

Ouvrir ou pas la porte ? **Avantages et désavantages de la porte fermée à clé de l'unité psychiatrique.**

NOTE INFORMATIVE

Note préparée par:
Ionela L. Gheorghiu, M.Sc.,
Coordonnatrice UETMISM

Collaboratrice:
Andreea Neagota,
stagiaire UETMISM

Responsable scientifique:
Alain Lesage, M.D.



Institut universitaire
en santé mentale
de Montréal

APPILIÉ À
Université
de Montréal

JANVIER 2015

Contexte et objectif

Les portes d'entrée des unités psychiatriques sont habituellement fermées à clé, contrairement à celles des unités de santé physique. Avant les années 1990, la porte d'entrée était ouverte dans la majorité des unités psychiatriques de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, l'actuel Institut universitaire en santé mentale de Montréal (IUSMM). Par exemple, en 1987, les unités de longues durées et celles de réinsertion sociale, au total 25 unités, étaient ouvertes. Seulement 7 à 8 unités de traitement intensif étaient fermées à clé. Au fil des ans, la spécialisation des unités, les enjeux cliniques liés à une clientèle de plus en plus complexe et les nombreux statuts légaux ont entraîné la fermeture des portes des unités. À ce jour, une seule unité de l'IUSMM laisse parfois les portes ouvertes.

Cette situation n'est pas singulière. En Europe, par exemple en Grande-Bretagne, dans les années 1960-1970, toutes les unités psychiatriques avec des patients non médicolegaux avaient les portes ouvertes. En même temps, des unités de soins intensifs (*PICUs – psychiatric intensive care units*) avec les portes d'entrée fermées à clé ont été créées pour les patients difficiles à contrôler dans les unités ouvertes (Van der Merwe 2009). Cette situation a changé depuis plus de 20 ans. À ce jour, beaucoup d'unités psychiatriques modernes ferment à clé leur porte d'entrée en tout temps (Bowers 2010).

La pratique clinique à l'IUSMM est basée sur l'exercice de la pleine citoyenneté. Dans ce contexte, l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé mentale a été contactée par la Direction des services cliniques (DSC) de notre établissement pour répondre aux questions suivantes :

1. *Pouvons-nous ouvrir davantage d'unités de soins et traitements?*
2. *Pouvons-nous aménager des unités ouvertes avec une partie fermée pour les patients sous garde en établissement?*

L'ouverture des unités de soins et traitements permettra à l'Institut de s'inscrire davantage dans la pratique clinique basée sur la pleine citoyenneté, de respecter les droits des patients et d'offrir des soins et des services basés sur les meilleures pratiques.

Pour répondre à ces questions dans un bref délai, une recherche documentaire sommaire a été effectuée afin de déterminer les avantages et les désavantages de la porte fermée à clé dans les unités de soins en psychiatrie, ainsi que les modalités d'aménagement des unités ouvertes pour accueillir les patients sous garde en établissement. Les résultats obtenus lors de cette recherche sont présentés dans les sections suivantes.

Recherche documentaire

La recherche documentaire a été réalisée dans les bases de données *PubMed* et *PsycInfo*. Quelques ressources de littérature grise ont également été consultées. La stratégie de recherche utilisée, le diagramme de sélection des articles repérés dans les bases de données, ainsi que les sources de littérature grise consultées sont présentés à l'annexe 1.

Résultats

La recherche documentaire a donné 367 résultats. Après la lecture des titres et des résumés, 16 articles ont été retenus pour une lecture de la version intégrale. De ces 16 articles, 12 ont été retenus pour analyse. Parmi les articles retenus, un article de revue (Van der Merwe, *et al.* 2009) comprend six des articles retenus (Adams 2000, Ashmore 2008, Haglund et von Essen 2005, Haglund, *et al.* 2006, Haglund, *et al.* 2007, Muller, *et al.* 2002). En conséquence, l'article

de revue et les 5 autres articles (Johansson, *et al.* 2009 et 2013, Cleary, *et al.* 2009, Bowers, *et al.* 2010 et Muir-Cochrane, *et al.* 2012) ont été utilisés pour l'extraction de données. À noter que la majorité de ces études ont été menées en Europe, principalement en Grande-Bretagne et en Suède.

La consultation de la littérature grise nous a permis de découvrir un rapport préparé en Grande-Bretagne pour le *National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation* (Bowers, *et al.* 2008) qui contient, entre autres, une revue de la littérature sur la porte fermée à clé dans les unités de traitement intensif. Ce document a également été retenu pour ce projet.

La lecture de tous ces documents a permis de déterminer les avantages et les désavantages de la porte de l'unité de soins psychiatriques, tel que présentés ci-dessous. Les unités analysées sont exclusivement des unités de traitement intensif, tandis que les participants aux études sont des patients souffrant de problèmes de santé mentale, des membres du personnel de soins et des visiteurs. La majorité des études portait sur les portes fermées à clé en tout temps ou partiellement fermées. Une seule étude (Muir-Cochrane *et al.* 2012) fait référence à une unité psychiatrique ouverte en tout temps, une unité fermée occasionnellement et une unité fermée en tout temps. Des détails sur les études, les participants et les données se trouvent dans le tableau de l'annexe 2.

Avantages de la porte fermée à clé

Une unité avec la porte d'entrée fermée à clé offre plusieurs avantages aux patients et au personnel. Selon les patients et les membres du personnel consultés dans les études analysées, ce type d'unité est un milieu sécuritaire, tranquille et efficace pour les soins des patients, et offre également une protection contre les visiteurs inopportuns, les voleurs et le trafic d'alcool et de substances illicites (Van der Merwe, *et al.* 2009, Johansson, *et al.* 2009, Bowers, *et al.* 2008 et 2010, Muir-Cochrane, *et al.* 2012, Cleary, *et al.* 2009). De plus, une porte d'entrée fermée à clé empêcherait les fugues, aiderait à la prévention d'agressions envers soi-même et autrui et protégerait la communauté (Van der Merwe, *et al.* 2009, Bowers, *et al.* 2008 et 2010, Muir-Cochrane, *et al.* 2012).

D'autres avantages, rapportés par le personnel, concernent le contrôle des patients et la bonne gestion de l'unité (Van der Merwe, *et al.* 2009, Johansson, *et al.* 2013, Bowers, *et al.* 2010, Muir-Cochrane, *et al.* 2012). Une porte fermée à clé permet au personnel de passer plus de temps avec les patients, lui donne l'occasion d'interagir avec les visiteurs et d'évaluer rapidement l'état de santé mentale des patients avant leurs sorties de l'unité. En même temps, la porte fermée à clé contribue à la réduction de l'observation continue et de la contention des patients ayant des risques de fugues (Van der Merwe, *et al.* 2009).

Désavantages de la porte fermée à clé

Les désavantages mentionnés le plus souvent dans les documents consultés sont liés aux problèmes émotionnels que vivent les patients face à une porte fermée à clé dans l'unité de soins. Ainsi, des sentiments de dépression, de la frustration, de l'irritabilité, de l'anxiété, du stress, de la contrainte, un manque d'estime de soi et le manque d'espoir ont été signalés autant par les patients que par le personnel (Van der Merwe, *et al.* 2009, Johansson, *et al.* 2009, Bowers, *et al.* 2010, Muir-Cochrane, *et al.* 2012). Dans son étude, Muir-Cochrane, *et al.* (2012) parle d'une certaine connexion entre la porte fermée à clé et le manque de coopération des patients. Les patients des unités fermées à clé se sentent contraints et frustrés, ce qui se traduit parfois par le refus de la médication, des comportements agressifs, des plaintes envers le

personnel et de la colère. De plus, dans une étude citée par van der Merwe, *et al.* (2009), les patients des unités fermées à clé se sont montrés moins satisfaits vis-à-vis des règlements pour sortir des unités, de la médication et des occasions pour les visites.

Une porte fermée à clé crée une atmosphère semblable à celle d'une prison et peut augmenter le sentiment de stigmatisation des patients (Johansson, *et al.* 2009, Muir-Cochrane, *et al.* 2012, Bowers, *et al.* 2008). Le contrôle et la surveillance des patients par le personnel révèle une inégalité entre ces deux groupes : les premiers se sentent observés, privés de liberté et insécures (Bowers, *et al.* 2008, Johansson, *et al.* 2009, van der Merwe, *et al.* 2009). La porte fermée à clé crée une «dépendance du personnel» pour ouvrir ou fermer la porte à clé, ce qui occasionne du travail supplémentaire pour les infirmières et les autres membres du personnel soignant (Muir-Cochrane, *et al.* 2012, van der Merwe, *et al.* 2009). De plus, le personnel subit de la pression et une responsabilité morale en lien avec les autorisations de sortir de l'unité accordées aux patients (Johansson, *et al.* 2013).

Finalement, d'autres désavantages cités par certains auteurs sont : la difficulté pour les patients des unités fermées à clé d'avoir accès ou de participer aux activités en plein air, ainsi que le sentiment de se sentir importuns perçu par certains visiteurs (Van der Merwe, *et al.* 2009, Muir-Cochrane, *et al.* 2012).

L'aménagement des unités ouvertes

La deuxième question posée par la DSC visait un éclaircissement sur les modalités d'aménager les unités ouvertes pour accueillir les patients sous garde en établissement. La littérature consultée pour ce projet n'a révélé aucune information sur ce sujet particulier.

Discussion

Cette note informative présente les résultats d'un bref survol de la littérature sur les avantages et les désavantages de la porte fermée à clé dans les unités de soins en psychiatrie. Le sommaire de ces résultats est exposé dans la section précédente, tandis que les détails des études utilisés dans ce projet se trouvent dans le tableau de l'annexe 2. Étant donné le temps alloué à ce travail, la recherche de la littérature a été limitée à deux bases de données, quelques ressources de littérature grise et aux documents publiés en anglais et en français entre les années 2000 et 2014. De plus, l'analyse de la qualité des études retenues n'a pas été effectuée.

Haglund, *et al.* (2007) a noté plusieurs raisons pour garder la porte de l'unité psychiatrique fermée à clé, selon les gestionnaires et les membres du personnel consultés. Parmi ces raisons, les plus souvent mentionnées sont :

- la prévention des fugues ;
- le trafic d'alcool et de substances illicites et les visites inopportunes ;
- offrir aux patients un milieu sécuritaire ;
- la législation.

La porte fermée à clé est généralement vue comme un moyen pour empêcher les fugues et le suicide succède aux fugues. Malgré ce point de vue, cette méthode de prévention des fugues ne semble pas être complètement efficace (Muir-Cochrane, *et al.* 2012). Ainsi, de fugues ont été signalées autant dans des unités psychiatriques ouvertes que des unités fermées (Bowers *et al.* 2008). Des études citées par ces auteurs ont montré que parfois près de la moitié du nombre de fugues s'est opéré à partir des unités fermées. En même temps, certaines études montrent une augmentation du nombre de fugues avec l'ouverture des unités (Bowers, *et al.* 2008, Nijman,

et al. 2011), tandis que d'autres (Lang, *et al.* 2010) ont observé une diminution. Ces résultats contradictoires démontrent que la porte d'entrée de l'unité psychiatrique n'est pas le seul facteur pour empêcher les fugues des patients (Bowers *et al.* 2008).

En ce qui concerne le taux de suicides à la suite des fugues, la revue de Bowers, *et al.* (2008) cite des études démontrant que le nombre de suicides est indépendant de la porte d'entrée et qu'une porte d'entrée fermée n'empêchera pas un suicide, mais ne fera que changer le lieu où il se produira.

Parmi les avantages de l'unité psychiatrique fermée, des membres du personnel soignant et des patients ont signalé la protection contre le trafic d'alcool et de substances illicites (Van der Merwe, *et al.* 2009, Bowers, *et al.* 2010). Par contre, une étude canadienne (Wake 1961) démontre que la contrebande d'alcool et de drogue n'a pas augmenté après l'ouverture des portes. De plus, la majorité (83 %) des patients avec un historique d'utilisation d'alcool et de drogues ont continué à consommer ces substances durant leur admission dans les unités psychiatriques (Bowers, *et al.* 2008).

Les patients et le personnel reconnaissent que la porte fermée à clé offre un milieu de soins sécuritaire et de la protection aux patients et à la communauté (Van der Merwe, *et al.* 2009). Les membres du personnel ont en général des attitudes et des opinions plus positives envers la pratique de soins dans les unités ayant une porte fermée à clé que les patients (Bowers, *et al.* 2010). Malgré le fait qu'une porte fermée peut créer plus de travail pour le personnel pour la faire ouvrir ou fermer (Muir-Cochrane, *et al.* 2012), certains membres du personnel voient dans cet aspect une occasion thérapeutique d'interagir avec les patients et une possibilité de réduction de l'observation continue et de la contention des patients ayant des risques de fugues (Van der Merwe, *et al.* 2009).

Une porte d'unité fermée à clé diminue l'anxiété du personnel (Bowers *et al.* 2010), tandis qu'une porte ouverte crée une «vigilance inquiète» selon Muir-Cochrane, *et al.* (2012). Étant toujours préoccupés à prévenir les fugues dans les unités à porte ouverte, les membres du personnel font une «vigilance inquiète» continue, même quand ils sont impliqués dans les activités de soins. En même temps, l'ouverture de la porte mène à une redistribution du personnel pour assurer la surveillance de la porte, ce qui a un impact sur la charge de travail des autres membres du personnel qui doivent administrer les soins aux patients (Muir-Cochrane, *et al.* 2012).

Alors, ouvrir ou pas les portes des unités psychiatriques ?

Étant donné l'ampleur et la complexité de cette problématique et le manque de données probantes robustes, certains auteurs proposent diverses solutions qui pourraient aider à une meilleure gestion des unités fermées.

Comme Muir-Cochrane, *et al.* (2012) le résume, le fardeau émotionnel de la porte fermée de l'unité agit sur les patients sous forme de dépression et de colère, tandis que celui de la porte ouverte agit sur le personnel sous forme d'anxiété. Afin d'atténuer les effets négatifs liés à la porte fermée et diminuer la quantité de travail du personnel, ces auteurs proposent quelques solutions. Les visiteurs officiels et des patients ciblés pourraient utiliser des cartes d'accès, tandis que les visites aux patients pourraient être limitées à certaines heures. En même temps, l'utilisation des bracelets électroniques, des logiciels de reconnaissance faciale ou de caméras pourrait faciliter la surveillance des patients et diminuer les perceptions négatives envers la porte fermée (Muir-Cochrane, *et al.* 2012). Par contre, l'utilisation de ces technologies pourrait soulever des problématiques d'ordre éthique qui devraient être adressés d'une façon plus approfondie.

Dans sa revue, Cleary, *et al.* (2009) signale que certaines unités psychiatriques modernes intègrent des unités fermées dans les modèles de soins intensifs des patients psychiatriques. D'après l'auteur, les patients séjournent dans des unités fermées selon la phase de traitement de leur maladie. Ainsi, les unités fermées incluent les unités de soins intensifs, les unités de traitement intensif, les unités de réadaptation et les zones séparées par sexes pour les patients avec des dépendances graves. Ce modèle permettrait de ne pas imposer la porte fermée comme règle générale dans toutes les unités psychiatriques.

Finalement, il faut retenir que le statut de la porte de l'unité de soins psychiatriques n'est pas le seul élément pour assurer la sécurité dans l'unité. Tel que démontré dans les rapports UETMIS produits par notre Unité d'évaluation des technologies (Gheorghiu, 2013 a et b) et plus spécifiquement dans les modèles théoriques qui y sont présentés, l'aménagement physique est seulement un des éléments qui influence l'atmosphère et la sécurité de l'unité de soins, ainsi que le temps de présence du personnel auprès des patients. D'autres éléments, comme l'organisation du travail, le protocole de soins, les pratiques cliniques, etc. jouent aussi des rôles très importants sur l'atmosphère et la sécurité des unités de soins psychiatriques.

Conclusion

Cette note présente des avantages et des désavantages liés à la porte des unités de soins en psychiatrie. Les résultats présentés, issus d'une activité sommaire et rapide de recherche documentaire, ont été tirés d'études menées plus tôt en Europe et exclusivement dans des unités de traitement intensif. En conséquence, ces résultats devraient être utilisés avec précaution à cause du caractère incomplet de la recherche, du contexte québécois et du type d'unité de soins.

Qu'elle soit ouverte ou fermée, la porte de l'unité psychiatrique est entourée d'avantages, de désavantages et d'enjeux. Comment tenir compte de la sécurité des patients en respectant leurs droits reste un problème non résolu, selon la littérature. Par contre, il y a présentement une préoccupation sur cette problématique et des chercheurs à travers le monde s'y penchent de plus en plus. Ici, à l'IUSMM, c'est à travers le Centre d'études sur les mesures de contrôle en santé mentale¹.

Au-delà des avantages et des désavantages de la porte d'unités de soins, cette note présente quelques solutions de rechange à l'ouverture des portes, tirées de la littérature consultée. Il reste à déterminer auprès de la clientèle et du personnel le niveau d'acceptabilité de ces solutions de rechange et de l'ouverture même des portes des unités. Il serait également important d'investiguer auprès des proches des patients et de la communauté au sujet de l'ouverture des portes des unités psychiatriques.

* * *

Remerciements à

M^{me} Marie Désilets, bibliothécaire, pour la recherche documentaire.

Références

- Adams, B. (2000). Locked doors or sentinel nurses? *Psychiatric bulletin*. 24: 327-328.
- Ashmore, R. (2008). Nurses' accounts of locked ward doors: ghosts of the asylum or acute care in the 21st century? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 15: 175-185.
- Haglund, K, van der Meiden, E., von Knorring, L. & von Essen, L. (2007). Psychiatric care behind locked doors. A study regarding the frequency of and the reasons for locked psychiatric wards in Sweden. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 14: 49-54.
- Haglund, K. & von Essen, L. (2005). Locked entrance doors at psychiatric wards – advantages and disadvantages according to voluntarily admitted patients. *Nord J Psychiatry*. 59: 511-515.
- Haglund, K., von Knorring, L. & von Essen, L. (2006). Psychiatric wards with locked doors - advantages and disadvantages according to nurses and mental health nurse assistants. *J Clin Nurs*. 15: 387-394.
- Bowers, L., Allan, T., Haglund, K, *et al.* (2008). The City 128 extension: locked doors in acute psychiatry, outcome and acceptability. City University, London.
- Bowers, L., Haglund, K., Muir-Cochrane, E., Nijman, H., Simpson, A. & Van der Merwe, M. (2010). Locked doors : a survey of patients, staff and visitors. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 17: 873-880.
- Cleary, M., Hunt, G.E., Walter, G. & Robertson, M. (2009). Locked inpatient units in modern health care: values and practice issues. *J Med Ethics*. 35: 644-646.
- Gheorghiu, I. (2013a). *Les aménagements physiques des unités de soins et des ressources résidentielles pour augmenter le temps de présence des intervenants cliniques auprès des patients et des résidents*. Unité d'évaluation des technologies et de modes d'intervention en santé mentale. UETMIS, mai 2013.
- Gheorghiu, I. (2013b). *Les aménagements physiques pour une meilleure sécurité dans les unités psychiatriques et d'urgence*. Unité d'évaluation des technologies et de modes d'intervention en santé mentale. UETMIS, décembre 2013.
- Johansson, I.M., Skarsater, I. & Danielson, E. (2009). The meaning of care on a locked acute psychiatric ward: patients' experiences. *Nord J Psychiatry*. 63: 501-507.
- Johansson, I.M., Skarsater, I. & Danielson, E. (2013). The experience of working on a locked acute psychiatric ward. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 20: 321-329.
- Lang, U.E., Hartman, S., Schulz-Hartman, S., Gudlowski, Y., Ricken, R., Munk, I., von Haebler, D., Gallinat, J. & Heinz, A. (2010). Do locked doors in psychiatric hospitals prevent patients from absconding? *Eur J Psychiatr*. 24: 199-204.
- Muir-Cochrane, E., van der Merwe, M., Nijman, H., Haglund, K., Simpson, A. & Bowers, L. Investigation into the acceptability of door locking to staff, patients and visitors on acute psychiatric ward. *Int J Ment Health Nurs*. 21: 41-49.
- Muller, M.J., Schlosser, R., Kapp-Stein, G., Schanz, B. & Benkert, O. (2002) Patients' satisfaction with psychiatric treatment: comparison between an open and a closed ward. *Psychiatr Q*. 73: 93-107.
- Nijman, H., Bowers, L., Haglund, K., Muir-Cochrane, E., Simpson, A. & van der Merwe, M. (2011). Door locking and exit security measures on acute psychiatric admission wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 18: 614-621.
- Van der Merwe, M., Bowers, L., Jones, J., Simpson, A. & Haglund, K. (2009). Locked doors in acute inpatient psychiatry: a literature review. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 16: 293-299.
- Wake, F.R. (1961). Some observation on the 'open door' in Canadian and other hospitals. *Can Psychiatr Assoc J*. 6: 96-102.

ANNEXE 1

A. Recherche documentaire – stratégie de recherche

PubMed et PsycInfo

Recherche effectué le 23 octobre 2014

Date de publication : 2000 à 2014

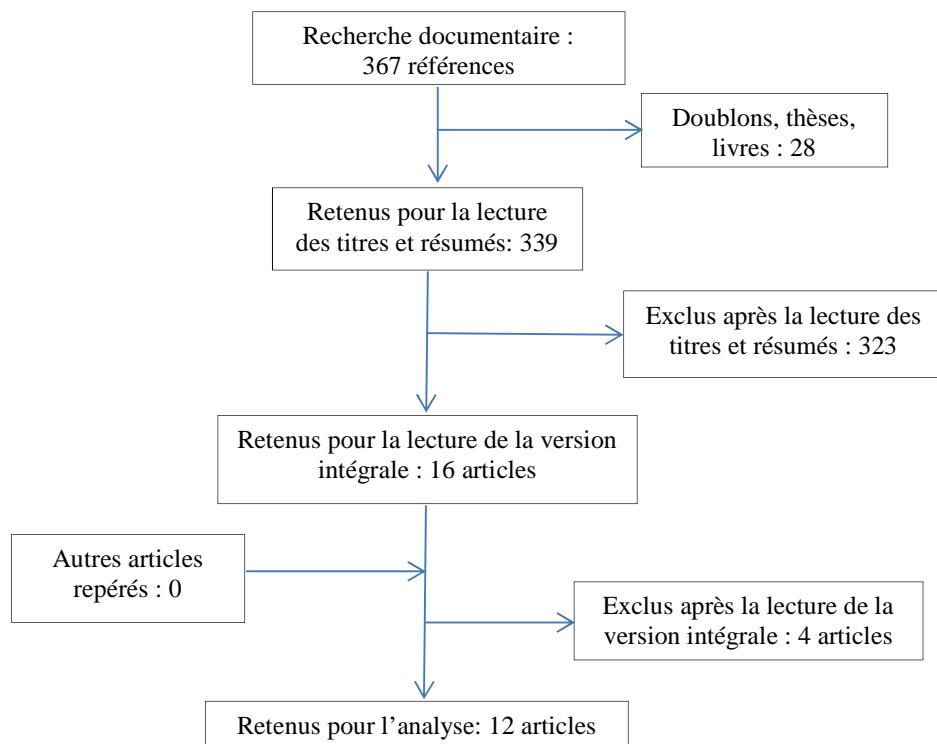
Filtre langue : anglais et français

- #1 closed OR locked OR open
- #2 door* OR ward* OR unit OR units
- #3 psychiatr* OR "mental health"
- #4 #1 AND #2 AND #3

Résultats PubMed: 326 références

Résultats PsycInfo : 41 références

B. Diagramme de sélection des articles



C. L'activité de repérage d'information scientifique de type littérature grise

Date de la recherche : 16 septembre 2014

Limites : sites en anglais et français

Mots-clés : locked door psychiatric, locked ward psychiatric, porte barrée psychiatrique, unité soin barrée psychiatrique, locked door, locked ward, locked unit

Évaluation des technologies en santé

- International Network for Agencies for Health Technology Assessment and CRD-HTA database (<http://inahta.org>)
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (<http://cadth.ca>)
- Institute national d'excellence en santé et en services sociaux (<http://www.inesss.qc.ca>)
- National Institute for Health and Care Excellence (<http://www.nice.org.uk>)
- NHS Evidence (<http://www.evidence.nhs.uk>)
- Centre hospitalier de l'Université de Montréal (<http://www.chumontreal.qc.ca>)
- Centre universitaire de santé McGill (<http://www.cusm.ca>)
- Centre hospitalier universitaire Ste-Justine (<http://www.chusj.org>)
- Centre hospitalier universitaire de Québec (<http://www.chuq.qc.ca>)
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (<http://www.chus.qc.ca>)
- Institut universitaire de santé mentale de Québec (<http://www.institutmq.qc.ca>)

Autres

- Google (<http://www.google.ca>)

ANNEXE 2

Synthèse de connaissances

Référence / pays de l'étude / type d'étude	Type d'unité / N ¹	Point de vue	Avantages de la porte d'entrée fermée dans l'unité de soins	Désavantages de la porte d'entrée fermée dans l'unité de soins
Van der Merwe et al. 2009 / Grande Bretagne, Suède, États-Unis, Chine, Allemagne / Revue de la littérature	Unités psychiatriques de traitement intensif à porte fermée à clé	Patients	<ul style="list-style-type: none"> - milieu sécuritaire et efficace pour le soin des patients - protection du personnel et des patients contre les visiteurs inopportuns, les voleurs et le trafic d'alcool et de substances illicites - protection de la communauté - facilite le contrôle des patients par le personnel - soulagement pour la famille 	<ul style="list-style-type: none"> - crée des sentiments d'emprisonnement, de dépression, de la nervosité chez les patients - dépendance du personnel pour faire ouvrir la porte - du travail supplémentaire pour le personnel - atmosphère semblable à celle d'une prison - les activités en plein air empêchées - les patients des unités fermées sont moins satisfaits avec les règlements pour sortir des unités, avec la médication, les occasions pour les visites
		Personnel soignant	<ul style="list-style-type: none"> - milieu sécuritaire pour les patients - prévention des fugues et de l'agression envers soi-même et les autres - protection du personnel et des patients contre les visiteurs inopportuns, les voleurs et le trafic d'alcool et des substances illicites - facilite la bonne gestion de l'unité - plus de temps du personnel avec les patients au lieu de regarder la porte - contact du personnel avec les visiteurs et patients - réduction de l'observation continue et de la contention des patients avec risques de fugues 	<ul style="list-style-type: none"> - du travail supplémentaire pour le personnel pour ouvrir/fermer la porte de l'unité - environnement défavorable aux soins - frustration pour le personnel et les patients - problèmes émotionnels pour les patients - pouvoir inégal entre le personnel et les patients - stigmatisation des patients - les visiteurs se sentent importuns
Johansson et al. 2009 / Suède / Étude qualitative	Unités psychiatriques de traitement intensif à porte fermée N=1	Patients ² (plein gré ou sous garde en établissement) N = 10	<ul style="list-style-type: none"> - les patients se sentent en sécurité et comme «chez soi» - l'unité fermée est perçue comme un endroit tranquille et comme un refuge 	<ul style="list-style-type: none"> - le manque de choix et de l'influence sur les soins dans l'unité fermée causent du stress aux patients - le contrôle et la surveillance par le personnel font que les patients se sentent observés, privés de la liberté et ont un sentiment d'insécurité

¹ N = numéro d'unités ou de participants aux études

² Patients souffrant de : trouble bipolaire, dépression majeure, anxiété, anorexie

Bowers et al. 2010 / Grande Bretagne / Enquête par questionnaires	Unités psychiatriques de traitement intensif N = 128 Porte fermée partiellement ou en tout temps	Patients (plein gré ou sous garde en établissement) N = 393 Personnel soignant N = 638 Visiteurs N = 168	- des avantages pour le personnel soignant : une anxiété diminuée et un sentiment de confiance et de contrôle augmentés - des avantages pour les patients : sécurité augmentée par la réduction de l'accès aux drogues et à l'alcool, de fugues, de l'automutilation et de l'agression envers la communauté - confort des patients : les patients se sentent en sécurité, calmes et relaxes	- effets indésirables : des sentiments défavorables augmentés pour les patients, comme la dépression, la frustration, l'irritabilité, la contrainte, un manque de confiance en soi - milieu froid: les patients se sentent rejetés et sans valeur et les visiteurs, inopportuns; durcissement et autoritarisme du personnel
Muir-Cochrane et al. 2012 / Grande Bretagne/ Étude qualitative	Unités psychiatriques de traitement intensif N = 3 Une unité ouverte, une unité fermée occasionnellement, une unité fermée	Patients N = 15; (3 en plein gré et 12 sous garde en établissement) Personnel soignant N = 14 Visiteurs N = 6	- selon la majorité des participants à l'étude, la porte fermée empêcherait les patients de sortir sans permission; cependant, le personnel affirme que cette méthode n'est pas complètement efficace contre les fugues - selon certains membres du personnel, la porte fermée facilite le contrôle dans l'unité - les patients et le personnel : la porte fermée prévient l'entrée dans l'unité des visiteurs inopportuns et le trafic de drogue et d'alcool	- environ la moitié du personnel considère que la porte ouverte génère des confrontations agressives autour de la porte - les patients se sentent contraints et frustrés quand la porte est fermée, ce qui mène à un manque de coopération de leur part: refus de médication, comportements agressifs, colère - les patients dans les unités avec la porte fermée ont un sentiment de dépression, de manque d'espoir, de tristesse et de stigma; ils se sentent comme dans une prison; ils n'ont pas accès aux activités en plein air - la porte fermée crée chez les patients des sentiments de séparation et d'exclusion de la vie quotidienne, tandis que la porte ouverte est vue comme la normalité - la porte fermée représente pour les patients le symbole de la défiance de la part du personnel - la porte ouverte crée chez le personnel une «vigilance inquiète»; dans le cas où une infirmière est placée à la porte, le personnel désigné pour les soins des patients est réduit - la porte fermée crée du travail supplémentaire aux infirmières pour fermer/ouvrir la porte (selon le personnel de l'unité occasionnellement fermée)
Johansson et al. 2013/ Suède / Étude qualitative	Unité psychiatrique ³ traitement intensif à porte fermée N = 1	Personnel soignant N = 10	- plus facile pour le personnel de contrôler les patients	- il y a de la pression et une responsabilité morale sur le personnel en lien avec les autorisations de sortir de l'unité accordées aux patients

³ Patients souffrants de : troubles alimentaires et affectifs, le diagnostic le plus fréquent étant la dépression majeure.