



**RECHERCHE ET  
ÉVALUATION**

**Les épisodes d'isolement  
avec ou sans contention  
à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine :  
une étude exploratoire à partir  
des données recueillies par  
le nouveau système informatisé**



Centre de recherche  
Fernand-Seguin  
de l'Hôpital  
Louis-H. Lafontaine

Animés par l'espoir

AFFILIÉ À  
Université   
de Montréal

**Les épisodes d'isolement  
avec ou sans contention  
à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine :  
une étude exploratoire à partir  
des données recueillies par  
le nouveau système informatisé**



Centre de recherche  
Fernand-Seguin  
de l'Hôpital  
Louis-H. Lafontaine

Animés par l'espoir

AFFILIÉ À  
Université   
de Montréal



# Les épisodes d'isolement avec ou sans contention à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine : une étude exploratoire à partir des données recueillies par le nouveau système informatisé

## **Chercheurs principaux**

Caroline Larue, Inf., Ph. D.

Professeure adjointe, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal;  
Chercheuse associée, Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H.  
Lafontaine (CRFS)

Alexandre Dumais, M.D., M. Sc., (Ph. D. candidat)

Résident en psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal.

Aline Drapeau, Ph. D., Post-doctorat en psychiatrie

Chercheuse, Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (CRFS)  
Chercheuse adjointe, Département de psychiatrie, Université de Montréal



Université   
de Montréal

Faculté des sciences infirmières

Recherche subventionnée par le Centre de  
recherche Fernand-Seguin (CRFS).

Le contenu du présent rapport n'engage  
que la responsabilité des chercheurs.

Conception graphique de la page couverture : Service des communications, Hôpital Louis-H. Lafontaine

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009

Bibliothèque et Archives Canada, 2009

ISBN 978-2-922577-80-8

© Hôpital Louis-H. Lafontaine, 2010

Tous droits réservés

Distribué par le Centre de documentation de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Téléphone : 514 251-4000 poste 2964; Télécopieur : 514 251-0270

Web : [www.hlhl.qc.ca](http://www.hlhl.qc.ca)

Courriel : [bibliotheque.lhl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:bibliotheque.lhl@ssss.gouv.qc.ca)

**Collaborateurs :**

Geneviève Ménard, M.Sc. Inf., M. Sc. Adm., directrice des soins infirmiers, Hôpital Louis-H. Lafontaine

Nathalie Bisailon, analyste informatique, Hôpital Louis-H. Lafontaine

Jeannette Neault, chef intérimaire, Service de l'accueil-admission et Service des archives médicales, Hôpital Louis-H. Lafontaine

Danny Turcotte, archiviste, Service des archives médicales, Hôpital Louis-H. Lafontaine

Jean-François Dupont, technicien informatique, Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine

Marie-Hélène Goulet, agente de recherche, Université de Montréal

**Stagiaires de recherche :**

Katia Dumont                      Étudiante à la maîtrise

Mathieu Giguère-Allard        Étudiant au baccalauréat

## **Remerciements**

Cette recherche n'aurait pu voir le jour sans la contribution de plusieurs personnes auxquelles nous tenons à rendre hommage. En premier lieu, c'est envers la Fondation de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et le CRFS qui offrent les conditions matérielles et le soutien moral propices au développement de la recherche que nous exprimons notre reconnaissance. Nous soulignons l'appui indispensable de Mme Geneviève Ménard, directrice des soins infirmiers de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et de Mme Nathalie Bisailon. Nous sommes aussi redevables à M. Jean-François Dupont pour son aide lors des transferts de fichiers et à Mme Jeannette Nault, responsable de l'accès à l'information.



# Table des matières

Remerciements .....	3
Liste des tableaux .....	5
Liste des figures.....	5
Liste des abréviations .....	5
Sommaire .....	6
Problématique.....	6
Objectifs et hypothèses.....	9
Recension des écrits .....	10
Méthode.....	12
<i>Source des données</i> .....	12
<i>Échantillon</i> .....	13
<i>Description des variables inscrites dans les protocoles</i> .....	13
Analyse des données.....	14
Limites de l'étude .....	15
Résultats .....	16
<i>Première partie : Prévalence de l'isolement avec ou sans contention et facteurs associés au risque d'isolement et d'isolement avec contention</i> .....	16
<i>Deuxième partie : Description de l'épisode d'isolement avec ou sans contention et de la qualité du questionnaire</i> .....	22
<i>Qualité du formulaire</i> .....	34
Recommandations générales .....	37
Conclusions- les suites .....	39
Annexe 1 .....	40
<i>Le protocole informatisé Application de mesures de contrôle : isolement et contentions, #0728422</i> .....	40
Annexe 2 .....	41
<i>Critères de décision</i> .....	41
Annexe 3 .....	45
<i>Tableaux statistiques détaillés</i> .....	45
Références .....	57

## Liste des tableaux inclus dans le texte principal

Tableau 1 :	Prévalence de l'isolement avec ou sans contention, des données sociodémographiques et des diagnostics principaux .....	16
Tableau 2 :	Facteurs associés à l'isolement avec ou sans contention .....	17
Tableau 3 :	Prédicteurs de l'isolement avec ou sans contention .....	18
Tableau 4 :	Facteurs associés aux utilisateurs fréquemment isolés avec ou sans contention (exclusion des utilisateurs non isolés).....	20
Tableau 5 :	Comparaison de la durée d'hospitalisation avec l'âge, le genre et le diagnostic principal.....	21
Tableau 6 :	Variables des sous-groupes selon le protocole 2007-2009 .....	24
Tableau 7 :	Facteurs de risque des sous-groupes selon les protocoles 2007-2009.....	25
Tableau 8 :	Conditions physiques des sous-groupes selon les protocoles 2007-2009 .....	25
Tableau 9 :	Mesures de remplacement tentées pour les sous-groupes selon les protocoles 2007-2009 .....	27
Tableau 10 :	Personnes informées pour les sous-groupes selon les protocoles 2007-2009 .....	28
Tableau 11 :	Consentement obtenu pour les sous-groupes selon les protocoles 2007-2009.....	29
Tableau 12 :	Les heures d'isolement selon le quart de travail .....	30
Tableau 13 :	Nombre total d'heures d'isolement selon la durée de chaque épisode en lien avec les 2 périodes (sans les neuf patients fréquemment isolés) .....	32
Tableau 14 :	Nombre total d'heures d'isolement avec contention selon la durée de chaque épisode en lien avec les 2 périodes.....	33

## Liste des figures

Figure 1 :	Histogramme de la fréquence d'implication de chaque patient qu'un patient dans un épisode d'IC.....	23
Figure 2 :	Graphique du nombre d'heures en isolement lors des 2 périodes selon leur durée.....	31

## Liste des abréviations

DI	Déficiência intellectuelle
HLHL	Hôpital Louis-H. Lafontaine
IC	Isolement-contention
PIC	Protocole d'isolement avec contention

## Sommaire

Les mesures d'isolement avec ou sans contention sont utilisées, notamment en situation d'urgence psychiatrique, afin de gérer l'agressivité ou l'agitation des patients et de promouvoir la sécurité des lieux. Dans ce contexte, la décision de contrôler le comportement d'une personne, potentiellement dangereuse, par le retrait ou l'isolement apparaît une avenue éthiquement justifiée. À cet effet, afin de mieux baliser cette pratique, un nouvel outil informatique a définitivement été instauré à l'HLHL en avril 2007. Ce questionnaire informatisé visait à recueillir différentes informations entourant la décision de mise en isolement avec ou sans contention tel que les facteurs de risque identifiés, les mesures de remplacement tentées et le type de mesure utilisé. L'étude que nous proposons vise donc à explorer cette banque de données, et ce, sur une période de deux ans, soit d'avril 2007 à mars 2009. Cette étude a ainsi pour but d'évaluer ce nouvel instrument, de générer des connaissances sur ce phénomène et, finalement, de guider de futures recherches.

## Problématique

Dans le contexte hospitalier psychiatrique, l'isolement est considéré comme une mesure thérapeutique adéquate afin de limiter les risques d'agression ou de blessures chez un patient agité ou agressif. Cette pratique consiste à isoler une personne et à limiter ses contacts avec les pairs alors que l'isolement avec contention ajoute une mesure visant à contraindre une personne par des moyens physiques (Kipman et al., 2005)<sup>1</sup>. Étonnamment, la prévalence de l'isolement dans les établissements psychiatriques de courte durée est peu documentée. Il n'existe pas de normes provinciales exigeant que cette information soit collectée de façon systématique. Conséquemment, il est difficile de connaître précisément l'ampleur de cette pratique. À notre connaissance, les études les plus récentes sont celles recensées par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) (2006) et malheureusement aucune de ces études n'a été réalisée au Québec ou dans une autre province depuis les années 1980.

---

<sup>1</sup> Nous n'intégrerons pas, dans cette étude, les substances chimiques utilisées comme mesure de contrôle qui consiste à limiter la capacité d'action d'une personne.

L'utilisation des mesures d'isolement avec ou sans contention suscite beaucoup d'interrogations quant aux effets négatifs associés. En 1998, *The Hartford Courant* a rapporté un total de 142 morts possiblement liées à ces mesures. Les effets néfastes documentés sont autant d'ordre physique (Lazarus, 2001; Nelstrop et al., 2006) que psychologique (AHQ, 2001; Bonner et al., 2002; Holmes et al., 2004; Wilkniss et al., 2004). De plus, pour les établissements, des coûts organisationnels et économiques importants y sont associés (Lebel et Goldstein, 2005).

Les équipes de soins en santé mentale expriment un inconfort concernant ces mesures puisqu'elles entrent en contradiction avec les principes éthiques de bienveillance et de non-malfaisance (Collaizzi, 2005) et qu'elles visent une clientèle vulnérable. La décision d'isoler et de contraindre un patient devient donc incommode (Hall, 2004; Terpstra et Hunter, 2001) pour les équipes. C'est dans ce contexte qu'une démarche systématique et rigoureuse a été menée au Québec pour encadrer et réduire au minimum cette pratique.

Depuis une quinzaine d'années au Québec, l'association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale (1999) invite le milieu hospitalier à recenser les pratiques d'isolement et de contentions. Des mesures alternatives ou de remplacement sont prônées afin de préserver la sécurité physique et psychologique des patients. Les mesures de remplacement identifiées par Griffith (2001) sont par exemple l'offre d'une médication. Les autres mesures concernent l'utilisation d'interventions alternatives pour contrôler les comportements agressifs tels que les techniques verbales (renforcement positif du pouvoir d'agir du client), l'incitation au retrait volontaire et le contrôle thérapeutique (*holding*).

En 2002, le MSSS a défini des orientations qui visent la réduction maximale, voire l'élimination, des contentions, et ce, par l'innovation, la créativité et l'utilisation de mesures de remplacement. Plus récemment, le libellé 118,1 de la *Loi sur les services de santé et les services de santé* précise que les mesures d'isolement avec ou sans contentions doivent être minimales et exceptionnelles, rapportées de façon détaillée au dossier et un protocole précis d'application de ces mesures doit être prévu.

À cet effet, les administrations des hôpitaux et instituts psychiatriques ont élaboré des politiques de mise en œuvre des protocoles pour promouvoir la réduction des mesures d'isolement. Plus spécifiquement, à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, un nouveau protocole a été implanté définitivement en avril 2007 (Ménard et al., 2009). Ce protocole est informatisé et son implantation dans les services a débuté en 2005. Il est complété par les infirmières. Les chefs de service, les cadres intermédiaires et le personnel directement impliqué lors de l'épisode d'isolement avec ou sans contention ont reçu une formation concernant les procédures à suivre concernant le nouveau protocole.

Ainsi, en avril 2009, le projet de recueil des données informatisées concernant l'isolement et les contentions terminait sa deuxième année opérationnelle. À cet effet, nous proposons d'effectuer une étude exploratoire des données qui ont été colligées afin d'évaluer ce nouvel outil et d'accroître les connaissances concernant ce phénomène. Nous avons exploré le contenu de ces protocoles complétés du 1<sup>er</sup> avril 2007 au 31 mars 2009 afin d'estimer la prévalence de l'isolement avec ou sans contention parmi les patients hospitalisés à l'HLHL et son évolution dans le temps. Nous souhaitons aussi décrire le profil des patients ayant vécu un tel épisode, identifier les facteurs associés au risque d'isolement avec ou sans contention et analyser la qualité du protocole.

## Objectifs et hypothèses

### Objectifs :

- Estimer la prévalence de l'isolement avec ou sans contention parmi les patients hospitalisés à l'HLHL.
- Décrire le profil des patients qui ont vécu un épisode d'isolement avec ou sans contention.
- Identifier les facteurs associés au risque d'isolement.
- Identifier les facteurs associés au risque d'isolement avec contention.
- Analyser la qualité du protocole isolement-contention qui est complétée par le personnel clinique.

### Hypothèses :

- Les facteurs de risque identifiés expliquant le recours à l'isolement avec ou sans contention sont plus souvent reliés aux comportements avec un potentiel hétéro-agressif.
- Sur le protocole d'isolement, la mesure de remplacement la plus souvent indiquée est l'utilisation de la médication au besoin.
- Le recours à l'isolement avec contention est le plus souvent utilisé auprès des patients qui présentent les caractéristiques suivantes : jeune, sexe masculin et un diagnostic de schizophrénie ou de trouble bipolaire.
- Le recours à l'isolement avec contention a diminué progressivement et significativement depuis l'implantation du nouveau protocole en 2007.

## Recension des écrits

### *La prévalence des mesures d'isolement-contention*

La revue de la littérature a d'abord été centrée sur la prévalence des mesures coercitives utilisées dans différents milieux psychiatriques. Force est de constater que ces études sont difficiles à comparer, en raison de leurs méthodes : données collectées à partir de sondages (Gurguis et Durost, 1978; Crenshaw et Francis, 1995; Ray et Rappaport, 1995; Cannon et al., 2001), de dossiers personnels ou de notes infirmières (Ahmed et Lepnurm, 2001; Thompson, 1986; Legris et al., 1999), de bases de données (Demeestere et al., 1995; Way et Banks, 1990; Donat, 2003; Kaltiala-Heino et al., 2000; Smith et al., 2005; Steinert et al., 2007; Beck et al., 2008; Janssen et al., 2008; Steinert et al., 2008), de protocoles remplis mensuellement (D'Orio et al., 2004; Betemps et al., 1992), de leurs statistiques (12 façons principales de les présenter), de leurs cultures (9 pays avec des politiques et mœurs propres à chacun) et de leurs populations (8 clientèles ciblées) très différentes. De plus, les trois seules études canadiennes que nous avons recensées se situaient dans des contextes très différents du nôtre : l'une d'entre elles concernait la psychiatrie légale (Ahmed et Lepnurm, 2001; O'Shaughnessy, 2001), une autre visait une population uniquement schizophrène (Legris et al., 1999) tandis que la dernière utilisait un sondage visant à connaître les pratiques des hôpitaux psychiatriques de façon qualitative (Gurguis et Durost, 1978).

Ailleurs dans le monde, six études datant des années 1975-2000 visaient plus de 15 hôpitaux. Parmi celles-ci, quatre ont procédé par sondages (Gurguis et Durost, 1978; Crenshaw et Francis, 1995; Ray et Rappaport, 1995; Cannon et al., 2001), méthode pour laquelle il est possible de questionner la fiabilité et la validité des données en raison du taux de réponse souvent bas, de la population souvent trop variée et du manque de précision concernant les mesures appliquées.

Il convient aussi de souligner que plusieurs définitions différentes de l'isolement et de la contention sont ressorties de notre revue; certains ne distinguaient pas l'isolement de la contention en compilant leurs données (Martin et al., 2005; Tunde-Ayinmode et John, 2004; Way et Banks, 1990; D'Orio et al., 2004; Ahmed et Lepnurm, 2001; Betemps et

al., 1992; Thompson, 1986; Crenshaw et Francis, 1995; Cannon et al., 2001; Steinert et al., 2007; Beck et al., 2008; Thomas et al., 2009) et d'autres incluait la médication à leur étude (Martin et al., 2005; Cannon et al., 2001; Knutzen et al., 2007). De plus, l'ensemble des études parcourues présente une si grande variété dans leurs statistiques qu'il est ardu de situer notre pratique par rapport à ces résultats : 1,1% (Keski-Valkama et al., 2007) à 44% (Thomas et al., 2009) des patients ayant été isolés. Il est possible d'attribuer ces écarts à une panoplie de facteurs (Larue et al., 2009) influençant la décision d'utiliser l'isolement. Bref, en raison des grandes différences méthodologiques et du manque de données probantes au Canada, on connaît très peu l'ampleur du phénomène d'isolement et de contention.

En 2008, Janssen a comparé l'utilisation de mesures coercitives dans plusieurs pays et a voulu uniformiser la façon de présenter les données, mais le chercheur a conclu qu'encore une fois, les études utilisées étaient trop différentes sur le plan méthodologique et statistique pour n'attribuer les écarts qu'aux différences culturelles. Depuis 1999, la tendance des études semble ne viser qu'un hôpital à la fois (Tunde-Ayinmode et John, 2004; Donat, 2003; D'Orion et al., 2004; Ahmed et Lepnurm, 2001; Legris et al., 1999; Ryan et Bowers, 2006; Knutzen et al., 2007; Steinert et al., 2007; Hellerstein et al., 2007; Beck et al., 2008; Steinert et al., 2008; Thomas et al., 2009) afin de se concentrer sur une même philosophie d'intervention et sur une population plus uniformisée. Ainsi, les données sont plus faciles à valider, les résultats deviennent plus concrets et les établissements peuvent mieux baliser l'utilisation des mesures coercitives, avec l'intention de les réduire au maximum.

## Méthode

Il s'agit d'une étude descriptive de type quantitatif effectuée à partir de la base de données de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Nous avons évalué les différentes composantes du questionnaire afin de brosser le tableau de l'utilisation des mesures d'isolement et de contention depuis la mise sur pied, en avril 2007, de ce nouvel instrument. Nous avons examiné les deux premières années, soit d'avril 2007 à mars 2009. Une analyse descriptive de la situation a été complétée en reprenant les différentes rubriques du questionnaire (annexe 1) en ce qui concerne les facteurs de risque identifiés, la condition physique, les mesures de remplacement tentées, les personnes informées, le type de mesure, le consentement, la fréquence des contrôles recommandée par le protocole, le bilan de l'application de la mesure et la description du matériel utilisé. L'âge, le sexe et le diagnostic psychiatrique des patients ont été retrouvés à l'aide du numéro de dossier inscrit au formulaire. À cet effet, plusieurs demandes ont été faites aux archives de l'HLHL afin de connaître l'âge, le sexe et le diagnostic de chacun des patients qui ont vécu ce type d'intervention. De plus, nous avons demandé l'âge, le sexe et le diagnostic de l'ensemble des patients admis à HLHL durant la même période afin de pouvoir tester notre première et troisième hypothèse.

### Source des données

- Le fichier des protocoles d'isolement avec ou sans contention
- Le fichier des heures d'isolement et de contention par quart de travail
- Le registre des hospitalisations
- Le protocole informatisé *Application de mesures de contrôle : isolement et contentions*, #0728422, présenté à l'annexe 1, est un document signé par l'infirmière responsable du début de l'application de la mesure. Le formulaire permet de connaître les interventions effectuées auprès du patient impliqué dans la mesure. Il se divise en neuf sections. Chacune des sections offre des choix de réponse qui seront cochés par l'infirmière. Pour la plupart des sections, il est possible de cocher « autres » et d'indiquer des commentaires. La première section *Facteurs de risque* propose six possibilités qui appuient la décision d'isolement (de l'agitation au comportement suicidaire). La deuxième section *Condition physique particulière* offre cinq possibilités qui nécessitent une surveillance plus

étroite du patient. La troisième section *Mesures de remplacement tentées* offre dix possibilités qui montrent les efforts effectués par l'équipe de soins pour éviter l'isolement. Les sections *Personnes informées*, *Type de mesures*, *Consentement*, *Validité de l'ordonnance médicale*, *Fréquence des contrôles* et *Bilan de l'application de la mesure et description du matériel* offrent des possibilités qui sont déterminées par des balises légales.

- Alors que les protocoles sont complétés sur une période de 24 h ou encore sur une période de 7 jours, les données concernant les heures d'isolement avec ou sans contention sont compilées par quart de travail dans un fichier distinct.
- Le registre des hospitalisations offre des informations sur les admissions comprises entre la période du 1er avril 2007 et le 31 mars 2009, sur le diagnostic d'arrivée et de départ, sur l'âge et sur le sexe du patient.

### ***Échantillon***

- Le fichier du protocole IC comprend l'ensemble des protocoles mis en place durant la période étudiée à l'exception des mesures de protection. De plus, un même patient peut avoir généré une multitude de protocoles si, lors de son hospitalisation, il a été placé en chambre d'isolement à plusieurs reprises.
- Le fichier des hospitalisations comprend l'ensemble des patients qui ont été admis à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine à l'exception de ceux qui ont été admis avec un diagnostic d'arrivée et de sortie associé à un problème de santé physique.

### ***Description des variables inscrites dans les protocoles***

Les variables peuvent être regroupées en deux catégories. Il s'agit majoritairement de variables catégorielles, sauf pour l'âge des patients :

- les variables sociodémographiques et cliniques
- les variables prises en compte lors de la décision d'isolement par les intervenants

## Analyse des données

L'analyse des données se fera en fonction de nos 5 objectifs :

1. La prévalence de l'isolement avec ou sans contention est le nombre de patients qui ont subi cette intervention entre le 1<sup>er</sup> avril 2007 et le 31 mars 2009 divisé par le nombre de patients hospitalisés durant cette période.
2. La régression logistique sera utilisée pour identifier les facteurs associés au risque d'isolement et les facteurs de risque d'isolement avec contention. L'échantillon sera composé des patients hospitalisés entre le 1<sup>er</sup> avril 2007 et le 31 mars 2009. La variable dépendante sera la présence/absence de l'isolement. Les variables indépendantes seront l'âge, le sexe, le diagnostic principal et le temps d'hospitalisation.
3. Le profil des patients, le contexte de l'épisode d'isolement et les mesures de remplacement privilégiées seront décrits par l'analyse (comparaison des proportions) de la distribution des variables à l'étude. Cependant, les données concernant la description du matériel utilisé, la validité de l'ordonnance médicale, la fréquence des contrôles n'ont pas été retenues parce qu'elles ne permettaient pas d'éclairer nos hypothèses.
4. La qualité des questionnaires sur l'isolement complétés par le personnel clinique sera analysée par un décompte et une description des valeurs manquantes ou imprécises dans chaque rubrique du questionnaire.

## Limites de l'étude

- Les données ne sont pas observées, mais sont rapportées par les infirmières
- Il n'y a pas de distinction entre les unités de courte durée et de longue durée dans les unités psychiatriques adultes
- L'étude s'est effectué sur un seul établissement psychiatrique ce qui diminue la possibilité de généralisation des données
- La manipulation des données d'un fichier à l'autre n'a pas permis une analyse aussi approfondie que celle escomptée

## Résultats

### ***Première partie : Prévalence de l'isolement avec ou sans contention et facteurs associés au risque d'isolement et d'isolement avec contention***

Au total, 2721 différents patients ont été admis entre le 1er avril 2007 et le 31 mars 2009. De ce total des admis, 23,2% (n=632) ont vécu au moins un épisode d'isolement et 77,2% de ces derniers ont vécu un épisode d'isolement avec contention (n=476). Le tableau 1 fait voir que l'âge moyen de l'ensemble des admis est des 48,6 ans, que les hommes sont un peu plus nombreux (54,4%) et que le principal diagnostic des patients admis est la schizophrénie ou autres psychoses. Enfin, la durée moyenne d'hospitalisation est de 118,1 jours (SD : 201.0) et la médiane de 31 jours.

**Tableau 1: Prévalence de l'isolement avec ou sans contention, des données sociodémographiques et des diagnostics principaux<sup>2</sup>**

	Pourcentage (n = 2721)
<b>Prévalence</b> de l'isolement avec ou sans contention	23.2% (632)
<b>Prévalence</b> de l'isolement avec contention	17.5% (476)
<b>Catégories d'âge</b>	
18 à 29 ans	16.7% (454)
30 à 49 ans	36.6% (996)
50 à 69 ans	33.3% (905)
70 ans et plus	13.5% (366)
<b>Genre:</b> Hommes % (n)	54.4% (1479)
Femmes % (n)	45.6% (1242)
<b>Diagnostic principal</b> (n = 2675)	
1- Anxiété, dépression, troubles somatoformes % (n)	22.1% (591)
2- Schizophrénie ou autres psychoses % (n)	43.7% (1169)
3- Troubles bipolaires % (n)	11.7% (313)
4- Déficience intellectuelle ou cognitive % (n)	5.2% (140)
5- Troubles de la personnalité % (n)	8.5% (227)
6- Troubles mentaux liés à l'abus de substance % (n)	8.8% (235)
<b>Durée d'hospitalisation</b>	
1- ≤ 30 jours	49.2% (1340)
2- 30 à 180 jours	32.3% (879)
3- ≥180 jours	18.4% (502)

Au départ, nous avons fait l'hypothèse que le recours à l'isolement avec contention est plus souvent utilisé auprès des patients qui présentent les caractéristiques suivantes : jeune, sexe masculin et diagnostic de schizophrénie ou de trouble bipolaire. Certaines des

<sup>2</sup> Tableau détaillé disponible en annexe

caractéristiques ont pu être confirmées par l'analyse bivariée alors que d'autres sont demeurées non confirmées. Le tableau 2 montre que le risque de vivre un épisode d'isolement s'accroît plus le patient est jeune, a un diagnostic de schizophrénie ou autres psychoses, de troubles bipolaires ou de troubles de la personnalité et plus la durée d'hospitalisation est longue. En revanche, le genre n'est pas une variable discriminante.

**Tableau 2 : Facteurs associés à l'isolement avec ou sans contention<sup>3</sup>**

Variables	Isolement avec ou sans contention		P	Isolement et contention seulement		P
	Non	Oui		Non	Oui	
<b>Catégories d'âge</b>			<			<
18 à 29 ans	67.2%	32.8%	0.001	74.2%	25.8%	0.001
30 à 49 ans	74.0%	26.0%		80.4%	19.6%	
50 à 69 ans	80.1%	19.9%		85.7%	14.3%	
70 ans et plus	88.0%	12.0%		90.4%	9.6%	
<b>Genre:</b> Hommes	74.8%	25.2%	0.007	81.6%	83.6%	0.179
Femmes	79.1%	20.9%		18.4%	16.4%	
<b>Diagnostic principal</b>			<			<
1- Anxiété, dépression, somatoformes	88.7%	11.3%	0.001	90.5%	11.3%	0.001
2- Schizophrénie, autres psychoses	72.5%	27.5%		79.4%	20.6%	
3- Troubles bipolaires	64.9%	35.1%		75.4%	24.6%	
4- Déficience intellectuelle ou cognitive	82.9%	17.1%		85.7%	14.3%	
5- Troubles de la personnalité	74.4%	25.6%		79.3%	20.7%	
6- Troubles mentaux liés à l'abus de substances	83.0%	17.0%		87.7%	12.3%	
<b>Durée d'hospitalisation</b>			<			<
1- ≥ 30 jours	88.8%	11.2%	0.001	91.8%	8.2%	0.001
2- 30 à 180 jours	69.3%	30.7%		78.0%	22.0%	
3- ≤ 180 jours	57.8%	42.2%		65.5%	34.5%	

Le tableau 3 confirme que le fait d'être jeune, d'avoir un diagnostic de trouble bipolaire ou de trouble de la personnalité et d'être hospitalisé sur une longue période prédit le

<sup>3</sup> Tableau détaillé disponible en annexe

recours à au moins un épisode d'isolement avec contention. Les valeurs de discrimination du modèle sont acceptables.

**Tableau 3: Prédicteurs de l'isolement avec ou sans contention<sup>4</sup>**

	Isolement avec ou sans contention (Rapport de cote ou Odds Ratio)	CI (95%)	P	Isolement avec contention	CI (95%)	P
Catégorie d'âge	0.50	0.44 – 0.57	< 0.001	0.50	0.44 – 0.57	< 0.001
Femmes	0.89	0.74 – 1.11	0.26	1.05	0.84 – 1.31	0.68
<b>Diagnostic principal</b>						
1- Anxiété, dépression, troubles somatoformes	1			1		
2- Schizophrénie, autres psychoses	1.55	1.13 – 2.11	0.006	1.29	0.90 – 1.76	0.18
3- Troubles bipolaires	4.07	2.81 – 5.88	< 0.001	2.79	1.87 – 4.17	< 0.001
4- Déficience intellectuelle ou cognitive	0.93	0.53 – 1.63	0.95	0.93	0.51 – 1.70	0.82
5- Troubles de la personnalité	2.76	1.81 – 4.21	< 0.001	2.49	1.58 – 3.92	< 0.001
6- Troubles mentaux liés à l'abus de substances	1.57	0.99 – 2.48	0.055	1.32	0.79 – 2.20	0.29
Durée d'hospitalisation	3.49	2.99 – 4.06	< 0.001	3.46	2.93 – 4.07	< 0.001
	n = 2675 X <sup>2</sup> = 459.0, df = 8, p < 0.001 R <sup>2</sup> = 0.24 <sup>1</sup> AUC <sup>2</sup> = 0.77	0.75 – 0.79		n = 2675 X <sup>2</sup> = 352.8, df = 8, p < 0.001 R <sup>2</sup> = 0.20 <sup>1</sup> AUC <sup>2</sup> = 0.76	0.74 – 0.79	

<sup>1</sup>Nagelkerke

<sup>4</sup> Tableau détaillé disponible en annexe

## <sup>2</sup> Surface sous la courbe (ROC)

Concernant les heures d'isolement, la durée moyenne en isolement pour l'hospitalisation complète est de 134,3 h (SD : 682,4) avec une médiane de 12,5 h. Les patients qui se situent au-dessus de la médiane sont aussi ceux qui sont hospitalisés pour une plus longue période (tableau 4). Aucune différence significative n'est présente quant à l'âge, le genre et le diagnostic principal. L'analyse de régression logistique, contrôlant pour la variable de genre, a permis de démontrer qu'une plus longue durée d'hospitalisation reste un facteur prédictif significatif d'une durée plus longue de mise en isolement (Adjusted OR = 1,49 (95% CI = 1,20 to 1,84). Cependant, le modèle n'a pas atteint une valeur discriminative acceptable (AUC = 0,59).

De plus, parmi les personnes isolées avec contention pour l'hospitalisation complète (non un épisode simple), la durée moyenne était de 22,4 heures (écart-type= 66,6 heures) avec une médiane de 5,25 heures. Les patients démontrant un score égal ou supérieur à la médiane étaient plus susceptibles d'être hospitalisés pour une plus longue période de temps (tableau 4). Aucune différence significative n'a été trouvée pour l'âge, le genre et le diagnostic principal. La régression logistique contrôlant pour le genre a permis de voir qu'une plus longue hospitalisation est un facteur prédictif d'une plus longue mise en isolement avec contention (Adjusted OR = 2.15 (95% CI = 1.63 to 2.83). Cependant, le modèle n'a pas atteint une valeur discriminative acceptable (AUC= 0,67).

**Tableau 4: Facteurs associés aux utilisateurs fréquemment isolés avec ou sans contention (exclusion des utilisateurs non isolés)<sup>5</sup>**

	Fréquemment isolé <sup>1</sup>		X <sup>2</sup>	D f	P	Fréquemment isolé avec contention <sup>2</sup>		X <sup>2</sup>	D f	P
	Non	Oui				Non	Oui			
<b>Catégories d'âge</b>			3.43	3	0.33			3.10	3	0.38
18 à 29 ans	47.7% (71)	52.3% (78)				54.7% (64)	45.3% (53)			
30 à 49 ans	47.5% (123)	52.5% (136)				46.7% (91)	53.3% (104)			
50 à 69 ans	51.7% (93)	48.3% (87)				49.6% (64)	50.4% (65)			
70 ans et plus	61.4% (27)	38.6% (17)				40.0% (14)	60.0% (21)			
<b>Genre:</b> Hommes	46.6% (174)	53.4% (199)	3.35	1	0.07	45.6% (124)	54.4% (148)	2.87	1	0.09
Femmes	54.1% (140)	45.9% (119)				53.4% (109)	46.6% (95)			
<b>Diagnostic principal</b>			1.67	5	0.89			6.66	5	0.25
1- Anxiété, dépression, troubles somatoformes	43.3% (29)	56.7% (38)				41.1% (23)	58.9% (33)			
2- Schizophrénie ou autres psychoses	51.1% (157)	48.9% (164)				52.7% (127)	47.3% (114)			
3- Troubles bipolaires	50.0% (55)	50.0% (55)				30.0% (6)	70.0% (14)			
4- Déficience intellectuelle ou cognitive	45.8% (11)	54.2% (13)				44.2% (34)	55.8% (43)			
5- Troubles de la personnalité	51.7% (30)	48.3% (28)				53.2% (25)	46.8% (22)			
6- Troubles mentaux liés à abus de substances	47.5% (19)	52.5% (21)				48.3% (14)	51.7% (15)			
<b>Durée d'hospitalisation</b>			15.2 9	2	< 0.01			33.3 3	2	< 0.01
1- ≥ 30 jours	62.7% (94)	37.3% (56)				71.8% (79)	28.2% (31)			
2- 30 à 180 jours	48.5% (131)	51.5% (139)				46.6% (90)	53.4% (103)			
3- ≤ 180 jours	42.0% (86)	58.0% (123)				37.0% (64)	63.0% (109)			

1- Score ≥ médiane (médiane = 12.5h d'isolement durant la période étudiée) pour ceux isolés avec ou sans contrainte (n = 632)

2- Score ≥ médiane (médiane = 5.25h d'isolement avec contention durant la période étudiée) pour ceux isolés avec contrainte (n = 476)

<sup>5</sup> Tableau détaillé disponible en annexe

Enfin, une durée d'hospitalisation supérieure à 6 mois est associée à un âge plus avancé, au genre masculin et à un diagnostic principal de schizophrénie ou autres psychoses (tableau 5). Une grande proportion (44,3%) des admissions pour retard mental ou cognitif présente une durée d'hospitalisation de plus de 6 mois.

**Tableau 5: Comparaison de la durée d'hospitalisation avec l'âge, le genre et le diagnostic principal<sup>6</sup>**

	Moins de 30 jours	Entre 30 et 180 jours	Plus de 180 jours	X <sup>2</sup>	Df	P
<b>Catégories d'âge</b>				241.8	6	<0.001
18 à 29 ans	19.1% (256)	17.4% (153)	9.0% (45)			
30 à 49 ans	44.5% (596)	33.3% (293)	21.3% (107)			
50 à 69 ans	30.7% (412)	32.3% (284)	41.6% (209)			
70 ans et plus	5.7% (76)	17.0% (149)	28.1% (141)			
<b>Genre: Hommes</b>	55.4% (743)	50.9% (447)	57.6% (289)	7.1	2	0.029
Femmes	44.6% (597)	49.1% (432)	42.4% (213)			
<b>Diagnostic principal</b>				494.1	10	<0.001
1- Anxiété, dépression, troubles somatoformes	29.7% (390)	16.2% (141)	12.2% (60)			
2- Schizophrénie ou autres psychoses	29.7% (390)	52.5% (457)	65.4% (322)			
3- Troubles bipolaires	9.7% (128)	18.4% (160)	5.1% (25)			
4- Déficience intellectuelle ou cognitive	2.9% (38)	4.6% (40)	12.6% (62)			
5- Troubles de la personnalité	13.1% (173)	4.3% (37)	3.5% (17)			
6- Troubles mentaux liés à l'abus de substances	14.8% (194)	4.0% (35)	1.2% (6)			

<sup>6</sup> Tableau détaillé disponible en annexe

## ***Deuxième partie : description de l'épisode d'isolement avec ou sans contention et de la qualité du questionnaire***

### *Description de l'épisode d'isolement avec ou sans contention*

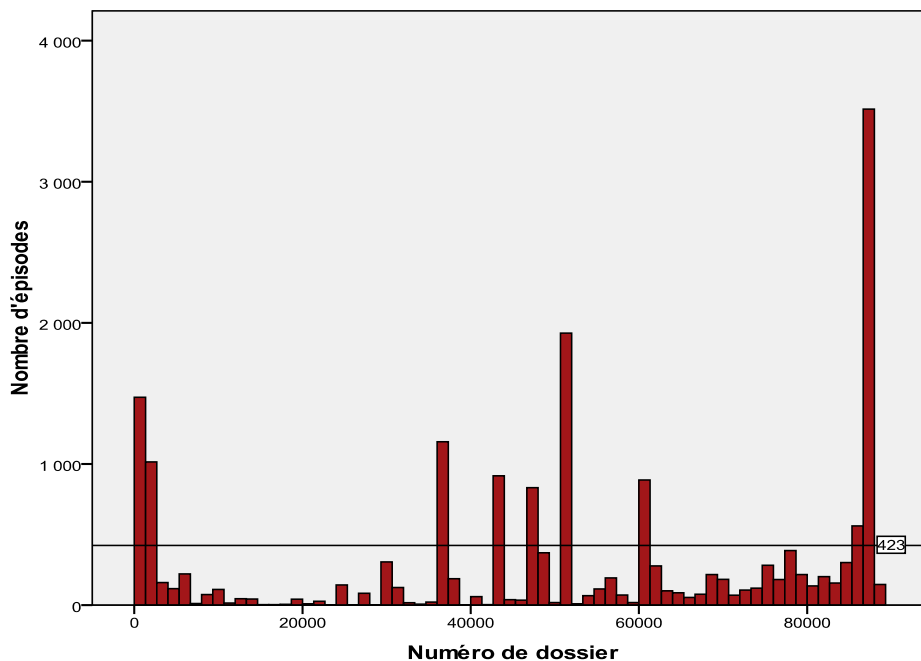
Au total, 4863 protocoles ont été répertoriés impliquant 622 patients. Les protocoles d'IC ont généré un total de 83788,2 heures d'isolement incluant 9681,75 heures de contention. La première étape de l'analyse a consisté à examiner de façon différenciée les unités de déficience intellectuelle et les unités de psychiatrie. Les unités de déficience comprennent des patients où cette composante est dominante et s'accompagne de troubles de comportement. Cette clientèle pose des problèmes particuliers aux intervenants en raison de leurs limites fonctionnelles, physiques et cognitives, mais aussi en raison des difficultés de compréhension et de communication (Baroff, 1996). Plusieurs études révèlent que les patients atteints d'une DI ont un taux élevé de comportements hétéros et auto-agressifs créant des problèmes de gestion du comportement (Crocker et al., 2007) et que l'association d'une DI accompagnée d'un Dx de santé mentale donne un score d'agressivité élevé (Crocker et al., 2007). Le tableau 6 fait voir que notre échantillon comprend des protocoles provenant des unités de la psychiatrie (76,9%) et de la DI (9,4%). Toutefois, comme un petit nombre de patients avaient un poids considérable, nous avons décidé d'examiner les pratiques infirmières associées à la décision d'isolement pour ces 9 patients fréquemment isolés qui génèrent à eux seuls 666<sup>7</sup> protocoles d'isolement et surtout 44825,5 heures totales d'isolement, soit 53,5% de toutes les heures d'isolement pour la période 2007-2009.

---

<sup>7</sup> Le pourcentage (14%) de protocoles répertoriés peut sembler de faible importance. Cela s'explique par le fait que les protocoles de DI sont principalement des mesures ultimes d'encadrement (97,1%) qui peuvent être valides pour une période de sept jours.

Pour corroborer et finaliser le choix des patients fréquemment isolés, nous avons examiné le fichier contention-isolement. Il compile les heures d'isolement et les heures de contention à chaque quart de travail (jour-soir-nuit) où un protocole a été mis en place. Ces heures d'isolement peuvent avoir été subies par un ou plusieurs patients. Le choix des 9 patients fréquemment isolés a été basé sur le calcul des dossiers qui sont à 3 écarts-types de la moyenne de la fréquence où un patient est impliqué dans un épisode d'isolement-contention, donc ceux qui sont à plus de la 394,7 de la moyenne, soit une fréquence de plus de 423 épisodes. L'histogramme ci-dessous montre clairement les 9 dossiers se démarquant de ce paramètre.

**Figure 1 : Histogramme de la fréquence d'implication de chaque patient dans un épisode d'isolement-contention**



L'ensemble de données sans les 9 patients fréquemment isolés comporte donc 9357 entrées. L'examen de ces données nous mène à croire qu'il y aurait des différences probables entre les variables des épisodes enregistrés dans les unités qui accueillent des patients ayant une déficience intellectuelle<sup>8</sup> des autres unités de soins psychiatriques<sup>9</sup>. Les

<sup>8</sup> Les patients qui sont dans les unités de déficience intellectuelle, en plus de présenter un certain degré de déficience intellectuelle ont également des troubles du comportement ou encore un diagnostic provenant du DSMIV

<sup>9</sup> Dans les autres unités psychiatriques, la déficience n'est pas la composante dominante du trouble de santé mentale. Les patients admis dans ces unités ont un trouble de santé mentale dominant.

données concernant les unités de gérontologie et les unités médicales n'ont pas été considérées lors des analyses et représentaient à peine 1% des données. Nous avons donc distingué ces trois sous-groupes dans le fichier isolement-contention et pour le calcul des heures d'isolement par quart de travail.

**Tableau 6 : Variables des sous-groupes selon les protocoles 2007-2009**

Épisodes	Fréquemment isolé	Psychiatrie adulte	Déficience intellectuelle	Global
<b>Sexe</b>				
<i>Femmes</i>	1373 (14,7%)= 1 patient (11%)	3095 (39,2%)	117 (11,2%)	4585 (25,0%)
<i>Hommes</i>	7984 (85,3%)= 8 patients (89%)	4787 (60,6%)	927 (88,8%)	<b>13698 (75,0%)</b>
<b>Âge</b>				
<i>Intervalle :</i>	30 à 59 ans	18 à 85 ans	22 à 83 ans	18 à 85 ans
<i>Moyenne</i>	43 ans	43,4 ans	<b>46,4 ans</b>	
<b>Type de mesure</b>				
<i>Isolement seul</i>	20 (0,2%)	<b>3269 (41,4%)</b>	73 (7,0%)	3362 (18,4%)
<i>Isolement avec contention</i>	25 (0,3%)	2429 (30,7%)	220 (21,1%)	2674 (14,6%)
<i>Mesures ultimes d'encadrement</i>	<b>9312 (99,5%)</b>	2206 (27,927,9%)	<b>751 (71,9%)</b>	12269 (67,0%)
<b>Heures totales</b>				
<i>Isolement seul</i>	44825,5	36021,25	2941,5	83788,25
<i>Isolement avec contention</i>	684,75	7522,75	1474,25	9681,75

Constats :

- Parmi les patients qui sont mis en IC, les hommes sont impliqués dans plus d'épisodes isolement-contention (75%) que les femmes (25%).
- Parmi les patients qui sont mis en IC, ceux plus âgés proviennent le plus souvent des unités de DI.
- Parmi les patients qui sont mis en IC, les patients qui sont hospitalisés sur une unité de DI sont plus nombreux avec ceux fréquemment isolés à être impliqués dans des mesures ultimes d'encadrement. En psychiatrie adulte, l'isolement seul est le plus fréquent.

## Les facteurs de risque identifiés

**Tableau 7 : Facteurs de risque des sous-groupes selon les protocoles 2007-2009**

Facteurs de risque	Fréquemment isolé N= 666		Psychiatrie adulte N= 3740		Déficience intellectuelle N= 457		Total N= 4863	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Agitation	636	95,5	3439	92,0	429	93,9	4504	<b>92,6</b>
Agressivité	598	89,8	2766	74,0	403	88,2	3767	<b>77,5</b>
Automutilation	424	<b>63,7</b>	380	10,2	247	<b>54,0</b>	1051	21,6
Opposition involontaire	2	0,3	201	5,4	25	5,5	228	4,7
Chute	23	3,5	9,0	2,4	7	1,5	120	2,5
Imprévisibilité	0	0	151	4,0	0	0	151	3,1
Suicide	0	0	81	2,2	0	0	81	1,7
Fugue	36	5,4	29	0,8	3	0,7	68	1,4
Autres	128	19,2	51	1,4	16	3,5	195	4,0

Constats :

- *Les motifs principaux de l'IC sont nettement l'agitation et l'agressivité. L'hypothèse de départ selon laquelle les facteurs de risque identifiés expliquant le recours à l'isolement avec ou sans contention sont plus souvent reliés aux comportements avec un potentiel hétéro-agressif est confirmée par les données recueillies.*
- *Les épisodes d'IC impliquant des patients adultes hospitalisés dans une unité de DI ou fréquemment isolés sont placés en IC davantage pour des motifs d'automutilation associée à de l'agressivité et de l'agitation que les patients hospitalisés dans une unité de psychiatrie adulte.*

## Les conditions physiques associées

**Tableau 8 : Condition physique des sous-groupes selon les protocoles 2007-2009**

Conditions physiques	Fréquemment isolé N= 666		Psychiatrie adulte N=3740		Déficience intellectuelle N=457		Total N= 4863	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Aucune	474	71,2	2428	64,9	290	63,5	3192	<b>65,6</b>
Hypertension Cardiaque	42	6,3	264	7,1	35	7,7	341	<b>7,0</b>
Épilepsie	0	0	72	1,9	2	0,4	74	2,3
Diabète	121	18,2	132	3,5	66	14,4	319	<b>6,6</b>
Stimulateur cardiaque	0	0	367	9,8	34	7,4	401	<b>8,2</b>
Obésité	0	0	11	0,3	0	0	11	0,2
Problème respiratoire	0	0	144	3,9	1	0,2	145	3,0
Thyroïde	65	9,8	91	2,4	1	0,2	157	3,2
Problèmes GI	0	0	51	1,4	0	0	51	1,0
Dépendances	0	0	34	0,9	1	0,2	35	0,7
Autres	0	0	61	1,6	0	0	61	1,3
	65	9,8	409	10,9	38	8,3	512	<b>10,5</b>

Constats :

- *Dans la majorité des cas (65,6 %), aucune condition spécifique particulière n'est inscrite dans le protocole IC.*
- *Les conditions physiques les plus fréquemment rapportées sont l'épilepsie, le diabète, l'hypertension artérielle et « autres ». Dans cette catégorie, on retrouve des handicaps sensoriels ou moteurs, des conditions physiques temporaires telles des fractures, des diagnostics médicaux variés ou encore des conditions médicamenteuses tel le Coumadin. La catégorie « autres » est suffisamment importante (10,5 %) pour questionner le choix des catégories. Nous y reviendrons à la section concernant la qualité du questionnaire.*

## Les mesures de remplacement tentées

**Tableau 9 : Mesures de remplacement tentées pour les sous-groupes selon les protocoles 2007-2009**

Mesures de remplacement tentées	Fréquemment isolé N= 666		Psychiatrie adulte N=3740		Déficience intellectuelle N=457		Total N= 4863	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Réduction des stimuli	662	99,4	3369	90,1	441	96,5	4472	<b>92,0</b>
Médicament d'appoint	385	57,8	2984	79,8	412	90,2	3781	<b>77,8</b>
Recherche de solutions	391	58,7	1362	36,4	282	61,7	2035	<b>41,8</b>
Implication des proches	173	26,0	57	1,5	49	10,7	279	5,7
Verbalisation des émotions	59	8,9	1119	29,9	109	23,9	1297	26,7
Aide technique	1	0,2	98	2,6	11	2,4	110	2,3
Modification habillement	108	16,2	323	8,6	12	2,6	443	9,1
Programme de soins	30	4,5	86	2,3	10	2,2	126	2,6
Réévaluation PX	56	8,4	333	8,9	30	6,6	419	8,6
Modification environnement	320	48,0	604	16,1	115	25,2	1039	21,4
Autres	0	0	17	0,5	0	0	17	0,35

Constats :

- *Sans surprise, la diminution des stimuli, l'offre d'une médication d'appoint, la recherche de solution sont les trois mesures le plus fréquemment tentées en vue de trouver une alternative à l'IC.*
- *Étonnamment la verbalisation des émotions semble peu utilisée comme mesure alternative (cochée au plus dans 30 % des épisodes).*
- *L'hypothèse selon laquelle la mesure de remplacement la plus souvent indiquée est l'utilisation de la médication au besoin n'est pas confirmée. La première mesure est, et de loin, la réduction des stimuli.*

- *Sous la mesure de remplacement « Programme de soins », les infirmières ont apporté des précisions telles que autogestion des comportements agressifs, contrat thérapeutique, PGCA, plan d'encadrement, plan de réadaptation structuré, plan de soins, plan de traitement.*

### Les personnes informées

**Tableau 10 : Personnes informées pour les sous-groupes selon les protocoles 2007-2009**

Personnes informées	Fréquemment isolé N= 666		Psychiatrie adulte N= 3740		Déficience intellectuelle N= 457		Total N= 4863	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Usagers	319	47,9	3052	81,6	252	55,4	3623	74,5
Familles	540	<b>81,1</b>	118	<b>3,2</b>	199	<b>43,5</b>	857	17,6
Représentant légal	536	<b>80,5</b>	82	2,2	235	<b>51,4</b>	853	17,5

Constats :

- *Comme 6/9 des patients fréquemment isolés proviennent d'une unité de DI et que les patients hospitalisés en DI sont plus susceptibles d'être placés sous un des régimes de curatelle, les représentants légaux et les familles sont nettement plus impliqués que dans les unités de psychiatrie adulte.*
- *Très peu de familles sont informées de la mise en isolement d'un membre de leur famille dans les unités de psychiatrie adulte*

## Le consentement obtenu

**Tableau 11 : Consentement obtenu pour les sous-groupes selon les protocoles 2007-2009**

Protocoles	Fréquemment isolé N= 666		Psychiatrie adulte N=3740		Déficience intellectuelle N=457		Total N= 4863	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Consentement :</b>								
Usagers	213	32,0	311	8,3	48	10,5	572	11,8
Représentant légal	612	91,9	81	2,2	255	55,8	948	19,5
Ordonnance de traitement	5	0,8	18	0,5	0	0	23	0,47
<b>Consentement non requis</b>	45	6,8	3384	90,5	183	40,0	3612	<b>74,3</b>

Constats :

- *Comme anticipé, peu de patients ont consenti à la mise en isolement. Dans la plupart des cas, le consentement n'a pas été requis.*
- *Comme les mesures ultimes d'encadrement sont très fréquentes, il est étonnant que le consentement n'ait pas été davantage requis. Bien que le PIC de l'HLHL ne nécessite pas absolument le consentement du patient, celui-ci doit être activement recherché et un processus d'obtention du consentement doit être mis en place.*

## Le quart de travail

**Tableau 12 : Les heures d'isolement selon le quart de travail<sup>10</sup>**

Quart de travail	Fréquemment isolé N= 666		Psychiatrie adulte N=3740		Déficience intellectuelle N=457		Total N= 4863	
	Durée totale en isolement (%)	Durée totale avec contention (%)	Durée totale en isolement (%)	Durée totale avec contention (%)	Durée totale en isolement (%)	Durée totale avec contention (%)	Durée totale en isolement (%)	Durée totale avec contention (%)
Jour	22,9	34,1	27,3	33,2	30,3	35,8	25,1	33,7
Soir	30,9	50,3	36,0	38,8	49,6	50,6	33,8	41,4
Nuit	46,2	15,6	36,7	28	20,1	13,6	41,1	24,9
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100	100	100
<b>Moyenne</b>	67h	1h	9,6 h	2h	6h	3,2h	17,2h	1,9h

Moyenne de 10,7 épisodes/patient/1000jours<sup>11</sup>

Constats :

- *La proportion des heures d'isolement est plus importante en soirée et durant la nuit que durant le jour.*
  - *Plusieurs hypothèses supportent l'augmentation des heures d'isolement et de contention en soirée :*
    - *Davantage de tension*
    - *Plus grande densité de patients sur l'unité, retour de l'extérieur (probabilité d'intoxication alcoolique ou autres plus élevée)*
    - *Personnel réduit*
  - *Pour ce qui est de la nuit, nous ne pensons pas que de nombreux épisodes sont générés la nuit, mais peut-être qu'en raison de la réduction du personnel, la crainte de générer une réescalade en débarrant la porte est*

<sup>10</sup> Tableau détaillé disponible en annexe

<sup>11</sup> 4863 protocoles pour 622 patients. Moyenne de 7,8 protocoles par patient pour 730 jours. Moyenne de 10,7 épisodes par patients pour 1000 jours

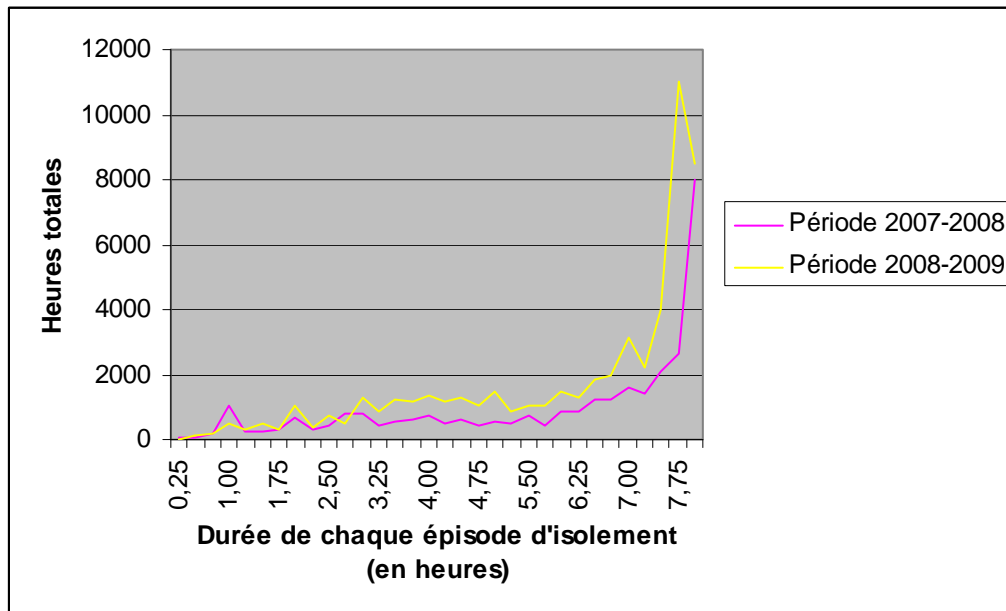
*une préoccupation. En revanche, beaucoup moins de patients sont maintenus sous contention la nuit. Il est plausible que le personnel retire les contraintes lorsque le patient s'est endormi.*

- *La proportion de 10,7 épisodes/patient/1000 jours est supérieure à celle retrouvée dans trois articles de recherche, mais la comparaison est difficile à établir. Cannon & al. (2001) rapporte 1,3 épisodes/patient/1000 jours. Il s'agit de données estimées à partir d'un questionnaire postal complété par les gestionnaires de 79 départements de psychiatrie en Australie et Nouvelle Zélande. L'étude de Janssen & al. (2005) rapportent 3,7 épisodes/patient/1000 jours à partir des bases de données de 12 hôpitaux psychiatriques au Pays Bas mais n'impliquant que les patients ayant un diagnostic de schizophrénie. Quant à l'étude de Smith & al. qui identifie 1,2 épisodes/patient/1000 jours à partir des bases de données de 9 hôpitaux psychiatriques aux États-Unis, seules les clientèles ayant des problèmes de santé mentale persistants et sévères dans les unités de soins aigus ont été retenues.*

### **Selon les périodes 2007-2008 et 2008-2009**

L'hypothèse selon laquelle le recours à l'isolement avec contention a diminué progressivement et significativement depuis l'implantation du nouveau protocole en 2007 n'a pas été confirmée. Dans les faits, l'examen montre que le nombre total d'heures d'isolement a augmenté (31 137h vers 53 918,25h), de même que le nombre des épisodes (7419 vers 11147), alors que les heures attribuables à la contention sont demeurées stables (5200h vers 5585h) comme en témoigne le tableau 15.

**Figure 2 : Graphique du nombre d'heures en isolement lors des 2 périodes selon leur durée**



Cette hausse des heures d'isolement est attribuable à l'admission en 2008-2009 de deux patients faisant partie des patients fréquemment isolés. En effet, les heures d'isolement sont relativement stables (tableau 14) lorsque les patients fréquemment isolés sont retirés de l'échantillon (19 995h vers 20 242h).

**Tableau 13 : Nombre total d'heures d'isolement selon la durée de chaque protocole en lien avec les 2 périodes (sans les neuf patients fréquemment isolés)<sup>12</sup>**

		04-01-2007 au 03-31-2008 (heures)	04-01-2008 au 03-31-2009 (heures)	Global
Durée totale de chaque protocole d'isolement en heures	0,25 à 1,00	408	496	904
	1,25 à 2,00	1060	1285	2345
	2,25 à 3,00	1191	1419	2610
	3,25 à 4,00	1404	1526	2930
	4,25 à 5,00	1634	1731	3365
	5,25 à 6,00	1934	1978	3912
	6,25 à 7,00	3545	3677	7222
	7,25 à 8,00	8819	8130	16949
<b>Total</b>		<b>19995</b>	<b>20242</b>	<b>40237</b>

<sup>12</sup> Le nombre total d'heures de chaque période a été calculé à partir de la somme du produit du nombre de protocoles par la durée de chacun en heures.

**Tableau 14 : Nombre total d'heures d'isolement avec contention selon la durée de chaque protocole en lien avec les 2 périodes**

		04-01-2007 au 03-31-2008 (heures)	04-01-2008 au 03-31-2009 (heures)	Global
Durée totale	0,25 à 1,00	284	904	1188
de chaque	1,25 à 2,00	737	2345	3082
épisode	2,25 à 3,00	711	2610	3321
d'isolement	3,25 à 4,00	700,75	2930	3630,75
avec	4,25 à 5,00	728	3365	4093
contention en	5,25 à 6,00	453,25	3912	4365,25
heures	6,25 à 7,00	475	7222	7697
	7,25 à 8,00	1111,25	16949	18060,25
<b>Total</b>		<b>5200,25</b>	<b>5585</b>	<b>45437,25</b>

Quant à la répartition des heures d'isolement par protocole, on note pour chacun des groupes (voir tableau 16, 17 et 18), une durée d'isolement qui se situe soit entre 0,25 à 3h ou entre 6,25h et 8h. Les tableaux détaillés<sup>13</sup> pour la psychiatrie adulte, la déficience intellectuelle et les patients fréquemment isolés ne se distinguent pas du portrait général.

<sup>13</sup> Tableaux détaillés en annexe

## **Qualité du formulaire**

Pour chacune des catégories de données du protocole, toutes les infirmières cochent un élément. Il n'y a donc pas de données manquantes. Toutefois, certains éléments nous amènent à considérer qu'une compréhension plus standardisée des catégories améliorerait la compilation et la validité des données recueillies.

### Concernant la catégorie « Facteurs de risque »- 2 éléments

Plusieurs variables qui se retrouvaient dans la section « autres » telles que « désorganisation, patient en manie, défait le lit, exhibitionniste » ont été placées dans la catégorie « agitation » après un accord consensuel de l'équipe. Certaines infirmières préfèrent décrire un comportement que de choisir un regroupement même si celui-ci est aisé à identifier.

D'autres motifs, sans qu'une catégorie ne soit identifiée, nous ont semblé inappropriés. Voici quelques exemples : « À la demande du client », « actes sexuels non protégés », « confusion et pas de cohérence du langage », « désorientation », « lève la main dans les airs », « mesures administratives », « psychotique », « refuse alimentation ».

### *Recommandations :*

- *Clarifier les attentes d'inscription dans la catégorie « autres ».*

### Concernant la catégorie « Conditions physiques particulières »- 3 éléments

Dans cette catégorie, nous avons créé des catégories inexistantes dans le formulaire parce qu'elles représentaient au moins 1% des entrées. Il s'agit de l'obésité (3%), des problèmes respiratoires (MPOC, asthme, bronchite aigüe, apnée du sommeil, emphysème), (3,2 %), des problèmes gastro-intestinaux (constipation, reflux gastro-oesophagien, maladie de Crohn, côlon irritable, diverticulite, colite ulcéreuse, oesophagite de Barrett), de problèmes de thyroïdes (hypo et hyper) et de dépendance (alcoolisme, dépendance à la cocaïne).

Malgré la catégorisation, il demeure que 10% des données concernant la condition physique se retrouve dans « autres ». C'est la première catégorie d'importance après « aucune condition particulière ». Encore une fois, les infirmières tiennent à préciser le problème de façon plus spécifique : « convulsion », « arthrose », « angine »; d'autres indiquent des conditions physiques variées tels « surdité, aveugle, muet », « trisomie », « dyslipidémie », « nouvelle médication » et d'autres énoncent des surveillances ou des comportements: « surveiller signes d'infection », « refuse de répondre aux questions », « surveiller signes vitaux », « TDAH ».

L'examen attentif des patients fréquemment isolés nous amène à discuter de la constance des données enregistrées concernant par exemple l'épilepsie. Quatre des patients fréquemment mis en isolement ont une condition physique associée d'épilepsie. Cette condition, habituellement permanente et non temporaire, est relevée lors de 12% des épisodes d'IC du sujet 1, lors de 76% des épisodes d'IC du sujet 2, lors de 48% des épisodes du sujet 3 et lors de 44% des épisodes du sujet 7 alors qu'elle fait possiblement partie de la condition physique habituelle du patient.

#### *Recommandations*

- *Revoir la catégorie condition physique afin d'inclure les conditions cliniques à tenir compte dans la décision (ex : un pacemaker est une contre indication à l'utilisation d'une contention magnétique, un problème d'ob sitt  morbide amène une attention particulière dans l'ajustement de la contention et le monitoring)*
- *Augmenter les catégories et les expliquer clairement*
- *Préciser ce que signifie une condition physique particulière. S'agit-il de toutes les maladies antérieures du patient? De celles qui pourraient se détériorer en relation avec l'IC?*
- *Renforcer l'importance accordée à la surveillance de la condition physique des patients qui sont placés en isolement avec ou sans contention*

### Concernant la catégorie « Mesures de remplacement tentées »

Lors d'une étude qualitative antérieure auprès de 23 infirmières, nous avons identifié que la catégorie « recherche de solution avec l'utilisateur » était également utilisée lorsque l'infirmière recherchait des solutions sans l'utilisateur. Il s'agissait d'une notion à clarifier sur le plan de la culture des milieux de soins. Par ailleurs, les inscriptions de la catégorie « autres » sont peu fréquentes, mais la plupart du temps inappropriées. Par exemple : « est arrivé à l'urgence menotté », « requête pour évaluation », « empêcher le passage à l'acte ».

### *Recommandations*

- Clarifier les attentes d'inscription dans la catégorie « autres »

### Concernant la catégorie « Personnes informées » et « Consentement »

L'infirmière doit cocher un ou plusieurs des 6 choix proposés et peut préciser si une autre catégorie de personnes non prévues a été informée. Or, le protocole IC prévoit qu'un cadre en responsabilité doit automatiquement être avisé de la situation. Lorsqu'on examine les 9 patients fréquemment isolés, on constate que les gestionnaires sont avisés dans 81% des épisodes et, au plus, dans 90% des épisodes.

De la même façon, l'entrée des données concernant le consentement obtenu montre des lacunes. Encore ici l'examen des 9 patients fréquemment isolés permet d'observer qu'il y a eu obtention du consentement du curateur ou du représentant légal dans 72% des épisodes ou encore dans 100 % des épisodes. Pourtant, 100 % des épisodes impliquant un patient sous curatelle nécessitent le consentement de son représentant légal.

### Concernant la catégorie « Types de mesures »

La catégorisation actuelle de cette section rend difficile la saisie rapide des heures totales d'isolement et de contention et incite à des discriminations dont la pertinence peut être questionnée. Par exemple, les infirmières font-elles une différence réelle entre l'urgence appréhendée et les mesures d'urgence? Dans cette étude, nous avons dû prendre cette catégorie et la répartir dans « urgence avec contention » et « urgence sans contention » en examinant les heures de contention et les heures d'isolement. Quant aux mesures ultimes, elles ne permettent pas, sans un exercice fastidieux de retour sur les heures d'isolement et

les heures de contention, de savoir rapidement si le patient a été isolé seulement ou isolé avec contention.

## **Recommandations générales**

### *1. Pour l'avancement des connaissances*

- L'accès à une base de données unifiée regroupant l'ensemble des informations pertinentes par patient et par protocole faciliterait la capacité de bien décrire le phénomène.
- Les caractéristiques des PIC sont différentes selon les clientèles (DI, psychiatrie adulte). Des études devraient cibler plus attentivement ces clientèles notamment en distinguant les patients admis dans les unités de courte durée et de longue durée en psychiatrie adulte et les patients admis en déficience intellectuelle et en psychogériatrie.
- Le nombre d'heures d'isolement n'est pas également réparti entre les patients qui ont subi un épisode d'IC. Des études devraient cibler plus attentivement les profils de client selon la fréquence d'isolement.
- Les mesures de remplacement sont surtout le retrait et la médication d'appoint : il serait intéressant d'en évaluer l'efficacité sur les indicateurs du comportement agressif.
- Les conditions facilitant l'utilisation de l'ordonnance de traitement dans le domaine de la psychiatrie auront possiblement un effet sur la réduction des mesures d'isolement avec ou sans contention. Dès lors, il serait intéressant d'en constater les effets.

## 2. *Pour l'amélioration de la qualité des soins*

- L'accès à une base de données unifiée regroupant l'ensemble des informations pertinentes par patient et par protocoles faciliterait le suivi mensuel des mesures d'isolement utilisées.
- Un suivi clinique intensif des patients fréquemment isolés pourrait mener à identifier d'autres pistes de solution pour la gestion des comportements d'automutilation.
- Le taux de contention est plus élevé que dans les autres études effectuées au Canada. Bien que des facteurs explicatifs puissent être soulevés : longueur d'hospitalisation, population ayant des troubles complexes, hôpital de 3e ligne, des interventions visant à réduire l'utilisation de la contention devraient être envisagées.
- Très peu de familles sont informées d'un épisode d'isolement-contention de leur proche et peu de familles sont impliquées. Nous recommandons, comme lors d'un rapport antérieur, qu'une information systématique soit recueillie à l'urgence auprès de la personne et/ou de ses proches et/ou de la résidence quant à la gestion des comportements agressifs. Sinon, cette information devrait être recueillie auprès des proches à l'urgence et auprès du patient aussitôt que celui-ci en a la capacité.
- L'inconstance et la variété des réponses entourant la condition physique devraient faire l'objet d'une discussion et de précisions auprès des infirmières. Préciser ce que signifie une condition physique particulière. S'agit-il de toutes les maladies antérieures du patient? De celles qui pourraient se détériorer en relation avec l'IC?
- La variété des réponses entourant les procédures de consentement ou d'information à transmettre lors des mesures ultimes d'encadrement laisse croire que des éclaircissements devraient être envisagés (information à la personne responsable, recherche active du consentement du patient par exemple).
- Les hypothèses émises pour expliquer la proportion plus élevée d'isolement en soirée et durant la nuit devraient être étudiées.

## Conclusions

Cette étude représente la première étape d'un programme de recherche sur l'isolement et les contentions qui se développent actuellement au centre de recherche Fernand-Seguin de l'HLHL en association avec la direction des soins infirmiers. De plus, un partenariat devrait s'amorcer avec l'Institut Universitaire de santé mentale Douglas qui possède un registre informatisé et avec l'Institut Philippe-Pinel de Montréal qui est, effectivement, en processus d'informatisation des dossiers des patients et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Cette première étape a pour objectif le développement d'une expertise interdisciplinaire dans le domaine des mesures de contrôle en psychiatrie.

L'isolement et la contention sont des sujets peu abordés. Les chercheurs et professionnels hésitent à en débattre sans s'attirer les foudres des groupes de défense qui perçoivent les mesures de contrôle comme étant un abus de pouvoir. Pourtant, ces mesures, spécifiques à la psychiatrie, doivent faire l'objet d'étude et de discussion parce qu'elles se situent justement dans une zone inconfortable : entre les soins de protection et de sécurité et le respect de l'autonomie de la personne. En ce sens, les milieux psychiatriques qui s'intéressent à développer cette expertise se démarquent par leur souci d'améliorer la qualité des soins.



## Annexe 2

### **Critères de décision concernant les variables du protocole**

Nous avons classé les éléments qui se trouvaient dans les catégories : autres dans les catégories déjà existantes lorsque nous trouvions qu'il y avait une grande parenté. Ce sont ces décisions qui sont présentées ici.

### **Facteurs de risque**

Si variable « Autres » présente, mais sans aucune précision et au moins 1 facteur de risque de présent et coché; la variable autre n'a pas été considérée.

**Agitation (autres)**= Désorganisation, anxiété, insomnie, apeuré, fragile, hallucinée, « pte en en manie, très fragile aux stimulus, stimule son entourage», fragile aux stimulus, “anxiété accrue s'enferme dans une toilette, se masturbe», sentiment de perdre le contrôle, impulsivité, attitude provocatrice, crise appréhendée, imprévisibilité, méfiance et délire, n'écoute aucune consigne, “confus, désorganisé, errance, défait lits et civières, circule nu”, hyperactivité (était dans Condition physique particulière), exhibitionnisme, promiscuité avec autrui, “arrivée à l'urgence agitée avec policiers et US ” (était dans Mesure de remplacement)

**Agressivité (autres)**= Menace de mort, acting out, risque de se blesser en frappant les murs, risque hétéro-agressif et potentiel d'acting out élevé..., protection envers les autres, pt fragile présence d'idées obsessionnelles d'homicide, « idées négatives, voulait qu'on la tue », veut qu'on lui coupe la tête avec hache, « suite à une rencontre avec le md, pte frappe dans la fenêtre de la ch. d'observation » (était dans Mesures de remplacement)

**Chute (autres)**= « A fait une chute avant la mise sous contrainte » (était dans Condition physique particulière)

**Fugue (catégorie créée)**= Veut quitter, fugue

**Imprévisibilité (catégorie créée)**= Imprévisibilité, « geste impulsif et imprévisible » et éviter récurrence, demeure imprévisible », « service privé pour imprévisibilité » (étaient dans Mesures de remplacement)

### **Condition physique particulière**

**Cardiaque comprend** ACV antérieur, tachycardie, bradycardie sinusale, pouls irrégulier

**Épilepsie**=Épilepsie contrôlée (était dans Condition physique particulière)

**Diabète**= diabète insipide (était dans Condition physique particulière)

**Obésité (catégorie créée)**= Obésité, obésité morbide

**Problèmes respiratoires (catégorie créée)**= MPOC, emphysème, asthme, bronchite tabagique, pneumonie d'aspiration, « problème respiratoire elle a un CPAP », bronchite, apnée du sommeil, bronchique, BPOC, CPAC la nuit

**Problèmes gastro-intestinaux (catégorie créée)**= « Constipation, reflux gastro-œsophagien, période de faiblesse », problème d'estomac, maladie de Crohn, colon spasmodique, colon irritable, diverticulite, colite ulcéreuse, oesophagite de Barret

**Thyroïde (catégorie créée)**= Hypothyroïdie, hyperthyroïdie

**Dépendances (catégorie créée)**= Surveiller signes et symptômes de sevrage, alcoolique, tabagisme, cannabis, dépendance à la cocaïne, toxicomanie, sous effet de la drogue, ébriété

### **Mesures de remplacement tentées**

**Diminuer les stimulus**= « Invitée à retourner dans sa chambre, refuse », « l'éloigner de la fontaine »

**Offrir PRN**= « Avait refusé Rx H.S. » et « refuse PRN » (était dans Facteurs de risque)

**Programme de soins**= « Plan d'encadrement, contrat thérapeutique, plan de traitement » et « Ne respecte pas les limites du contrat thérapeutique » (étaient dans Facteurs de risque), « Cliente ramenée par la sécurité hier soir. Plan de soins appliqué ce am... »  
« Se trouve déjà en chambre d'observation selon un plan de réadaptation structuré »

### **Type de mesure**

**Soin ponctuel**= Garder à jeun pour ECT (était dans Facteurs de risque)

### **Mesures de remplacement tentées**

**Diminuer les stimulus**= « Invitée à retourner dans sa chambre, refuse »

**Fournir une aide technique**= « Service privé pour imprévisibilité », « surveillance constante par service privé »

### **Personnes informées**

**Cadre en responsabilité**= Inf. chef adjointe, assistante inf. chef

**Équipe multidisciplinaire**= Psychiatre, médecin

## **Critères de décision concernant l'identification du diagnostic médical**

Règles de décision Dx :

1. Si plus d'un Dx, vérifier si celui-ci correspond à une grande catégorie (1-2-3 etc.)
2. Si les Dx appartiennent à plus d'une catégorie, vérifier s'il y a un Dx majoritaire (51%)
3. S'il n'y a pas de Dx majoritaire, donner le Dx de l'hospitalisation la plus longue étant donné que l'observation aura permis de mieux préciser les comportements

Dans le fichier **Admission**

**266 dossiers patients n'avaient pas de Dx de départ, mais des Dx d'admission seulement. Par conséquent, les autres devraient avoir des Dx d'arrivées.**

Dx1 : Troubles anxieux, humeur, adaptatifs, dépression, somatoformes

Dx2 : Troubles psychotiques

Dx3 : Retard mental et troubles cognitifs

Dx4 : Troubles bipolaires

Dx5 : Troubles de la personnalité

Dx6 : Troubles mentaux liés à des substances

Dx12 : Données manquantes

Diagnostic	100% Un seul Dx ou les Dx correspondent à une seule catégorie dans toutes les admissions (n=2395)	Plus de 51% c.a.d. que sur x hospitalisations, plus de 51% des Dx vont dans un sens (n=134)	Sans majorité, mais avec durée d'hospit. plus longue (pour cette répartition, il s'agit de voir, après les 8, la différence à partir d'un tableau SPSS	Égalité de deux Dx + durée d'hospit. équivalente (8)	TOTAL
1	542	15		2	557
2	1046	55		2	1101
3	121	3			124
4	269	17			286
5	182	28			210
6	202	16			218
12	33	0			33
<b>TOTAL</b>	<b>2395</b>	<b>134</b>	<b>180</b>	<b>8</b>	<b>2717</b>

Les 8 Dx avec durée d'hospitalisation équivalente:

1. Personnalité émotionnellement labile et trouble de l'adaptation : 1
2. **Personnalité paranoïde et trouble de l'adaptation??**  
3 schizo et personnalité labile : 2
3. 3 schizo et personnalité labile : 2
4. **Psychose non organique et TOC??**  
**Personnalité paranoïde et trouble de l'adaptation/réaction mixte??**  
3 schizo avec troubles liés à une substance : 1
5. **Trouble de l'adaptation et troubles mentaux liés à une substance??**

## Annexe 3 – tableaux détaillés

### Tableaux statistiques détaillés

**Table 1: Prevalence of seclusion with or without restraint, sociodemographics and principal diagnosis**

	Percentage of the total sample (n = 2721)	95% confidence interval
Prevalence of seclusion with or without restraint	23.2% (632)	21.6% - 24.8%
Prevalence of seclusion with restraint	17.5% (476)	16.1% - 18.9%
Age (category)		
18 to 29 years old %(n)	16.7% (454)	15.3% - 18.1%
30 to 49 years old %(n)	36.6% (996)	34.8% - 38.4%
50 to 69 years old %(n)	33.3% (905)	31.5% - 35.0%
70 and over %(n)	13.5% (366)	12.2% - 14.7%
Gender: Male %(n)	54.4% (1479)	52.5% - 56.2%
Female %(n)	45.6% (1242)	43.8% - 47.5%
Principal diagnosis (n = 2675)		
1- Anxiety or unipolar depression or somatoform disorders %(n)	22.1% (591)	20.5% - 23.7%
2- Schizophrenia or other psychosis %(n)	43.7% (1169)	41.8% - 45.6%
3- Bipolar %(n)	11.7% (313)	10.5% - 12.9%
4- Mental retardation or cognitive problems %(n)	5.2% (140)	4.4% - 6.1%
	8.5% (227)	7.4% - 9.6%
5- Personality disorders %(n)	8.8% (235)	7.7% - 9.9%
6- Any mental disorder due to substance abuse %(n)		
Length of stay (days)		
1- less than 30 days	49.2% (1340)	47.4% - 51.1%
2- between 30 days and 180 days	32.3% (879)	30.5% - 34.1%
3- more than 180 days	18.4% (502)	17.0% - 19.9%

**Table 2: Seclusion with or without restraint correlates**

Variables	Seclusion with or without restraint		X <sup>2</sup>	Df	P	Seclusion and restraint only		X <sup>2</sup>	Df	P
	No	Yes				No	Yes			
Age (category)			59.16	3	< 0.001			47.08	3	< 0.001
18 to 29 years old	67.2% (305)	32.8% (149)				74.2% (337)	25.8% (117)			
30 to 49 years old	74.0% (737)	26.0% (259)				80.4% (801)	14.3% (129)			
50 to 69 years old	80.1% (725)	19.9% (180)				85.7% (776)	9.6% (35)			
70 and over	88.0% (322)	12.0% (44)				90.4% (331)				
Male %(n)	74.8%(1106)	25.2% (373)	7.22	1	0.007	81.6%(1207)	83.6%(1038)	1.81	1	0.179
Female %(n)	79.1% (983)	20.9% (259)				18.4% (272)	16.4% (204)			
Principal diagnosis:			92.33	5	< 0.001			51.93	5	< 0.001
1- Anxiety or unipolar depression or somatoform disorders	88.7% (524)	11.3% (67)				90.5% (535)	11.3% (56)			
2- Schizophrenia or other psychosis	72.5% (848)	27.5% (321)				79.4% (928)	20.6% (241)			
3- Bipolar	64.9% (203)	35.1% (110)				75.4% (236)	24.6% (77)			
4- Mental retardation or cognitive problems	82.9% (116)	17.1% (24)				85.7% (120)	14.3% (20)			
5- Personality disorders		25.6% (58)					20.7% (47)			
6- Any mental	74.4% (169)	17.0% (40)				79.3% (169)	12.3% (29)			

disorder due to substance abuse	83.0% (195)					87.7% (206)				
Length of stay			238.13	2	< 0.001			192.31	2	< 0.001
1- less than 30 days	88.8%(1190)	11.2% (150)				91.8%(1230)	8.2% (110) 22.0% (193)			
2- between 30 days and 180 days	69.3% (609)	30.7% (270)				78.0% (686)	34.5% (173)			
3- more than 180 days	57.8% (290)	42.2% (212)				65.5% (329)				

**Table 3: Multivariate predictors of seclusion with or without restraint**

	Seclusion with or without restraint (Adjusted OR)	CI (95%)	P	Seclusion and restraint only	CI (95%)	P
Age (category)	0.50	0.44 – 0.57	< 0.001	0.50	0.44 – 0.57	< 0.001
Female	0.89	0.74 – 1.11	0.26	1.05	0.84 – 1.31	0.68
Principal diagnosis:						
1- Anxiety or unipolar depression or somatoform disorders	1			1		
	1.55	1.13 – 2.11	0.006	1.29	0.90 – 1.76	0.18
2- Schizophrenia or other psychosis	4.07	2.81 – 5.88	< 0.001	2.79	1.87 – 4.17	< 0.001
	0.93	0.53 – 1.63	0.95	0.93	0.51 – 1.70	0.82
3- Bipolar						
4- Mental retardation or cognitive problems	2.76	1.81 – 4.21	< 0.001	2.49	1.58 – 3.92	< 0.001
	1.57	0.99 – 2.48	0.055	1.32	0.79 – 2.20	0.29
5- Personality disorders						
6- Any mental disorder due to substance abuse						

Length of stay	3.49	2.99 – 4.06	< 0.001	3.46	2.93 – 4.07	< 0.001
	n = 2675 X <sup>2</sup> = 459.0, df = 8, p < 0.001 R <sup>2</sup> = 0.24 <sup>1</sup> AUC <sup>2</sup> = 0.77			n = 2675 X <sup>2</sup> = 352.8, df = 8, p < 0.001 R <sup>2</sup> = 0.20 <sup>1</sup> AUC <sup>2</sup> = 0.76		
		0.75 – 0.79			0.74 – 0.79	

a) <sup>1</sup>Nagelkerke

b) <sup>2</sup> Area under the curve (ROC)

**Table 4: High users of seclusion with or without restraint correlates (exclusion of non-secluded patient)**

	Highly Secluded <sup>1</sup>		X <sup>2</sup>	Df	P	Highly Secluded with restraint <sup>2</sup>		X <sup>2</sup>	Df	P
	No	Yes				No	Yes			
Age (category)			3.43	3	0.330			3.10	3	0.376
18 to 29 years old	47.7% (71)	52.3% (78)				54.7% (64)	45.3% (53)			
30 to 49 years old	47.5% (123)	52.5% (136)				46.7% (91)	53.3% (104)			
50 to 69 years old	51.7% (93)	48.3% (87)				49.6% (64)	50.4% (65)			
70 and over	61.4% (27)	38.6% (17)				40.0% (14)	60.0% (21)			
Male	46.6% (174)	53.4% (199)	3.35	1	0.067	45.6% (124)	54.4% (148)	2.87	1	0.090
Female	54.1% (140)	45.9% (119)				53.4% (109)	46.6% (95)			
Principal diagnosis:			1.67	5	0.892			6.66	5	0.247
1- Anxiety or unipolar depression or somatoform disorders	43.3% (29)	56.7% (38)				41.1% (23)	58.9% (33)			
2- Schizophrenia or other psychosis	51.1% (157)	48.9% (164)				52.7% (127)	47.3% (114)			
3- Bipolar	50.0% (55)	50.0% (55)				30.0% (6)	70.0% (14)			
4- Mental retardation or cognitive problems	45.8% (11)	54.2% (13)				44.2% (34)	55.8% (43)			
5- Personality	51.7% (30)	48.3% (28)				53.2% (25)	46.8% (22)			
	47.5% (19)	52.5% (21)				48.3% (14)	51.7% (15)			

disorders 6- Any mental disorder due to substance abuse										
Length of stay			15.29	2	< 0.001			33.33	2	< 0.001
1- less than 30 days	62.7% (94)	37.3% (56)				71.8% (79)	28.2% (31)			
2- between 30 days and 180 days	48.5% (131)	51.5% (139)				46.6% (90)	53.4% (103)			
3- more than 180 days	42.0% (86)	58.0% (123)				37.0% (64)	63.0% (109)			

1- Score  $\geq$  median (median = 12.5h of seclusion during the study period) among those secluded with or without restraint (n = 632)

2- Score  $\geq$  median (median = 5.25h of seclusion with restraint during the study period) among those secluded with restraint (n = 476)

**Table 5: Comparison of length of stay for age, gender and principal diagnosis**

	Less than 30 days	between 30 days and 180 days	more than 180 days	X <sup>2</sup>	Df	P
Age (category)				241.8	6	<0.001
18 to 29 years old	19.1% (256)	17.4% (153)	9.0% (45)			
30 to 49 years old	44.5% (596)	33.3% (293)	21.3% (107)			
50 to 69 years old	30.7% (412)	32.3% (284)	41.6% (209)			
70 and over	5.7% (76)	17.0% (149)	28.1% (141)			
Male	55.4% (743)	50.9% (447)	57.6% (289)	7.1	2	0.029
Female	44.6% (597)	49.1% (432)	42.4% (213)			
Principal diagnosis:				494.1	10	<0.001
1- Anxiety or unipolar depression or somatoform disorders	29.7% (390)	16.2% (141)	12.2% (60)			
		52.5% (457)	65.4% (322)			
2- Schizophrenia or other psychosis	29.7% (390)	18.4% (160)	5.1% (25)			
	9.7% (128)	4.6% (40)	12.6% (62)			
3- Bipolar	2.9% (38)	4.3% (37)				
4- Mental retardation or cognitive problems	13.1% (173)	4.0% (35)	3.5% (17)			
			1.2% (6)			
5- Personality disorders	14.8% (194)					
6- Any mental disorder due to substance abuse						

**Tableau 16 : Durée totale des protocoles d'isolement pour la psychiatrie adulte**

Durée (en heures)	Nombre d'épisodes	Pourcentage	Heures totales	Pourcentage des heures totales
0,25 à 1	1554	15	1187	2,6
1,25 à 2	1538	15	2629	5,8
2,25 à 3	961	9	2533	5,6
3,25 à 4	962	9	3523,5	7,7
4,25 à 5	774	7	3586,25	7,9
5,25 à 6	791	8	4478,75	9,8
6,25 à 7	1273	12	8509,5	18,6
7,25 à 8	2479	24	19181	42,0
<b>Total</b>	10332	100,0	45628	100,0

**Tableau 17 : Durée totale des protocoles d'isolement en heures pour la DI**

Durée (en heures)	Nombre d'épisodes	Pourcentage de l'effectif	Heures totales	Pourcentage des heures totales
0,25 à 1	1148	14	995,5	2,5
1,25 à 2	596	7,3	979	2,5
2,25 à 3	955	11,8	2639,75	6,7
3,25 à 4	933	11,4	3388	8,6
4,25 à 5	730	9	3363,5	8,6
5,25 à 6	437	5,4	2468,5	6,3
6,25 à 7	681	8,4	4560	11,6
7,25 à 8	2671	32,8	20792	53,1
<b>Total</b>	8151	100	39186,25	100

**Tableau 18 : Durée totale des protocoles d'isolement en heures pour les patients fréquemment isolés**

Durée (en heures)	Effectifs	Pourcentage de l'effectif	Heures totales	Pourcentage des heures totales
0,25 à 1	1439	15,4	1293	2,9
1,25 à 2	721	7,7	1304,75	2,9
2,25 à 3	932	10,0	2595	5,8
3,25 à 4	1103	11,8	4023,25	9,0
4,25 à 5	783	8,4	3599,25	8,0
5,25 à 6	542	5,8	3058,75	6,8
6,25 à 7	881	9,4	5888	13,1
7,25 à 8	2956	31,6	23063,5	51,5
<b>Total</b>	9357	100,0	44825,5	100,0

**Tableau 6 : Caractéristiques des patients fréquemment isolés**

<b>Genre</b>	<b>Type d'unités</b>	<b>Type de mesures</b>	<b>Fréquence du dossier</b>	<b>Âge</b>	<b>Diagnostic</b>	<b>Durée d'hospitalisation</b>
Femme	unité DI	mesure ultime	1373	59	Trouble mental	Depuis 1964
Homme	psychiatrie adulte	mesure ultime d'encadrement	1164	50	Retard mental et troubles cognitifs	Depuis 1988
Homme	unité DI	mesure ultime d'encadrement	830	46	Troubles anxieux, humeur, adaptation, dépression, somatoforme. À l'admission : retard du développement	Depuis juin 2008
Homme	unité DI	mesure ultime d'encadrement	787	41	Troubles anxieux, humeur, adaptation, dépression, somatoforme. À l'admission : retard spécifique du développement	Depuis juin 2008
Homme	psychiatrie adulte	mesure ultime d'encadrement	1950	33	Troubles anxieux, humeur, adaptation, dépression, somatoforme. À l'admission : trouble de la conduite	Depuis 1994
Homme	Unité DI	mesure ultime d'encadrement	825	30	Retard mental et troubles cognitifs	Depuis 2003
Homme	unité DI	mesure ultime d'encadrement	818	30	Troubles anxieux, humeur, adaptation, dépression, somatoforme. À l'admission : retard spécifique du développement	Depuis juin 2008
Homme	unité DI	mesure ultime d'encadrement	819	42	Troubles anxieux, humeur, adaptation, dépression, somatoforme. À l'admission : retard spécifique du développement	Depuis juin 2008
Homme	unité DI	mesure ultime d'encadrement	791	56	Troubles anxieux, humeur, adaptation, dépression, somatoforme. À l'admission : retard spécifique du développement	Depuis juin 2008

### Les heures d'isolement- 2007-2009

Protocoles	Fréquemment isolé (N=666)- 9 patients		Psychiatrie adulte (N=3740)- 572 patients		Déficience intellectuelle (N=457)- 41 patients		Total (N=4863)- 622 patients	
	Durée totale en isolement h (%)	Durée totale avec contention h (%)	Durée totale en isolement h (%)	Durée totale avec contention h (%)	Durée totale en isolement h (%)	Durée totale avec contention h (%)	Isolement h (%)	Contention h (%)
Jour	10260,25 (22,9)	233,75 (34,1)	9840 (27,3)	2499 (33,2)	890,75 (30,3)	528,25 (35,8)	20991 (25,1)	3261 (33,7)
Soir	13859,25 (30,9)	344,75 (50,3)	12965,75 (36,0)	2919,25 (38,8)	1458,5 (49,6)	746 (50,6)	28283,5 (33,8)	4010 (41,4)
Nuit	20706 (46,2)	106,25 (15,6)	13215,5 (36,7)	2104,5 (28)	592,25 (20,1)	200 (13,6)	34513,75 (41,1)	2410,75 (24,9)
Total	44825,5 (100)	684,75 (100)	36021,25 (100)	7522,75 (100)	2941,5 (100)	1474,25 (100)	83788,2 (100)	9681,75
Moyenne H/protocole	67h	1h	9,6 h	2h	6h	3,2h	17,2h	1,9h

## Tableau détaillé des heures d'isolement

Tableau croisé entre la durée totale en isolement des protocoles et la période

	Protocoles		Total	Heures totales selon la durée des protocoles (h)	
	04-01-2007 au 03-31-2008	04-01-2008 au 03-31-2009		04-01-2007 au 03-31-2008	04-01-2008 au 03-31-2009
<b>Durée totale de chaque protocole d'isolement (h)</b>					
,25	153	117	270	38,25	29,25
,50	163	253	416	81,5	126,5
,75	216	234	450	162	175,5
1,00	1064	519	1583	1064	519
1,25	197	240	437	246,25	300
1,50	163	340	503	244,5	510
1,75	169	186	355	295,75	325,5
2,00	344	520	864	688	1040
2,25	141	174	315	317,25	391,5
2,50	172	285	457	430	712,5
2,75	289	172	461	794,75	473
3,00	269	426	695	807	1278
3,25	133	263	396	432,25	854,75
3,50	164	349	513	574	1221,5
3,75	162	310	472	607,5	1162,5
4,00	182	343	525	728	1372
4,25	109	271	380	463,25	1151,75
4,50	130	287	417	585	1291,5
4,75	92	222	314	437	1054,5
5,00	105	291	396	525	1455
5,25	97	163	260	509,25	855,75
5,50	130	195	325	715	1072,5
5,75	75	184	259	431,25	1058
6,00	140	248	388	840	1488
6,25	139	202	341	868,75	1262,5
6,50	194	280	474	1261	1820
6,75	181	293	474	1221,75	1977,75
7,00	227	444	671	1589	3108
7,25	196	309	505	1421	2240,25
7,50	280	537	817	2100	4027,5
7,75	341	1425	1766	2642,75	11043,75
8,00	1002	1065	2067	8016	8520
<b>Total</b>	<b>7419</b>	<b>11147</b>	<b>18566</b>	<b>31137</b>	<b>53918,25</b>

Tableau croisé entre la durée totale avec contention des protocoles et la période

	Protocoles		Total	Heures totales selon la durée des protocoles (h)		
	04-01-2007 au 03-31-2008	04-01-2008 au 03-31-2009		04-01-2007 au 03-31-2008	04-01-2008 au 03-31-2009	
<b>Durée totale de chaque protocole d'isolement avec contention (h)</b>	,25	102	69	171	25,5	17,25
	,50	86	100	186	43	50
	,75	94	99	193	70,5	74,25
	1,00	145	181	326	145	181
	1,25	108	121	229	135	151,25
	1,50	118	129	247	177	193,5
	1,75	84	91	175	147	159,25
	2,00	139	139	278	278	278
	2,25	67	79	146	150,75	177,75
	2,50	92	87	179	230	217,5
	2,75	47	44	91	129,25	121
	3,00	67	77	144	201	231
	3,25	36	38	74	117	123,5
	3,50	59	57	116	206,5	199,5
	3,75	59	41	100	221,25	153,75
	4,00	39	44	83	156	176
	4,25	32	36	68	136	153
	4,50	50	29	79	225	130,5
	4,75	32	36	68	152	171
	5,00	43	29	72	215	145
	5,25	17	25	42	89,25	131,25
	5,50	21	30	51	115,5	165
	5,75	14	23	37	80,5	132,25
	6,00	28	30	58	168	180
	6,25	14	14	28	87,5	87,5
	6,50	15	25	40	97,5	162,5
	6,75	16	19	35	108	128,25
	7,00	26	25	51	182	175
	7,25	13	20	33	94,25	145
	7,50	35	49	84	262,5	367,5
	7,75	22	37	59	170,5	286,75
	8,00	73	65	138	584	520
<b>Total</b>		7419	11147	18566	5200,25	5585

## Références

- Ahmed, A.G. & Lepnurm, M. (2001). Seclusion practice in a Canadian forensic psychiatric hospital. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 29(3), 303-309.
- Association des Hôpitaux du Québec. (2000). *Cadre de référence : utilisation de la contention et de l'isolement : une approche intégrée*, Québec.
- Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec. (1999). Actes du Colloque international sur l'isolement et la contention : *Pour s'en sortir et s'en défaire*. Montréal : AGIDD-SMQ.
- Baroff, GS (1996). The mentally retarded offender, in Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation. A.P. Association Editor. City, Publisher.
- Beck, N.C., Durrett, C., Stinson, J., Coleman, J., Stuve, P., & Menditto, A. (2008). Trajectories of seclusion and restraint use at a state psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, 59(9), 1027-1032.
- Betemps, E.J., Buncher, C.R., & Oden, M. (1992). Length of time spent in seclusion and restraint by patients at 82 VA medical centers. *Hospital & Community Psychiatry*, 43(9), 912-914.
- Bonner, G., Lowe, T., Rawcliffe, D., & Wellman, N. (2002). Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(4), 465-473.
- Cannon, M.E., Sprivulis, P., & McCarthy, J. (2001). Restraint practices in Australasian emergency departments. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(4), 464-467.
- Comité d'évaluation et d'application du protocole d'isolement et contention de Louis-H. Lafontaine. (2008). *Tournés vers l'avenir: Rapport annuel 2007-2008*. Hôpital Louis-H. Lafontaine.
- Choe, J.Y., Teplin, L.A., & Abram, K.M. (2008). Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: balancing public health concerns. *Psychiatric Services*, 59(2), 153-164.
- Colaizzi, J. (2005). Seclusion and restraint : A historical perspective. *Journal of Psychological Nursing*, 43(2), 31-37.
- (2006). *Contours des soins et services cliniques par programme spécifique : modèle et structure de gestion*. Hôpital Louis-H. Lafontaine.

- Crenshaw, W.B., & Francis, P.S. (1995). A national survey on seclusion and restraint in state psychiatric hospitals. *Psychiatric Services*, 46(10), 1026-1031.
- Demeestere, M., Abraham, I., & Moens, G. (1995). Incidence and determinants of restraints in clinical psychiatry. *Acta Hospitalia*, 1(95), 39-53.
- Développement des programmes spécifiques. (2007).  
[http://10.129.64.212:8080/asp/siteweb/Accueil\\_HLHL.asp](http://10.129.64.212:8080/asp/siteweb/Accueil_HLHL.asp)
- Donat, D.C. (2003). An Analysis of Successful Efforts to Reduce the Use of Seclusion and Restraint at a Public Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*, 54(8), 1119-1123.
- D'Orio, B.M., Purselle, D., Stevens, D., & Garlow, S.J. (2004). Reduction of Episodes of Seclusion and Restraint in a Psychiatric Emergency Service. *Psychiatric Services*, 55(5), 581-583.
- Griffiths, L. (2001). Does seclusion have a role to play in modern health nursing ? *British Journal of Nursing*, 10, 656-661.
- Guirguis, E.F., & Durost, H.B. (1978). The role of mechanical restraints in the management of disturbed behaviour. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 23(4), 209-218.
- Hall, J. (2004). Restriction and control : The perceptions of mental health nurses in a UK acute inpatient setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(5), 539-552.
- Hellerstein, D.J., Staub, A.B., & Lequesne, E. (2007). Decreasing the use of restraint and seclusion among psychiatric inpatients. *Journal of Psychiatric Practice*. 13(5), 308-317.
- Holmes, D., Kennedy, S., & Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: A critical examination of seclusion from the patient perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 559-578.
- Janssen, W.A., Noorthoorn, E.O., de Vries, W.J., Hutschemeakers, G.J.M., Lendemeijer, H.H.G.M., & Widdershoven, G.A.M. (2008). The use of seclusion in the Netherlands compared to countries in and outside Europe. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(6), 463-70.
- Kaltiala-Heino, R., Korkeila, J., Tuohimäki, C., Tuori, T., & Lehtinen, V. (2000). Coercion and restrictions in psychiatric inpatient treatment. *European Psychiatry*, 15(3), 213-219.
- Kaltiala-Heino, R., Tuohimäki, C., Korkeila, J., & Lehtinen, V. (2003). Reasons for using seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *International Journal of Law and Psychiatry*, 26, 139-149.
- Keski-Valkama, A., Sailas, E., Eronen, M., Koivisto, A.M., Lonnqvist, J., & Kaltiala-Heino, R. (2007). A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(9), 747-752.

- Kipman, S.D., Kipman, A. A., Thurin, M., & Torrente, J. (2005). Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale. France: édition Douin.
- Klinge, V. (1994). Staff opinions about seclusion and restraint at a state forensic hospital. *Hospital & Community Psychiatry, 45*(2), 138-141.
- Knutzen, M., Sandvik, L., Hauff, E., Opjordsmoen, S., & Friis, S. (2007). Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint-A 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatric, 61*(3), 201-206.
- Larue, C., Dumais, A., Ahern, E., Bernheim, E., & Mailhot, J.P. (2009). Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*(5), 440-446.
- Lazarus, A. (2001). Physical restraints, thromboembolism, and death in 2 patients. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 207-208.
- Lebel, J., & Goldstein, R. (2005). The economic cost of using restraint and the value added by restraint reduction or elimination. *Psychiatric Services, 56*(9), 1109-1114.
- Legris, J., Walters, M., & Browne, G. (1999). The impact of seclusion on the treatment outcomes of psychotic in-patients. *Journal of Advanced Nursing, 30*(2), 448-459.
- Martin, V., Kuster, W., Baur, M., Bohnet, U., & Hermelink, G. (2005). Incidence of Coercive Measures as an Indicator of Quality in Psychiatric Hospitals. Problems of Data Recording and Processing, Preliminary Results of a Benchmarking Study. *Psychiatrische Praxis, 34*(1), 26-33.
- Martin, V., Bernhardsgrütter, R., Goebel, R., & Steinert, T. (2007). The use of mechanical restraint and seclusion in patients with schizophrenia: a comparison of the practice in Germany and Switzerland. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 3*, 1.
- Ménard, G., Bisailon, N., & Larue, C. (2009). *L'appropriation des orientations ministérielles sur l'utilisation de mesures de contrôle: Contention et isolement, un processus structuré de changement, Présentation du formulaire électronique « Application de mesures de contrôle : isolement et contentions »*. in XXXIST International Congress on Law and Mental Health.: New York University Law School.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). *Plan d'action: Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: Contention, isolement et substances chimiques*. Gouvernement du Québec: Équipe de travail de la Direction générale des services à la population.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2002). *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: Contention, isolement et substances chimiques*. Gouvernement du Québec: Équipe de travail de la Direction générale des services à la population.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2006). *Programme de formation : cahier de formateur : Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Nelstrop, L., Chandler-Oatts, J., Bingley, W., et al. (2006). A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 3(1), 8-18.
- O'Shaughnessy, R.O. (2001). Commentary: Seclusion Practice in a Canadian Forensic Hospital. *The Journal of the American Academy of Psychiatry*, 29(3), 310-312.
- Ray, N.K., & Rappaport, M.E. (1995). Use of restraint and seclusion in psychiatric settings in New York State. *Psychiatric Services*, 46(10), 1032-1037.
- Ryan, C.J., & Bowers, L. (2006). An analysis of nurses' post-incident manual restraint reports. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 527-532.
- Smith, G.M., et al. (2005). Pennsylvania State Hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatric Services*, 56(9), 1115-1122.
- Soloff, P.H., & Turner, S.M. (1981). Patterns of seclusion. A prospective study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 169(1), 37-44.
- Steinert, T., Bergbauer, G., Schmid, P., & Gebhardt, R.P. (2007). Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biographical correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(6), 492-496.
- Steinert, T., Eisele, F., Goeser, U., Tschoeke, S., Uhlmann, C., & Schmid, P. (2008). Successful interventions on an organisational level to reduce violence and coercive interventions in inpatients with adjustment disorders and personality disorders. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4, 27.
- Taxis, C.J. (2002). Ethics and praxis : Alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. *Issues in Mental Health Nursing*, 23, 157-170.
- Terpstra, T.L., & Hunter, M. (2001). Nursing staff's attitudes toward seclusion and restraint. *Journal of Psychosocial Nursing*, 39(5), 20-28.
- Thomas, S.D., Daffern, M., Martin, T., Ogloff, J.R.P., Thomson, L.D.G., & Ferguson, M. (2009). Factors associated with seclusion in a statewide forensic psychiatric service in Australia over a 2-year period. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18(1), 2-9.
- Thompson, P. (1986). The use of seclusion in psychiatric hospitals in the Newcastle area. *British Journal of Psychiatry*, 149, 471-474.
- Tunde-Ayinmode, M., & John, L. (2004). Use of seclusion in a psychiatric acute inpatient unit. *Australasian Psychiatry*, 12(4), 347-351.

- Way, B.B., & Banks, S.M. (1990). Use of Seclusion and Restraint in Public Psychiatric Hospitals: Patient Characteristics and Facility Effects. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(1), 75-81.
- Weiss, E., et al. (1998). Deadly restraint: a Hartford Courant investigative report. *Hartford Courant Journal*.
- Wilkniss, S.M., Hunter, R.H., & Silverstein, S.M. (2004). Traitement multimodal de l'agressivité et de la violence chez des personnes souffrant de psychoses. *Santé mentale au Québec*, 29(2), 143-174.
- Wynn, R. (2002). Medicate, restrain or seclude? Strategies for dealing with violent and threatening behaviour in a Norwegian university psychiatric hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16, 287-291.