans les techniques de désescalade ainsi que l'expérience clinique dans l'évaluation des risques sont des éléments essentiels de prévention de la violence dans les unités de soins [19]. Elles constituent dès lors des pistes pour diminuer le recours à l'isolement.

Un protocole

Afin de contrôler l'usage de la chambre fermée en garantissant sa légitimité et son inscription dans un projet de soins, il est nécessaire – mais peut-être pas suffisant – qu'il soit encadré par un règlement et inscrit dans un protocole consignnant les processus décisionnels, les modalités, les aménagements de l'isolement, etc. En règle générale, les institutions de soins établissent leurs propres normes à la fois garantes du respect de la législation en vigueur et représentant la philosophie de soins de chaque établissement. Autrement dit, la rédaction d'un protocole d'isolement peut ouvrir «*la possibilité d'élaborer une réflexion d'équipe sur les pratiques et de pouvoir ainsi dégager des références cliniques communes. L'isolement est ainsi institué comme acte de soins et prend la dimension réelle d'une thérapeutique*» [20]. Mais elle peut aussi refléter des préoccupations institutionnelles éloignées de celles des soignants et d'un objectif thérapeutique, comme le suggèrent Holmes et al. [7] qui citent l'exemple d'un protocole imposant une heure d'isolement lors de l'admission, quel que soit l'état du patient. Dans une perspective thérapeutique et non de gestion de la violence ou de modification des comportements, l'élaboration d'un projet de soin intégrant un protocole d'isolement doit être effectuée en équipe, de façon concertée [4], afin que chacun des acteurs – médecin, infirmier, patient – se sente partie prenante dans la prise en charge de la maladie.

Donner du sens et permettre au patient de s'exprimer

Lorsqu'une mise en chambre fermée est effectuée dans un cadre thérapeutique, la diminution des stimulations et l'effet contenant, protecteur de l'isolement doivent, pour le clinicien, stopper l'aggravation du tableau clinique, permettre au patient de reprendre le contrôle de lui-même et de récupérer sa liberté de pensée, d'expression et d'action. On se trouve ici au centre d'un paradoxe de la psychiatrie où le rétablissement de la liberté personnelle du patient passe par la suppression de sa liberté de mouvement. Durement ressenti, l'isolement comme outil de soin est ainsi considéré par les patients comme de la maltraitance et suscite un certain malaise parmi les soignants. Il apparaît dès lors que la relation de confiance entre le patient et son médecin ou son infirmier se heurte au malentendu et à l'incommunicabilité. A l'issue de cet épisode traumatisant, pouvoir user de la liberté d'expression retrouvée lors d'entretiens médicaux et infirmiers permet au patient d'exprimer son ressenti et, par un retour sur son expérience, d'en comprendre la finalité et d'en tirer un meilleur ajustement en cas de rechute. De tels entretiens restituent la parole au patient et engagent l'écoute du soignant dans un projet partagé de prise en charge de la maladie. Favorisant l'alliance entre soignants et soignés, cette démarche présente aussi l'avantage d'engager une réflexion en profondeur sur des exigences nouvelles sur le plan éthique et légal et sur les moyens – en termes de formation, d'information et de ressources – nécessaires à la mise en place de traitements fondés sur le partenariat.

Discussion

Des acquis et des incertitudes

Des préoccupations éthiques, légales et thérapeutiques sont au centre des interrogations qui animent les cliniciens d'une part, les patients et leurs proches d'autre part, pris chacun dans des logiques distinctes. Influençant ces préoccupations, les pressions et les injonctions de la société pèsent sur les pratiques médicales, en particulier sur la psychiatrie à qui on demande à la fois de soigner mais aussi de soustraire au regard les manifestations dérangeantes de la maladie mentale. Entre des exigences sécuritaires et des aspirations à la liberté individuelle et aux droits humains, le mode de contrôle social développé dans nos types de société favorise et encourage le libre arbitre du citoyen, du

«sujet libre» autorégulé, tout en stigmatisant et excluant le «déviant», considéré comme dangereux et en tant que tel marginalisé [6]. Dans cette perspective, les mesures de contrainte en psychiatrie sont admises comme des mesures de régulation sociale, assurant l'ordre et le sens des limites; mais elles sont aussi entachées d'un soupçon d'arbitraire sur fond de violence institutionnelle. Le débat sur les mesures de contrainte reflète les contradictions d'une société partagée entre ses aspirations humanistes et ses exigences de protection d'un ordre social qu'elle a elle-même défini.

Dans la pratique quotidienne des unités de soins psychiatriques, la mise en isolement est relevée comme courante dans la littérature. Devant de graves décompensations ou face à des actes de violence, elle trouve une justification chez de nombreux auteurs, en tant que composante de soulagement ou dispositif de protection du patient et de tiers. Elle est aussi parfois mise en cause comme relevant d'une pratique punitive ou, au mieux, de dernier recours de soignants dépassés ou débordés. Par ailleurs, ses effets délétères sur les patients et le malaise des soignants sont souvent décrits. A ce stade, un certain nombre d'interrogations persistent:

- Pourquoi, alors que des mesures alternatives sont recommandées, elles ne semblent pas plus souvent envisagées et tentées?
- La question de la durée de l'isolement est peu évoquée, si ce n'est dans un but descriptif et non comme une variable influençant le vécu du patient.
- Il est peu fait mention de la surcharge au niveau du travail infirmier qu'entraîne une mise en chambre fermée, en raison de la surveillance et des soins accrus qu'elle est censée exiger.
- L'impact thérapeutique n'est pas toujours évalué et on a peine à déterminer si les effets positifs sur l'état de santé surpassent le préjudice ressenti.

Ces questions en suspens mettent en évidence le flou qui persiste tant sur l'organisation que sur l'efficacité des chambres fermées. Compte tenu de l'ensemble des moyens thérapeutiques dont dispose actuellement la psychiatrie, la question du maintien de telles mesures de contrainte peut légitimement être posée.

Vers la réduction, voire l'élimination, du recours à l'isolement?

Une revue approfondie de la littérature a été effectuée récemment afin de rechercher les études randomisées (essais contrôlés randomisés)

évaluant les stratégies – hormis les mesures de contrainte quelles qu’elles soient et les traitements médicamenteux – pour contenir les personnes en crise psychiatrique aiguë [21]. Selon les auteurs, aucune étude suffisamment robuste, basée sur des preuves, n’est actuellement disponible sur l’évaluation des alternatives non coercitives pour contenir les comportements violents ou hors de contrôle. Cependant, un grand nombre d’études descriptives et empiriques montrent, par un lien de causalité implicite, l’efficacité de différents types d’interventions sur la réduction des taux d’isolement [22]. Issus des réflexions de cliniciens mais aussi de pressions au niveau politique ou associatif, des programmes sont développés pour diminuer l’usage de la contrainte et de l’isolement [18, 23, 24], dont certains visent explicitement à les éliminer. Ces initiatives alimentent la polémique et la controverse parmi les professionnels, comme l’illustre l’échange de lettres paru sur le site *Psychiatric Services* [25]. Certains psychiatres contestent en effet le bien-fondé d’une élimination pure et simple, qu’ils considèrent respectable sur le plan humain mais en dehors de la réalité clinique. Ce débat gagne à être mené à l’intérieur du système hospitalier, et à l’extérieur avec la participation des associations de patients et le soutien des instances politiques, car il oblige à envisager d’autres mesures, moins coercitives, et crée ainsi les conditions de réduction de la contrainte. Les contributions des différents acteurs à ce débat participent ainsi à l’établissement de nouvelles normes favorisant une culture du soin plutôt qu’une culture du contrôle.

Conclusion

Le recours à la chambre fermée est un sujet sensible qui interpelle depuis longtemps la communauté psychiatrique. A l’heure actuelle un certain consensus se dessine autour de son inscription dans le projet thérapeutique en tant qu’acte de soin. Un catalogue d’indications et de contre-indications communément admises est discuté; le suivi des épisodes d’isolement dans un protocole de soins est largement utilisé dans les établissements hospitaliers; la nécessité de développer l’usage de mesures alternatives est reconnue; la parole du patient, enfin, commence à être entendue.

Néanmoins, des questions demeurent concernant l’évaluation des bénéfices attendus de l’isolement par rapport à ses conséquences préjudiciables pour le patient ou sur l’estimation de son efficacité par rapport à celle issue de mesures alternatives. On dispose de peu de recherches rigoureuses sur le plan scientifique attestant de l’effet

thérapeutique de l’isolement et des voix s’élèvent pour en réclamer l’abandon. Une réflexion reste à faire à propos de l’élaboration de critères cliniques généralement admis légitimant le recours à une mesure de contrainte qui soulève encore beaucoup de critiques parmi les patients et parmi les soignants.

Enrichi par les témoignages des patients et les réflexions des cliniciens, le débat, loin d’être clos, doit se poursuivre sur la voie du partenariat, pour une prise en charge de la maladie en accord avec les droits des patients.

Références

- 1 Alexander FG, Selesnick ST. Histoire de la psychiatrie. Paris: Armand Colin; 1972.
- 2 Goffman E. Asiles. Paris: Editions de Minuit; 1968.
- 3 ASSM (Académie suisse des sciences médicales). Mesures de contrainte en médecine. Directives médico-éthiques; 2005.
- 4 Cozic J-Y, Genest P, Kress J-J. Isolement en tant que soin. *Psychiatrie Française*. 1996;N° spécial:82-6.
- 5 Friard D. L’isolement en psychiatrie – séquestration ou soin. Paris: Editions hospitalières; 1998. 229 p.
- 6 Morrall P, Muir-Cochrane E. Naked social control: seclusion and psychiatric nursing in post-liberal society. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*. 2002;1(2):1-12. www.auseinet.com/journal/vol1iss2/Morrall.pdf
- 7 Holmes D, Perron A, Guimond P. Le personnel infirmier et l’isolement en psychiatrie: critique du processus de décision. *Santé mentale*. 2007;116:17-23.
- 8 Palazzolo J. A propos de l’utilisation de l’isolement en psychiatrie: le témoignage de patients. *L’Encéphale*. 2004;XXX:276-84.
- 9 Meehan T, Vermeer C, Windsor C. Patient’s perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *J Adv Nurs*. 2000;31(2):370-7.
- 10 Holmes D, Kennedy S, Perron A. The mentally ill and social exclusion: a critical examination of the use of seclusion from the patient’s perspective. *Issues in Mental Health Nursing*. 2004;25(6):559-78.
- 11 Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1584-91.
- 12 Gutheil TG. Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient. *Am J Psychiatry*. 1978;135:325-8.
- 13 Brown JS, Tooke SK. On the seclusion of psychiatric patients. *Soc Sci Med*. 1992;35(5):711-21.
- 14 ANAES (Agence Nationale d’Accréditation et d’Evaluation en Santé). Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. L’audit clinique appliqué à l’utilisation des chambres d’isolement en psychiatrie, juin 1998, sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>.
- 15 Middleby-Clements JL, Grenyer B. Zero tolerance approach to aggression and its impact upon mental health staff attitudes. *Aust N Z J Psychiatry*. 2007;41:187-91.

-
- 16 Ryan CJ, Bowers L. Coercive manoeuvres in a psychiatric intensive care unit. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2005;12:695–702.
-
- 17 Chengappa KN, Levine J, Ulrich R, Parepally H, Brar JS, Atzert R, et al. Impact of risperidone on seclusion and restraint at a state psychiatric hospital. *Can J Psychiatry.* 2000;45:827–32.
-
- 18 Smith GM, Davis RH, Bixler EO, Lin HM, Altenor A, Altenor RJ, et al. Pennsylvania state hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatric Services.* 2005;56(9):1115–22; sur <http://psychservices.psychiatryonline.org/>.
-
- 19 Davison SE. The management of violence in general psychiatry. *Advances in Psychiatric Treatment.* 2005;11:362–70.
-
- 20 Welniarz B, Medjdoub H. L'utilisation de l'isolement thérapeutique au cours des hospitalisations à temps plein en psychiatrie infantile. *L'Information Psychiatrique.* 2005;81(19):789–95.
-
- 21 Muralidharan S, Fenton M. Containment strategies for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2006;3:CD002084.
-
- 22 Gaskin CJ, Elsom SJ, Happell B. Interventions for reducing the use of seclusion in psychiatric facilities. *Br J Psychiatry.* 2007;191:298–303.
-
- 23 Santé et Services sociaux Québec. Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement. Programme de formation, 2006, sur http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-812-02_part3-1.pdf.
-
- 24 American Psychiatric Association, American Psychiatric Nurses Association, National Association of Psychiatric Health Systems. Learning from Each Other – Success stories and ideas for reducing restraint/seclusion in behavioural health, 2003, sur <http://www.naphs.org/rscampaign/Learning.pdf>.
-
- 25 Liberman RP. Elimination of seclusion and restraint: a reasonable goal? *Psychiatric Services.* 2006;57(4):576, et lettres suivantes p. 576–8, sur <http://psychservices.psychiatryonline.org/>.
-