

NOTE INFORMATIVE (ET20-0114)

Est-il approprié d'exiger d'un patient présentant une déficience intellectuelle qu'il retire ses vêtements afin de revêtir une jaquette ou un pyjama de l'Institut lors de sa mise en isolement?

Note rédigée par :

Diane Lalancette, M.A., agente de planification, programmation et recherche

Avec la collaboration de :

Langis Lemieux, coordonnateur UETMIS, évaluation et soutien au développement des pratiques cliniques

1. CONTEXTE ET OBJECTIF

En 2002, le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié ses *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle : contention, isolement et substances chimiques* (MSSS 2002). À la lumière de cette publication et en accord avec l'article 118.1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les établissements concernés par l'application de ces mesures avaient le mandat de baliser et de contrôler l'utilisation de ces mesures de contrôle. C'est dans ce contexte que la procédure d'application de l'Institut, découlant du *Protocole d'application des mesures de contention et d'isolement*, en ce qui a trait à la *Mesure de contrôle : isolement*, a été élaborée. Elle stipule notamment que les membres du personnel impliqués dans la mise en isolement d'un patient doivent lui demander de revêtir une jaquette ou un pyjama d'hôpital¹, et ce pour l'ensemble des clientèles de l'Institut.

À l'hiver 2013, la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services de l'Institut s'est adressée à l'unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) afin que celle-ci soutienne l'analyse d'un événement survenu lors de la mise en isolement d'un patient. La question d'évaluation soumise à l'UETMIS est la suivante : ***Est-il approprié d'exiger d'un patient présentant une déficience intellectuelle qu'il retire ses vêtements afin de revêtir une jaquette ou un pyjama de l'Institut lors de sa mise en isolement?*** L'efficacité, la sécurité et les aspects éthiques relatifs à cette façon de faire ont été évalués.

2. RECHERCHE DOCUMENTAIRE ET MÉTHODOLOGIE

Une recherche documentaire a été réalisée dans les bases de données suivantes : Pubmed, Cochrane, PsycInfo, CINAHL et Embase au cours des mois de mai et août 2013. La

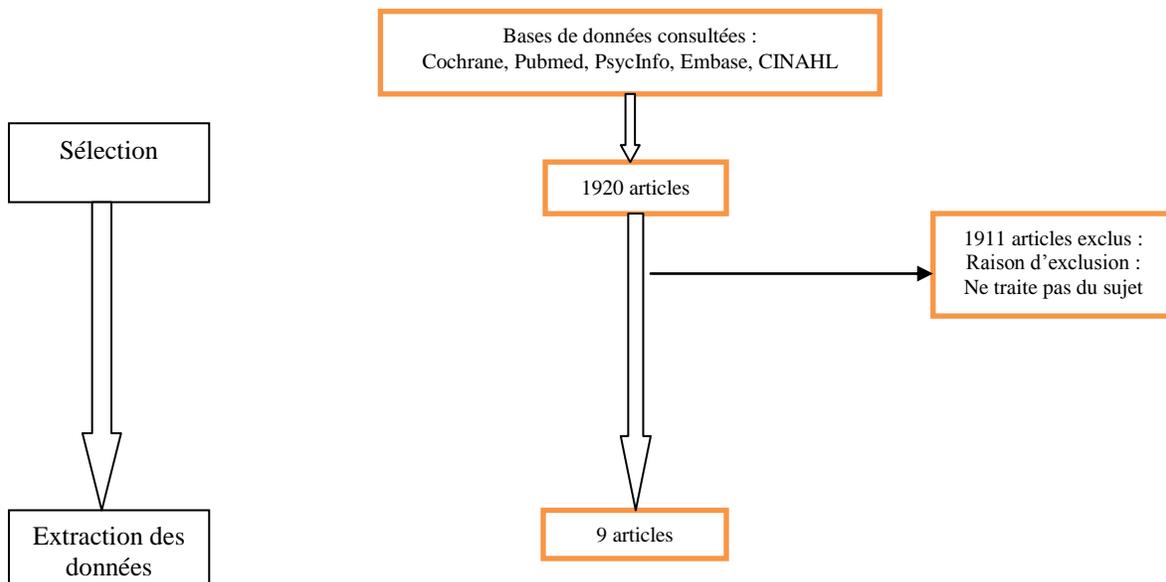
¹ Institut universitaire en santé mentale de Québec, (2009). Mesures de contrôle : isolement, Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux : méthodes de soins informatisées.

stratégie de recherche est détaillée à l'annexe 1. Seuls les articles publiés en anglais ont été consultés. Compte tenu du peu de littérature disponible sur le sujet, tous les types de publications ont dû être considérés et la littérature grise a également été consultée. Par ailleurs, une lecture attentive d'une majeure partie des articles a été effectuée afin de s'assurer d'être en mesure de retrouver les informations pertinentes qui auraient pu être intégrés à d'autres sujets. Enfin, afin de compléter la recherche documentaire, une consultation auprès de trois milieux travaillant auprès d'une clientèle présentant une déficience intellectuelle a été effectuée.

3. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DOCUMENTAIRE

La recherche documentaire n'a pas permis de mettre en évidence, parmi les méta-analyses, recherches scientifiques, ou éditoriaux, des documents traitant spécifiquement de la procédure d'habillement lors de la mise en isolement pour une clientèle présentant une déficience intellectuelle en ce qui a trait aux dimensions efficacité et sécurité (Tableau 1). Toutefois, 9 documents ont apporté des pistes de réflexion en ce qui a trait à la dimension éthique de la procédure pour une clientèle présentant une problématique de santé mentale. Ces documents n'ont pas fait l'objet d'une évaluation de la qualité selon la méthode retenue par l'UETMIS. Aucun de ces documents n'était dédié entièrement à la question d'évaluation. Ainsi, l'habillement des personnes devant être placées en isolement ne constituait qu'une partie de la réflexion. Enfin, les références bibliographiques de ces documents ont également été consultées et celles jugées pertinentes ont été retenues.

Tableau 1 : Diagramme de sélection des articles dans les bases de données



Les informations retrouvées dans la littérature réfèrent aux principes éthiques de bienfaisance, soit celui d'agir pour le bien-être des autres et celui de non-malfaisance (*primum non nocere*) i.e. l'obligation de ne pas faire de mal aux autres. Ces principes sont au cœur de la dispensation des soins en santé. Parmi les soins prodigués par le personnel soignant figurent les mesures contraignantes, dont la mise sous contention ou

en isolement. Ces mesures de dernier recours sont essentiellement utilisées dans le but de protéger autrui et la personne d'elle-même en l'aidant à reprendre le contrôle sur son comportement (MSSS 2002). Ainsi, elles contribuent à aider la personne à retrouver son calme, à récupérer sa dignité et à regagner le respect de soi et de son environnement. Considérées comme telles, ces mesures constituent une utilisation conforme au principe du mieux-être de la personne et des autres. Toutefois, il semble que des conséquences adverses à l'application de la mesure d'isolement peuvent être observées et causer un préjudice à la personne. Dans certaines circonstances, son utilisation pourrait aussi contrevenir au principe de non malveillance.

Les documents consultés ont mis en évidence la possibilité que la mise en isolement et la contention puissent causer un traumatisme ou encore réactiver un traumatisme ancien. Ainsi, les personnes ayant vécu dans le passé une agression sexuelle ou physique demeurent très sensibles aux éléments évoquant l'événement traumatique. En présence de ces éléments, il peut s'en suivre un processus de *victimisation secondaire* où la victime revit mentalement le traumatisme, par le biais notamment de flash-back ou de cauchemars récurrents constituant des conséquences indirectes du crime vécu (Gaudrault, cité dans (Morin and Michaud 2003)). Par ailleurs, des caractéristiques spécifiques à la relation infirmières-utilisateurs de services contribueraient également à cette victimisation secondaire en contraignant la personne à la passivité de même qu'en générant en elle un sentiment d'infériorité (Borge and Fabermon 2008, Clark, Young et al. 2008, Walsh and Boyle 2009). Parmi ces caractéristiques se trouve la perception par les utilisateurs de services que le personnel est irrespectueux ou désintéressé.

Les pratiques associées à l'utilisation de la contention et de l'isolement pourraient également constituer des situations particulièrement propices au phénomène de victimisation secondaire (Gallop, McCay et al. 1999, Cleary 2003, Borge and Fabermon 2008, Clark, Young et al. 2008, Walsh and Boyle 2009) et contribuer à exacerber les symptômes présents (Frueh, Dalton et al. 2000). Considérant la fragilité de la personne, l'application d'une mesure de contrainte, telle que le fait d'être placée en isolement par des intervenants, pourrait en soit provoquer un traumatisme (Meyer, Taiminen et al. 1999, Shaw, McFarlane et al. 2002) ou encore évoquer des éléments d'un traumatisme passé et contribuer à ramener la personne dans ce dernier (Steinert, Bergbauer et al. 2007). De plus, déshabiller une personne contre sa volonté et devant des intervenants, pour lui faire revêtir un vêtement d'hôpital alors qu'elle est en état de vulnérabilité, pourrait également contribuer à augmenter la détresse de la personne en la replongeant dans son traumatisme. Deux études (Gallop, Engels et al. 1999, Gallop, McCay et al. 1999) portant sur les femmes présentant un passé d'abus sexuel pendant l'enfance tendent à confirmer que l'isolement est vécu comme une réactualisation de l'abus dont elles ont été victimes.

Par ailleurs, un nombre significatif de personnes ayant des problèmes majeurs de santé mentale, plus spécifiquement les femmes, ont une histoire de vulnérabilité associée à un traumatisme (Morin and Michaud 2003, Muskett 2013). En outre, le fait d'avoir été victime de sévices sexuels ou d'abus physique dans son enfance constituerait un facteur de déclenchement important en ce qui a trait aux troubles psychiatriques (Rosenberg,

Drake et al. 1996). De plus, cette situation passée contribuerait à augmenter le risque que la personne soit soumise à l'isolement ou à la contention lors de l'hospitalisation en psychiatrie l'exposant au rappel du traumatisme et aux impacts négatifs sur sa santé mentale (Steinert, Schmid et al. 2006, Steinert, Bergbauer et al. 2007, Steinert, Birk et al. 2013). Des auteurs (Mueser, Rosenberg et al. 2002) ont notamment conceptualisé un modèle interactif qui permettrait de comprendre comment, chez les personnes ayant des problèmes majeurs de santé mentale, le syndrome post-traumatique, tel que défini dans le DSM IV, contribuerait à exacerber les symptômes et entraînerait une plus grande utilisation des services psychiatriques. De plus, les symptômes qui originent de violences passées ajoutés à un environnement perçu comme non sécuritaire et non supportant constitueraient des obstacles à l'efficacité des soins pour les utilisateurs de services (Elliott, Bjelajac et al. 2005, Gatz, Brounstein et al. 2007, Borge and Fabermon 2008, Clark, Young et al. 2008, Walsh and Boyle 2009). Selon Frueh (2000), les personnes ayant déjà vécu un traumatisme auraient également tendance à recevoir des traitements inadéquats par les services de santé mentale (Amaya-Jackson, Davidson et al. 1999, Goodman, Thompson et al. 1999) en raison de leur vulnérabilité à des expériences traumatiques particulièrement susceptibles de se produire dans un milieu psychiatrique (Cohen 1994).

Quelques pistes d'interventions visant à contrer les conséquences adverses de l'application des mesures restrictives et à respecter le principe éthique de non-malfaisance ont enfin été identifiées dans la littérature. Dans un premier temps, selon le MSSS et le département des services santé américain, le personnel soignant se doit d'utiliser une approche individualisée afin de s'assurer de respecter la santé, la sécurité, la dignité et l'estime de soi de sa clientèle (MSSS 2002, CMS 2006). Par ailleurs, compte tenu d'une vulnérabilité particulièrement importante de la clientèle psychiatrique en ce qui a trait aux traumatismes, les services psychiatriques devraient également s'assurer de bien en informer leur personnel, mais aussi de les sensibiliser à la nécessité de ne pas causer de traumatismes supplémentaires (Jennings, 2004 dans (Muskett 2013). Pour ce faire, des auteurs suggèrent de mettre en place des stratégies de prévention universelle en matière de trauma (*universal trauma precaution*) (Elliott, Bjelajac et al. 2005). Considérant les facteurs de fragilité mentionnés précédemment, de même que les réticences des utilisateurs de services en ce qui a trait au retrait de leur vêtements personnels (une étude auprès de 30 patients psychiatriques provenant de deux hôpitaux psychiatriques du sud de la Finlande a révélé que ces derniers auraient souhaité pouvoir conserver leurs vêtements lors de l'isolement (Kontio, Joffe et al. 2012)), la conservation des vêtements personnels pourrait constituer une de ces mesures de prévention des traumatismes. L'élaboration d'une telle mesure pourrait notamment s'inspirer d'un article provenant d'un milieu de santé psychiatrique américain ayant été confronté à une problématique concernant l'application de leur procédure de mise en isolement (Blank, Keyes et al. 2004). Il découle d'une visite du *Department of Public Health* (DPH) suite à une plainte d'un patient prétendant avoir été déshabillé sans son consentement. En réponse aux recommandations du DPH, l'hôpital a revu sa politique et ses procédures afin d'améliorer son fonctionnement et de s'arrimer à la réglementation fédérale. Par la suite, une formation a été offerte aux membres du personnel concernant la procédure de mise en isolement adoptée par l'établissement. Cette dernière précisait notamment:

1. *Les patients devront retirer leurs vêtements personnels lorsqu'il y a des risques relatifs à la sécurité et que l'infirmière responsable ou le médecin le juge nécessaire. Les risques en ce qui a trait à la sécurité doivent être documentés au dossier.*
2. *Lorsqu'il est jugé nécessaire qu'un patient se dévête l'intervention se fera de manière à respecter sa dignité :*
 - (a) *un membre du personnel de même sexe sera assigné;*
 - (b) *les sous-vêtements et chaussettes pourront être conservés;*
 - (c) *les vêtements personnels seront rendus dès qu'il n'y a plus de risque à la sécurité.*

4. RÉSULTATS DES CONSULTATIONS DE CENTRE DE RÉADAPTATION EN DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

Une consultation auprès de trois Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissant du développement (CRDI et CRDITED) du Québec a été réalisée. Les professionnels consultés ont mentionné que leur politique en matière d'isolement ne prévoyait pas que le personnel demande à l'utilisateur de services de se dévêtir pour revêtir un autre vêtement lors de sa mise en isolement. Ainsi, ces établissements permettraient à la personne se retrouvant dans cette situation de conserver ses vêtements personnels. Les motifs invoqués pour justifier cette façon de faire concernent la compréhension limitée des patients, le risque de provoquer une augmentation de leur agitation, de même que celui de causer des blessures tant pour ces derniers que pour les membres du personnel.

5. DISCUSSION

Bien que la recherche documentaire n'ait pas permis d'identifier des articles scientifiques répondant spécifiquement à la question décisionnelle, elle a tout de même contribué à identifier des pistes de réflexion pouvant soutenir l'analyse de l'événement en cause et la mise en place de procédures adaptées aux besoins de la clientèle visée. Ainsi, compte tenu de la nature particulière de la mise en isolement, de ses procédures d'application, des limites de compréhension des personnes présentant une déficience intellectuelle, des risques encourus en ce qui a trait au syndrome post-traumatique et des risques d'augmentation des symptômes, il semble que la règle de non-malfaisance doive guider les interventions du personnel soignant. De plus, les orientations ministérielles (MSSS 2002) stipulant « *qu'en tout temps, les gestionnaires et les intervenants doivent se remémorer que la relation d'aide, qui est à la base de toute intervention, se construit dans le respect, la confiance mutuelle et la reconnaissance des capacités de la personne aidée* », l'article 4 de la charte des droits et libertés de la personne précisant que « *toute personne a droit à la sauvegarde de sa dignité, de son honneur et de sa réputation* » de même que la loi sur les services de santé et les services sociaux mentionnant que « *l'utilisation d'une telle mesure ... doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne* » doivent également être considérés dans l'application de la procédure d'isolement.

À la lumière de l'ensemble des éléments mentionnés précédemment, il semble préférable de permettre à l'utilisateur de services de conserver ses vêtements personnels lorsque son état nécessite une mise en isolement et que les risques évalués ne compromettent pas sa sécurité. Ainsi, une modification à la procédure d'isolement en ce sens permettrait d'éviter le recours à des moyens disproportionnés eu égard aux particularités de la

personne et de sa situation (MSSS 2002) et de causer davantage de préjudice à la personne conformément au principe de non-malfaisance.

6. CONCLUSION

L'utilisation des mesures de contrôle auprès d'une clientèle présentant une déficience intellectuelle associée à une problématique de santé mentale constitue une mesure d'intervention exceptionnelle qui requiert une analyse rigoureuse. Cette dernière se doit de tenir compte des caractéristiques particulières de la personne afin de s'assurer de prendre les moyens appropriés pour lui permettre de se rétablir dans les meilleurs conditions. Ainsi, la considération des risques de préjudice occasionnés par les procédures d'utilisation de l'isolement associée à la vulnérabilité de la personne constituent des éléments incontournables devant être pris en compte lorsqu'il s'agit de régir l'utilisation des mesures de contrôle.

Une **NOTE INFORMATIVE** présente des informations destinées aux gestionnaires, cliniciens et professionnels de la santé afin de soutenir la prise de décision concernant une technologie ou un mode d'intervention en santé. Elle consiste en une synthèse d'informations issues de rapports produits par d'autres organismes d'évaluation ou de sources de données basées sur des évidences scientifiques. Le document ne fait pas l'objet d'un examen critique par des lecteurs externes et des experts. Il n'est pas soumis à l'approbation du Conseil scientifique de l'UETMIS.

Ce document présente les informations documentaires disponibles aux mois de mai et août 2013 selon la méthodologie de recherche documentaire retenue.

Ce document n'engage d'aucune façon la responsabilité de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et de son personnel à l'égard des informations transmises. En conséquences, l'Institut et l'UETMIS ne pourront être tenus responsables en aucun cas de tout dommage de quelque nature que ce soit au regard de l'utilisation ou de l'interprétation de ces informations.

Stratégies de recherches documentaires

Pubmed

1. (((((((((((("intellectual disability"[MeSH Major Topic] OR "disabilities, intellectual"[MeSH Major Topic] OR "retardation, mental"[MeSH Major Topic] OR "mental retardation"[MeSH Major Topic] OR "disability, intellectual"[MeSH Major Topic] OR "mental retardation, psychosocial"[MeSH Major Topic] OR "mental retardations, psychosocial"[MeSH Major Topic] OR "psychosocial, mental retardation"[MeSH Major Topic] OR "psychosocial, mental retardations"[MeSH Major Topic] OR "deficiency, mental"[MeSH Major Topic] OR "deficiencies, mental"[MeSH Major Topic] OR "mental deficiency"[MeSH Major Topic] OR "mental deficiencies"[MeSH Major Topic] OR idiocy[MeSH Major Topic]
2. (((((((((((("intellectual disability"[Title/Abstract] OR "disabilities, intellectual"[Title/Abstract] OR "retardation, mental"[Title/Abstract] OR "mental retardation"[Title/Abstract] OR "disability, intellectual"[Title/Abstract] OR "mental retardation, psychosocial"[Title/Abstract] OR "mental retardations, psychosocial"[Title/Abstract] OR "psychosocial, mental retardation"[Title/Abstract] OR "psychosocial, mental retardations"[Title/Abstract] OR "deficiency, mental"[Title/Abstract] OR "deficiencies, mental"[Title/Abstract] OR "mental deficiency"[Title/Abstract] OR "mental deficiencies"[Title/Abstract] OR idiocy[Title/Abstract]
3. (procedure[MeSH Major Topic] OR policy[MeSH Major Topic]
4. (procedure[Title/Abstract] OR policy[Title/Abstract]
5. (((((restraint[MeSH Major Topic] OR seclusion[MeSH Major Topic] OR "secure room"[MeSH Major Topic] OR ("restraints and seclusion"[MeSH Major Topic])) OR restraints[MeSH Major Topic] OR ("restraint and seclusion"[MeSH Major Topic])
6. (((((restraint[Title/Abstract] OR seclusion[Title/Abstract] OR "secure room"[Title/Abstract] OR ("restraints and seclusion"[Title/Abstract])) OR restraints[Title/Abstract] OR ("restraint and seclusion"[Title/Abstract])
7. ((((((("psychiatric department, hospital"[MeSH Major Topic] OR psychiatry[MeSH Major Topic] OR "nursing home"[MeSH Major Topic] OR "residential facility"[MeSH Major Topic] OR "nursing homes"[MeSH Major Topic] OR "residential facilities"[MeSH Major Topic] OR "psychiatric hospital"[MeSH Major Topic]
8. ((((((("psychiatric department, hospital"[Title/Abstract] OR psychiatry[Title/Abstract] OR "nursing home"[Title/Abstract] OR "residential facility"[Title/Abstract] OR "nursing homes"[Title/Abstract] OR "residential facilities"[Title/Abstract] OR "psychiatric hospital"[Title/Abstract]
9. #1 AND #3 AND #5
10. #1 AND #3 AND #5 AND #7
11. #2 AND #4 AND #6 AND #8
12. #2 AND #4 AND #6
13. #1 AND #3
14. #2 AND #4

CINHAL

1. (MM "Mental Retardation")
2. "seclusion"
3. (MM "Policy and Procedure Manuals")
4. "behavior disorder"

5. (MM "Crisis Intervention/AE/MT/ST")
6. (MH "Patient Seclusion/AE/CT/EI/MT/PF/ST")
7. "aggressive behavior"
8. #1 AND #6
9. #1 AND #3 AND #2
10. #1 AND #3 AND #7
11. #1 AND #2 AND #4

PsycInfo

1. Any Field: ((IndexTermsFilt:("Patient Seclusion")))
2. Any Field: ((IndexTermsFilt:("Psychiatric Hospital Programs") OR IndexTermsFilt:("Psychiatric Hospital Readmission") OR IndexTermsFilt:("Psychiatric Hospitalization") OR IndexTermsFilt:("Psychiatric Hospitals") OR IndexTermsFilt:("Nursing Homes")))
3. Any Field: (AnyField:("intellectual development") OR AnyField:("intellectual development disorder") OR AnyField:("mental retardation") OR AnyField:("intellectual disability") OR AnyField:("retardation, mental") OR AnyField:("disabilities, intellectual") OR AnyField:("disability, intellectual") OR AnyField:("mental retardation, psychosocial") OR AnyField:("psychosocial mental retardation") OR AnyField:("psychosocial mental retardations") OR AnyField:("retardation, psychosocial mental") OR AnyField:("retardations, psychosocial mental") OR AnyField:("deficiency, mental") OR AnyField:("deficiencies, mental") OR AnyField:("mental deficiencies") OR AnyField:("mental deficiency")))
4. Any Field: ((IndexTermsFilt:("Intellectual Development Disorder") OR IndexTermsFilt:("Mental Disorders")))
5. Any Field: ((IndexTermsFilt:("Government Policy Making") OR IndexTermsFilt:("Policy Making")))
6. #1 AND #2 AND #3
7. #1 AND #2 AND #4
8. #1 AND #2 AND #3 AND #4 AND #5

COCHRANE

1. "mental retardation":ti,ab,kw (Word variations have been searched)
2. "seclusion":ti,ab,kw (Word variations have been searched)
3. "procedure":ti,ab,kw (Word variations have been searched)
4. "mental retardation":ti,ab,kw and "seclusion":ti,ab,kw (Word variations have been searched)
5. "mental retardation":ti,ab,kw and "seclusion":ti,ab,kw and "procedure":ti,ab,kw (Word variations have been searched)
6. "intellectual disabilit*":ti,ab,kw and "seclusion":ti,ab,kw (Word variations have been searched)
7. "intellectual disabilit*":ti,ab,kw and "seclusion":ti,ab,kw and "procedure":ti,ab,kw (Word variations have been searched)
8. MeSH descriptor: [Intellectual Disability] explode all trees and with qualifier(s): [Therapy - TH]
9. MeSH descriptor: [Intellectual Disability] explode all trees and with qualifier(s): [Rehabilitation - RH]

Références bibliographiques

Amaya-Jackson, L., J. R. Davidson, D. C. Hughes, M. Swartz, V. Reynolds, L. K. George and D. G. Blazer (1999). "Functional impairment and utilization of services associated with posttraumatic stress in the community." J Trauma Stress **12**(4): 709-724.

Blank, F. S., M. Keyes, A. M. Maynard, D. Provost and J. P. Santoro (2004). "A humane ED seclusion/restraint: legal requirements, a new policy, procedure, "psychiatric advocate" role." J Emerg Nurs **30**(1): 42-46.

Borge, L. and M. S. Fabermon (2008). "Patients' core experiences of hospital treatment: Wholeness and self-worth in time and space." Journal of Mental Health **17**(2): 193-205.

Clark, C., M. Young, E. Jackson, C. Graeber, R. Mazelis, N. Kammerer and N. Huntington (2008). "Consumer perceptions of integrated trauma-informed services among women with co-occurring disorders." Journal of Behavior Health Services & Research **35**(1): 71-90.

Cleary, M. (2003). "The challenges of mental health care reform for contemporary mental health nursing practice: relationships, power and control." Int J Ment Health Nurs **12**(2): 139-147.

CMS (2006). "Medicare and Medicaid programs; hospital conditions of participation: patients' rights. Final rule." Fed Regist **71**(236): 71377-71428.

Cohen, L. J. (1994). "Psychiatric hospitalization as an experience of trauma." Arch Psychiatr Nurs **8**(2): 78-81.

Elliott, D., P. Bjelajac, R. Fallo, L. Markoff and B. Glover Reed (2005). "Trauma-informed or trauma-denied: Principles and implementation of trauma-informed services fo women." Journal of cCommunity Psychology **33**(4): 461-477.

Frueh, B. C., M. E. Dalton, M. R. Johnson, T. G. Hiers, P. B. Gold, K. M. Magruder and A. B. Santos (2000). "Trauma within the psychiatric setting: conceptual framework, research directions, and policy implications." Adm Policy Ment Health **28**(2): 147-154.

Gallop, R., S. Engels, R. DiNunzio and S. Napravnik (1999). "Abused women's concerns about safety and the therapeutic environment during psychiatric hospitalization." Can J Nurs Res **31**(2): 53-70.

Gallop, R., E. McCay, M. Guha and P. Khan (1999). "The experience of hospitalization and restraint of women who have a history of childhood sexual abuse." Health Care Women Int **20**(4): 401-416.

Gatz, M., P. Brounstein and C. Noether (2007). "Findings from a national evaluation of services to improve outcomes for women with co-occurring disorders and a history of trauma." Journal of Community psychology **35**(7): 819-822.

Goodman, L. A., K. M. Thompson, K. Weinfurt, S. Corl, P. Acker, K. T. Mueser and S. D. Rosenberg (1999). "Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness." J Trauma Stress **12**(4): 587-599.

Kontio, R., G. Joffe, H. Putkonen, L. Kuosmanen, K. Hane, M. Holli and M. Valimaki (2012). "Seclusion and restraint in psychiatry: patients' experiences and practical suggestions on how to improve practices and use alternatives." Perspect Psychiatr Care **48**(1): 16-24.

Meyer, H., T. Taiminen, T. Vuori, A. Aijala and H. Helenius (1999). "Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients." J Nerv Ment Dis **187**(6): 343-352.

Morin, P. and C. Michaud (2003). "[Measures of control in psychiatric settings: three perspectives to guide their reduction, perhaps their elimination]." Sante Ment Que **28**(1): 126-150.

MSSS (2002). Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: contention, isolement et substances chimiques. Direction des communication du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Mueser, K. T., S. D. Rosenberg, L. A. Goodman and S. L. Trumbetta (2002). "Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model." Schizophr Res **53**(1-2): 123-143.

Muskett, C. (2013). "Trauma-informed care in inpatient mental health settings: A review of the literature." Int J Ment Health Nurs.

Rosenberg, S. D., R. E. Drake and K. Mueser (1996). "New directions for treatment research on sequelae of sexual abuse in persons with severe mental illness." Community Ment Health J **32**(4): 387-400.

Shaw, K., A. C. McFarlane, C. Bookless and T. Air (2002). "The aetiology of postpsychotic posttraumatic stress disorder following a psychotic episode." J Trauma Stress **15**(1): 39-47.

Steinert, T., G. Bergbauer, P. Schmid and R. P. Gebhardt (2007). "Seclusion and restraint in patients with schizophrenia: clinical and biographical correlates." J Nerv Ment Dis **195**(6): 492-496.

Steinert, T., M. Birk, E. Flammer and J. Bergk (2013). "Subjective Distress After Seclusion or Mechanical Restraint: One-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Study." Psychiatr Serv.

Steinert, T., P. Schmid and G. Bergbauer (2006). "History of trauma in people with schizophrenia predicts need for seclusion and restraint." J Clin Psychiatry **67**(6): 995.

Walsh, J. and J. Boyle (2009). "Improving acute psychiatric hospital services according to inpatient experiences. A user-led piece of research as a means to empowerment." Issues Ment Health Nurs **30**(1): 31-38.