

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
UNIVERSITÉ TECHNIQUE DE COMPIÈGNE
ÉCOLE NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE DE RENNES

PROJET D'INTÉGRATION :
ÉVALUATION DE LA QUALITÉ PERÇUE ENTOURANT L'APPLICATION DES
MESURES D'ISOLEMENT À L'INSTITUT PHILIPPE PINEL DE MONTRÉAL

PAR
MICHÈLE MORIN

MÉMOIRE RÉALISÉ SOUS LA SUPERVISION
DE MONSIEUR GILLES COTÉ,
DIRECTEUR DU CENTRE DE RECHERCHE
DE L'INSTITUT PHILIPPE PINEL DE MONTRÉAL
ET RESPONSABLE HOSPITALIER DU PROJET

OCTOBRE 2002

Remerciements

L'auteur désire exprimer sa reconnaissance au responsable hospitalier de ce projet, monsieur Gilles Coté, Ph.D., directeur du Centre de recherche de l'Institut Philippe Pinel de Montréal, à qui il est redevable d'une assistance constante et éclairée. Il remercie également les enseignants du programme QUÉOPS pour leur soutien indéfectible. Ces remerciements s'adressent plus particulièrement à mesdames Marie-Pascal Pomey et Sylvie Ciocci ainsi qu'à messieurs Pierre-André Contandriopoulos et Gilbert Farges. Grâce à leurs encouragements et à leurs conseils judicieux, ils ont permis que ce projet soit mené à terme, malgré un contexte difficile.

Sommaire

La mise en chambre d'isolement présente des enjeux cliniques, éthiques et légaux importants pour tous les établissements de santé qui se voient forcés, à cause des particularités de leur clientèle, de recourir à cette mesure. Sur le plan légal, l'article 49 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que tout établissement procède annuellement à l'évaluation de l'application des mesures d'isolement.

Dans la littérature, on retrouve trois principales méthodes d'évaluation de la qualité en général. Il s'agit de l'audit clinique, de l'auto évaluation et de l'enquête de satisfaction. Jusqu'à maintenant, seules les deux premières méthodes ont été utilisées pour évaluer la qualité entourant l'application des mesures d'isolement.

La présente recherche vise, au moyen d'un questionnaire d'enquête, à évaluer la qualité entourant la mise en chambre d'isolement (MCI) et ce, à partir du point de vue du patient. Les principaux objectifs du projet sont de déterminer:

- s'il est réaliste de vouloir faire participer le patient au processus d'évaluation de la qualité entourant la mesure d'isolement,
- d'identifier l'importance relative accordée par les patients aux diverses dimensions prises en considération dans l'évaluation de la qualité,
- d'identifier les dimensions de la qualité pour lesquelles on enregistre un taux significatif de satisfaction et d'insatisfaction.

Les résultats de la présente recherche démontrent que les patients psychiatriques sont aptes à participer à de telles enquêtes et que, de plus, ils contribuent à identifier les dimensions de la qualité qui se doivent d'être améliorées si on souhaite véritablement répondre aux besoins de cette clientèle.

Table des matières

Remerciements	iii
Sommaire.....	iv
Table des matières.....	vi
Enjeux entourant l'isolement	1
<i>Les enjeux cliniques</i>	2
<i>Les enjeux éthiques</i>	3
<i>Les enjeux légaux</i>	4
<i>La gestion des risques associés</i>	4
Problématique	5
<i>L'évaluation de la qualité des MCI</i>	6
<i>Le choix d'une intervention</i>	9
Projet d'intervention	10
<i>Objectifs du projet</i>	11
<i>Méthodologie</i>	12
<i>Population à l'étude</i>	13
<i>Échantillon</i>	15
<i>Instrument de collecte des données</i>	15
<i>Bilan de la collecte des données</i>	19
<i>Traitement des données</i>	20
Présentation des résultats	22
Analyse des résultats	24
<i>Les secteurs de soins et services</i>	24
<i>Les dimensions</i>	25
<i>L'analyse détaillée des réponses</i>	26
<i>La dignité</i>	27
<i>La durée</i>	27
<i>Le confort</i>	29
<i>La fiabilité</i>	30
<i>La continuité</i>	31
<i>L'empathie</i>	33
<i>L'apaisement</i>	34

Conclusions	38
Bibliographie	42
Annexes	
Annexe A : Le questionnaire d'enquête	45
Annexe B : La table des fréquences des réponses	51
Annexe C : Lettre du directeur général	57
Annexe D : Lettre du directeur des services professionnels	59
Annexe E : Formule de consentement	61
Annexe F : Lettre de présentation de l'intervieweur	63
Annexe G : Poster de présentation.....	66

En psychiatrie, l'isolement est une mesure fréquemment utilisée et pourtant, c'est un aspect des soins de santé mentale qui est peu évalué et qui ne fait que rarement l'objet d'une démarche d'amélioration de la qualité proprement dite. En France, l'ANAES a développé, en 1998, un référentiel visant à évaluer la qualité des pratiques professionnelles entourant cette mesure, mais au Québec, jusqu'à tout récemment, la pratique a été davantage gérée et encadrée à partir de politiques et de protocoles développés localement. Pourtant, les enjeux qui entourent l'isolement et les risques qui y sont associés sont tels que son évaluation apparaît incontournable.

Les enjeux entourant l'isolement

Plusieurs enjeux se doivent d'être pris en considération lorsqu'il s'agit d'appliquer des mesures d'isolement. D'ordres différents, ils n'en sont pas moins tous importants et ils font l'objet d'une préoccupation constante de la part des établissements de santé qui, à cause de la pathologie même de leur clientèle, ont à recourir à cette pratique.

Les enjeux cliniques

Il est communément admis que les objectifs poursuivis par la mise en chambre d'isolement (MCI) sont d'arrêter les comportements agressifs et perturbateurs, de permettre la récupération de l'autocontrôle, de procurer au patient un environnement sécurisant et bien sûr, de protéger les pairs (AHQ, 2000; ANAES, 1998; Palazzolo, Favre, Halin & Bougerol, 2000). Plusieurs recherches ont cependant démontré que, loin

de remplir ces objectifs, la mise en isolement entraîne parfois chez les patients des effets non recherchés tel des sentiments d'abandon et de rejet, une impression d'être puni, un accroissement de l'anxiété et de l'agressivité ainsi qu'une exacerbation de l'état psychotique (Brown & Tooke, 1992 ; Bush & Shore, 2000; Binder & McCoy, 1983; Martinez, Grimm, & Anderson, 1999; Norris & Kennedy, 1992; Tooke & Brown, 1992).

Il existe par ailleurs des risques importants reliés à la mise en isolement, risques qui peuvent entraîner des conséquences graves chez le patient et son entourage. Parmi ceux-ci, mentionnons les risques de suicide et d'automutilation, les risques métaboliques et médicamenteux ainsi que les risques liés à la thermorégulation (ANAES, 1998).

Enfin, il convient de le préciser, l'efficacité clinique de la mise en isolement ne semble pas avoir été démontrée scientifiquement même si, cliniquement, il est généralement admis que l'isolement est parfois indispensable et salutaire (Brown & Tooke, 1992).

Les enjeux éthiques

Les problèmes éthiques que soulève l'utilisation de l'isolement ont été mis en évidence par plusieurs auteurs (Jamet & Lasson, 2001; Lachaux & Frassati; Oberleitner, 2000; Palazzolo & al., 2000)) ainsi que par divers groupes de protection des patients psychiatisés (Association des groupes d'intervention et de défense des droits en santé mentale, 2000). Dans les établissements de santé, la pratique doit être guidée par le respect de la personne et de la dignité humaine, la prise en considération de son

individualité et de son autonomie, l'évaluation de son potentiel, le respect de ses libertés individuelles, l'humanisation des soins et la protection de l'entourage. Or, encore ici, il est démontré que l'isolement est parfois subjectif, abusif et teinté de préjugés (Bush & Shore 2000; Oberleitner, 2000; Palazzolo & al. 2000) et que de ce fait, il contrevient aux principes éthiques qui doivent dominer la pratique.

Les enjeux légaux

En décembre 1997, le gouvernement du Québec adoptait le projet de Loi no. 39, la « Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui ». L'article 49 de cette loi vient modifier la Loi sur les Services de Santé et des Services Sociaux (l.r.q., chapitre s-4.2) en y insérant l'article suivant :

La force, l'isolement, tout moyen mécanique ou toute substance chimique ne peuvent être utilisés, comme mesure de contrôle d'une personne dans une installation maintenue par un établissement, que pour l'empêcher de s'infliger ou d'infliger à autrui des lésions. L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. Lorsqu'une mesure visée au premier alinéa est prise à l'égard d'une personne, elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise et le maintien de cette mesure.

Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures.

L'évaluation de l'application des mesures d'isolement est désormais une obligation légale et tout établissement de santé a le devoir de procéder à l'évaluation annuelle de cette pratique. Si la Loi encadre dorénavant l'isolement et la contention, il est fort regrettable que ce ne soit pas les évidences qui découlent des considérations cliniques et éthiques de l'application de cette mesure qui aient fait en sorte que les établissements de santé procèdent d'eux-mêmes à une telle évaluation.

La gestion des risques associés

Outre les enjeux cliniques, éthiques et légaux, la MCI comporte également des risques pour le personnel soignant et pour l'établissement. Les risques de blessures chez les soignants sont élevés et lorsque celles-ci surviennent, leurs impacts se font parfois ressentir longtemps, tant sur les plans physique que psychologique : certains employés n'ont jamais pu réintégrer leurs fonctions auprès des patients suite à une agression s'étant produite lors des MCI.

Par ailleurs, en ce qui a trait à l'établissement, les risques de poursuites consécutives au suicide d'un patient, à des blessures ou à l'aggravation de son état physique lors de l'isolement peuvent entraîner des coûts importants et ils peuvent porter atteinte à la réputation de l'établissement.

La problématique

La mission de l'Institut Philippe Pinel de Montréal est d'évaluer et de traiter une clientèle présentant des pathologies psychiatriques associées à de la dangerosité, cette caractéristique étant précisément le critère essentiel d'admission à l'Institut. Compte tenu des particularités de la clientèle, le recours à l'isolement y est donc utilisé plus fréquemment que dans d'autres établissements de soins psychiatriques. Tel que démontré précédemment, il existe des enjeux importants reliés à l'utilisation de l'isolement comme moyen thérapeutique pour contrer l'agressivité et la violence, enjeux qui se doivent d'être obligatoirement pris en considération dans un établissement tel que le nôtre. S'il y a eu dans le passé une certaine démarche visant à identifier les perceptions des patients vis-à-vis de la mise en isolement (Laliberté, 1993), elle n'a donné que peu de suites. Il n'existe donc pas, à l'heure actuelle, de véritable évaluation de la qualité entourant l'isolement à l'IPPM, si ce n'est une collecte de données quantitatives (nombre d'isolements, durée et motifs des isolements). L'analyse de ces données statistiques porte d'ailleurs à croire qu'il serait possible de réduire le taux et la durée des isolements; elle indique également que certains motifs d'isolement seraient maintenant inacceptables tant sur les plans clinique et éthique que sur le plan légal.

Compte tenu la mission même de l'IPPM, il est impératif de procéder à l'évaluation qualitative des soins entourant la MCI. Cette évaluation permettra de mieux cerner les aspects cliniques, éthiques et légaux qui ne sont pas entièrement respectés, selon les

normes en vigueur, et qui sont donc susceptibles de faire l'objet d'un processus d'amélioration de la qualité.

L'évaluation de la qualité de la MCI

Au cours des trois dernières décennies, de nombreuses études visant à identifier les attitudes et les perceptions des patients et du personnel soignant vis-à-vis de l'isolement ont été réalisées. Aucune d'entre elles ne visait cependant à évaluer la qualité du processus proprement dit, bien que les auteurs soulevaient fréquemment, dans leurs conclusions, certaines questions quant à leur légitimité et leur efficacité réelles. Ce n'est que tout récemment que la notion d'évaluation véritable du processus a émergé. L'élaboration par Terra (1996) de critères de qualité en matière d'isolement, ainsi que la publication par l'ANAES (1998) de « L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie », ont permis de faire un pas en avant vers un véritable processus d'évaluation de la qualité en matière d'isolement thérapeutique.

C'est au moyen de l'audit clinique que l'évaluation de la MCI est le plus fréquemment réalisée. Il s'agit essentiellement d'une méthode rétrospective utilisant les données contenues dans les dossiers des patients. À partir des ordonnances médicales et des observations des soignants, on relève la présence ou l'absence de critères de qualité, préalablement définis dans un référentiel. Une autre méthode est fondée sur le principe d'autoévaluation et sur l'aptitude des professionnels à évaluer leur pratique (ANAES, 1998). Cette méthode présuppose, de la part des professionnels, une totale collaboration et une honnêteté irréprochable. Or, dans le domaine de la psychiatrie et à cause des

éléments contre-transférentiels inévitablement présents dans certains cas, il est à notre sens tout à fait légitime de s'interroger quant à la valeur absolue d'une telle méthode. Peut-on, lorsqu'il est question d'évaluer la qualité de l'isolement thérapeutique, s'en remettre au seul jugement de ceux qui l'appliquent? Les patients eux-mêmes n'auraient-ils pas leur mot à dire et ne seraient-ils pas aptes, l'épisode de crise révolu, à poser un jugement relativement objectif sur les circonstances ayant mené à leur isolement ainsi que sur les conditions dans lesquelles il s'est déroulé?

La qualité se définissant comme *la conformité aux besoins du client*, ce sont ultimement les usagers qui sont les plus aptes à juger de la qualité des services qui leur sont rendus (McNeil, 1999). En psychiatrie et en particulier en ce qui a trait à la MCI, le recueil du point de vue du patient semble à plusieurs non pertinent, voire même illogique. Comme le soulignent Martin & Tignol (1995), des interrogations surviennent invariablement : le patient psychiatrique est-il capable de donner son avis sur les soins qu'il reçoit et surtout, cet avis est-il un reflet correct des résultats du soin? Tel que ces auteurs le mentionnent, il existe bien là une contradiction : alors que la pratique psychiatrique s'appuie avant tout sur l'écoute du ressenti et du vécu des patients, ceux-ci seraient tout à coup disqualifiés pour ce qui est de l'appréciation du soin.

Mais en même temps, nous comprenons fort bien qu'il ne soit pas toujours facile de gérer l'agressivité des patients. En cas de crise, le point de vue du patient peut paraître secondaire, à ceux du moins à qui incombe la responsabilité de gérer cette crise : l'objectif est d'abord de contrôler le comportement d'agression. Mais n'existerait-il pas

des enseignements à tirer de l'écoute du patient après cet épisode, lorsque le recul par rapport aux évènements lui permet de s'exprimer avec plus d'objectivité?

Si l'évaluation de la qualité de l'isolement ne passe que par la méthode de l'audit clinique, elle échappe à une dimension importante, celle du point de vue du patient. Il importe que les points de vue des professionnels et des patients soient tous deux pris en considération. Selon nous, ces deux approches devraient être complémentaires et c'est de cette complémentarité que pourrait peut-être émerger un véritable processus d'amélioration de la qualité entourant la MCI. Le recueil de l'opinion du patient apparaît essentiel puisque le concept même d'amélioration de la qualité est d'abord et avant tout une approche centrée sur le client. L'évaluation cognitive, affective et émotive que font les patients de leur passage en chambre d'isolement pourrait contribuer à l'identification des aspects qui répondent moins à leurs véritables besoins. Qu'il s'agisse de l'isolement ou de tout autre traitement, le malade attend une réponse à ses besoins et à sa souffrance; l'évaluation du caractère adéquat de cette réponse ne saurait, à notre sens, être laissée aux seuls soignants. Il demeure possible que, dans le cas précis de la MCI, le point de vue du patient soit inutilisable parce que trop teinté de préjugés quant à la nature même du processus, mais tant et aussi longtemps que cela ne sera pas clairement démontré, nous ne pouvons écarter la possibilité que le recueil de l'opinion du patient puisse contribuer à l'amélioration des pratiques en matière d'isolement : omettre cette dimension serait, de la part des soignants, faire preuve de préjugés.

Enfin, pour bien mettre en évidence la pertinence d'évaluer le point de vue du client lorsqu'il s'agit d'appliquer une mesure qui s'exerce généralement contre son propre gré, nous nous référons à Svensson & Hansson (1994) qui soutiennent qu'une attention toute particulière doit être accordée à l'opinion des groupes à risque, dans le développement de politiques de contrôle de la qualité et, également, dans le développement de méthodes d'évaluation de la qualité. Les auteurs identifient précisément ces groupes comme étant les patients souffrant de schizophrénie et les patients ayant une perception coercitive de leur traitement en établissement. D'autres auteurs (Larsen, Attkinson, Hargreaves & Nguyen, 1979) soulignent que l'appréciation du client et du thérapeute représentent deux perspectives, sans doute différentes, mais également nécessaires pour en arriver à une évaluation complète de la pertinence des ressources mises en œuvre dans les traitements et, aussi, à une évaluation véritable de leurs effets.

Garceau, Lusignan & Poirier, (1999) abondent également en ce sens, en affirmant que l'évaluation de la satisfaction des patients psychiatriques à l'égard des soins et des services reçus est un indicateur important et indispensable au travail des cliniciens. À l'instar de Favaro (1995), nous croyons que les perceptions du malade psychiatrique jouent un rôle déterminant dans sa prise en charge et dans l'amélioration de son état de santé et qu'à ce titre, les cliniciens doivent nécessairement en tenir compte.

Le choix d'une intervention

Afin de prendre en considération les points de vue des cliniciens et des patients dans l'évaluation de la qualité entourant la MCI, l'IPPM a conçu deux projets distincts mais

fortement complémentaires. Il s'agit d'une part de la mise en œuvre d'un audit clinique réalisé à partir d'un référentiel devant être élaboré, en collaboration, par des cliniciens et des universitaires considérés experts en matière d'évaluation et, d'autre part, du recueil de l'opinion des patients quant à la qualité perçue lors de leur MCI. Le projet d'évaluation basé sur une approche normative a été confié à la directrice des soins infirmiers alors que le projet d'évaluation basé sur l'approche client, entrepris par la coordonnatrice du programme d'amélioration de la qualité, fait l'objet de la présente recherche. Ultiment, ces deux méthodes d'évaluation devront être appliquées à un même groupe de patients afin de déterminer s'il existe un coefficient de corrélation significatif entre leurs résultats respectifs. Ceci dépasse cependant le cadre du projet actuel, ce dernier consistant essentiellement à élaborer et à administrer à un échantillon de patients, un questionnaire d'enquête relatif à la qualité perçue lors de la MCI et à en analyser les résultats.

Puisqu'un tel questionnaire n'existe pas à l'heure actuelle (la littérature s'étant surtout penchée sur les sentiments et le vécu du patient), il va de soi que ce projet est réalisé à titre expérimental. Ses résultats devraient cependant permettre de déterminer dans quelle mesure on peut recueillir l'opinion des patients lorsqu'il s'agit d'évaluer la qualité d'un isolement, mesure appliquée le plus fréquemment contre leur gré.

Le projet d'intervention

Ce projet consiste à évaluer, à partir d'un questionnaire d'enquête, la qualité perçue par les patients de leur mise en chambre d'isolement. Il ne s'agit pas de recueillir des

données permettant de mettre essentiellement en évidence les sentiments éprouvés par les patients lors de l'application de cette mesure, mais bien d'obtenir leur opinion quant à la qualité des soins entourant la MCI. Si le terme « satisfaction » ne peut que difficilement être associé à celui d'isolement, il n'en demeure pas moins qu'un tel questionnaire est directement inspiré des enquêtes de satisfaction : il s'agira en quelque sorte de recueillir des indices permettant d'évaluer, à partir de l'expérience personnelle d'un certain nombre de répondants, le degré auquel la MCI répond véritablement aux besoins de ces patients. Il s'agira donc de recueillir leur jugement quant à la qualité des soins entourant cette mesure, tel qu'ils le perçoivent.

Les objectifs du projet

L'objectif principal de ce projet est de procéder, au moyen d'un questionnaire d'enquête structuré, à l'évaluation de la qualité des soins et des services entourant la MCI, tel que perçue par les patients eux-mêmes.

Les objectifs secondaires sont de déterminer :

- s'il est réaliste de faire participer le patient au processus d'évaluation de la qualité entourant la mesure d'isolement;
- d'identifier l'importance relative accordée par les patients aux diverses dimensions prises en considération dans l'évaluation de la qualité des isolements;
- d'identifier les dimensions de la qualité pour lesquelles on enregistre un taux significatif de satisfaction et d'insatisfaction.

Subséquentement au dépôt de ce projet, il s'agira :

- d'utiliser les résultats de l'analyse des données pour amener les intervenants à s'interroger quant aux pratiques en vigueur et aux améliorations qu'il est possible d'y apporter;
- d'élaborer avec le personnel soignant un plan d'action permettant d'apporter les correctifs identifiés afin d'accroître le taux de satisfaction des patients;
- d'utiliser les résultats de l'enquête afin de contribuer à l'élaboration d'un référentiel qualité de la MCI en y introduisant, notamment, des éléments correspondants aux besoins et aux attentes réels des patients qui sont soumis à cette mesure.

Si cette méthode d'évaluation s'avère efficace, il sera intéressant, dans des recherches ultérieures, d'améliorer la pertinence et la qualité du questionnaire et d'établir s'il existe un coefficient de corrélation significatif entre les résultats d'une évaluation basée sur l'approche par les processus (audit clinique) et les résultats d'une évaluation basée sur l'approche client (questionnaire d'enquête).

La méthodologie

Ce chapitre traite des différents aspects méthodologiques reliés à la cueillette et au traitement des données. On y retrouve les informations relatives à la population, à l'échantillon, à l'instrument de collecte de données, au bilan de la collecte ainsi qu'au traitement des données.

Population à l'étude

La population à l'étude est constituée de tous les patients majeurs, de sexe masculin, admis à l'IPPM pour fins de traitement et qui ont été radiés au cours des six mois précédant l'enquête.

La décision de recourir, pour fins d'enquête, aux patients déjà radiés permet de s'assurer d'une part que l'état mental des patients interrogés est suffisamment stable pour leur permettre de répondre au questionnaire et elle permet, d'autre part, d'échapper au biais inhérent à une clientèle captive, telle celle de l'IPPM. Ce biais réside dans la crainte de représailles de la part du personnel si le patient, encore hospitalisé, se prononce négativement vis-à-vis de la qualité des soins entourant les isolements. Pour ne pas introduire des variables qu'il aurait été impossible de contrôler lors de l'interprétation des résultats, tous les patients faisant partie de la population sont de sexe masculin et tous sont âgés de plus de 21 ans.

Les critères d'inclusion faisant partie intégrante du protocole de recherche sont donc les suivants :

- Les patients doivent être de sexe masculin
- Les patients doivent être âgés d'au moins 21 ans
- Les patients doivent avoir été radiés de l'IPPM au cours des six mois précédant le sondage

La population correspondant à ces critères a été identifiée par le service des archives médicales qui, avec l'autorisation écrite du directeur des services professionnels, nous a transmis la liste et les coordonnées de tous les patients radiés depuis six mois ainsi que leur diagnostic psychiatrique. Cette liste comprenait, à l'origine, 51 patients.

Pour permettre un meilleur contrôle des variables inhérentes à la recherche, certains critères d'exclusion ont été appliqués à cette population. Il s'agit des critères suivants :

- Les patients qui ne comprennent ni ne parlent le français
- Les patients présentant un diagnostic autre que directement lié à la psychose (troubles de la personnalité, troubles du caractère, usage de substances etc.)
- Les patients qui n'ont jamais été placés en isolement

L'application de ces critères a réduit le nombre de patients à 29. Quatre patients (4) ne s'exprimaient pas en français, six (6) patients avaient un diagnostic qui les excluait du protocole de recherche et enfin, douze (12) patients n'avaient jamais été isolés.

Sur ces 29 patients, cinq (5) n'ont pu être rejoints et neuf (9) ont refusé de répondre au questionnaire. La recherche porte donc sur 15 questionnaires complétés totalement ou en partie, un patient ayant refusé de répondre à plusieurs questions.

L'échantillon

Étant donné le faible nombre de sujets dans la population à l'étude, nous n'avons pas procédé à un échantillonnage proprement dit. Cependant, puisque le questionnaire n'a pas été complété par l'ensemble de la population, nous présentons ici un tableau illustrant la participation des sujets en fonction des critères d'exclusion.

Tableau 1 :
Participation des sujets de la population en fonction des critères d'exclusion

	Motifs d'exclusion	Nombre de sujets	Nombre total de sujets
Population			51
Sujets exclus de l'enquête (motifs)	Langue autre	4	36
	Diagnostics autres	6	
	Jamais isolés	12	
	Non rejoints	5	
	Refus de participer	9	
Échantillon final			15

L'instrument de collecte des données

Robert (1988) stipule que la première étape de la construction d'un questionnaire consiste à rendre explicites ses objectifs. Le principal objectif de cette enquête étant d'évaluer la qualité entourant la MCI telle que perçue par les patients, il a d'abord fallu définir le concept de qualité et identifier ses principales dimensions. Par la suite, ces dimensions ont été opérationnalisées en variables mesurables sous la forme de questions précises et pertinentes, tel que le recommande Masson (1993).

Dans la présente recherche, la définition du concept de qualité et l'identification de ses principales dimensions ont été empruntées au concept de service de la Régie régionale de Montréal-Centre (Secor, Zins, Beauchênes & associés, 1994, 1997). La qualité y est définie comme étant la conformité aux besoins du client et douze dimensions de celle-ci ont été identifiées en fonction de trois principaux secteurs : les secteurs relationnel, professionnel et organisationnel. Au moyen, d'une part, d'une enquête qualitative réalisée auprès de groupes témoins et à partir, d'autre part, d'un sondage réalisé auprès de 4,000 usagers, ce groupe de consultants a pu mettre en évidence, entre autres conclusions, que sept des douze dimensions identifiées ont un impact prépondérant sur la satisfaction globale de l'utilisateur et donc, sur la qualité perçue. Il s'agit de l'empathie et de la dignité qui relèvent du secteur relationnel, de la fiabilité et de l'apaisement qui relèvent du secteur professionnel et enfin, de la rapidité, du confort et de la continuité qui relèvent du secteur organisationnel.

C'est donc en tenant compte de ces dimensions et en cherchant à les adapter à la situation des MCI que le questionnaire sur la qualité perçue de l'isolement a été élaboré. Tel qu'il était défini par le groupe de consultants, seul le concept de « rapidité » posait problème dans l'application que nous en faisons et nous lui avons substitué le terme de « durée ». Ce dernier adhérait mieux, à notre sens, à l'objet d'évaluation. Cette adaptation du terme nous a menés à inclure cette dimension dans le secteur professionnel plutôt que dans le secteur organisationnel. En effet, la durée de l'isolement relève plus de la décision des soignants que de l'organisation proprement dite, bien qu'en principe, la durée soit gérée par des normes organisationnelles.

Pour bien situer le lecteur quant à la signification des dimensions retenues, nous proposons les définitions suivantes :

- Empathie : La considération de la globalité de la personne et la compréhension de ce qu'elle ressent
- Dignité : Le respect, la bienveillance et la considération manifestés au client lors de la MCI et tout au long de la MCI
- Fiabilité : La pertinence de l'application et l'efficacité de la mesure d'isolement
- Apaisement : La capacité des soignants de calmer et rassurer le patient et de lui apporter de la sérénité
- Durée : Degré selon lequel la MCI correspond au temps véritable dont le client a besoin pour recouvrer son calme
- Confort : Le caractère sain, propre et sécuritaire de l'environnement dans lequel le patient se retrouve
- Continuité : L'absence de ruptures dans la prise en charge du patient et le maintien des soins et de la communication

C'est donc en tenant compte de ces diverses définitions que les questions ont été formulées. Le questionnaire final comporte 37 questions distribuées comme suit :

- Sept (7) questions visent à déterminer le niveau des attentes des patients vis-à-vis des sept dimensions à l'étude (empathie, dignité, fiabilité, apaisement, durée, confort et continuité)

- 24 questions portent sur la réponse aux attentes en fonction de ces sept dimensions. Empathie : trois (3) questions; dignité : trois (3) questions; fiabilité : trois (3) questions; apaisement : quatre (4) questions; durée : quatre (4) questions; confort : trois (3) questions; continuité : quatre (4) questions
- Enfin, cinq (5) questions visent à déterminer le degré de désirabilité sociale que démontrent les répondants. Tanner & Stacy (1985) ont développé une mesure visant à déterminer si les répondants ont tendance à émettre des réponses positives dans le but d'être mieux perçus socialement. Leur échelle en cinq points, le Sharp V, permet donc, lorsque intégrée à un questionnaire d'enquête, d'évaluer la fiabilité des réponses émises. Un taux modéré de réponses positives à ces questions permet d'inférer que les patients n'ont pas répondu en fonction de ce qu'on pourrait attendre d'eux mais bien en fonction de leur expérience personnelle. Il confère donc aux résultats une plus grande crédibilité.

Le questionnaire d'enquête qui a servi à la collecte des données est présenté à l'annexe A. Les choix de réponses sont situés sur une échelle de type Likert à quatre niveau dont deux sont négatifs et deux positifs, de manière à éviter les biais de la position centrale qui se définit comme étant la tendance à se positionner de manière neutre (Leichner & Perreault, 1990). Il s'agit donc d'une échelle paire comprenant deux choix positifs et deux choix négatifs.

Les questions ayant d'abord été construites et regroupées en fonction des dimensions à l'étude, elles ont ensuite été ordonnées de manière aléatoire, par tirage au sort, ceci afin d'éviter l'effet de halo qui résulte de l'orientation d'une réponse en fonction de la réponse fournie à la question précédente. Un tel agencement des questions permet de réduire de manière importante les effets de ce biais (Robert, 1988). Enfin, pour éviter un dernier biais, celui de l'acquiescement, un certain nombre de questions ont été formulées de manière à ce que la présence d'un niveau élevé de qualité soit exprimée en termes négatifs.

Le bilan de la collecte de données

La méthode de collecte des données consiste en un sondage réalisé au moyen du questionnaire d'enquête décrit précédemment. Le sondage a été réalisé par un seul examinateur, totalement indépendant de l'IPPM, ce qui visait à réduire les effets des biais trouvant leurs sources dans les caractéristiques personnelles des intervieweurs (Vallerand & Hess, 2000). Les questionnaires ont été administrés par l'intervieweur en face à face, ce qui procure, en principe, les avantages suivants : les taux de réponses sont habituellement plus élevés; la qualité des données recueillies est meilleure puisque l'intervieweur peut expliquer à un répondant la signification d'une question qu'il a du mal à comprendre; les réponses du sujet ne sont pas influencées par le fait qu'il a pris connaissance de la totalité du questionnaire avant de commencer à y répondre; le répondant ne peut pas revenir sur ses réponses à la toute fin du questionnaire; le face à face garantit que c'est bien le répondant qui a rempli le questionnaire; la motivation des

répondants est plus grande et ils s'efforcent de répondre aux questions le plus exactement possible (Robert, 1988).

La majeure partie des questionnaires ont été complétés dans les locaux de la post-cure de l'IPPM et, lorsque la distance séparant le répondant de la post-cure de l'IPPM posait problème, l'enquêteur s'est rendu dans les locaux du centre d'hébergement ou du CLSC desservant le territoire géographique du répondant. La collecte de données s'est déroulée sur une période de deux semaines, du 22 mai au 3 juin 2002. Sur les 29 sujets qui répondaient aux critères d'inclusion, cinq (5) n'ont pu être rejoints et neuf (9) ont refusé de répondre au questionnaire. Le taux d'abstention est donc de 37.5%, ce qui se situe à l'intérieur des taux de refus normalement observés lors d'enquête de ce type, c'est-à-dire entre 30% et 50% (Vallerand & Hess, 2000).

Le traitement des données

Les sujets devaient répondre à chacun des énoncés du questionnaire, ceux-ci permettant quatre choix de réponse. À partir des choix effectués, une cote a été attribuée à chacune des réponses. La sommation des points accordés à chacune de ces cotes a ensuite été divisée par le nombre de répondants pour être transposée en base 100. Les cotes sont les suivantes :

1= totalement insatisfait, ce qui représente 0 point sur 100

2= plutôt insatisfait, ce qui représente 33.333 points sur 100

3= plutôt satisfait, ce qui représente 66.666 points sur 100

4= totalement satisfait, ce qui représente 100 points sur 100

Il est important de garder à l'esprit que, selon le sens de la question, la satisfaction totale peut s'exprimer soit par la réponse « *Totalement en accord* », soit par la réponse « *Totalement en désaccord* ».

En ce qui a trait à l'expression des attentes, les réponses possibles s'échelonnaient de 1 à 10. À nouveau, une cote a été attribuée à chacun des choix de réponse. La sommation des points accordés à chacune de ces cotes a ensuite été divisée par le nombre de répondants pour être transposée en base 100. Les réponses ont été cotées de la manière suivante :

- 1, représente 10 points
- 2, représente 20 points
- 3, représente 30 points ...
- 10, représente 100 points

Cette méthode de calcul vise à établir un indice des attentes et de la satisfaction aux attentes et non à rendre compte du pourcentage de répondants qui ont effectué un des quatre choix de réponses possibles. Les résultats qui apparaissent dans les tableaux doivent donc être interprétés sur la base d'un continuum de 0 à 100, bien que pour les besoins de l'écriture, ces résultats soient suivis du symbole %.

Cependant, dans l'*analyse détaillée des réponses*, le pourcentage réel des patients s'étant déclarés satisfaits ou insatisfaits est pris en considération. En effet, les données qui sont alors présentées concernent le pourcentage de patients qui ont répondu positivement

(*totalemment satisfait et plutôt satisfait*) ou négativement (*plutôt insatisfait et totalemment insatisfait*) à une question précise concernant une dimension donnée.

L'utilisation conjointe de ces deux méthodes permet de nuancer les résultats. Alors que la première vient moduler les résultats en allouant une cote à chacun des différents niveaux de satisfaction (totalemment satisfait, plutôt satisfait, plutôt insatisfait et totalemment insatisfait), la seconde départage les répondants selon deux pôles, la satisfaction (totalemment satisfait et plutôt satisfait) et l'insatisfaction (plutôt insatisfait et totalemment insatisfait).

Présentation des résultats

Le tableau 2 met en évidence les résultats obtenus en fonction des trois grands secteurs de soins et services à l'étude. Pour chacun des secteurs professionnel, relationnel et organisationnel, on y retrouve, sur une échelle de 0 à 100, l'importance des attentes et des réponses aux attentes ainsi que l'écart observé entre les attentes et les réponses observées.

Tableau 2 :

Résultats des attentes, des réponses aux attentes et des écarts observés selon les secteurs relationnel, professionnel et organisationnel

Les secteurs	Les attentes	Les réponses	Écarts
Professionnel <i>(Fiabilité, apaisement et durée)</i>	87.3%	67.7%	19.6%
Relationnel <i>(Empathie et dignité)</i>	83.7%	72.9%	10.8%
Organisationnel <i>(Confort et continuité)</i>	80.9%	72.6%	8.3%

Le tableau 3 représente les résultats obtenus en fonction de chacune des dimensions des trois secteurs à l'étude. On y retrouve à nouveau, toujours sur une échelle de 0 à 100, l'importance des attentes et des réponses aux attentes ainsi que l'écart observé entre attentes et réponses aux attentes, pour chacune des dimensions à l'étude.

Tableau 3 :

Résultats des attentes, des réponses aux attentes et des écarts observés, selon chacune des dimensions à l'étude

Dimensions	Attentes	Réponses	Écarts
Durée	95.7%	84.1%	11.6%
Apaisement	93.6%	47.7%	45.9%
Dignité	89.3%	87.6%	1.7%
Continuité	85.7%	65.5%	20.2%
Empathie	78.0%	58.1%	19.9%
Confort	76.0%	79.7%	-3.7%
Fiabilité	72.7%	71.3%	1.4%

Le tableau 4 illustre, dans un ordre décroissant, l'importance que les patients accordent aux dimensions qui composent les trois secteurs de soins ainsi que l'importance des réponses qui sont observées vis-à-vis de ces dimensions.

Tableau 4 :

La hiérarchie des attentes et des réponses aux attentes

Hiérarchie	Attentes	Réponses
1	Durée	Dignité
2	Apaisement	Durée
3	Dignité	Confort
4	Continuité	Fiabilité
5	Empathie	Continuité
6	Confort	Empathie
7	Fiabilité	Apaisement

L'analyse des résultats

Les secteurs de soins et services

Le tableau 2 permet d'observer que les attentes des patients sont d'abord dirigées vers le secteur *professionnel* (87.3%) et ensuite, vers les secteurs *relationnel* (83.7%) et *organisationnel* (80.9%). On observe également que les attentes des répondants se situent toutes au-dessus de 80.0% et qu'il n'y a que peu d'écart entre les différents niveaux d'attentes. Ils varient de 80.9% à 87.3%; l'écart n'est donc que de 6.4%.

Les attentes des patients sont passablement élevées et elles ne varient que très peu d'intensité. De toute évidence, les trois grands secteurs retenus dans le concept de soins et services de la RRMC ne permettent pas une différenciation fine des attentes des patients, du moins en ce qui a trait aux isolements à l'IPPM, puisqu'elles sont d'une importance relativement égale.

En ce qui a trait aux réponses aux attentes, le plus faible niveau de satisfaction concerne le secteur *professionnel* (67.7%) alors que les réponses observées vis-à-vis des secteurs *organisationnel* et *relationnel* sont respectivement de 72.6% et de 72.9%. Le niveau de qualité perçue par les patients place donc en première position les secteurs *relationnel* et *organisationnel* qui obtiennent des niveaux de satisfaction presque équivalents et supérieurs à 70%, suivis du secteur *professionnel* qui se situe en deçà de 70%. Cependant, si on tient compte des écarts qui existent entre les attentes exprimées et les réponses observées, la hiérarchie des niveaux de qualité perçue n'est plus la même. Les écarts entre le niveau des attentes et des réponses permettent en effet de relativiser les

résultats et lorsque nous en tenons compte, c'est le secteur *organisationnel* qui répond le mieux aux attentes des patients, l'écart observé étant le plus petit (8.3%), suivi des secteurs *relationnel* (10.8%) et *professionnel* (19.6%). En tenant compte à la fois de ces écarts et des réponses observées, c'est définitivement le secteur professionnel qui répond le moins bien aux attentes de nos patients. C'est vis-à-vis de ce secteur que les attentes sont les plus grandes (87.3%) et que les réponses sont les plus faibles (67.7%). Cette première lecture indique, qu'à l'IPPM, c'est d'abord vers le secteur *professionnel* que les objectifs d'amélioration de la qualité entourant l'isolement devraient être dirigés.

Les dimensions

En ce qui a trait aux dimensions de la qualité relatives à chacun des trois secteurs, le tableau 3 permet de constater que les patients ont exprimé un niveau d'attentes supérieur à 90% dans deux des sept dimensions. Il s'agit de la *durée* (95.7%) et de l'*apaisement* (93.6%). Deux autres dimensions, la *dignité* (89.3%) et la *continuité* (85.7%), présentent un niveau d'attente supérieur à 85%. Finalement, trois dimensions complètent la hiérarchie avec un niveau d'attente supérieur à 70%, l'*empathie* (78.0%), le *confort* (76.0%) et la *fiabilité* (72.7%). Les patients accordent donc une importance plus grande à quatre des sept dimensions évaluées, en exprimant vis-à-vis d'elles un niveau d'attentes supérieur à 85%. Il s'agit de la *durée*, l'*apaisement*, la *dignité* et la *continuité*. Les dimensions de l'*empathie*, du *confort* et de la *fiabilité*, même si elles semblent de moindre importance, atteignent malgré tout des niveaux d'attentes supérieurs à 70%. En résumé, les attentes de nos patients vis-à-vis des dimensions de la qualité des isolements sont passablement élevées et elles se situent toutes au delà de 70, sur une échelle de 0 à 100.

En ce qui a trait aux réponses observées, elles varient passablement selon les dimensions à l'étude et elles témoignent d'un niveau de satisfaction variant de 47.7% à 87.6%. Les dimensions *dignité* et *durée* obtiennent des niveaux de satisfaction respectifs de 87.6% et 84.1%; ils sont donc supérieurs à 80.0%, niveau cible considéré comme étant satisfaisant. Ces dimensions sont suivies, en ordre décroissant, par celles du *confort* (79.7%) et de la *fiabilité* (71.3%) qui obtiennent toutes deux un niveau de satisfaction supérieur à 70%, niveau cible considéré comme étant moyennement satisfaisant. Enfin, trois dimensions enregistrent un taux de satisfaction inférieur à 70%, niveau cible considéré comme étant insatisfaisant. Il s'agit de la *continuité* (65.5%), de l'*empathie* (58.1%) et de l'*apaisement* (47.7%).

L'apaisement, l'empathie et la continuité sont les dimensions qui sont les moins bien satisfaites et tout semble indiquer que c'est vers elles que devraient tendre nos efforts d'amélioration. Cependant, afin de mieux cibler ces efforts, il semble opportun de procéder à une analyse plus approfondie des résultats.

Analyse détaillée des réponses

Pour procéder à cette analyse, nous nous référerons à la *Table des fréquences*, présentée à l'annexe B. Tout en permettant de situer, sur une échelle de 0 à 100, l'importance des attentes et des réponses aux attentes, cette table permet également de départager les répondants en deux pôles en identifiant le pourcentage de répondants qui se sont montrés satisfaits ou insatisfaits vis-à-vis de chacune des questions reliées aux dimensions à

l'étude. Ces résultats seront à nouveau considérés à la lumière de l'importance des attentes et des réponses aux attentes.

La dignité

La dignité se rapporte au respect, à la bienveillance et à la considération dont les patients font l'objet lorsqu'ils sont placés en isolement. En ce qui a trait à cette dimension, l'analyse des résultats de la *Table des fréquences* démontre que, lorsque placés en chambre d'isolement, la totalité des répondants estiment avoir été traités avec respect (100%). Ils considèrent également qu'on s'est adressé à eux dans un langage respectueux (85.7%) et qu'on s'est préoccupé de l'ensemble de leurs besoins (100%).

En fonction de cette dimension, l'écart entre les attentes et les réponses aux attentes n'est que de 1.7%. La littérature (Bush & Shore 2000; Oberleitner, 2000; Palazzolo & al. 2000) ayant mis en évidence que, dans de nombreux cas, les mesures d'isolement ne respectent pas les principes de respect de la personne et de la dignité humaine, les résultats observés ici sont plutôt rassurants. À l'IPPM, les patients placés en chambre d'isolement estiment, dans une très large proportion, avoir été traités avec respect, bienveillance et considération.

La durée

La *durée* tient compte du temps passé en isolement et de la mesure dans laquelle ce temps correspond aux véritables besoins du patient. Sur ce plan, l'analyse de la *Table des*

fréquences démontre que plus du tiers des patients estime être demeuré en isolement plus longtemps que nécessaire (35.7%). La totalité des patients estiment par ailleurs que la durée de l'isolement dépend essentiellement de l'état du patient (100%). Ce dernier résultat est cependant contredit en partie par la fréquence des réponses obtenues à deux autres questions liées à cette dimension. En effet, 14.3% des patients considèrent que l'identité du patient isolé influence la durée de l'isolement plus que ne le fait son comportement et 28.6% d'entre eux considèrent que la durée varie selon l'intervenant qui applique la mesure.

Certains auteurs (Bush & Shore 2000; Oberleitner, 2000; Palazzolo & al. 2000) rapportent que l'isolement est souvent subjectif, abusif et teinté de préjugés; sans confirmer ses observations, les résultats de cette recherche incitent malgré tout à la prudence. Si l'état du patient est le principal facteur pris en considération lors de l'application des mesures d'isolement, on observe malgré tout, à l'IPPM, une certaine subjectivité dans l'application de cette mesure, deux patients ayant considéré que la durée varie en fonction du patient qui est isolé et quatre patients ayant également considéré que la durée varie en fonction de l'intervenant qui décide de procéder à l'isolement. Il s'agira donc d'être attentif à ces aspects de la dimension *durée*.

Malgré le caractère relativement satisfaisant des résultats observés, il n'en demeure pas moins que la *durée* est la dimension à laquelle les patients accordent la plus grande importance (95.7%). En tenant compte de la hiérarchie des attentes (tableau 4) et en tenant compte également de l'écart observé entre le niveau des attentes et des réponses

observées (11.6%), il conviendrait, pour mieux satisfaire les besoins des patients, que les intervenants portent une attention plus particulière à la *durée* des isolements. Par exemple, cette dimension pourrait faire l'objet de discussions lors d'une rencontre mensuelle des intervenants, dans chacune des unités de soins. Les résultats portent effectivement à croire que le temps passé en isolement pourrait être réduit, sans pour autant menacer l'intégrité physique du personnel, du patient ou de ses pairs et ils démontrent également la présence d'éléments subjectifs dans l'application de la mesure.

Le confort

La dimension *confort* concerne la propreté des locaux, le service des repas et l'intimité dont peut bénéficier le patient isolé. Selon la table des fréquences, la totalité des patients estiment que, lorsqu'ils ont été placés en chambre d'isolement, celle-ci était propre (100%). Une très grande proportion des répondants (93.4%) estime d'autre part que leur intimité physique a été respectée lorsqu'ils ont été isolés. Cependant, lorsqu'ils sont interrogés quant au service des repas, plus de la moitié des répondants (57.1%) expriment une totale insatisfaction. Il est intéressant de noter que la question se rapportant au service des repas n'a entraîné que des réponses exprimant une totale satisfaction ou une totale insatisfaction, aucun répondant ne s'étant dit « plutôt » satisfait ou insatisfait. Si on observe des taux de satisfaction importants face à la propreté et l'intimité, il semble y avoir un véritable problème en ce qui a trait au service des repas. Il convient de s'interroger quant aux motifs de cette insatisfaction.

Si on considère le niveau des attentes des patients vis-à-vis de la dimension *confort* (76.0%) et la réponse aux attentes (79.7%), on constate que l'écart est négatif (-3.7%), ce qui signifie que la réponse aux attentes est supérieure au niveau des attentes. Nous serions tentés, compte tenu de ces résultats, de ne pas inclure cette dimension dans nos objectifs d'amélioration de la qualité. Cependant, les réponses obtenues à la question concernant le service des repas indiquent clairement qu'il y a là matière à amélioration. Il s'agira donc, dans un premier temps, d'identifier en quoi ce service est insatisfaisant, pour pouvoir l'améliorer par la suite.

La fiabilité

Quatrième des dimensions présentant un taux de réponses aux attentes supérieur à 70%, la fiabilité renseigne sur le bien-fondé de l'application de la mesure d'isolement et, lorsque elle est appliquée, sur sa propension à produire les résultats escomptés. La table des fréquences démontre que la mise en chambre d'isolement ne permet pas à la totalité des patients de recouvrer leur calme. En effet, seulement 71.4% des répondants estiment que l'isolement les a aidés en ce sens, mais 92.9% d'entre eux considèrent malgré tout, qu'en psychiatrie, la mise en chambre d'isolement est une mesure nécessaire. Note plutôt sombre, 40% des patients remettent en question un aspect du bien-fondé de leur isolement en affirmant que, si un autre patient avait posé les mêmes gestes qu'eux, il n'aurait pas été isolé. Ce résultat tend à confirmer, en partie, les impressions recueillies lors de l'analyse de la dimension *durée*. L'identité du patient semble influencer la décision d'appliquer une mesure d'isolement tout comme, antérieurement, elle semblait influencer la durée de celui-ci.

Étonnamment, c'est vis-à-vis de cette dimension que les patients expriment le plus faible niveau d'attente (72.7%) de sorte que l'écart entre attentes et réponses aux attentes est passablement faible (1.4%). Si la fiabilité est une dimension à laquelle les patients n'accordent que peu d'importance, il ne saurait en être ainsi sur le plan professionnel. En psychiatrie, tout comme dans les autres disciplines médicales, les résultats observés doivent contribuer à déterminer l'utilité d'une intervention.

Le fait que 40% des patients estiment qu'un autre patient n'aurait pas été isolé, s'il avait posé les mêmes gestes qu'eux, nous amène à nous interroger sur la fiabilité de l'application des mesures d'isolement. Tout semble indiquer qu'elle n'est pas aussi impartiale qu'elle devrait l'être. Un contrôle étroit de tous les aspects du protocole d'isolement nous paraît indiqué afin d'accroître la fiabilité de cette mesure.

La continuité

La dimension *continuité* se caractérise par l'absence de ruptures dans la prise en charge du patient et par la constance des soins et de la communication, d'un intervenant à l'autre et d'un quart de travail à l'autre. À cet égard, on constate que seulement 46.7% des répondants reconnaissent avoir été évalués par le personnel, lors des changements de quarts de travail. Par ailleurs, lorsque placé en chambre d'isolement, plus du tiers des répondants (35.7%) estiment que les intervenants n'agissaient pas tous de la même manière avec eux, ce qui témoigne d'un manque de constance et de cohérence entre les intervenants. Lorsqu'il s'agit d'évaluer si les répondants estiment avoir, en cours

d'isolement, reçu les soins et les traitements qu'ils recevaient habituellement, le pourcentage des insatisfaits se réduit à 28.6%. Enfin, le tiers des répondants (33.3%) ont exprimé avoir eu le sentiment que tout était rompu entre les intervenants et eux après leur isolement.

Ces résultats mettent en évidence un manque de continuité dans la prise en charge des patients isolés, particulièrement en ce qui a trait aux changements de quart de travail. S'il est possible que les intervenants, lors de leur arrivée en service, n'évaluent pas le patient isolé dans le but d'éviter, de sa part, un possible clivage entre les différentes équipes, il n'en demeure pas moins qu'ils devraient prendre connaissance, dès leur entrée en fonction, de l'état des patients placés en chambre d'isolement. Cette évaluation vise d'une part à s'assurer que le patient ne présente aucun problème sur le plan physique et, sur le plan psychique, elle permet aux intervenants de se fixer des repères qui contribueront, par la suite, à mesurer l'amélioration de l'état du patient.

D'autre part, les répondants mettent en évidence un manque de cohérence des employés dans leurs interventions auprès des patients isolés et, plus important encore, ils témoignent d'un sentiment de rupture entre les intervenants et eux, suite aux isolements. Ces observations peuvent peut-être s'expliquer par un manque d'habiletés, de la part du personnel, à interagir avec les patients dans des situations où, eux-mêmes, ne se sentent pas à l'aise. L'isolement, il faut bien l'avouer, n'est pas un sujet largement abordé lors de la formation des professionnels et, d'autre part, c'est un contenu peu abordé lors des sessions de formation en cours d'emploi. Quoiqu'il en soit, les résultats obtenus

démontrent, qu'en situation d'isolement, les intervenants éprouvent des difficultés à interagir avec le patient de manière cohérente et conséquente et, qu'à ce titre, la dimension *continuité* mérite d'être améliorée. Il importe cependant de garder à l'esprit que cette conclusion ne s'appuie que sur la perception du tiers des répondants.

L'empathie

L'empathie réfère à la capacité qu'ont les intervenants de considérer le patient dans sa globalité et de témoigner de leur compréhension, face à ce qu'il ressent. La table des fréquences permet de constater que plus de la moitié des répondants (53.4%) se sont sentis juger par les intervenants lors de leur mise en isolement. Près de la moitié d'entre eux (42.8%) n'ont pas ressenti, de la part des intervenants, un véritable intérêt à comprendre le pourquoi des gestes qui les avaient amenés à être isolés. Enfin, plus du quart des répondants (28.5%) estiment, qu'à leur sortie de la chambre d'isolement, les intervenants n'ont pas discuté avec eux des moyens à prendre pour éviter d'y être à nouveau placés.

Ces résultats suscitent chez-nous plusieurs interrogations, surtout si on considère l'empathie comme étant une des plus importantes dimensions de la relation d'aide. Ici, tout semble indiquer que, lorsque les patients sont placés en isolement, une proportion des intervenants abandonnent, dans une certaine mesure à tout le moins, leur attitude aidante vis-à-vis d'eux. Un certain nombre d'entre eux ne s'efforceraient pas de faire comprendre au patient que l'isolement vise d'abord à l'aider à recouvrer son calme et qu'il ne s'agit pas d'une mesure punitive. De même, ils ne feraient que peu

d'interventions visant à clarifier le pourquoi des gestes du patient ce qui, éventuellement, pourrait l'aider à adopter ultérieurement des comportements différents lors de situations frustrantes ou conflictuelles.

Serait-ce que, dans une large proportion, les isolements sont bel et bien des mesures punitives? S'agirait-il plutôt de la manifestation, de la part des intervenants, d'un sentiment d'inconfort et d'impuissance face à la violence manifestée par les patients? Ou encore, s'agirait-il d'un quelconque héritage de l'approche behaviorale qui préconise que les intervenants évitent de renforcer positivement des comportements inadéquats en accordant de l'attention aux patients placés en isolement? Toutes ces hypothèses sont valables et la présente enquête ne permet pas de conclure dans le sens de l'une ou l'autre. Ce qu'il est possible d'affirmer cependant, c'est que, lors des situations d'isolement, la dimension *empathie* ne joue qu'un rôle très secondaire dans l'approche adoptée par un certain nombre des intervenants de l'IPPM.

L'écart observé entre les attentes et les réponses aux attentes est par ailleurs passablement grand et il met l'accent sur la nécessité de mettre en œuvre des démarches visant à accroître les manifestations d'empathie des intervenants, lors de l'application des mesures d'isolement.

L'apaisement

L'apaisement se rapporte à la capacité qu'ont les soignants de calmer et rassurer le patient et de lui apporter de la sérénité. C'est aussi, il convient de le garder à l'esprit, le

principal objectif visé par la mise en chambre d'isolement. Les résultats obtenus, selon la méthode des indices, démontrent que cet objectif est bien loin d'être atteint. Alors que les attentes se situent à un niveau de 93.6%, l'indice de satisfaction n'atteint que 47.7%, l'écart observé s'établissant à 45.9%.

La table des fréquences permet néanmoins de mettre en évidence des données qui viennent nuancer quelque peu ces premières constatations. Si, selon cette table, 86.7% des répondants affirment qu'on ne leur a pas expliqué les motifs de leur isolement, le trois quart d'entre eux (73.4%) estiment malgré tout, qu'en cette occasion, on leur a tenu des propos rassurants. Par ailleurs, 73.3% des patients interrogés affirment qu'on ne leur a pas offert un médicament pour calmer leur anxiété et seulement 46.2% d'entre eux considèrent que leur isolement a réussi à diminuer la pression qu'ils ressentaient.

Si une proportion relativement grande des répondants considèrent qu'on leur a tenu des propos rassurants, il n'en demeure pas moins que, dans l'ensemble, ces résultats ne sont guère satisfaisants. Le fait que moins de la moitié des répondants estiment que l'isolement a réussi à réduire la pression qu'ils ressentaient pose véritablement problème. On peut facilement comprendre qu'en situation de passage à l'acte, les intervenants ne prennent pas le temps d'expliquer aux patients les motifs de leur MCI, mais il demeure que cela pourrait être repris avec eux lors de leur sortie d'isolement ou tout juste avant. De la même manière, il n'est pas nécessairement indiqué d'offrir systématiquement un anxiolytique aux patients qui sont placés en isolement et le questionnaire ne permet pas de déterminer si les patients considèrent en avoir eu besoin. Mais que l'isolement ne

réussisse que dans moins de la moitié des cas à atteindre son principal objectif qui est de calmer le patient, voilà une constatation pour le moins déconcertante.

Elle nous interpelle quant à la finalité de la mesure d'isolement et quant aux modalités de son utilisation. L'isolement sert-il essentiellement à maîtriser des patients violents ou peut-il aussi être utile pour aider un patient à recouvrer son calme afin, par la suite, de mieux faire face à des situations frustrantes ou conflictuelles?

L'écart observé entre les attentes et les réponses aux attentes met d'ailleurs clairement en évidence la nécessité de s'interroger quant aux buts poursuivis par la mesure d'isolement et quant à notre aptitude à rendre cette mesure aidante et utile pour le patient. À notre sens, la dimension de l'apaisement doit prioritairement faire l'objet d'une profonde réflexion dans notre milieu.

Enfin, il convient de commenter la validité des réponses recueillies en recourant à échelle de désirabilité sociale. Les réponses aux questions empruntées à Tanner & Stacy (1985) et visant à déterminer le degré de désirabilité sociale des répondants, démontrent que les répondants n'ont pas particulièrement tenté de plaire à l'intervieweur pas plus qu'ils ne se sont opposés d'emblée à celui-ci. Ainsi, à la question « Est-il possible qu'ici, il n'y ait vraiment rien à améliorer? », 93.4% des patients ont répondu négativement et seulement 6.7% ont répondu positivement. À la question « Est-ce qu'ici les choses sont toujours parfaites? », 80.0% des patients ont, à nouveau, répondu négativement et 20% ont répondu positivement.

Cependant, lorsque les questions portent sur l'importance que revêt, pour eux, leur venue à l'IPPM, les réponses des patients sont partagées. En effet, 73.3% d'entre eux considèrent que leur venue à l'IPPM est la meilleure chose qui leur soit arrivée, la moitié d'entre eux (50.0%) n'ont jamais mis en doute la nécessité d'être admis à l'IPPM et enfin, 66.7% des répondants considèrent que leur admission à l'Institut est l'événement le plus important de leur vie. Compte tenu de la mission particulière de l'IPPM, ces résultats ne remettent pas en question la validité des réponses obtenues. En effet, il nous semble normal qu'une majeure partie des répondants évaluent positivement leur venue à l'Institut. Puisqu'ils avaient commis des actes susceptibles de leur valoir autrement un emprisonnement, on peut comprendre qu'ils évaluent positivement leur hospitalisation et qu'ils y accordent une grande importance. Cette hospitalisation représente sans doute pour eux un point tournant dans leur vie. Par ailleurs, la dispersion des réponses tend à démontrer que les répondants n'ont pas adopté d'emblée un point de vue positif ou négatif face aux diverses dimensions abordées. Tout indique, au contraire, que les réponses varient en fonction de l'expérience personnelle des répondants et non en fonction d'une opinion préconçue.

En résumé, les résultats obtenus à l'échelle de désirabilité sociale ne démontrent pas que les répondants tentaient avant tout répondre de manière socialement acceptable aux questions de l'intervieweur et, en ce sens, nous pouvons accorder de la crédibilité aux résultats obtenus dans le cadre de la présente enquête.

Conclusions

L'objectif principal de ce projet était de procéder à l'évaluation de la qualité des soins et des services entourant la MCI, au moyen d'un questionnaire d'enquête structuré administré à un groupe de patients. Les objectifs secondaires étaient de déterminer s'il est réaliste de vouloir faire participer les patients à un processus d'évaluation de la qualité entourant la MCI, d'identifier l'importance relative que ceux-ci accordent aux diverses dimensions prises en considération dans l'évaluation de la qualité de cette mesure et enfin, de déterminer quelles dimensions devraient, à l'IPPM, faire ultérieurement l'objet d'un plan d'amélioration continue de la qualité.

Le principal objectif de ce projet est atteint : l'évaluation de la qualité entourant la MCI à l'aide d'un questionnaire dirigé a été menée à terme, le taux de participation atteignant 62.5%. En ce qui a trait aux objectifs secondaires du projet, nous pouvons affirmer qu'il est bel et bien réaliste de vouloir engager les patients dans un processus d'évaluation de la qualité entourant les mesures d'isolement. Non seulement ont-ils accepté d'y participer, mais cette participation a permis de mettre en relief leurs attentes vis-à-vis des diverses dimensions de la qualité entourant l'isolement; elle a également permis d'identifier les dimensions auxquelles l'Institut répond de manière satisfaisante de même que celles qui méritent des améliorations.

Sur le plan des secteurs de soins et services, c'est le secteur *professionnel* qui suscite les plus grandes attentes de la part des répondants. Malheureusement, les résultats mettent aussi en évidence que c'est vis-à-vis de ce secteur que les réponses observées sont les

moins satisfaisantes. Le faible niveau de satisfaction est attribuable à la dimension *empathie*, puisque l'unique autre dimension du secteur professionnel, la *dignité*, atteint un niveau de satisfaction passablement élevé.

En ce qui a trait aux dimensions proprement dites, la présente recherche met en évidence un faible niveau de satisfaction des répondants face à trois dimensions : la *continuité*, l'*empathie* et surtout, l'*apaisement*. Ces dimensions, qui relèvent à la fois des trois secteurs à l'étude, paraissent devoir faire l'objet d'un plan d'amélioration de la qualité. Quant à la dimension *durée*, malgré le caractère relativement satisfaisant des résultats observés, l'écart observé entre les attentes et les réponses aux attentes exigent qu'on s'y attarde et qu'on tente d'y apporter des améliorations, d'autant plus que c'est vis-à-vis de cette dimension que les patients ont les attentes les plus grandes.

De manière plus spécifique, les réponses à certaines questions ont suscité chez nous des interrogations qui méritent une réflexion de la part de l'ensemble des intervenants de notre milieu. Sur le plan de l'empathie, la moitié des répondants se sont sentis jugés par les intervenants; sur le plan de la fiabilité, 40.0% des patients estiment que, pour les mêmes comportements, un autre patient n'aurait pas été mis en MCI; sur le plan de l'apaisement, ce sont les réponses à trois des quatre questions portant sur cette dimension, qui viennent questionner l'objectif principal de l'isolement qui est essentiellement de calmer le patient; sur le plan de la durée, 35.7% des patients estiment être demeurés à l'isolement plus longtemps que nécessaire; sur le plan du confort et malgré un niveau de satisfaction élevé face à cette dimension, 57.1% des répondants estiment que leur repas

ne leur ont pas été servis adéquatement; enfin, sur le plan de la continuité, 53.3% des répondants affirment, qu'aux changements de quart de travail, on ne les a pas rencontrés pour voir comment ils se sentaient.

Caria et al. (2001) mentionnent que les enquêtes de satisfaction apportent des éléments subjectifs sur les prises en charge proposées par les professionnels et qu'elles permettent aux équipes soignantes et aux décideurs d'accéder à un processus d'amélioration continue des soins qui intègrent plus systématiquement l'avis de la personne concernée. Les résultats que nous avons obtenus au cours de cette enquête de satisfaction illustrent bien le propos de ces auteurs. Ils nous permettent effectivement de prendre en compte, dans la priorisation des activités d'amélioration de la qualité, les véritables préoccupations des patients pour délaissier en partie celles des intervenants qui, même si elles sont légitimes et bien intentionnées, ne répondent pas toujours aux véritables besoins de la clientèle.

À la lumière des résultats obtenus, nous sommes enclin à croire que, au cours de la prochaine année, les activités d'amélioration de la qualité entourant l'application des mesures d'isolement devraient porter prioritairement sur les dimensions *apaisement* et *continuité*. Elles se situent respectivement en deuxième et quatrième position dans la hiérarchie des attentes et les écarts observés face à celles-ci démontrent que le milieu n'y répond pas de manière satisfaisante.

L'amélioration de la satisfaction face à ces deux dimensions semble, par ailleurs, être un bon point de départ pour ensuite aborder les autres dimensions qui méritent aussi d'être

améliorées, soit l'*empathie* et la *durée*. D'autre part, il n'est pas improbable qu'en agissant sur les dimensions *apaisement* et *continuité*, on assiste à un accroissement des manifestations d'empathie et à une diminution de la durée des isolements. Si les intervenants s'efforcent de mettre en œuvre tous les moyens pouvant contribuer à apaiser les patients et s'ils maintiennent avec eux une communication significative, les patients se sentiront mieux compris et ils seront sans doute prêts plus tôt à réintégrer le groupe de patients.

Bibliographie

Association des groupes d'intervention et de défense des droits en santé mentale du Québec. (2000). Spécial contention isolement. Québec : AGIDD-SMQ, 7 (1)

Association des Hôpitaux du Québec. (2000). Document de référence. L'utilisation de la contention et de l'isolement : une approche intégrée. Montréal : AHQ.

Agence Nationale d'Accréditation des Établissements de Santé. (1998). Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Paris : ANAES.

Binder, R.L. & McCoy, S.M., (1983). A Study of Patients' Attitudes Toward Placement in Seclusion. *Hospital and Community Psychiatry*, 34 , 1052-1054

Brown, J.S. & Tooke, S.K. (1992). On the Seclusion of Psychiatric Patient. *Social Science Medicine*, 35, 711-721.

Bush, A. & Shore, M. (2000). Seclusion and Restraint: A Review of Recent Literature. *Harvard Review Psychiatry*, 8, 261-270.

Caria, M., Kergall, A. & Rybak, C. (2001). Demander leur avis aux patients, qu'est-ce que cela change? *Soins psychiatrie*, 217, 27-31.

Favaro, P. (1995). Consumer Satisfaction with Mental Health Services : Methodological, Measurement and Practical Issues. *Evaluation Methods Sourcebook II*, (p. 80-102). Ottawa: Arnold J. Love.

Garceau, L., Lusignan, R. & Poirier N. (1998). Étude portant sur la satisfaction de la clientèle des services externes de l'IPPM. Rapport interne. Institut Philippe Pinel de Montréal.

Jamet, J.M. & Lasson, A. (1996). Éthique et Isolement. <http://www.serpsy.org> (page consultée le 30 septembre 2001)

Laliberté, L. (1993). Analyse de la perception du patient sur la mise en isolement. Rapport interne. Institut Philippe Pinel de Montréal.

Larsen, D.L., Attkinson, C.C., Hargreaves, W.A. & Nguyen, T.D. (1979). Assesment of client/patient satisfaction : development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 2, 197-207.

Leichner, P. & Perrault, M. (1990). Développement et validation d'une échelle multi-dimensionnelle de satisfaction de patients de services d'hospitalisation en psychiatrie :

Rapport final. Montréal : Centre de Psychiatrie Communautaire, Centre Hospitalier Douglas.

Martin, C. & Tignol J. (1995). Évaluer la satisfaction du patient en psychiatrie : méthodologies et applications. Perspectives psychiatriques, 34 (47), 76-80.

Martinez, R.J., Grimm, M. & Adamson, M. (1999). From the other side of the door : patients views in seclusion. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 37 (3), 13-22.

Mason, G. (1993). Issues in Designing the Standardized Questionnaire. Evaluation Methods Sourcebook. Ottawa : Arnold J. Love.

McNeil, R. (1999). Programme d'amélioration de la qualité des services et de la satisfaction des usagers. Montréal : Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre.

Norris, M.K. & Kennedy, C.W. (1992). The View from Within: How Patients perceive the Seclusion Process. Journal of Psychological Nursing, 30 (3), 7-13.

Orberleitner, L.L. (2000). Aversiveness of Traditional Psychiatric Patient Restriction. Achives of Psychatric Nursing, 14, 93-97.

Palazzolo, J., Favre, P., Halim, V., Bougerol, T. (2000). A propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le point de vue des infirmières. Encéphale, 26 (6), 84-92.

Robert, M. (1988). Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie. Montréal, Edisem.

Secor, Zins, Beauchesne et ass. (1994). Mesure de la qualité de service. Montréal : RRSSMC.

Secor, Zins, Beauchesne et ass. (1997). Étude sur la satisfaction et les attentes des usagers à l'égard des services de santé et des services sociaux. Montréal : RRSSMC

Svensson, B. & Hansson, L. (1994). Patient satisfaction with inpatient psychiatric care : the influence of personality traits, diagnosis and perceived coercion. Acta Psychiatrica Scandinavica, 90, 379-384.

Tanner, B.A. & Stacy, W. (1985). A validity scale for the sharp consumer satisfaction scales. Evaluation and Program Planning, 8, 147-154.

Terra, J.L. (1996). De l'audit clinique à l'assurance qualité à propos de la chambre d'isolement en psychiatrie. L'isolement thérapeutique en psychiatrie : Journée Clinique Pluridisciplinaire du jeudi 8 février 1996.

Tooke, S.K. & Brown, J.S. (1992). Perceptios of Seclusion: Comparing Patients and Staff Reaction. Journal of Psychological Nursing, 30 (8), 23-26.

Vallerand, R.J. & Hess, U. (2000). Méthodes de recherche en psychologie. Montréal : Gaëtan Morin.

Annexe A :

Questionnaire d'enquête

Questionnaire d'évaluation de la qualité perçue de l'isolement

33. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant le niveau le moins important et 10 le niveau plus important, quel niveau d'importance accordez-vous à ce que votre MCI soit efficace?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Après avoir été isolé, j'ai eu l'impression que tout était rompu ou brisé entre le personnel et moi :

Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord

32. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant le niveau le moins important et 10 le niveau plus important, quel niveau d'importance accordez-vous à ce qu'on vous écoute et vous comprenne lorsque vous êtes à l'isolement?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Le temps passé en isolement dépend davantage de qui est le patient que de son comportement :

Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord

1. Au cours de ma mise en chambre d'isolement (MCI), j'ai eu l'impression que le personnel me jugeait :

Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord

29. Y a-t-il eu d'autres événements dans votre vie qui étaient plus importants que de venir ici ?

Oui, définitivement Oui, je pense Non, je ne pense pas
Non, définitivement pas

25. À l'IPPM, est-ce que les choses sont toujours parfaites ?

Oui, définitivement Oui, je pense Non, je ne pense pas
Non, définitivement pas

10. On ne m'a pas expliqué pourquoi on me plaçait en isolement :
- Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord
26. Est-il possible qu'il n'y ait vraiment rien à améliorer ?
- Non, il y a beaucoup de choses à améliorer Non, il y a certaines choses à améliorer Oui, il n'y a à peu près rien à améliorer Oui, il n'y a définitivement rien à améliorer
11. On m'a tenu des propos rassurants :
- Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord
8. Si un autre patient avait posé les mêmes gestes que j'ai posés, il n'aurait pas été placé en isolement :
- Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord
21. Lors des changements de quart de travail, on venait me rencontrer pour voir comment je me sentais:
- Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord
12. On ne m'a pas offert un médicament pour me détendre :
- Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord
27. Le fait de venir ici est-il la meilleure chose qui ne vous soit jamais arrivé?
- Oui, définitivement Oui, je pense Non, je ne pense pas
Non, définitivement pas
4. On m'a traité avec respect lors de ma MCI :
- Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord

19. Mon intimité physique n'a pas été respectée lors de la MCI :
- Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord
31. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant le niveau le moins important et 10 le niveau plus important, quel niveau d'importance accordez-vous au confort lorsque vous êtes à l'isolement?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
16. Le temps passé en isolement varie selon l'état des patients :
- Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord
34. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant le niveau le moins important et 10 le niveau plus important, quel niveau d'importance accordez-vous à ce que le personnel prenne le temps de vous rassurer, de vous apaiser lorsque vous êtes isolé?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
6. Lorsque j'étais en MCI, on s'est préoccupé de l'ensemble de mes besoins (toilette, repas, douleur, etc.):
- Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord
18. La chambre d'isolement était propre :
- Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord
22. À l'isolement, je n'ai pas reçu les mêmes soins et traitements que je recevais d'habitude :
- Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord
36. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant le niveau le moins important et 10 le niveau plus important, quel niveau d'importance accordez-vous à ce que la durée de l'isolement corresponde à votre état?
- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

30. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant le niveau le moins important et 10 le niveau plus important, quel niveau d'importance accordez-vous à ce qu'on vous respecte lorsque vous êtes à l'isolement?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. À l'isolement, je ressentais moins de pression :

Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord

23. Les membres du personnel agissaient tous de la même manière avec moi :

Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord

3. Avant la fin de ma MCI, on a discuté avec moi des moyens que je pouvais prendre pour éviter d'être placé en isolement à l'avenir :

Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord

28. Avez-vous déjà mis en doute votre venue ici ?

Non, pas du tout Non, pas vraiment Oui, un peu Oui, beaucoup

2. Durant ma MCI, on m'a posé de questions pour comprendre le pourquoi des gestes que j'avais posés :

Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord

7. Être placé en chambre d'isolement m'a aidé à retrouver mon calme :

Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord

35. Sur une échelle de 1 à 10, 1 étant le niveau le moins important et 10 le niveau plus important, quel niveau d'importance accordez-vous à ce qu'il y ait de la continuité dans vos soins, d'un quart de travail à l'autre et, d'un intervenant à l'autre lorsque vous êtes isolé?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

37. Par rapport à votre MCI, laquelle de ces affirmations correspond le mieux à vos souvenirs?

Je me rappelle très bien Je me rappelle plutôt bien Je me rappelle plutôt mal Je ne me rappelle pas du tout

9. L'isolement est une mesure nécessaire en psychiatrie:

Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord

5. On a utilisé un langage ferme mais respectueux avec moi :

Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord

17. La durée de l'isolement varie selon les membres du personnel qui en décident et non en fonction de l'état du patient:

Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord

20. Mes repas ne m'ont pas été servis adéquatement :

Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord

14. Je suis resté à l'isolement plus longtemps que ça n'était nécessaire :

Totalement en accord Plutôt en accord Plutôt en désaccord
Totalement en désaccord

Remerciements

Annexe B :

La table de fréquence des réponses

La table de fréquence des réponses

Secteurs	Dimensions	Questions	Réponses	Fréquence	%
Relationnel	Empathie	1	Totalement en accord	1	6.7
			Plutôt en accord	7	46.7
			Plutôt en désaccord	1	6.7
			Totalement en désaccord	6	40.0
		2	Totalement en désaccord	5	35.7
			Plutôt en désaccord	1	7.1
			Plutôt en accord	3	21.4
			Totalement en accord	5	35.7
		3	Totalement en désaccord	3	21.4
			Plutôt en désaccord	1	7.1
			Plutôt en accord	5	35.7
			Totalement en accord	5	35.7
	Dignité	4	Totalement en désaccord	0	0.0
			Plutôt en désaccord	0	0.0
			Plutôt en accord	6	40.0
			Totalement en accord	9	60.0
5		Totalement en accord	0	0.0	
		Plutôt en désaccord	2	14.3	
		Plutôt en accord	3	21.4	
		Totalement en accord	9	64.3	
6		Totalement en désaccord	0	0.0	
		Plutôt en désaccord	0	0.0	
		Plutôt en accord	3	21.4	
		Totalement en accord	11	78.6	
Professionnel	Fiabilité	7	Totalement en accord	3	21.4
			Plutôt en accord	1	7.1
			Plutôt en désaccord	2	14.3
			Totalement en désaccord	8	57.1
		8	Totalement en accord	4	26.7
			Plutôt en accord	2	13.3
			Plutôt en désaccord	3	20.0
			Totalement en désaccord	6	40.0
		9	Totalement en désaccord	1	7.1
			Plutôt en désaccord	0	0.0
			Plutôt en accord	2	14.3
			Totalement en accord	11	78.6

Secteurs	Dimensions	Questions	Réponses	Fréquence	%
Professionnel (suite)	Apaisement	10	Totalement en accord	6	40.0
			Plutôt en accord	4	26.7
			Plutôt en désaccord	2	13.3
			Totalement en désaccord	3	20.0
		11	Totalement en désaccord	1	6.7
			Plutôt en désaccord	3	20.0
			Plutôt en accord	4	26.7
			Totalement en accord	7	46.7
		12	Totalement en accord	8	53.3
			Plutôt en accord	3	20.0
			Plutôt en désaccord	2	13.3
			Totalement en désaccord	2	13.3
		13	Totalement en désaccord	2	15.4
			Plutôt en désaccord	5	38.5
			Plutôt en accord	2	15.4
			Totalement en accord	4	30.8
	Durée	14	Totalement en accord	2	14.3
			Plutôt en accord	3	21.4
			Plutôt en désaccord	1	7.1
			Totalement en désaccord	8	57.1
		15	Totalement en accord	0	0.0
			Plutôt en accord	2	14.3
			Plutôt en désaccord	1	7.1
			Totalement en désaccord	11	78.6
		16	Totalement en désaccord	0	0.0
			Plutôt en désaccord	0	0.0
			Plutôt en accord	2	14.3
			Totalement en accord	12	85.7
17	Totalement en accord	2	14.3		
	Plutôt en accord	2	14.3		
	Plutôt en désaccord	4	28.6		
	Totalement en désaccord	6	42.9		
Organisationnel	Confort	18	Totalement en désaccord	0	0.0
			Plutôt en désaccord	0	0.0
			Plutôt en accord	3	21.4
			Totalement en accord	11	78.6
		19	Totalement en accord	1	6.7
			Plutôt en accord	0	0.0
			Plutôt en désaccord	1	6.7
			Totalement en désaccord	13	86.7

Secteurs	Dimensions	Questions	Réponses	Fréquence	%
Organisationnel (suite)	Confort (suite)	20	Totalement en accord	8	57.1
			Plutôt en accord	0	0.0
			Plutôt en désaccord	0	0.0
			Totalement en désaccord	6	42.9
	Continuité	21	Totalement en désaccord	3	33.3
			Plutôt en désaccord	3	20.0
			Plutôt en accord	4	26.7
			Totalement en accord	3	20.0
		22	Totalement en accord	0	0.0
			Plutôt en accord	4	28.6
			Plutôt en désaccord	2	14.3
			Totalement en désaccord	8	57.1
		23	Totalement en désaccord	2	14.3
			Plutôt en désaccord	3	21.4
			Plutôt en accord	2	14.3
			Totalement en accord	7	50.0
		24	Totalement en accord	0	0.0
			Plutôt en accord	5	33.3
			Plutôt en désaccord	1	6.7
			Totalement en désaccord	9	60.0
Échelle de désirabilité sociale	25	Non, définitivement pas	5	33.3	
		Non, pas vraiment	7	46.7	
		Oui, en général	2	13.3	
		Oui, définitivement	1	6.7	
	26	Beaucoup de choses à améliorer	7	46.7	
		Certaines choses à améliorer	7	46.7	
		À peu près rien à améliorer	1	6.7	
		Définitivement rien à améliorer	0	0.0	
	27	Non, définitivement pas	0	0.0	
		Non, je ne pense pas	4	26.7	
		Oui, je pense	6	40.0	
		Oui, définitivement	5	33.3	
	28	Oui, beaucoup	1	7.1	
		Oui, un peu	6	42.9	
		Non, pas vraiment	1	7.1	
		Non, pas du tout	6	42.9	
	29	Non, définitivement pas	4	26.7	
		Non, je ne pense pas	6	40.0	
		Oui, je pense	4	26.7	
		Oui, définitivement	1	6.7	

Secteurs	Dimensions	Questions	Réponses	Fréquence	%
Évaluation des attentes	Dignité	30	1	0	0.0
			2	0	0.0
			3	1	7.1
			4	0	0.0
			5	0	0.0
			6	0	0.0
			7	1	7.1
			8	1	7.1
			9	3	21.4
			10	8	57.1
	Confort	31	1	1	6.7
			2	0	0.0
			3	1	6.7
			4	1	6.7
			5	1	6.7
			6	0	0.0
			7	2	13.3
			8	1	6.7
			9	1	6.7
			10	7	46.7
	Empathie	32	1	0	0.0
			2	1	6.7
			3	0	0.0
			4	0	0.0
			5	2	13.3
			6	0	0.0
			7	1	6.7
			8	6	40.0
			9	0	0.0
			10	5	33.3
	Fiabilité	33	1	1	6.7
			2	0	0.0
			3	0	0.0
			4	0	0.0
			5	2	13.3
			6	2	13.3
			7	1	6.7
			8	5	33.3
			9	1	6.7
			10	3	20.0

Secteurs	Dimensions	Questions	Réponses	Fréquence	%
Évaluation des attentes	Apaisement	34	1	0	0.0
			2	0	0.0
			3	0	0.0
			4	0	0.0
			5	0	0.0
			6	0	0.0
			7	1	7.1
			8	2	14.3
			9	2	14.3
			10	9	64.3
	Continuité	35	1	0	0.0
			2	0	0.0
			3	0	0.0
			4	0	0.0
			5	1	7.1
			6	1	7.1
			7	2	14.3
			8	1	7.1
			9	3	21.4
			10	6	42.9
	Durée	36	1	0	0.0
			2	0	0.0
			3	0	0.0
			4	0	0.0
			5	0	0.0
			6	0	0.0
			7	0	0.0
			8	2	14.3
			9	2	14.3
			10	10	71.4
Souvenir		37	Je ne me rappelle pas du tout	0	0.0
			Je me rappelle plutôt mal	0	0.0
			Je me rappelle plutôt bien	9	60.0
			Je me rappelle très bien	5	33.3

Annexe C :

Lettre du directeur général

Le 25 avril 2002

Aux médecins concernés

Objet: Projet de Madame Michèle Morin

Docteur,

J'appuie sans réserve le projet de madame Michèle Morin intitulé « Évaluation de la qualité perçue entourant l'application des mesures d'isolement à l'IPPM. »

En plus de permettre à madame Morin de parfaire des compétences qui sont utiles à notre établissement, son projet est des plus pertinents pour un hôpital sécuritaire comme l'IPPM, où l'on doit s'assurer que les droits, la dignité et le confort des patients soient respectés au mieux en tout temps et particulièrement lorsqu'il faut les protéger en les isolant.

Je compte sur votre entière collaboration afin d'aider madame Morin à la réussite de ce projet.

Veuillez agréer l'expression de mes meilleurs sentiments.

Le directeur général,

Paul-André Lafleur, M.D.

PAL\jt

D:\document\LETTRE\LAFLEUR\MMORIN-projet.doc

Annexe D :

Lettre du directeur des services professionnels

Madame Michèle Morin
Responsable de la qualité

Objet : Projet intitulé : Évaluation de la qualité perçue entourant l'application des
mesures d'isolement à l'IPPM »

Madame,

J'ai pris connaissance de votre projet d'intégration intitulé « Évaluation de la qualité perçue entourant l'application des mesures de l'isolement à l'IPPM ».

J'ai été fort impressionné par la qualité du contenu mais aussi par le fait que vous adressez à l'ensemble de la communauté des intervenants et intervenantes en santé mentale des questions pertinentes quant à l'utilisation de l'isolement dans notre pratique psychiatrique.

Votre projet pose avec justesse et sensibilité des questions délicates en ce qui a trait aux mesures d'isolement et qui doivent faire l'objet d'une réflexion approfondie.

Votre souci de placer constamment le patient au cœur de nos préoccupations mais aussi du processus d'amélioration des services est tout à votre honneur. Il va sans dire que dans ce contexte, j'appuie votre projet sans aucune réserve.

Veillez agréer, Madame Morin, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Gilles Chamberland, m.d.
Directeur des Services professionnels

/gb

C:\Mes documents\Chamberland\let-Morin-projet.doc

Annexe E :

Formule de consentement



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet : « *Évaluation de la qualité perçue entourant l'application de la mesure d'isolement à l'Institut Philippe Pinel de Montréal* »

J'ai été informé que l'objectif de ce projet est de permettre à l'IPPM d'évaluer le point de vue de ses patients en rapport avec certains aspects entourant la mise en isolement de manière à pouvoir y apporter des améliorations.

J'ai aussi été informé que mes réponses seraient gardées confidentielles et que mon nom n'apparaîtra nulle part dans les résultats qui seront diffusés. Seuls les résultats globaux de cette enquête seront rendus publics.

Ma participation à cette enquête est volontaire et je peux refuser d'y participer. Il est entendu que mon refus n'aura aucune conséquence pour moi personnellement, ni de conséquences sur la nature des soins que je reçois actuellement ou que je pourrais recevoir dans l'avenir.

J'accepte de participer à cette enquête,

Signature du patient

Date

Signature du témoin

Date

Annexe F :

Lettre de présentation de l'intervieweur



LETTRE DE PRÉSENTATION DU QUESTIONNAIRE ET INFORMATIONS SUR LA CONFIDENTIALITÉ

Bonjour,

Je m'appelle _____ et je suis _____.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux prévoit que tous les établissements de santé évaluent, sur une base annuelle, l'application des mesures d'isolement. Cette année, l'Institut souhaite y procéder en recueillant le point de vue de ses patients au moyen d'un questionnaire. Le but est de tenir compte de l'opinion de nos patients concernant la mise en chambre d'isolement de manière à améliorer les conditions qui entourent cette pratique.

Vous avez obtenu votre congé de l'Institut au cours des sept derniers mois et à ce titre, vous faites partie des personnes aptes à répondre à mes questions. Ces réponses demeureront confidentielles et votre nom ne pourra jamais être associé à vos réponses puisqu'il n'apparaîtra nulle part. Tous les questionnaires seront traités et analysés au moyen d'un logiciel statistique et seuls les résultats de l'ensemble de tous les questionnaires seront divulgués. Vous pouvez donc répondre à mes questions en toute franchise. Si certaines questions n'étaient pas claires pour vous, vous pouvez me demander des éclaircissements.

Je tiens à vous rappeler que votre opinion est importante pour nous et que votre participation nous aidera à améliorer nos pratiques entourant l'isolement. Cependant, vous êtes tout à fait libre de participer ou non à cette enquête. Si vous refusez, il n'y aura aucune conséquences ni pour vous, ni pour les services que vous recevez ou pourriez recevoir à l'avenir. Je vous rappelle que toutes les informations que vous nous fournirez seront traitées dans la plus grande confidentialité et que seuls les résultats globaux de l'enquête seront divulgués.

Le projet est coordonné par madame Michèle Morin qui est responsable de la qualité à l'Institut. Nous pouvons la contacter si vous le désirez.

Acceptez-vous de répondre à mes questions, cela prendra environ 20 minutes? Vous n'avez pas à vous inquiéter pour votre transport, nous vous appellerons un taxi à la fin de l'entrevue.

En cas d'acceptation :

Je vous remercie de m'accorder de votre temps.

En cas de refus :

Je vous remercie d'avoir pris le temps de m'écouter et si vous changiez d'idée, vous n'avez qu'à contacter madame Morin au poste 759, elle verra à vous fixer un rendez-vous pour que vous puissiez compléter le questionnaire.

D:\document\MICHÈLE\Lettre de présentation.doc

Annexe G :

Poster de présentation du projet

Évaluation de la qualité perçue de l'isolement à l'IPPM
(Institut Philippe Pinel de Montréal)

Résumé : Évaluation, sur une échelle en quatre points, des attentes et de la qualité perçue de l'isolement en fonction de trois secteurs de soins et services et de sept dimensions.

Auteur : Michèle Morin, QUÉOPS, 2001-2002.

<p>Le contexte Enjeux cliniques, éthiques et légaux</p> <p>La problématique Mission de l'IPPM : clientèle psychiatrique et dangerosité Conséquences : isolement plus fréquent Évaluation actuelle : quantitative Évaluation souhaitée : qualitative</p> <p>Les options d'intervention Observation directe : impossible Audit clinique : point de vue des soignants Enquête : point de vue des patients (retenue)</p> <p>Le questionnaire Évaluer : le réalisme du projet les attentes des patients la réponse à ces attentes</p> <p>Les secteurs et les dimensions évaluées Empathie et dignité (secteur relationnel) Fiabilité et apaisement (secteur professionnel) Durée, confort et continuité (secteur organisationnel)</p> <p>Le questionnaire 37 questions dont : 7 sur les attentes 25 sur la réponse aux attentes 5 sur la désirabilité sociale</p>	<p>Les variables contrôlées Sexe : masculin Langue parlée : français Diagnostic : psychose Isolement : au moins une fois</p> <p>La population à l'étude Tous les patients radiés depuis 6 mois ou sur le point d'être radiés (N = 51)</p> <p>Les sujets exclus Langue : 4 Diagnostics autres : 6 Jamais isolés : 12 Non rejoints : 5 Refus de participer : 9</p> <p>L'échantillon 15 patients</p> <p>Les résultats</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Secteurs et dimensions</th> <th>Attentes</th> <th>Réponses</th> <th>Écart</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Professionnel</td> <td>87.3</td> <td>67.7</td> <td>19.6</td> </tr> <tr> <td>Relationnel</td> <td>83.7</td> <td>72.9</td> <td>10.8</td> </tr> <tr> <td>Organisationnel</td> <td>80.9</td> <td>72.6</td> <td>8.3</td> </tr> <tr> <td>Durée</td> <td>95.7</td> <td>84.1</td> <td>11.6</td> </tr> <tr> <td>Apaisement</td> <td>93.6</td> <td>47.7</td> <td>45.9</td> </tr> <tr> <td>Dignité</td> <td>89.3</td> <td>87.6</td> <td>1.7</td> </tr> <tr> <td>Continuité</td> <td>85.7</td> <td>65.5</td> <td>20.2</td> </tr> <tr> <td>Empathie</td> <td>78.0</td> <td>58.1</td> <td>19.9</td> </tr> <tr> <td>Confort</td> <td>76.0</td> <td>79.7</td> <td>-3.7</td> </tr> <tr> <td>Fiabilité</td> <td>72.7</td> <td>71.3</td> <td>1.4</td> </tr> </tbody> </table>	Secteurs et dimensions	Attentes	Réponses	Écart	Professionnel	87.3	67.7	19.6	Relationnel	83.7	72.9	10.8	Organisationnel	80.9	72.6	8.3	Durée	95.7	84.1	11.6	Apaisement	93.6	47.7	45.9	Dignité	89.3	87.6	1.7	Continuité	85.7	65.5	20.2	Empathie	78.0	58.1	19.9	Confort	76.0	79.7	-3.7	Fiabilité	72.7	71.3	1.4
Secteurs et dimensions	Attentes	Réponses	Écart																																										
Professionnel	87.3	67.7	19.6																																										
Relationnel	83.7	72.9	10.8																																										
Organisationnel	80.9	72.6	8.3																																										
Durée	95.7	84.1	11.6																																										
Apaisement	93.6	47.7	45.9																																										
Dignité	89.3	87.6	1.7																																										
Continuité	85.7	65.5	20.2																																										
Empathie	78.0	58.1	19.9																																										
Confort	76.0	79.7	-3.7																																										
Fiabilité	72.7	71.3	1.4																																										