

UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2018

N° 93

**THESE**  
**PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE**  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat  
Mention Psychiatrie

**PAR**

Madame Alice KUHN  
Née le 12 septembre 1988 à Strasbourg (67)

**CHAMBRES D'ISOLEMENT EN PSYCHIATRIE : VECU DES PATIENTS ET MODALITES DE MISE**  
**EN ŒUVRE.**

Président de thèse : Monsieur le professeur Pierre VIDAILHET

Directeur de thèse : Monsieur le docteur Philippe GRETH



- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires : (1976-1983)** M. DORNER Marc
- **(1983-1989)** M. MANTZ Jean-Marie
- **(1989-1994)** M. VINCENDON Guy
- **(1994-2001)** M. GERLINGER Pierre
- **(3.10.01-7.02.11)** M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. LE REST François

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)**  
**Directeur général :**  
M. GAUTIER Christophe



**A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE**

MANDEL Jean-Louis      Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

**A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)**

BAHRAM Séiamak      Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)  
DOLLFUS Hélène      Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

**A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)**

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ADAM Philippe P0001	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel P0002	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01	Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRPô NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01	Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02	Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03	Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
BAUMERT Thomas P0007	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie / NHC	52.01	Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRPô Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles P0013	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRPô CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	<b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01	Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04	Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03	Néphrologie
CANDOLFI Ermanno P0025	RPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	<b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04	Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Illkirch	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier PO193	NRPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	<b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047	S/nb Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04	Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RPô CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02	Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRPô NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01	<b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRPô NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRPô CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
GOICHOT Bernard P0066	RPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRPô CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RPô NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Haute-pierre	47.01	<b>Hématologie</b> ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01	Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRPô CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01	Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05	<b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAULHAC Benoît P0078	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01	Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRPô CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01	Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01	Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRPô NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRPô NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04	Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	<b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRPô CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Haute-pierre	47.02	Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
LANGER Bruno P0091	RPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	54.01	Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRPô NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Haute-pierre	42.01	<b>Anatomie</b>
LIPSKER Dan P0093	NRPô NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-vénéréologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03	Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01	<b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01	Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03	Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03	Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02	Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale : option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02	Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02	Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02	Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02	<b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	<b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04	Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02	Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépato-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
Mme ROSSIGNOL -BERNARD Sylvie P0196	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02	Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04	<b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean P0146	NRPô CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RPô NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS  CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Arnaud P0161 (Dispo 31.07.2019)	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée P0165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01	Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

## A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
----------------------	----	--	--------------------------

**MO112 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)**

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hautepierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : <b>Maladies infectieuses</b>
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	<b>Physiologie</b>
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAIS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	<b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	<b>Bactériologie</b> -virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo->15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie -Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : <b>Réanimation</b>
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Dispo → 31.08.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Hautepierre	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry M0051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEGEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pre RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

## B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

## C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

### C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

### C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

### C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

## D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES

### D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRPô CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRPô CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RPô CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRPô CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRpô Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RPô CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRPô CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRPô NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

---

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2015 au 31 août 2018)*  
BERTHEL Marc (Gériatrie)  
BURSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)  
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)  
POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- o *pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)*  
BOUSQUET Pascal  
PINGET Michel
- o *pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)*  
BELLOCQ Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)  
CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)  
MULLER André (Thérapeutique)

---

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc      CNU-31      IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

---

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(\* 4 années au maximum)

---

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Cardiologie) / 01.09.2011
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WITZ JEAN-PAUL (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

### Légende des adresses :

**FAC** : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

### HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss"** - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

## RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES  
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.*

*Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

## REMERCIEMENTS

### **Aux membres du jury :**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de participer à ce jury de thèse et d'avoir accepté de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Je remercie le Professeur Vidailhet de me faire l'honneur d'accepter de présider le jury de thèse, ainsi que pour ses conseils et sa bienveillance quant à la finalisation de ce travail et lors de mes stages au CHU.

Je remercie le Professeur Bertschy d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse, pour sa disponibilité et sa bienveillance vis-à-vis des internes.

Je remercie le Professeur Lalanne-Tongio pour sa disponibilité et sa compréhension, merci d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Merci pour votre enseignement de qualité et votre engagement dans l'accompagnement des internes.

Je remercie le Professeur Schröder d'avoir accepté de participer à ce jury. Je vous suis reconnaissante de l'intérêt porté à ce travail, ainsi que pour votre enseignement.

Je remercie le Docteur Greth d'avoir accepté d'encadrer ce travail ainsi que pour son accueil, sa sympathie et sa bienveillance lors de mes stages effectués à Mulhouse dont je garde un excellent souvenir. Merci de l'attention et de l'intérêt porté aux internes, je me suis immédiatement sentie intégrée à l'équipe médicale, ce fut un plaisir de découvrir le monde de la psychiatrie dans votre service.

## REMERCIEMENTS

### A mes collègues

Merci aux équipes avec qui j'ai eu l'occasion de travailler et d'apprendre énormément de choses, une pensée particulière aux équipes du 3003 et des urgences du CHU ainsi qu'aux équipes du 20.2 et de l'ancien 21.2 à Mulhouse qui ont été plus qu'accueillantes, drôles, et m'ont permis de découvrir la psychiatrie dans une bonne ambiance !

Merci à tous les médecins aux côtés de qui j'ai beaucoup appris et pour qui j'ai énormément d'admiration : Alina Padurariu, Kamen Hinkov, Juliette Foillot, Catherine Walter, Julie Clauss, Adrien Gras, Amaury Mengin et Pierre-Edouard Blondel.

Merci à Céline B, Valérie G et Marie-Hélène, les meilleures secrétaires !

Merci à Rachida, Daniel, Valérie, Laurence et Maria qui nous mettent de bonne humeur dès qu'on arrive à la clinique.

Merci à tous mes formidables co-internes de promo : Christelle, Myriam, Laura, Justine, les 2 Lucile, Gaétan, Elisa, Morgane, Jérémy, Marion, Daniel, Flavien ; je vous souhaite plein de bonnes choses pour la suite !

Merci à tous les autres internes de psychiatrie que j'ai eu la chance de rencontrer et avec qui j'ai eu l'occasion de travailler.

Une pensée particulière pour Justine et Lucile avec qui j'ai passé deux semestres inoubliables, merci pour votre soutien, votre solidarité et pour votre amitié !

**LEXIQUE :**

ARS : agence régionale de santé

ASPDT : admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

ASPDR : admission en soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état.

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CPT : Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des Peines ou Traitements Inhumains ou  
Dégradants

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DGS : direction générale de la santé

HAS : Haute Autorité de Santé

HL : hospitalisation libre

PTI : protection travailleur isolé

RIM-P : recueil d'information médicalisé en psychiatrie

<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>20</b>
<b>II. DEFINITIONS ET NOTIONS HISTORIQUES</b>	<b>22</b>
<b>A. DEFINITIONS</b>	<b>22</b>
1. DEFINITION DE L'ISOLEMENT	22
2. UNE AUTRE FORME D'ISOLEMENT RENCONTREE A L'HOPITAL : LE PYJAMA	22
<b>B. NOTIONS HISTORIQUES</b>	<b>23</b>
<b>III. ASPECTS LEGISLATIFS, RECOMMANDATIONS ET RAPPORTS</b>	<b>30</b>
<b>A. LEGISLATION ET ISOLEMENT</b>	<b>30</b>
1. AVANT 2016 : LA JURISPRUDENCE	30
2. LEGISLATION ACTUELLE	31
<b>B. CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE</b>	<b>34</b>
<b>C. RECOMMANDATIONS DE BONNES PRATIQUES</b>	<b>35</b>
1. AUDIT CLINIQUE DE JUIN 1998	35
2. RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	37
3. RECOMMANDATIONS DU CONTROLEUR GENERAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTE	43
<b>D. RAPPORT DES INSTANCES INTERNATIONALES</b>	<b>47</b>
1. NATIONS UNIES, CONVENTION CONTRE LA TORTURE ET AUTRES PEINES OU TRAITEMENTS CRUELS, INHUMAINS OU DEGRADANTS : RAPPORT DU 10 JUIN 2016	47
2. COMITE EUROPEEN POUR LA PREVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DEGRADANTS	47

**IV. LA CHAMBRE D'ISOLEMENT : VECU DES PATIENTS ET MODALITES DE MISE EN ŒUVRE A L'HOPITAL DE MULHOUSE** **49**

---

<b>A. GENERALITES SUR LES SERVICES DE PSYCHIATRIE DU GHRMSA</b>	<b>49</b>
1. L'UNITE DE PSYCHIATRIE GENERALE ET SOINS CONTRAINTS : GENERALITES ET ORGANISATION DE L'UNITE	49
2. PRESCRIPTION DE MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT	53
3. EVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES	55
<b>B. MATERIEL ET METHODES</b>	<b>56</b>
1. APPROBATION DES COMITES D'ETHIQUE	56
2. CRITERES D'INCLUSION	57
3. CRITERES EXAMINES	57
4. DONNEES DE LA LITTERATURE	61
<b>C. RESULTATS</b>	<b>61</b>
1. CARACTERISTIQUES DES PATIENTS ISOLES ET MODALITES DE MISE EN ISOLEMENT	61
2. VECU DES PATIENTS	69
3. AUTRES REMARQUES	71
4. RESUME DES RESULTATS	72
<b><u>V. DISCUSSION</u></b>	<b><u>73</u></b>
<b>A. LIMITES DE L'ETUDE</b>	<b>73</b>
<b>B. DONNEES DE LA LITTERATURE</b>	<b>74</b>
1. EPIDEMIOLOGIE ET CARACTERISTIQUES DES PATIENTS ISOLES	74
2. VECU DES PATIENTS ET CONSEQUENCES PSYCHIQUES DE L'ISOLEMENT CHEZ LES PATIENTS	77
3. COMMENT REDUIRE LE RECOURS A L'ISOLEMENT ?	81
4. LE POINT DE VUE DES SOIGNANTS	88

<b>C. CRITIQUES DES PRATIQUES MULHOUSIENNES, PRECONISATIONS POUR UNE AMELIORATION DES PRATIQUES A MULHOUSE</b>	<b>92</b>
<b>1. RECOMMANDATIONS RELATIVES AUX PRATIQUES DU GHRMSA</b>	<b>92</b>
<b>2. AMELIORATIONS DEPUIS L'ETUDE</b>	<b>92</b>
<b>VI. CONCLUSION</b>	<b>97</b>
<b>VII. ANNEXES</b>	<b>103</b>
<b>VIII. BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>109</b>

## I. Introduction

J'ai pu observer au cours de mon internat, lors de stages effectués dans différents établissements hospitaliers, une hétérogénéité des pratiques de l'isolement tant concernant l'organisation des services que dans le positionnement des soignants et médecins vis-à-vis de cette pratique.

Par ailleurs, l'absence de législation encadrant l'utilisation des chambres d'isolement laissait, jusqu'en 2016, une grande liberté d'utilisation de ces chambres. Le recours à la mise en isolement est sujet à de nombreuses discussions entre collègues médecins et soignants des services ; les avis étant variés et partagés. Certains avancent des arguments sécuritaires, d'autres thérapeutiques, certains se sentent à l'aise avec cette pratique et d'autres moins.

Cette discussion s'étend au-delà des services hospitaliers. En effet, Le 19 février 2016, la contrôleuse générale des lieux de privation de liberté Adeline Hazan, alerte Marisol Touraine alors ministre des affaires sociales et de la santé sur les pratiques de recours à la contention et à la mise en chambre d'isolement au centre psychothérapeutique de l'Ain à Bourg-en-Bresse. Parmi les éléments ayant motivé cette alerte, le recours à l'isolement dans des proportions jamais observées dans les autres établissements de santé visités ; certains patients y étant à demeure, avec des durées d'isolement pouvant atteindre des mois (1). Ces informations ont été largement relayées par les médias, générant indignation de la part du grand public et entraînant une méfiance vis-à-vis de la psychiatrie considérée comme deshumanisante voire maltraitante. Il arrive d'ailleurs que des patients nous confient redouter d'être à nouveau hospitalisés craignant de devoir à nouveau « subir » un séjour en chambre d'isolement.

Entre les 2 extrêmes que sont les exemples du centre psychothérapeutique de l'Ain avec un recours excessif aux mesures d'isolement et certains centres hospitaliers n'ayant pas de chambre

d'isolement, se pose la question de la place de ces dernières au sein des services de psychiatrie. Mais qu'en disent les patients ? Comment vivent-ils le fait d'être placés dans une chambre d'isolement au cours d'une hospitalisation en psychiatrie ? Ce travail suggère une réflexion sur le sujet en se basant sur l'évaluation des pratiques de recours à l'isolement dans une unité du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Mulhouse ainsi que sur les données de la littérature. Le but est de dresser un état des lieux de la pratique actuelle de l'isolement, de déterminer quelles sont ses conséquences sur les patients et ce qu'ils en disent et de réfléchir aux alternatives possibles afin d'entraver le moins possible les libertés individuelles de circuler des patients, et de préserver leur dignité.

## II. Définitions et notions historiques

### A. Définitions

#### 1. Définitions de l'isolement

- « Tout patient dans une chambre dont la porte est verrouillée, est séparé de l'équipe de soins et des autres patients et se trouve, de ce fait, en isolement » d'après Simone Veil. (2)
- « Placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté. » d'après la Haute Autorité de Santé. (3).
- Dérivé du verbe « isoler », de l'italien *isolato* (= isolé, sans contact avec l'extérieur). Dérivé également du latin *insula* (= île). D'après le Larousse : « séparation d'un individu ou d'un groupe d'individus, des autres membres de la société ».(4)

#### 2. Une autre forme d'isolement rencontrée à l'hôpital : Le pyjama

Dans certains services, le patient hospitalisé sans son consentement se voit obligé de revêtir un pyjama dès son arrivée. Les fonctions attribuées au port du pyjama sont multiples. Le pyjama peut s'imposer comme une mesure médico-administrative en ayant un rôle de prévention des fugues, ainsi il dissuaderait le patient de quitter l'établissement ou alerterait les personnes en cas de tentative de fugue ou de fugue avérée. Le port du pyjama peut également être l'objet de méthodes « comportementalistes » à savoir que le patient peut à nouveau s'habiller avec ses propres vêtements si son comportement devient « adapté » et si une amélioration clinique est constatée. A contrario une remise en pyjama peut être décidée en cas de recrudescence des troubles et d'agitation ou autres troubles du comportement.

Le pyjama revêt également une fonction asilaire séquellaire de l'uniforme des asiles d'antan. La fonction clinique du pyjama serait d'inciter à un apaisement, au repos et au lâcher prise du fait de sa référence au sommeil lorsqu'utilisé dans la vie domestique ; le pyjama deviendrait alors un objet transitionnel entre le désir thérapeutique du soignant et le patient. Chez certains patients cette ritualisation de l'usage du pyjama selon la séquence agitation>mise en pyjama>apaisement entraîne un conditionnement donnant un rôle contenant au pyjama lui-même.

Le pyjama peut également être source de négociations de la part du patient, il devient alors un objet conflictuel à travers lequel le patient pourra revendiquer son refus de l'autorité, permettant au patient d'accepter plus facilement les autres contraintes de l'hospitalisation lorsqu'il a obtenu gain de cause en pouvant revêtir ses propres habits (5).

## B. Notions historiques

Dès l'antiquité, des écrits faisaient allusion à la nécessité d'exercer un contrôle physique sur les personnes agitées. Celse (Aulus Cornelius Celsus francisé en « Celse ») était un médecin et encyclopédiste de l'antiquité qui aurait vécu du temps de l'empereur Auguste de la fin du 1<sup>er</sup> siècle avant Jésus-Christ au début du 1<sup>er</sup> siècle après Jésus-Christ. Selon lui, le malade mental ne pouvait sortir de la maladie que par la peur et via des traitements extrêmes. Pour Celse, le malade apparaissait comme totalement envahi par sa maladie à tel point que seul un traumatisme violent pouvait l'en sortir (6). Ainsi, il enchaînait ses malades, les affamait, les isolait dans une obscurité complète et leur administrait des purgatifs. Ses pratiques étaient opposées à celles de Soranos d'Ephèse (médecin grec du début du 2<sup>ème</sup> siècle après Jésus-Christ) qui lui, recommandait d'interagir avec le malade afin de l'apaiser. L'antagonisme entre Soranos et Celse, entre contrainte et douceur a perduré au cours des siècles (6).

Selon Michel Foucault, jusqu'au Moyen-Age, les « fous » étaient plus ou moins intégrés à la population même s'il était courant qu'ils soient attachés, la contention permettant alors de contenir les agités chez eux, auprès des leurs. Le plus souvent, les « fous » étaient pris en charge par leurs

proches, qui avaient recours à la contention dans les cas d'agitation extrême : la contention était alors un moyen de maintenir le « fou » dans la famille plutôt que de l'isoler. Ils avaient une existence « errante » : souvent chassés des villes et mieux tolérés dans les campagnes ; ils étaient volontiers confiés à des groupes de marchands, de pèlerins ou de bateliers. Il s'agissait d'une façon pour les municipalités de se débarrasser du « fou », qui ne devait plus rôder dans la ville, de s'assurer qu'il irait loin (7). A cette même époque, les insensés étaient également reçus dans des hôpitaux où des couloirs et couchettes leurs étaient aménagés. C'est à partir du Moyen-Age qu'ont été conçus des lieux de détention réservés à ces malades : exemple est fait de la Tour aux Fous de Caen (7). Les « fous » n'ayant pas de famille pour les prendre en charge n'étaient pas tolérés par la société, ils étaient alors pris en charge en isolement, à la périphérie des villes (8) dans des tours de rempart voire dans des souterrains (9). Il n'y avait avant la révolution française, ni spécialiste de la psychiatrie ni établissement dédié réservé aux « fous » ; ces derniers étaient alors placés dans les prisons royales , dans des maisons religieuses, dans des maisons de santé privées ou , pour les plus pauvres, à l'hôtel-Dieu ou l'hôpital général (10).

D'après Michel Foucault, le « grand renfermement » aurait débuté en 1656 (7), mis en place par Louis XIV et son ministre Colbert. En 1656 l'Edit Royal a créé l'hôpital général où les malades mentaux furent alors enfermés aux côtés des marginaux ; ils étaient installés derrière des grilles, à même le sol et souvent étaient enchaînés. Dans un contexte de crise économique, cet Edit interdit la mendicité et l'oisiveté qui étaient considérés comme source de tous les désordres, ce qui entraîna une augmentation massive de l'enfermement des malades mentaux. Les marginaux et malades mentaux pouvaient ainsi être enfermés dans les hôpitaux généraux sans leur consentement (7), l'isolement était un moyen d'emprisonnement et d'exclusion. Cet enfermement faisait fonction de régulateur social, moral et économique sans distinction entre les « fous » et les « criminels ». Les enfermés étaient entassés dans des cellules humides, sans air ni lumière et croupissaient sur du fumier. L'hôpital général n'était pas à cette époque un établissement médical, Michel Foucault écrit à ce sujet : « *il est plutôt une structure semi-juridique, une sorte d'entité administrative qui, à côté des*

*pouvoirs déjà constitués, et en dehors des tribunaux, décide, juge et exécute » (7). L'Hôpital général avait un rôle à la fois d'assistance et de répression : destiné à secourir les pauvres mais comportant des cellules de détention et des quartiers de force. L'internement était à la fois geste d'assistance envers les pauvres et œuvre de répression envers les « mauvais » (7). A ce propos Michel Foucault écrit « avant d'avoir le sens médical que nous lui donnons, l'internement a été exigé par tout autre chose que le souci de la guérison » (7).*

En 1737 à Bicêtre, les internés étaient classés en différentes catégories selon leur motif d'internement : ceux qui étaient enfermés sur lettre de cachet (les lettres de cachet étaient sous l'ancien régime en France, une lettre servant à la transmission d'un ordre du Roi permettant entre autres l'incarcération sans consentement et l'internement de personnes jugées indésirables par le pouvoir) et qui se retrouvaient dans des maisons de force, des cachots, des cabanons et des cellules. Venaient ensuite les « bons pauvres », les « petits et grands paralytiques », puis les aliénés et les fous. Un 5<sup>ème</sup> groupe comprenait les vénériens et convalescents (7).

A partir du 18<sup>ème</sup> siècle, l'isolement commença à être envisagé comme un moyen thérapeutique : l'incurable devint un aliéné curable à isoler. Suite à la révolution française, à la fin du siècle, une première mesure législative prise par l'Assemblée Nationale fut l'abolition des lettres de cachet et la mise en liberté des personnes détenues à ce titre, exception faite des personnes internées pour démence (11). Les aliénés pouvaient désormais n'être détenus que sur décision de justice ou sur demande de leur famille (12). En 1790, une loi prévoyait la création de grands hôpitaux destinés aux insensés. Pendant la révolution française, Bicêtre devint le principal centre d'hospitalisation pour les insensés : il devint l'hôpital où les insensés recevaient des soins jusqu'à la guérison. De ce fait les insensés n'y étaient retenus que s'ils étaient nuisibles et dangereux dans la société et n'y restaient que tant qu'ils étaient malades : « aussitôt qu'on est assuré de leur parfaite guérison, on les fait rentrer dans le sein de leur familles ou de leurs amis » (7).

Le premier aliéniste français, Philippe Pinel (nommé médecin chef de l'asile de Bicêtre en 1793) va « libérer » les « fous » de leurs chaînes en prenant la suite du surveillant Jean-Baptiste Pussin sans pour autant abolir la contention et l'isolement. Pinel et Pussin vont poursuivre le processus d'abolition des chaînes que Pussin exerçait déjà. Lors de sa visite à Bicêtre en 1792, George Couthon du comité de salut public est pris à témoin de cette libération, le récit de cette visite est le suivant : « *Il (Pinel) voulut interroger tous les malades. Il ne recueillit de la plupart que des injures et des apostrophes grossières. Il était inutile de prolonger plus longtemps l'enquête. « Ah, ça citoyen, est-ce que tu es fou toi-même de vouloir déchaîner de pareils animaux ? »* (13). « *Couthon ainsi parti, le philanthrope se met aussitôt à l'œuvre ; il décide de détacher douze aliénés qui étaient aux fers* » (7). Les patients qui présentaient des agitations importantes étaient alors pris en charge avec une camisole de force. Comme alternative à la contention, Pinel proposa le « traitement moral » dont le but était de faire appel à la moralité du patient, pour qu'il redevienne acceptable pour la société. Le traitement moral était basé sur la culpabilisation du malade, la consolation religieuse, la nécessité de s'amender et sur l'appel à la raison du malade à l'aide d'un système comportementaliste de punition/récompense. Pour Pinel il était important que le médecin comprenne la logique du délire de son patient et qu'il s'appuie sur le reste de raison de l'aliéné pour le forcer peu à peu à reconnaître ses erreurs en usant du dialogue et de l'autorité. Grâce à Pinel, l'insensé devint « sujet » conformément aux valeurs républicaines définies dans la déclaration des droits de l'homme et du citoyen (14). Si Pinel libéra les « fous » de leurs chaînes, il ne supprima pas pour autant le recours à l'isolement qu'il estimait être un puissant moyen de guérison de la folie (9).

En 1832, Jean-Etienne Esquirol (aliéniste français qui travailla avec Pinel à la Salpêtrière à partir de 1801) affirmait que l'isolement était la clé de voûte du traitement moral « indispensable pour la guérison » (11). Le 30 juin 1838, une loi inspirée par Jean-Etienne Esquirol prévoit que dans chaque département un ou plusieurs établissements assurant le service hospitalier soient habilités à soigner les malades mentaux qui font l'objet d'un internement ; cette loi fut nommée la « loi des aliénés ». L'isolement sera alors décrit à deux niveaux, premièrement par l'isolement social que la

prise en charge en asile implique, le malade mental est alors « mis à part » « dans un lieu séparé ». La deuxième forme d'isolement correspond à « l'isolement thérapeutique » ou encore « isolement cellulaire » ; Esquirol disait de l'isolement qu'il « agit directement sur le cerveau et force cet organe au repos en soustrayant l'aliéné aux impressions irritantes en modérant l'exaltation des idées et des impressions » (15). Pour d'autres, comme Edouard Toulouse (psychiatre français) « le séjour permanent dans une cellule, loin d'être efficace pour emmener l'apaisement de l'agitation chez l'aliéné a, au contraire, pour effet d'entretenir et d'augmenter l'agitation » (15).

Inspiré par les aliénistes français, un aliéniste anglais Samuel Tuke (membre actif d'une société d'amis de Quakers), fonde le York Retreat. La société des Quakers va créer des maisons privées mais collectives à la campagne, destinées à recueillir des insensés : l'assistance passe ainsi de la paroisse à l'entreprise privée. Ceci ayant pour but d'aider les aliénés à développer l'auto-isolement « self-restraint » : c'est-à-dire venir se retirer dans une de ces maisons à la campagne. Dans ces maisons, on évitait toute contrainte au malade mental et on veillait à ce qu'il vive dans les meilleures conditions de confort physique et moral. D'après Tuke le fait de développer cette capacité impliquait le recours au système de récompense/punition. Selon lui, les contentions devaient être bannies sauf en cas d'agitation extrême. John Conolly (psychiatre anglais) va par la suite démontrer l'efficacité d'un traitement sans contention. C'est d'ailleurs Conolly qui fera naître la chambre d'isolement capitonnée qui sera une alternative à la contention mécanique. Les approches de Tuke et Conolly vont largement influencer les pratiques françaises (15).

En France, la loi de 1838, promulguée sous le règne de Louis-Philippe, est considérée comme une « loi de protection de la société » en ce qu'elle permet un placement d'office des malades compromettant l'ordre public ou la sûreté des personnes. Cependant, le placement volontaire est confié aux parents et à l'entourage. Le législateur de 1838 s'est attaché à instituer un contrôle de la procédure d'internement afin que puissent être garanties la liberté individuelle et la liberté de la personne. Cette loi est restée le socle de la législation pendant cent cinquante-deux ans. Elle a été

suivie par la loi du 27/06/1990 relative au droit et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation dans laquelle le placement volontaire devient « l'hospitalisation à la demande d'un tiers » et « le placement ordonné par l'autorité publique devient « l'hospitalisation d'office » ; cette loi introduit la sortie d'essai (16). La dernière révision de la loi date de juillet 2011 modifiée en 2013 (version actuellement en vigueur) et introduit la notion de « soins » sans consentement : ces soins peuvent prendre la forme d'une hospitalisation complète, d'une hospitalisation à temps partiel et/ou de soins ambulatoires, l'hospitalisation d'office devient « hospitalisation à la demande d'un représentant de l'état » et la mesure d'hospitalisation en « péril imminent » est créée (17) (18) .



*Figure 1. Philippe Pinel (1745-1826). Source : wikipédia.*



*Figure 2. Jean-Etienne Esquirol (1772-1840). Source : wikipédia.*

### III. Aspects législatifs, recommandations et rapports

#### A. Législation et isolement

##### 1. Avant 2016 : la jurisprudence

Les soins sans consentement sont depuis la révolution française soumis à une législation qui n'a cessé d'évoluer. En 1789, la déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, ayant valeur constitutionnelle, indique à l'article 7 que « *Nul ne peut être accusé, arrêté ni détenu que dans les cas déterminés par la Loi et selon les formes qu'elle a prescrite* »(18). Par la suite, il y eut la loi du 30 juin 1838, celle du 27 juin 1990 et enfin celle du 5 juillet 2011 modifiée en 2013. Si ces différentes lois redéfinissent les modalités des soins sans consentement en renforçant l'encadrement du respect des droits des patients hospitalisés, la pratique de l'isolement et de la contention reste en dehors du champ de la législation et n'est jamais spécifiquement abordée.

La jurisprudence a progressivement précisé quelles devaient être les conditions nécessaires à l'utilisation de l'isolement et/ou de la contention. La jurisprudence correspond à l'ensemble des décisions prises par divers tribunaux concernant un problème donné ; elle fait office de référence soit quand il n'y a pas de loi soit quand la loi n'est pas suffisamment précise et qu'il faut l'interpréter. Quand la cour de cassation ou le conseil d'état change l'interprétation sur un sujet, on parle de revirement de jurisprudence. « *Les tribunaux ne pouvant se substituer au pouvoir législatif ou à celui de l'autorité administrative pour définir une règle obligatoire, la jurisprudence permet dans un cas non couvert par la loi ou lorsque celle-ci est imprécise, à un tribunal de s'appuyer sur une décision prise dans un cas similaire par une juridiction supérieure* » (19). Jusque-là, en cas de litige, le juge était tenu de vérifier le caractère proportionné de la mesure, en l'occurrence de l'isolement, par rapport à la gravité de la faute ou de l'agissement commis. Ainsi, lorsqu'un patient ou une famille de patient saisissait les instances judiciaires pour réclamer une réparation suite à un dommage subi ou supposé, c'était la jurisprudence qui faisait foi en l'absence de textes de loi auxquels se référer.

A Marseille en 2015, un patient hospitalisé et pris en charge en chambre d'isolement demandait des dommages et intérêts en raison de divers préjudices qu'il estimait avoir subis lors des mesures de mise en chambre d'isolement. Le patient a obtenu gain de cause et perçu 1500 euros de dommages et intérêts. En effet, la cour administrative d'appel de Marseille a considéré que « *l'invocation de l'état d'agitation et du comportement du patient ne saurait se justifier qu'après qu'une réponse graduée, médicamenteuse, humaine, matérielle adaptée a été apportée à l'état du patient et ne saurait présenter un caractère punitif ou avoir seulement vocation à faciliter le travail de l'équipe soignante* » (20). La jurisprudence a ainsi considéré qu'il revenait à l'hôpital d'apporter la preuve que la mise en isolement du patient était nécessaire et que d'autres mesures avaient été mises en place antérieurement.

On peut également citer l'exemple de l'établissement de Ville-Evrard à Neuilly-sur-Marne qui, en 2016, a été condamné à verser des dommages et intérêts à la famille d'un patient qui s'était suicidé dans une chambre d'isolement en 2014. Le tribunal administratif argumentait à charge contre l'établissement que les recommandations préconisées par l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) en 1998 concernant les pratiques de mise en chambre d'isolement et la surveillance des patients soumis à une telle pratique n'avaient pas été respectées.

L'interprétation des recommandations par certains législateurs a cependant entraîné une instabilité de la juridiction donnant parfois des décisions contradictoires vis-à-vis d'une situation similaire ; la lecture des recommandations n'ayant pas été la même. Il devenait alors nécessaire que les juges puissent s'appuyer sur des textes de lois précis afin de pouvoir donner une réponse adaptée et plus uniforme aux poursuites judiciaires.

## 2. Législation actuelle

En juillet 1993 une circulaire (circulaire numéro 48 DGS/SP3) signée par Simone Veil (alors ministre de la santé) a pointé du doigt la pratique de mise en isolement des patients suite à la survenue de décès de patients isolés et enfermés dans leur chambre lors d'un incendie. Cette

circulaire a permis de définir clairement ce en quoi consistait une mesure d'isolement, à savoir : « *tout patient dans une chambre dont la porte est verrouillée, est séparé de l'équipe de soins et des autres patients et se trouve, de ce fait, en isolement* ». Aussi, Simone Veil appuyait que les mesures d'isolement ne pouvaient s'appliquer qu'à des patients relevant d'un régime d'hospitalisation sous contrainte et que ces mesures ne pouvaient se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indication médicale(2).

La pratique de la mise en isolement des patients ne fait l'objet d'un cadre juridique spécifique que depuis 2016. Avant cela, l'article L.3211-3 (en vigueur depuis 2000 et révisé à plusieurs reprises par la suite) du Code de la Santé Publique posait comme principe général que lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux était hospitalisée sans son consentement, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles devaient être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. « *Les restrictions à l'exercice de sa liberté doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée* » (21).

L'article L.3222-5-1, du Code de la Santé Publique, créé par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, précise que les recours à l'isolement et à la contention ne peuvent être décidés que par un psychiatre et pour une durée limitée (22). Il stipule que l'isolement est une méthode de dernier recours à laquelle il n'est possible de faire appel qu'en cas de dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui. La mesure d'isolement doit avoir une durée limitée dans le temps et sa décision de mise en œuvre ne peut être décidée que par un psychiatre (22).

Pour chaque mesure d'isolement, un registre doit être tenu. Ce registre doit mentionner le nom du psychiatre prescripteur, la date et l'heure de mise en œuvre de la mesure, l'identifiant anonymisé du patient et le service dont il dépend doivent apparaître, ainsi que la durée de la mesure

et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillé. Le registre doit préciser et différencier les isolements ayant eu lieu dans un espace dédié et ceux ayant eu lieu dans un espace non dédié à cette pratique (22). Le registre doit pouvoir être présenté à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur Général des lieux de privation de liberté ou ses délégués et aux parlementaires à leur demande.

L'instruction du 29/03/2017 (relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement) stipule que l'établissement de soins est tenu d'établir un rapport annuel afin de rendre compte :

1. Des pratiques d'admission en chambre d'isolement au regard des recommandations de la Haute Autorité de Santé.
2. De la politique adoptée par l'établissement afin de réduire les recours à l'isolement et à la contention et l'évaluation de sa mise en œuvre.

Il s'agit d'un rapport d'activité à la fois qualitatif et quantitatif (nombre de mesures d'isolement, nombre de patients distincts ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement, nombre moyen de mesures par patients, durée moyenne des mesures, durée minimale et maximale, pourcentage de patients sans consentement ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement). Ce rapport est transmis à la commission des usagers prévue à l'article L.1112-3, au conseil de surveillance prévu à l'article L.6143-1, à l'Agence Régionale de Santé ainsi qu'à la commission départementale des soins psychiatriques (22). Le recueil de pratiques au sein du registre doit permettre à ces organismes de remplir leur mission mais doit aussi servir à alimenter la réflexion des médecins et des soignants quant à leurs pratiques et à leurs évolutions.

Le recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) permet actuellement le recueil de données relatives à l'utilisation des chambres d'isolement. Il devrait permettre dès 2018 de récolter

les informations concernant la mise en contention des patients et de préciser les modalités de recueil des données relatives aux espaces d'isolement. Dans l'attente d'un recueil plus exhaustif dans le RIM-P, la direction générale de l'offre de soins (DGOS) transmet aux Agences Régionales de Santé (ARS) les données saisies par les établissements. A partir de ces données et des rapports annuels, les ARS organisent un suivi régional et déterminent une politique de prévention du recours à l'isolement et à la contention. La direction générale de l'offre de soins instaure un suivi global et statistique des mesures d'isolement et de contention (23).

## **B. Code de déontologie médicale**

L'usage des mesures coercitives n'est pas évoqué dans le code de déontologie médicale. Certains articles permettent de poser le cadre éthique dans lequel les médecins doivent prendre leurs décisions :

- « Le médecin au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité » (24).
- « Le médecin doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine »(25).
- « Le médecin doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles »(26).
- « Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, , les investigations et les soins qu'il propose »(27).
- « Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade est en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut

intervenir sans que la personne de confiance ait été prévenue et informée, sauf urgence ou impossibilité » (28).

- « Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié »(29).

## C. Recommandations de bonnes pratiques

### 1. Audit clinique de juin 1998

En 1998, l'ANAES a décidé de mettre en place un référentiel de pratique fondé sur l'analyse de la littérature médicale et l'avis d'experts. Ce référentiel a pu être mis en place par la méthode de l'audit clinique. Cette méthode est basée sur la mesure de la pratique réelle en comparaison avec une pratique de référence en utilisant un ensemble de critères représentatifs de la qualité des soins. Le but de cet audit était de mesurer les écarts entre la pratique réelle et la pratique de référence afin que les praticiens puissent mettre en œuvre des mesures correctives pour améliorer le niveau de qualité. Pour cela, un référentiel a été défini, comportant 23 critères prenant en compte les différentes étapes de mise en chambre d'isolement (de la prescription à la décision de sortie). Ces 23 critères ont été identifiés suite à l'analyse des données de la littérature internationale. Ils ont par la suite été testés dans 26 établissements volontaires menant des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.

Lors de cet audit, il a été mis en évidence une différence importante des pratiques d'un établissement à l'autre notamment concernant la durée de l'isolement ce qui renforçait l'idée de nécessité d'homogénéisation de cette pratique. Une liste des indications et contre-indications à la mise en place d'une mesure d'isolement a été réalisée.

#### On retenait dans les indications :

- Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ni appropriés.
- Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose des soins.

- Isolement intégré dans un programme thérapeutique.
- Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.
- Utilisation à la demande du patient.

Les contre-indications retenues étaient :

- Utilisation de la chambre d'isolement à titre de punition.
- Etat clinique ne nécessitant pas un isolement.
- Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe de soins ou pour son confort.
- Utilisation uniquement liée au manque de personnel.

L'audit clinique a également été l'occasion d'affirmer la nécessité de l'évaluation de l'état de santé somatique des patients soumis à une mesure d'isolement en dressant une liste des contre-indications somatiques (affection organique non stabilisée, risque lié à la prise de toxiques). De nombreux risques liés à la mise en isolement des patients ont été mis en évidence avec une fréquence de survenue d'accidents élevée ; en effet 45% des services de psychiatrie ont déclaré avoir eu au moins un accident grave au cours des 10 années précédentes. Il a été établi que les risques les plus fréquents à gérer lors d'une mesure d'isolement étaient : le risque suicidaire, le risque d'automutilation, le risque de confusion, le risque lié au traitement, le risque métabolique, une température ambiante dans la chambre d'isolement inférieure à 19 degrés ou supérieure à 25 degrés (30). La démarche suivie par l'ANAES permettait aux professionnels de prendre conscience des risques d'atteinte à la liberté individuelle et des risques en cas d'incendie (30).

Les modalités de la surveillance médicale ont été précisées : nécessité d'une surveillance médicale bi-quotidienne y compris dimanche et jours fériés (31).

Les conditions matérielles des chambres d'isolement ont été définies : surface minimale de 16 m<sup>2</sup>, aucun objet contondant ni angle vif, la pièce doit être insonorisée et accessible par une double porte ayant une serrure à trois points s'ouvrant vers l'extérieur. Dans le sas ainsi constitué doivent se trouver l'interrupteur électrique et le système de régulation de la température. Une

horloge doit être présente afin de permettre au patient de s'orienter dans le temps et d'éviter la confusion mentale. La chambre doit être pourvue d'une fenêtre permettant un contact avec la réalité extérieure. Des toilettes doivent être à disposition du patient. Une sonnette doit pouvoir permettre au patient isolé un lien avec l'équipe soignante (31).

Ce référentiel fait part de la nécessité de réaliser un entretien centré sur le vécu du patient à la fin de la mesure.

Il n'existait auparavant aucune procédure décrivant la mise en œuvre et la conduite de la mise en chambre d'isolement (32).

## 2. Recommandations de la Haute Autorité de Santé

La Haute Autorité de Santé a été créée par la loi française du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, elle est en place depuis le 01/01/2005 (33).

En juillet 2015, le collège de la Haute Autorité de Santé a validé une note de cadrage concernant la place de la contention et de l'isolement en psychiatrie en vue de la réalisation de fiches « mémo ». Ce travail a été effectué à la demande de la direction générale de santé (DGS) et la direction générale de l'offre de soins ( DGOS) dans le but d'actualiser les travaux conduits par l'ANAES en 1998 (34).

Les recommandations de bonne pratique sont des propositions développées pour aider les praticiens et les patients à rechercher les soins les plus appropriés à une situation clinique donnée (3). Le but de ces recommandations est de pouvoir harmoniser et améliorer les pratiques de mise en isolement tout en répondant aux exigences cliniques , légales , éthiques et organisationnelles afin de réduire le recours aux mesures d'isolement (3). Le groupe de travail de la Haute Autorité de Santé s'est appuyé sur les dispositions du code de la santé publique, sur les principes déontologiques et éthiques correspondant ainsi que sur les caractéristiques cliniques et l'organisation des soins dans les services (3).

Les recommandations de février 2017 posaient un cadre plus précis de la mesure d'isolement comparativement au référentiel de 1998.

Les indications sont plus précises que celles de 1998 avec des précisions concernant l'isolement à la demande du patient et la disparition de l'isolement intégré dans un programme de soins.

Les indications sont :

- Répondre à une violence imminente du patient.
- Répondre à une violence immédiate sous-tendue par des troubles mentaux avec risque pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui.
- Une mesure d'isolement ne doit être mise en œuvre qu'après échec de mesures alternatives moins restrictives. La mesure d'isolement ne doit être utilisée que de façon limitée dans le temps.
- Si le patient est lui-même demandeur d'une mesure d'isolement, un espace d'apaisement doit pouvoir être proposé de façon alternative à la chambre d'isolement (3).

Les contre-indications sont :

- Utilisation de la chambre d'isolement à visée punitive, à visée d'infliger des souffrances, une humiliation ou une domination.
- La chambre d'isolement ne doit pas non plus être une réponse à un manque de personnel ou autre problème administratif/organisationnel du service.
- L'état somatique du patient doit être compatible avec la mise en isolement ce qui signifie d'établir une balance bénéfice-risque et d'éliminer une pathologie organique non stabilisée (3).

Les modalités de mise en œuvre sont :

- Seuls les patients faisant l'objet d'une hospitalisation sous contrainte peuvent être isolés. Si, dans le cas d'une situation d'urgence, un patient en soins libres devait faire l'objet d'une mise en isolement, cette mesure ne saurait excéder 12 heures (temps de la résolution de la situation d'urgence ou de transformation du mode d'hospitalisation).
- La mesure relève d'une prescription médicale soit initiale, soit secondairement (situation dans laquelle les soignants seraient amenés à effectuer une mise en isolement en urgence) auquel cas une prescription médicale doit confirmer le bienfondé de la mesure dans l'heure.
- L'état psychique et physique du patient doit être examiné par le médecin. La mesure doit être expliquée au patient ainsi que les critères permettant la levée.
- Désormais toute décision de mise en isolement prise par un interne ou un médecin non psychiatre doit être confirmée au moins téléphoniquement dans l'heure qui suit par un médecin psychiatre (3) ; cette information doit être tracée dans le dossier médical.
- Une feuille de prescription dédiée à la mise en isolement doit être à disposition du médecin prescripteur ; cette prescription doit contenir : l'identité du patient, la date et heure de début, le régime d'hospitalisation, le nom du service, le motif de mise en isolement, la précision des mesures alternatives ayant échoué, la recherche de contre-indications, les modalités de surveillance ainsi que les consignes d'hygiène.
- Il est recommandé que l'indication soit limitée à 12h pour la prescription initiale puis toutes les 24h en cas de prolongation. Les isolements de plus de 48h doivent être exceptionnels. Par ailleurs, le patient doit pouvoir bénéficier de 2 visites médicales par jour.
- Toute mesure d'isolement programmée est à proscrire, de même que les mesures d'isolement « si besoin ».
- Chaque isolement ne peut se faire que dans une chambre dédiée à cet effet.

Les modalités de surveillance sont :

- Surveillance paramédicale (au minimum 1 fois par heure) selon la prescription médicale.

- Le patient doit bénéficier de 2 visites médicales par 24 heures (évaluation de l'état physique, de la nécessité de maintien de la mesure, évaluation de l'effet des traitements médicamenteux, réévaluation du rythme et de la nature de la surveillance).
- Une attention est portée à la prise en compte de sevrages et proposition de traitements substitutifs notamment pour le tabac.

L'Information du patient doit être systématique :

- Il est nécessaire de donner des informations claires au patient au moment de la mise en isolement concernant le motif et les modalités de la mesure ainsi que les critères permettant sa levée.
- Il doit être demandé au patient s'il souhaite prévenir la personne de confiance ou un proche.

La sécurité du patient et des soignants doit être garantie :

- Un nombre suffisant de soignants doit être présent pour assurer de façon sûre et efficace la gestion de la situation de crise.
- Un patient en isolement doit pouvoir garder ses vêtements et certains objets personnels si la situation le permet. Le patient sera en pyjama d'hôpital dans les autres cas.
- Des sorties ponctuelles de la chambre d'isolement doivent être proposées dès que possible.
- L'entrée et la sortie de la chambre d'isolement doivent être signalées en temps réel aux services de sécurité incendie de l'établissement de santé.

L'espace d'isolement doit respecter certaines normes :

- La mesure d'isolement doit être réalisée dans un espace prévu à cet effet qui soit sécurisé, notamment sur le plan architectural.
- L'absence d'objet dangereux doit être vérifiée.
- L'intimité et l'intégrité du patient doivent être respectées. Cet espace doit disposer d'un accès aux toilettes et à la douche, d'équipements ne présentant pas de danger pour le

patient, de moyens d'orientation temporelle, d'un dispositif d'appel accessible par le patient, d'un dispositif d'éclairage pouvant être réglé de l'extérieur et de l'intérieur.

- Cet espace d'isolement doit permettre à l'équipe d'observer et de communiquer facilement avec le patient et doit être situé à proximité du bureau infirmier afin de permettre une surveillance rapprochée, il doit disposer de 2 accès.
- L'espace d'isolement doit être bien ventilé et isolé avec contrôle de la température à l'extérieur de la pièce.

La levée de la mesure : se fait sur décision médicale dès que le maintien n'est plus nécessaire. Le motif de levée, l'heure et la date doivent être notés dans le dossier du patient.

Une analyse de la mesure avec le patient doit être proposée :

- Doit permettre avec le patient d'identifier les mesures alternatives possibles ainsi que les facteurs repérables pour réduire le risque de nouvel incident.
- Cette analyse permet également de recevoir les perceptions du patient et de s'assurer que ses droits et son intégrité physique et mentale ont été pris en compte. Dès que le patient est accessible, il est important : de l'aider à comprendre les événements récents, de le soutenir et de valider son ressenti de l'évènement, de renforcer le lien avec le patient.

Des temps de reprises en équipe pluri-professionnelle doivent être proposés :

- La reprise consiste à analyser les facteurs ayant conduit à la mise en chambre d'isolement en faisant la part de ce qui revient à l'équipe, à l'institution et au patient.
- Ce temps de reprise doit permettre de discuter les mesures alternatives qui auraient pu être mises en place si cela n'avait pas été fait. Il permet de retravailler en équipe la prévention, d'améliorer la contenance relationnelle à travers la disponibilité ainsi que le renforcement et la qualification de l'équipe soignante (3).
- La reprise est l'occasion pour les différents soignants du service d'exprimer leurs difficultés face à cette pratique, et à la prise en charge de patients violents.

Le recueil des données et la politique d'établissement :

- L'article 72 de la loi n°2016-41 du 26/01/2016 de modernisation de notre système de santé précise que toutes les mesures d'isolement doivent être consignées dans un registre au sein de chaque établissement autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé pour assurer les soins psychiatriques sans consentement.
- Ce registre administratif doit préserver l'anonymat du patient et mentionner pour chaque patient le nom du psychiatre ayant décidé la mesure, sa date et son heure, sa durée ainsi que le nom des professionnels de santé ayant surveillé le patient.
- Ce registre doit être présenté, à leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires. Le directeur de l'hôpital ainsi que les diverses instances de l'hôpital (commission médicale d'établissement, unités de soins, services, pôles) doivent alors s'appuyer sur ce registre pour définir une politique de réduction de recours à l'isolement.
- L'établissement de santé doit établir tous les ans un rapport rendant compte des pratiques de mise en isolement dans l'établissement. Ce rapport doit être présenté pour avis au conseil de surveillance et à la commission des usagers (3).

L'espace d'apaisement dans une perspective de désescalade : des espaces d'apaisement doivent être prévus dans les unités de soins.

- Il s'agit d'un espace dont la porte n'est pas fermée à clé et conçu pour proposer un lieu de faible stimulation pour permettre une diminution de la tension interne du patient.
- Le patient doit pouvoir avoir accès à cet espace soit de façon volontaire, soit sur conseil du médecin ou de l'équipe soignante.
- Le patient doit pouvoir quitter l'espace d'apaisement à sa guise.

Finalement, les grandes lignes des recommandations de 1998 sont toujours présentes avec quelques modifications, notamment en ce qui concerne la reprise du vécu du patient. En effet, ce

texte apporte plus de précisions sur l'attente de cette reprise et les bénéfices attendus tant pour le patient que pour les soignants. « *A la fin de toute mesure d'isolement ou de contention, une reprise des conditions y ayant conduit et une réflexion doivent être menées d'une part avec le patient et d'autre part en équipe. L'établissement de santé doit mener une réflexion visant à améliorer les conditions de prise en charge et à limiter les mesures d'isolement dans la cadre de sa politique d'amélioration des soins* »(3). Le recours à une mesure d'isolement ne peut se justifier qu'en dernier recours, en cas d'échec des autres mesures thérapeutiques (35).

### 3. Recommandations du contrôleur général des lieux de privation de liberté

Suite à la ratification du protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines et traitements cruels, inhumains et dégradants adopté par l'assemblée nationale des Nations Unies le 18 décembre 2002, le législateur français a institué, par la loi n°2007-1545 du 30 octobre 2007, un Contrôleur général des lieux de privation de liberté et lui a conféré le statut d'autorité administrative indépendante (36).

La mission du contrôleur général est de veiller à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine. Ainsi depuis 2008, l'équipe du CGLPL visite les établissements psychiatriques de façon soit programmée soit inopinée afin de régler les conséquences d'une violation des droits fondamentaux des personnes mais avant tout pour prévenir ces dites violations.

Chaque année, un rapport est publié. Dans l'introduction de ce rapport le CGLPL fait part de la constatation d'un recul des droits fondamentaux des personnes privées de liberté ; à ce titre, plusieurs rapports ou avis ont été publiés concernant le recours à l'isolement et à la contention dans les établissements de santé mentale. On peut lire par exemple : « *les visites du CGLPL dans les établissements de santé mentale lui ont fait découvrir une utilisation de l'isolement et de la contention d'une ampleur telle qu'elle semble être devenue indispensable aux professionnels. La quasi absence de réflexion sur ces traitements laissait perplexe* »(36). Le CGLPL constatait une

discordance dans la communauté hospitalière autour de ces pratiques marquées par une hétérogénéité des pratiques et une fréquence difficile à évaluer.

Le CGLPL préconise que la diminution du recours à la pratique de l'isolement soit recherchée et appuie la loi de modernisation de notre système de santé qui impose aux établissements de santé mentale d'instaurer une politique visant à limiter la pratique de l'isolement. A cet effet, le CGLPL propose des mesures de prévention, recommande une traçabilité de l'isolement et de la contention, une meilleure information des patients sur leurs droits ainsi qu'un contrôle extérieur. Les recommandations du CGLPL sont les suivantes (36) :

- L'isolement et la contention dans la chambre du patient doivent être proscrits (risque de banalisation et d'absence de traçabilité).
- Pas de retrait des effets personnels et de port du pyjama systématique.
- Pas de mise en isolement systématique des patients en raison de leur statut pénal.
- Traçabilité et documentation des mesures d'isolement et de contention au niveau local, régional et national. Le registre prévu par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique doit être renseigné pour chaque mesure d'isolement. De même, toute mesure d'isolement doit être consignée dans le dossier médical du patient et l'établissement doit pouvoir apporter la preuve du caractère de derniers recours de la mesure.
- Information des patients sur la mesure elle-même et sur les modalités de recours contre la mesure dont ils ont fait l'objet. Ces informations doivent être affichées dans la chambre d'isolement.
- Le patient doit être invité à donner le nom de la personne à prévenir ou à ne pas prévenir de la mise en place de la mesure.
- La décision médicale doit faire apparaître l'avis de l'équipe soignante, le caractère « adapté, nécessaire et proportionné » de la mesure, le caractère de dernier recours de la mesure, la

nature des mesures à prendre pour que la mesure soit la plus brève possible, évaluation des bénéfices attendus.

- La mise en place de la mesure doit se faire sur décision médicale après un examen psychiatrique effectif du patient.
- La mesure ne peut pas être anticipée « si besoin ».
- La mesure doit être la plus courte possible et ne peut être prolongée au-delà de 24h sans motivation argumentée.
- Une surveillance rapprochée doit être mise en œuvre comprenant un examen somatique dans la première heure afin d'éliminer les contre-indications somatiques, une présence soignante garantissant la réponse thérapeutique adaptée à la situation clinique du patient et à ses besoins, un examen médical bi-quotidien et des sorties intermittentes à l'air libre ; seules des circonstances exceptionnelles peuvent justifier l'impossibilité des sorties et doivent alors être explicitées.
- Un entretien doit être réalisé avec le patient à la fin de toute mesure de contention physique et d'isolement en vue d'évoquer le contexte clinique de sa souffrance, son vécu de cette mesure et les modalités susceptibles d'en prévenir une nouvelle.
- Les mesures doivent faire l'objet d'une évaluation au niveau des établissements de santé au sein desquels la commission médicale d'établissement doit être impliquée, au niveau régional et au niveau national.
- L'autorité judiciaire et la commission départementale des soins psychiatriques doivent être informées chaque mois des mesures prises.
- Les ARS sont destinataires des rapports annuels des établissements prévus par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique.
- Un travail institutionnel doit être mené, avec des professionnels tiers sur toutes les mises en chambre d'isolement dans une logique de supervision.

- Le président et le procureur du tribunal de grande instance, dans le cadre de leur compétence prévue par l'article L.3222-4 du code de la santé publique doivent être destinataires d'une liste mensuelle statistique des décisions d'isolement et de contention prises dans les établissements de santé mentale de leur ressort.
- Une information similaire devra être portée mensuellement à la connaissance des membres de la commission départementale des soins psychiatriques et aux membres de la commission des usagers de l'établissement.
- Les conditions matérielles d'isolement doivent être adaptées, des dispositifs d'alerte doivent être disponibles, la vidéosurveillance doit être proscrite et les visites possibles.
- Toute personne placée en chambre d'isolement doit conserver son lit dans une chambre ordinaire pendant toute la période de l'isolement.
- L'architecture des chambres d'isolement doit garantir des conditions de séjour correctes en termes de superficie, d'accès à l'eau et aux sanitaires etc. La chambre d'isolement doit être dotée d'une horloge. Un équipement télévisuel et musical doit pouvoir y être utilisé en toute sécurité.
- Les services de sécurité incendie doivent être informés en temps réel de tout placement à l'isolement et de toute mesure de contention.
- La recherche médicale et la formation doivent être développées dans le but de réduire le recours aux méthodes d'isolement et de contention. En l'occurrence, la formation des médecins et soignants sur la violence et les droits fondamentaux des patients doit être renforcée.
- Les activités thérapeutiques et occupationnelles doivent être développées dans les services pour réduire l'ennui et les tensions.
- Les règles de vie au sein des unités doivent être diffusées aux patients pour éviter les situations d'arbitraires propices à l'émergence de situations à risques.

## D. Rapport des Instances internationales

### 1. Nations unies, convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants : rapport du 10 juin 2016

Le comité contre la torture a examiné le 7<sup>ème</sup> rapport périodique concernant la France les 19 et 20 avril 2016 et a adopté différentes observations finales le 4 mai 2016 qui figurent sur le rapport émis le 10/06/2016. Dans ce rapport, le comité évoque être préoccupé par le recours fréquent et pour plusieurs jours à l'isolement malgré la loi du 26 janvier 2016 et souligne que les patients pris en charge en chambre d'isolement ne sont pas toujours informés ni de leurs droits ni des moyens de recours contre ces décisions. Le comité recommande ainsi à l'Etat français qu'il ne soit pas fait un usage trop fréquent du recours à la mise en isolement, de renforcer la formation des personnels soignants dans le but d'une application effective des règles prévues par la loi du 26 janvier 2016 et des recommandations de bonne pratique (37).

### 2. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

Le comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitement inhumains ou dégradants (CPT) est un organisme de contrôle spécialisé et indépendant du conseil de l'Europe. Il est composé d'experts indépendants et impartiaux, tels que des juristes, des médecins ou des spécialistes des questions pénitentiaires ou de police (38).

Le comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) a rendu public un rapport le 07/04/2017 à la suite de la venue en France d'une délégation du 15 au 27 novembre 2015 ayant visité plusieurs structures dont des établissements psychiatriques. Les préconisations du CPT sont plus strictes que celles du droit et des recommandations français en recommandant notamment une surveillance continue par les soignants des patients placés en mesure d'isolement. « *Le CPT se doit de rappeler que la mise en chambre d'isolement devrait être considérée comme une mesure extrême qui peut être prise afin de*

*faire face à un risque imminent de blessure ou de violence aigue. Il s'agit donc d'une mesure de sécurité qui ne peut pas être considérée comme une mesure thérapeutique* ». Le CPT recommande que toute mise en chambre d'isolement soit le fait d'une prescription médicale, et si ce n'était pas le cas, que la mesure soit portée immédiatement à la connaissance du médecin. Tout comme la Haute Autorité de Santé, le CPT recommande un « debriefing » avec le patient à la fin de chaque mesure d'isolement, ce qui permet au médecin de réexpliquer quelle a été la nécessité de la mesure et de diminuer le traumatisme psychologique de l'expérience. La nécessité de tenir un registre des mesures d'isolement est également soulignée par le CPT. Le CPT souligne l'importance de ne pas imposer de restriction de liberté, et notamment de ne pas imposer de prise en charge en isolement à des patients étant hospitalisés en soins libres : « *le CPT recommande de veiller à ce que le statut juridique des patients admis en soins libres corresponde à leur situation réelle dans les unités d'hospitalisation fermées, conformément à la législation française* » (39).

## IV. La chambre d'isolement : vécu des patients et modalités de mise en œuvre à l'hôpital de Mulhouse

### A. Généralités sur les services de psychiatrie du GHRMSA

Le GHRMSA (Groupe hospitalier régional de Mulhouse et Sud Alsace) compte un pôle de psychiatrie, d'addictologie et de santé mentale constitué de 2 secteurs de psychiatrie générale (G06 et G07 du Haut-Rhin) et d'un service d'addictologie. Il comporte 4 unités d'hospitalisation à temps complet. Les missions de ces unités sont :

- Une unité ouverte de psychiatrie générale et annonce du diagnostic.
- Une unité ouverte de psychiatrie générale et troubles de l'humeur et comorbidités addictologiques.
- Une unité fermée de psychiatrie générale de soins contraints.
- Une unité de géronto-psychiatrie.

#### 1. L'unité de psychiatrie générale et soins contraints : généralités et organisation de l'unité

L'unité est née en novembre 2016 de la fusion des 2 unités fermées précédentes (unité fermée du secteur 6 et unité fermée du secteur 7). L'unité a la capacité d'accueillir 17 patients. Elle comprend deux chambres d'isolement qui se situent à proximité de la salle de soins infirmiers. Un espace d'apaisement nommé « chambre ZEN » est à disposition des patients depuis le mois d'octobre 2017.

##### *a) Chambres d'isolement*

Les chambres d'isolement sont accessibles grâce à une clé détenue par les soignants du service. Une première porte mène à un sas puis une 2<sup>ème</sup> porte mène à la chambre elle-même. La première porte est totalement opaque et la 2<sup>ème</sup> est munie d'un hublot. Elles mesurent 12,6m<sup>2</sup> et 12,5m<sup>2</sup> avec des sas de 5,2m<sup>2</sup> et 4,8 m<sup>2</sup> respectivement. Les chambres d'isolement comportent un lit

fixé au sol, des toilettes fixées au mur et une douche. Chaque chambre bénéficie d'une fenêtre offrant une vue sur le parc de l'hôpital. Les chambres sont équipées d'un microphone dont le son émet dans la salle de soins infirmiers, (ce microphone peut être activé ou désactivé par les soignants seulement ; les patients n'ont pas de possibilité de modulation de l'interphone). Celui-ci permet aux patients de communiquer avec l'équipe en dehors des passages soignants prévus par les prescriptions. Il n'y a cependant pas de sonnette d'appel. Il n'y a pas de système de vidéo-surveillance. Lorsqu'un patient est placé en chambre d'isolement, la chambre est fermée à clé et l'ouverture de la chambre ne peut se faire que par l'équipe soignante.

### *b) Espace d'apaisement*

Cet espace, dédié spécifiquement à la prise en charge d'un patient nécessitant temporairement de se retirer de l'ambiance du service ou de la dynamique du groupe, consiste en une pièce à l'écart des chambres des patients et à proximité de la salle de soins. Le but de cet espace est de permettre aux patients de prévenir une agitation dans leurs moments d'angoisse et/ou de violence, lorsque des tensions internes apparaissent. La possibilité de disposer de cet espace a également pour but de limiter le recours aux mesures d'isolement et de contention.

#### (1) Objectifs de l'espace d'apaisement

Les objectifs de la création de cet espace ont été définis en équipe et sont les suivants :

- Permettre aux patients de s'isoler et d'apaiser leur tension interne et/ou agressivité.
- Diminuer la charge anxieuse.
- Apaiser une tension interpersonnelle ou interne.
- Permettre aux patients d'être acteurs de leur prise en charge et favoriser l'établissement d'une relation de confiance avec l'équipe soignante.
- Assurer la mise à distance d'un choc émotionnel ou d'un conflit.

- Exprimer des émotions, des paroles, voire des actes qui pourraient être considérés comme incompatibles avec la vie du service hospitalier, afin de ne pas être jugé, que ce soit par les autres patients ou les soignants.

(2) Les modalités d'utilisation de l'espace d'apaisement

- L'accès se fait soit sur demande du patient ou sur proposition d'un soignant et l'équipe de soins doit s'assurer que l'état du patient est compatible avec l'utilisation de cet espace.
- En cas de demandes simultanées, l'équipe fixe un ordre de priorité basé sur l'évaluation de l'état psychique des patients demandeurs.
- Un soignant accompagne le patient dans la chambre et ensemble ils définissent : 1) l'aménagement de la pièce (musique, aromathérapie, lumière d'ambiance, effets personnels dont le patient souhaite disposer) 2) le niveau d'accompagnement soignant souhaité (présence continue active ou silencieuse, souhait de rester seul, passages à intervalles réguliers). Toutefois, en cas d'utilisation prolongée de la chambre, une surveillance horaire « discrète » sera effectuée par les soignants.
- Si le patient ne souhaite pas de présence soignante, il a alors la possibilité de verrouiller la porte afin d'éviter les intrusions d'autres patients (verrou pouvant être ouvert de l'extérieur par les soignants).
- La sortie de la chambre se fait à la demande du patient.
- A l'issue de chaque recours à la chambre Zen, l'équipe soignante fait un bilan du ressenti et de l'efficacité perçue par le patient de cette prise en charge.
- Un registre d'utilisation est tenu mentionnant la durée totale, la durée d'intervention soignante ainsi que la date et l'heure.

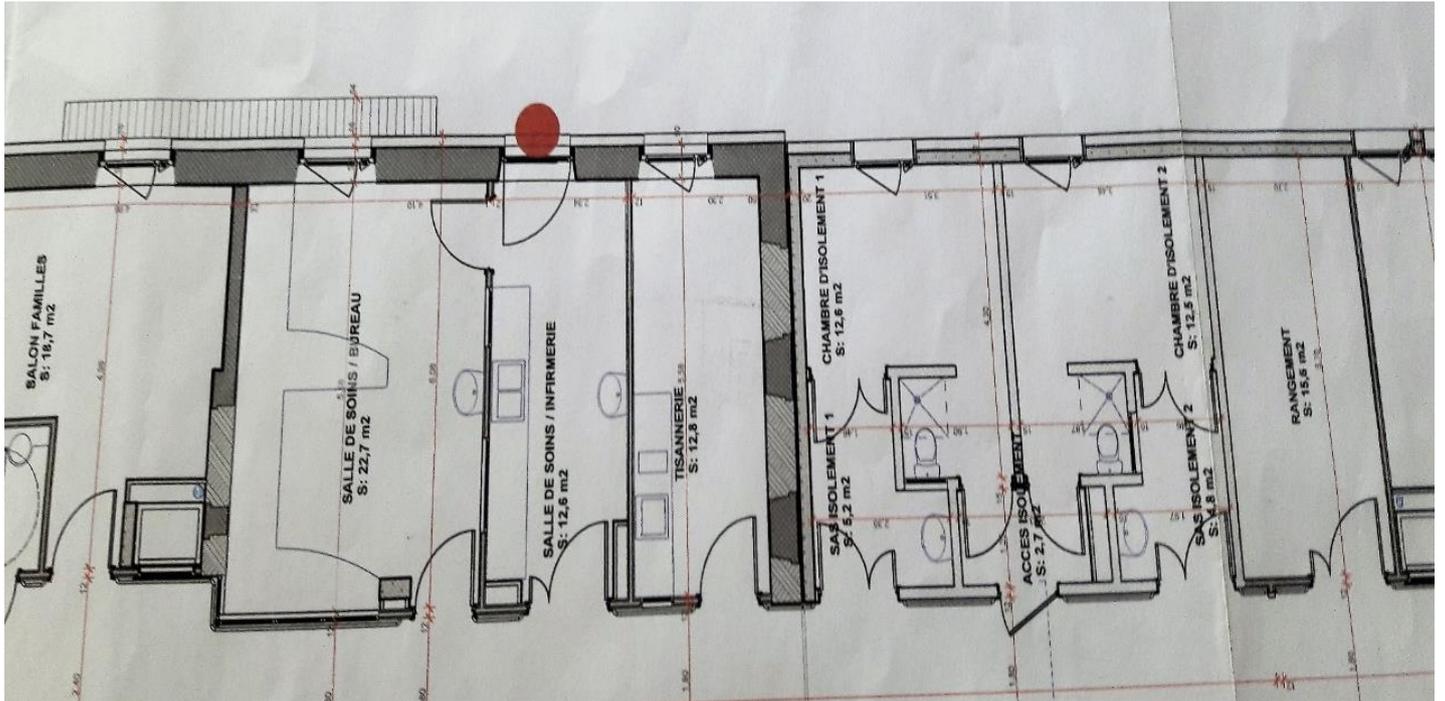


Figure 3. Plan du service.

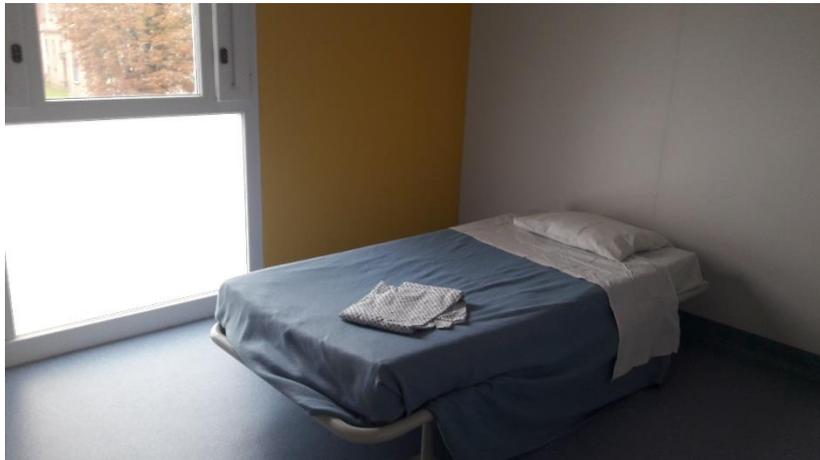


Figure 4. Chambre d'isolement.



Figure 3. Espace d'apaisement (chambre Zen).

## 2. Prescription de mise en chambre d'isolement

La mise en chambre d'isolement d'un patient est soumise à prescription médicale. La prescription médicale est la plupart du temps faite via le dossier de soins informatisé (qui permet également d'effectuer les prescriptions médicamenteuses ainsi que de notifier les consignes). Il y a toutefois des exceptions lors des gardes. En effet, un certain nombre de psychiatres effectuant des gardes à l'hôpital de Mulhouse exerçaient au centre hospitalier de Rouffach (ils venaient effectuer des gardes aux urgences de Mulhouse de façon régulière) et n'avaient pas accès au dossier informatique du patient (le système informatique des services d'hospitalisation était différent de celui des urgences auxquels ils avaient accès ; à noter que cette question a été résolue depuis). De ce fait lorsqu'un psychiatre de garde extérieur à l'établissement prescrivait une mise en chambre d'isolement, cette prescription se faisait sur un exemplaire papier qui n'était pas toujours disponible aux urgences, obligeant les médecins à écrire les prescriptions de consignes, de mise en isolement ou contention sur des feuilles qui n'étaient pas prévues à cet effet.

Un protocole de mise en chambre d'isolement a été mis en place par les médecins et cadres du service à disposition des infirmiers du service pour que cette procédure soit codifiée, en accord avec la législation et les recommandations en vigueur. (Un premier protocole avait été établi en 1998

qui a par la suite été révisé en 2000, 2008 puis 2016). Ce protocole a pour but d'optimiser au mieux la prise en charge des patients et d'homogénéiser les pratiques médicales. La dernière version reprend avec les détails de la Haute Autorité de Santé les différentes étapes de la mise en chambre d'isolement tout en gardant certaines spécificités qui ont été décidées en équipe :

- Etape 1, La décision d'isolement : en urgence ou non, précise que chaque mise en isolement est soumise à une prescription médicale. La prescription médicale est soit immédiate soit effectuée dans l'heure qui suit la mise en isolement s'il s'agit d'un contexte d'urgence ne permettant pas aux soignants d'attendre l'arrivée du médecin.
- Etape 2, la prescription médicale : reprend les modalités de prescription (feuille de prescription spécifique dans le dossier du patient).
- Etape 3, indique les indications et contre-indications stipulées par les recommandations de bonne pratique. Nécessité de prévoir une surveillance régulière dont une surveillance médicale quotidienne ou au mieux biquotidienne qui doit être adaptée selon l'état de santé du patient. Le médecin prescrit les modalités de cette surveillance et la périodicité de la mesure des paramètres. Nécessité d'un suivi de l'occupation des chambres d'isolement en remplissant le registre d'isolement.
- Etape 3, vérification de la conformité : conformité de la mise en isolement et du mode d'hospitalisation du patient dans la mesure où il s'agit d'un soin qui porte atteinte à la liberté d'aller et venir.
- Etape 4, vérification de sécurité : vise à prévenir les risques liés à la présence d'objets dangereux (concerne le patient lui-même, la chambre avant l'entrée du patient, ses effets vestimentaires avec notamment port du pyjama de l'hôpital). A noter que ces vérifications sont à renouveler lors de chaque visite et de chaque sortie de la chambre. La chambre d'isolement doit être verrouillée en cas de non-utilisation.
- Etape 5, information et accompagnement du patient : chaque décision doit être signifiée et expliquée au patient. Lors de l'accompagnement, un nombre suffisant de soignants est

primordial car l'accompagnement place l'équipe de soins et le patient devant un risque élevé de blessure. Le but étant de garder le contrôle de la situation et d'éviter, si possible, le recours à la force physique. En cas de difficulté le PTI (protection travailleur isolé) doit être enclenché.

- Etape 6, soins et surveillance : correspond aux modalités de surveillance psychologique, physique et psychique du patient. Toutes les observations médicales et paramédicales doivent être consignées dans le dossier. L'hygiène du patient doit être assurée pendant la durée de l'isolement. Interdiction des visites lors de la prise en charge en isolement pour préserver la dignité de la personne et sa sécurité.
- Etape 7, réévaluation clinique : doit se faire au minimum 1 fois par 24 heures
- Etape 8, décision de sortie : doit être consignée dans la prescription médicale prévue à cet effet dans le dossier du patient.
- Etape 9, recueil du vécu d'isolement : au cours d'un entretien conduit par un soignant, il doit être tracé dans le dossier.

Conformément aux préconisations ayant fait suite à l'audit de 1998, un registre est tenu depuis cette date précisant pour chaque patient pris en charge en chambre d'isolement son identité, la date de mise en chambre d'isolement, la date de levée, le nom du médecin prescripteur ainsi que des soignants présents lors de la procédure.

### 3. Evaluation des pratiques professionnelles

Dans les services de psychiatrie du centre hospitalier de Mulhouse, des évaluations des pratiques professionnelles sont réalisées depuis 2005, reprenant les points suivants :

- La mise en chambre d'isolement fait l'objet d'une prescription médicale.
- Le nom et la fonction du prescripteur.
- Les vérifications concernant la sécurité du patient sont observées.
- Vérification de l'absence d'objet dangereux et d'objet personnel.

- Surveillance des constantes selon la fréquence prescrite par le médecin, respect de la fréquence des passages soignants, évaluation médicale journalière.
- Evaluation de la dépendance au tabac et proposition de substitution.
- Respect de l'hygiène du patient.
- Equipe soignante pénètre en binôme dans la chambre d'isolement lors des passages.
- Des entretiens infirmiers ont été programmés et réalisés.
- La levée de l'isolement fait l'objet d'une prescription médicale avec mention du nom et de la fonction du prescripteur.
- Le vécu du patient a été repris en entretien avec le médecin et les soignants.

Ces évaluations des pratiques professionnelles ont permis une amélioration progressive des conditions de mise en isolement, avec une prise en charge plus rapprochée ainsi qu'un souci du vécu du patient qui était depuis 2005 systématiquement recueilli et analysé. C'est d'ailleurs grâce à ces retours que l'espace d'apaisement « chambre zen » est né, après avoir entendu les patients quant au vécu difficile qu'ils pouvaient avoir d'un enfermement en chambre d'isolement subi.

## **B. Matériel et Méthodes**

Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle qualitative monocentrique descriptive d'une population ciblée. Le recueil de données a été effectué à partir du registre des isolements afin d'obtenir la liste des patients pour lesquels une mesure d'isolement a été décidée et à partir du dossier de chaque patient (observations, prescriptions, rapport d'hospitalisation).

### **1. Approbation des comités d'éthique**

Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique du groupe hospitalier de Mulhouse et sud Alsace le 01/06/2018.

## 2. Critères d'inclusion

Les dossiers de tous les patients inscrits dans le registre des isolements de l'unité fermée de soins contraints du service de psychiatrie du GHRMSA entre le 13/11/2016 (premier patient de l'unité nouvellement ouverte à être inscrit dans le registre) et le 01/08/2017 ont été étudiés.

### 1. Critères examinés

#### a) *Caractéristiques des patients isolés et modalités de mise en œuvre de la mesure d'isolement*

- Age moyen : somme de tous les âges des patients concernés divisée par le nombre de patients. L'âge de chaque patient était recueilli à partir de son dossier médical.
- Sexe : information recueillie à partir du rapport d'hospitalisation de chaque patient.
- Mode d'hospitalisation (ASPD T ASPDT ASPDRE SL) : information recueillie à partir du rapport d'hospitalisation de chaque patient. La mesure ASPDT comprenait les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers classiques, les ASPDT-procédure d'urgence ainsi que les ASPDT-péril imminent.
- Durée de la mesure d'isolement : calculée selon les dates et heures de mise en isolement et de levée de l'isolement qui sont précisées dans le registre d'isolement pour chaque patient.
- Diagnostic du patient : diagnostic principal figurant sur le compte-rendu d'hospitalisation, selon la classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup>-ème révision. Devant l'hétérogénéité des diagnostics relevant d'une même catégorie diagnostique, ces derniers ont été regroupés comme suit :
  - La catégorie « épisode dépressif » comprenait les diagnostics suivants : épisode anxio-dépressif caractérisé, trouble dépressif récurrent, trouble dépressif récurrent épisode actuel léger, trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques.

- La catégorie « épisode maniaque » comprenait les diagnostics suivants : trouble affectif bipolaire épisode actuel hypomaniaque, trouble affectif bipolaire épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques, trouble schizo-affectif type maniaque.
- La catégorie « schizophrénie » comprenait les diagnostics suivants : schizophrénie paranoïde, schizophrénie catatonique et schizophrénie sans précision.
- La catégorie « trouble psychotique aigu » comprenait les diagnostics suivants : trouble psychotique aigu essentiellement délirant, trouble psychotique aigu et transitoire d'allure schizophrénique, trouble psychotique aigu et transitoire, psychose aiguë non organique, trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques.
- La catégorie « autres troubles psychotiques » comprenait les diagnostics suivants : trouble délirant, trouble délirant persistant, poly-toxicomanie avec épisode d'allure psychotique, trouble schizo-affectif, autres troubles psychotiques non organiques.
- La catégorie « trouble de l'adaptation » ne comprenait que le diagnostic trouble de l'adaptation.
- La catégorie « troubles du comportement » comprenait les diagnostics suivants : troubles mentaux en rapport avec consommation de substances psychoactives, autres troubles du comportement de l'adulte, troubles des conduites, état confusionnel en rapport avec prise anarchique du traitement, trouble mixte des conduites et des émotions, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples, trouble du comportement lié à l'utilisation de cannabis.
- La catégorie « trouble de la personnalité » comprenait les diagnostics suivants : trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif, autres troubles spécifiques de la personnalité et trouble de la personnalité sans précision.

- La catégorie « troubles anxieux » comprenait les diagnostics suivants : troubles anxieux phobiques, réaction aigue à un facteur de stress.
  - La catégorie « retard mental » ne comprenait que le diagnostic de retard mental.
- Motif de la mise en chambre d'isolement : recueilli à partir de la prescription médicale de mise en chambre d'isolement, soit dans le dossier informatisé, soit sur version papier lorsque la prescription était établie par un médecin n'ayant pas accès au dossier informatisé. Dans la majorité des cas il n'y avait pas un motif unique spécifié mais plusieurs motifs sur la prescription (le motif était laissé à l'appréciation du médecin, il n'y avait pas de « case prédéfinie » à cocher, d'où la variabilité des motifs) , tous les motifs ont donc été relevés. Les différents motifs retrouvés ont été regroupés par thème comme suit :
- « Agitation » comprenant les motifs suivants : « agitation », « agitation psychomotrice ».
  - « Agressivité » comprenant les motifs suivants : « menace de violence », « risque d'hétéro-agressivité », « risque de passage à l'acte », « le patient menace de passer à l'acte », « impulsivité », « agressivité », « hétéro-agressivité envers patients et soignants », « agressivité verbale et physique », « insultant », « virulent ».
  - « Refus des soins » comprenant les motifs suivants : « opposition aux soins » « refus du traitement » « refus des soins » « refus d'obtempérer ».
  - « Troubles du comportement » comprenant les motifs suivants : « trouble du comportement » « instabilité comportementale » « désinhibition comportementale ».
  - « Sthénicité » comprenant les motifs suivants : « tendu » « tension interne ».
  - « Diminution des stimuli », « risque de fugue », « intolérance à la frustration ».
  - « Transfert de la maison d'arrêt » et « risque de passage à l'acte suicidaire » ont été retranscrits tel quels.

- Autorisation de sorties ponctuelles : l'information est retrouvée sur la feuille de prescription de mise en chambre d'isolement (prescription initiale de mise en chambre d'isolement si sorties ponctuelles autorisées dès le début de la mise en œuvre de la mesure ou prescription de prolongation de la mesure si sorties autorisées par la suite).
- Possibilité de disposer d'objets personnels : information retrouvée sur la feuille de prescription de mise en chambre d'isolement (prescription initiale et/ou prescription de prolongation/levée).
- Possibilité de garder ses propres vêtements : information retrouvée sur la feuille de prescription de mise en chambre d'isolement.
- Modalité et fréquence de la surveillance médicale et paramédicale : La feuille de prescription propose 3 fréquences de passage infirmier : par 15 minutes, par 30 minutes et par heure. Une rubrique est réservée au type de surveillance à mettre en place. Le médecin doit également signaler s'il existe des troubles somatiques à surveiller ou à prévenir. Concernant la surveillance médicale, les données ont été recueillies à partir des prescriptions de prolongation/levée de la mesure d'isolement.
- Association de la mesure d'isolement à une mesure de contention physique : donnée répertoriée à partir de la feuille de prescription initiale (qui présente un item « mesure de contention totale ou partielle ») ainsi que des prescriptions de mise en contention. En effet, la mise en contention d'un patient est soumise à une prescription spécifique supplémentaire de celle de la mise en chambre d'isolement.

*b) Vécu des patients ayant été pris en charge par une mesure d'isolement*

Le recueil a été effectué à partir des rapports faits par les infirmiers des entretiens menés par ces derniers à l'issue de la sortie du patient de la chambre d'isolement. Après chaque mesure d'isolement, un entretien conduit par un infirmier était dédié à la reprise du vécu du patient. Les propos recueillis ont ainsi été retranscrits en « mots-clés ». Afin d'assurer une meilleure représentativité du vécu des patients, chaque entretien pouvait recouvrir plusieurs mots-clés selon

les commentaires faits par les patients. Le vécu n'était pas toujours scindé en « positif » et « négatif » pour un patient donné. En effet, plusieurs patients ont rapporté un vécu mitigé avec des aspects vécus positivement et d'autres négativement. Le but était de mettre en évidence à la fois les principaux aspects négatifs du vécu mais également les bénéfiques que les patients pouvaient tirer d'une mesure de mise en chambre d'isolement.

## 2. Données de la littérature

Les données de la littérature ont été récoltées à partir des moteurs de recherche de données bibliographiques Google Scholar et PUBMED. Les recherches ont été effectuées en français et en anglais à partir des mots-clés suivants : « isolement et psychiatrie » « patients isolement psychiatrie » « psychiatry seclusion » « seclusion restraint psychiatry » « reducing seclusion psychiatry ».

La bibliographie de chaque article a ensuite été utilisée.

## C. Résultats

### 1. Caractéristiques des patients isolés et modalités de mise en isolement

165 patients ont été admis dans l'unité entre le 13/11/2016 et le 01/08/2017. Parmi ces 165 patients, 64 ont été pris en charge en chambre d'isolement soit 38,8% des patients. Les résultats suivants concernent les patients pris en charge en isolement à cette période.

#### ○ AGE MOYEN

- L'âge moyen était de : 36,97 ans (37 ans)
- L'âge médian était de 37 ans
- Le plus jeune avait 14 ans, le plus âgé avait 68 ans.

#### ○ SEXE

	Nombre	Pourcentage
<b>HOMMES</b>	48	75 %
<b>FEMMES</b>	16	25 %
<b>TOTAL</b>	64	100 %

La majorité des patients concernés par la mesure de mise en chambre d'isolement étaient des hommes qui représentaient 75 % de l'effectif.

Les femmes représentaient 25 % de la population isolée.

- MODE D'HOSPITALISATION : mode d'hospitalisation au moment de la mise en chambre d'isolement.

<b>Mode d'hospitalisation</b>	<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
ASPD/ASPD-PU/ASPD-PI	48	75 %
ASPDRE	10	15,6%
<b>Total sous contrainte</b>	<b>58</b>	<b>90,6%</b>
HL	4	6,2%
Mineur	2	3,1%

La majorité des patients concernés par la mise en chambre d'isolement était hospitalisée sans consentement, en ASPD pour 75 % d'entre eux, en ASPDRE pour 15,6 % d'entre eux et 3,1 % étaient mineurs, l'autorisation parentale faisant foi de mesure de soins sans consentement. Les hospitalisations sous contrainte concernaient 58 patients soit 90,6% des patients pris en charge en chambre d'isolement.

Le mode d'hospitalisation de 2 patients hospitalisés initialement en soins libres a été régularisé sous la forme d'une mesure de soins sous contrainte dans les 24 heures ayant suivi la prescription de la mise en chambre d'isolement ; le régime d'hospitalisation des 2 autres patients n'a pas été modifié.

○ DIAGNOSTIC DU PATIENT :

<b>DIAGNOSTIC</b>		<b>Nombre</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Troubles de l'humeur</b>	Episode dépressif	7	10,9%
	Episode maniaque	3	4,7%
	<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>15,6%</b>
<b>Troubles psychotiques</b>	Schizophrénie	20	31,3%
	Trouble psychotique aigu	10	15,6%
	Autres troubles psychotiques	7	10,9%
	<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>57,8%</b>
<b>Troubles de l'adaptation, troubles de la personnalité, troubles du comportement, troubles anxieux</b>	Trouble de l'adaptation	1	1,6%
	Trouble du comportement	8	12,5%
	Trouble de la personnalité	3	4,7%
	Troubles anxieux	3	4,7%
	<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>23,5%</b>
<b>Retard mental</b>	Retard mental	<b>2</b>	3,1%
<b>TOTAL</b>		<b>64</b>	<b>100%</b>

La majorité des patients pour lesquels une mesure de mise en chambre d'isolement s'est avérée nécessaire avaient un diagnostic relevant de la sphère des troubles psychotiques (schizophrénie, troubles psychotiques aigu, autres troubles psychotiques). En effet, 57,8% des patients pris en charge en chambre d'isolement présentaient un trouble psychotique. 15,6% des patients avaient un trouble de l'humeur (10,9% des patients présentaient un épisode dépressif et 4,7% des patients étaient en état maniaque).

○ MOTIF DE LA MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

Le motif de mise en isolement n'était pas précisé pour 28 % des patients (18 patients sur les 64). Soit la section du motif n'était pas remplie sur la prescription, soit la feuille de prescription de la mise en isolement n'a pas été retrouvée. Il y avait 8 motifs différents cités sur les diverses prescriptions. Chaque prescription comportait un ou plusieurs motifs parmi les suivants :

Motifs retrouvés sur la prescription	Nombre de patients concernés	Pourcentage de patients concernés
Agressivité	37	58%
Agitation	24	37,5%
Refus des soins / Refus du traitement	8	12,5%
Risque suicidaire	7	11%
Troubles du comportement	5	7,8%
Diminution des stimuli	4	6,2%
Sthénicité	2	3,1%
Risque de fugue	1	1,6%
Intolérance à la frustration	1	1,6%
Transfert de la maison d'arrêt	1	1,6%
Non précisé	18	28%

On constate que les principales motivations à la mise en place d'une mesure d'isolement étaient l'agressivité et l'agitation. En effet, 37 patients soit 58% présentaient une agressivité ayant conduit à la mise en place d'une prise en charge en chambre d'isolement. Pour 37,5% des patients, l'agitation constituait un des motifs de la mise en chambre d'isolement. Il n'était pas précisé ce que le « risque » hétéro-agressif représentait ni quels étaient les critères qui permettaient d'établir qu'un tel risque existait. Exception faite pour un patient pour lequel le motif de mise en isolement rapportait « le patient menace de passer à l'acte », sans précision sur la nature de cette menace. A noter que ces chiffres sont probablement sous-estimés du fait de l'absence de précision du motif sur la prescription pour 28% des patients.

○ DUREE MOYENNE DE LA MESURE D'ISOLEMENT :

La durée a été calculée selon les données de 60 patients sur les 64. En effet pour 4 d'entre eux il manquait une ou plusieurs informations concernant la date et/ou l'heure de mise/levée de la mesure d'isolement.

La durée moyenne calculée était de 61,6 heures soit 2,6 jours. La mesure d'isolement la plus courte était de 45 minutes et la plus longue de 518 heures soit 21,6 jours.

	Nombre	Minimale	1 <sup>er</sup> quartile	médiane	3 <sup>ème</sup> quartile	Maximale	Moyenne	Ecart-type
<b>Schizophrénie</b>	18	0.75	30	48	78	188	62.5	49
<b>Autre trouble psychotique</b>	16	5	32.875	65.5	123.5	518	114.5	144.7
<b>Autre diagnostic</b>	26	1	15	18.375	40	96	28.4	22.5
<b>Total</b>	60	0.75	17.125	39	67	518	61.6	86.4

Une comparaison de la durée de l'isolement en fonction du diagnostic a été effectuée. Devant la faiblesse des effectifs, la comparaison a été faite entre les patients atteints de schizophrénie, les patients atteints « d'autres troubles psychotiques » et tous les autres diagnostics ont été rassemblés.

Le test de Wilcoxon ne permet pas de mettre en évidence de différence significative de durée d'isolement entre les groupes « schizophrénie » et « autre trouble psychotique » ( $p=0.40$ ).

La durée d'isolement est significativement plus longue pour le groupe « autre trouble psychotique » que pour le groupe « autre diagnostic » (test de Wilcoxon,  $p=0.0044$ ).

La durée d'isolement est significativement plus longue pour le groupe « schizophrénie » que pour le groupe « autre diagnostic » (test de Wilcoxon,  $p=0.0028$ )

○ SORTIES PONCTUELLES D'ISOLEMENT :

SORTIES PONCTUELLES	Nombre	Pourcentage
<b>OUI</b>	36	56,3%
<b>NON</b>	24	37,5%
<b>PAS D'INFORMATION</b>	4	6,3%
<b>TOTAL</b>	64	100%

La majorité des patients (56,3%) bénéficiaient de sorties ponctuelles de la chambre d'isolement, généralement de façon progressivement croissante : pour aller dans l'espace réservé

aux fumeurs, pour les repas puis temps élargis en journée jusqu'à la sortie définitive d'isolement. Les sorties ponctuelles pouvaient être autorisées soit dès le début de la mise en chambre d'isolement (autorisation mentionnée sur la feuille de prescription initiale) soit lors d'une réévaluation ultérieure de l'état psychique du patient par le médecin (autorisation alors mentionnée sur la feuille de prescription de prolongation de la mesure d'isolement.).

37,5% des patients ont été isolés de façon stricte, c'est-à-dire sans sorties de courte durée. Les patients pour lesquels il n'y avait pas de sorties autorisées étaient isolés pour une moyenne de 25 heures soit environ une journée (1,04 jours), durée qui était inférieure à la durée moyenne d'isolement globale qui était de 61,6 heures. L'isolement strict (sans sorties ponctuelles) le plus long a été de 106 heures soit 4.4 jours. L'isolement strict le plus court a duré 1 heure.

Les informations concernant 4 patients n'ont pas été retrouvées du fait de l'absence de précision de l'autorisation de ces sorties sur la feuille de prescription.

○ OBJETS PERSONNELS

Objets personnels	Nombre de patients	Pourcentage
<b>OUI</b>	5	7,8%
<b>NON</b>	51	79,7%
<b>SANS INFORMATION</b>	8	12,5%
<b>TOTAL</b>	64	100%

Seules 5 prescriptions médicales autorisaient les patients à pouvoir accéder à leurs effets personnels (soit 7,8%) lors de la mesure d'isolement, dont 2 isollements en chambre classique (chambre du service fermée à clé). 51 patients (79,7%) n'avaient pas accès à leur affaires personnelles d'après la prescription médicale et pour 8 patients le médecin n'avait rien précisé.

○ VETEMENTS PERSONNELS

Pyjama d'hôpital	Nombre de patients	Pourcentage
<b>OUI</b>	60	93,8%
<b>NON</b>	4	6,3%
<b>TOTAL</b>	64	100%

Seuls 4 patients, soit 6,3% des patients, ont pu conserver leurs vêtements personnels pour le temps de l'isolement (dont 2 étaient isolés dans leur chambre classique). Pour 29 patients (45,3%), la prescription médicale précisait qu'ils devaient porter un pyjama d'hôpital. Dans 48,4% des cas, le médecin n'avait pas précisé sur la prescription s'il y avait nécessité ou non de mise en pyjama d'hôpital. Par défaut, lorsque le médecin ne précisait pas si le patient pouvait bénéficier de ses propres vêtements, les patients étaient mis en pyjama d'hôpital (selon le protocole du service). Au total, 60 des 64 patients (93,8%) ont dû porter un pyjama d'hôpital le temps de la prise en charge en chambre d'isolement.

○ PASSAGE MEDICAL ET SOIGNANT

La réévaluation médicale avait lieu au minimum une fois par 24 heures. La fréquence moyenne de passage médical n'a pas pu être évaluée devant le manque d'information (heure souvent non notée dans la prescription de prolongement d'isolement).

	<b>Nombre de patients</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Passage soignant par heure</b>	50 (39 + 11)	78,1%
<b>Passage soignant par 30 min</b>	12	18,7%
<b>Passage soignant par 15 min</b>	2	3,1%
<b>TOTAL</b>	64	100%

Pour 39 patients, il était prescrit un passage soignant par heure.

Pour 12 patients, il était prescrit un passage soignant par 30 minutes.

Pour 2 patients, il était prescrit un passage soignant par 15 minutes.

Pour 11 patients, la fréquence de passage infirmier n'était pas précisée par le médecin. Lorsque la fréquence de passage soignant n'était pas précisée par le médecin, les infirmiers effectuaient à défaut un passage minimum d'une fois par heure avec surveillance du comportement, de l'état

psychique et évaluation des besoins du patient. Les 11 patients pour lesquels il n'y avait pas d'information sur la feuille de prescription ont donc bénéficié d'un passage soignant horaire.

La justification de la fréquence de passage n'était jamais argumentée par le médecin ne permettant pas de savoir sur quels critères étaient définies les fréquences de passage infirmier. La surveillance à mettre en œuvre n'a été précisée qu'une seule fois ; à savoir : état cutané, hydratation, nutrition, conscience, prise des constantes (pouls, tension artérielle, température) 3 fois par jour.

Les constantes étaient systématiquement prises tous les jours sur consigne du cadre du service.

○ MESURE DE CONTENTION PHYSIQUE ASSOCIEE :

Les données concernant la mise en place ou non d'une contention aux 4 membres ont été retrouvées pour 63 des 64 patients.

Une contention physique aux 4 membres a été mise en place à un moment donné de la prise en charge en chambre d'isolement pour 35% des patients (22 des 63 patients). La mise en contention était stipulée sur la prescription de mise en chambre d'isolement mais faisait l'objet d'une autre prescription dédiée à la contention physique avec mention des modalités de surveillance spécifique. Dans 5 cas il était noté sur la prescription de la chambre d'isolement « contention si besoin » ; sur ces 5 cas de contention « si besoin » seule une mesure de contention a été effectivement mise en place et une prescription dédiée à la mesure de contention a été faite dans l'heure par le médecin prévenu par l'équipe soignante ayant réalisé la mise en contention.

	<b>Avec contentions</b>	<b>Sans contentions</b>	<b>Total</b>
<b>Schizophrénie</b>	4	16	20
<b>Troubles psychotiques</b>	10	6	16
<b>Autre diagnostic</b>	8	19	27
<b>Total</b>	22	41	63

Le pourcentage de contention était statistiquement plus important pour le groupe « troubles psychotiques » (62%) que pour le groupe « schizophrénie » (20%) (test exact de Fischer,  $p=0.016$ ).

Le test exact de Fisher n'a pas permis de conclure à une différence significative du pourcentage de contention entre les groupes « trouble psychotique » (62%) et « autre diagnostic » (30%) ( $p=0.55$ ).

Le test exact de Fisher n'a pas permis de conclure à une différence significative du pourcentage de contention entre les groupes « schizophrénie » (20%) et « autre diagnostic » (30%) ( $p=0.52$ ).

## 2. Vécu des patients

Le recueil n'a pas apporté d'informations dans le cas de 11 patients. Un patient a refusé l'entretien (pour une raison non spécifiée dans le dossier), 4 n'ont fait aucune remarque sur la mesure d'isolement lors de l'entretien et dans 2 cas l'entretien était impossible (1 patient ne parlait pas français, pas d'information pour le 2<sup>ème</sup> patient, il était seulement stipulé par les infirmiers « entretien impossible »). 2 autres patients ont été transférés dans un autre service immédiatement après la sortie d'isolement (un en service somatique, l'autre au Centre Hospitalier de Rouffach), 1 est sorti définitivement de l'hôpital immédiatement après la sortie de la chambre d'isolement. Il n'y avait pas d'information concernant le fait que le vécu n'ait pas été recueilli chez le 11<sup>ème</sup> patient. Finalement, 53 dossiers sur les 64 ont été étudiés. Après « découpage » des entretiens infirmiers, 25 mots-clés ont été mis en évidence, se répartissant comme suit :

- « Pas compris l'intérêt » était retrouvé 18 fois.
- « Enfermement difficile » était retrouvé 11 fois.
- « Apaisement » était retrouvé 10 fois.
- « Anxiogène » était retrouvé 6 fois.
- « Manque de tabac » était retrouvé 5 fois.
- « Désagréable » était retrouvé 4 fois.

- « Reconnaît la nécessité » était retrouvé 4 fois.
- « Solitude » était retrouvé 3 fois.
- « Positif » (sans autre commentaire) était retrouvé 3 fois.
- « Punition » était retrouvé 2 fois.
- « A pu réfléchir » était retrouvé 2 fois.
- « A apprécié » était retrouvé 2 fois.
- « Restriction de liberté et de mouvement » était retrouvé 2 fois.

Etaient retrouvés 1 fois chacun :

- « Violence ».
- « A pu dormir ».
- « Absence de visite des proches ».
- « Pas écouté ».
- « Abusif ».
- « Comme en prison ».
- « Trop long ».
- « Persécutif et traumatisant ».
- « Manque d'affaires personnelles ».

Certaines citations des patients ont été retranscrites telles quelles par les infirmiers et n'ont pas été incluses dans les mots-clés. On retrouve ces quelques propos :

- « Affreux ».
- « On se sent déshumanisé ».
- « J'ai été victime d'un complot ».
- « Je me suis sentie abandonnée ».
- « Je vous invite à essayer pour comprendre ».
- « J'avais l'impression que les soignants passaient leurs nerfs sur moi ».

- « Je n'étais pas à ma place ».
- « J'aurais aimé de la musique ».

Chaque entretien pouvait recouvrir plusieurs mots-clés ou citations, le vécu n'étant pas toujours soit « positif » ou « négatif » mais le plus souvent mitigé, rendant difficile la conclusion sur le vécu. Néanmoins on note que sur les 53 patients dont le témoignage a été recueilli **74% ont cité au moins un élément de vécu négatif** et seulement **34% ont cité un élément de vécu positif**. Seuls 9 patients soient **17% des patients ont rapporté un vécu strictement positif**.

Les éléments considérés comme relevant d'un « vécu négatif » étaient les suivants : « pas compris l'intérêt, enfermement difficile, anxiogène, manque de tabac, désagréable, solitude, restriction de liberté et de mouvements, violence, absence de visite des proches, pas écouté, abusif, comme en prison, trop long, persécutif et traumatisant, manque d'affaires personnelles ».

Les éléments relevant d'un « vécu positif » étaient les suivants : « apaisement, reconnaît la nécessité, positif, a apprécié ». Les autres éléments du vécu ont été considérés comme ne traduisant un aspect ni négatif ni positif.

### 3. Autres remarques

3 patients ont été isolés en chambre (chambre classique fermée à clé) dont 1 car il n'y avait pas de chambre d'isolement libre. Le dossier du patient ne donnait pas d'information supplémentaire concernant la décision d'isolement en chambre classique des 2 autres patients.

La prescription initiale de mise en chambre d'isolement n'a pas été retrouvée pour 12 patients (ni dans le dossier informatique ni dans le dossier papier) soit 18,7% des prescriptions. Le dossier infirmier rapportait une prescription « orale » par le médecin de garde. Les informations utiles à l'étude ont alors été recueillies d'après les prescriptions de prolongation/levée de la mesure ou bien à partir du dossier infirmier.

5 prescriptions initiales de mise en chambre d'isolement n'ont pas été réalisées sur les feuilles de prescriptions de mise en isolement spécifiques mais sur des feuilles de « consignes ». Dans ces 5 cas il s'agissait de médecins de garde.

Il n'était précisé que l'entourage avait été informé de la mise en chambre d'isolement de leur proche que dans 6,3% des cas uniquement ; il était spécifié que l'entourage n'avait pas été informé dans 1,6% des cas. Il n'était pas précisé si l'entourage avait été informé de la mise en chambre d'isolement dans 92,2% des cas.

#### 4. Résumé des résultats

##### a) *Concernant les caractéristiques des patients et des modalités de mise en œuvre des mesures d'isolement au GHRMSA*

38,8% des patients hospitalisés dans l'unité de soins contraints de Mulhouse ont été pris en charge en chambre d'isolement entre le 13/11/2016 et le 01/08/2017. Ces patients étaient essentiellement des hommes (75%), d'âge moyen de 37 ans ayant un diagnostic du registre des troubles psychotiques (57,8%) et en particulier la schizophrénie qui concernait 31,3% des patients. Les patients isolés étaient hospitalisés sous contrainte à 90,6% et 6,3% des patients isolés étaient en soins libres. Les patients étaient isolés pour une durée moyenne de 61,6 heures soit 2,6 jours (environ deux jours et demie). La durée d'isolement des patients souffrant de schizophrénie et d'autres troubles psychotiques était significativement plus élevée que pour les autres patients. La majorité des patients étaient pris en charge en isolement dans un contexte d'agressivité (58%) ou d'agitation (37,5%). Une majorité de patients bénéficiaient de sorties ponctuelles (56,3%) mais ne pouvaient pas bénéficier de leurs objets personnels (79,7%). Une forte majorité des patients pris en charge en isolement était contrainte au port du pyjama (93,8%). Le passage médical était d'une fois par 24 heures en général et le passage soignant se faisait au minimum une fois par heure. 35% des patients isolés ont en outre subi une mesure contentions à un moment de la période d'isolement.

*b) Concernant le vécu des patients*

L'isolement était vécu comme étant difficile dans 20,8 % des cas et apaisant dans seulement 17% des cas. 34% des patients ne comprenaient pas l'intérêt de la mesure d'isolement et 7,5% ont reconnu la nécessité d'une telle mesure. Sur les 53 patients dont le témoignage a été recueilli 74% patients ont cité au moins un élément de vécu négatif et seulement 34% ont cité un élément de vécu positif.

## V. Discussion

### A. Limites de l'étude

L'étude comporte un biais d'information : le manque de données dans le dossier médical ne permet pas un recueil exhaustif des données concernant les conditions de mises en isolement des patients.

Le vécu des patients a été recueilli a posteriori, avec une perte d'information du fait du classement en « mots-clés », et d'un classement subjectif du point de vue de l'opérateur en « positif » et « négatif ». De plus, le vécu des patients a été recueilli à partir des retranscriptions des soignants. Ces différents facteurs font que dans l'étude, le vécu des patients ne transparait pas de manière fidèle : il y a une perte d'information. Pour améliorer cela, il faudrait refaire une étude avec reprise du vécu des patients faite par l'opérateur de l'étude, sur la base d'un questionnaire semi-directif afin de pouvoir comparer le vécu des patients tout en laissant la place à une expression spontanée. Par ailleurs, le vécu négatif des patients était-il lié uniquement à l'isolement et à ses conditions de mise en œuvre ? L'hospitalisation sous contrainte en elle-même ainsi que la pathologie du patient peuvent entrer en ligne de compte dans la perception négative que se font les patients de leur prise en charge. Pour limiter ce biais, il serait intéressant de mener une étude comparative entre

2 groupes de patients : groupe avec prise en charge en isolement versus groupe sans prise en charge en isolement.

L'étude n'évalue pas les méthodes de désescalade mises en œuvre avant le recours à l'isolement car ces dernières ne figurent pas dans le dossier du patient. De même, le traitement du patient n'est pas non plus étudié : la prise en charge médicamenteuse des patients pour lesquels un isolement a été jugé nécessaire était-elle adéquate ? A quel type d'activités thérapeutiques et occupationnelles le patient avait-il accès ? Il serait intéressant dans le futur de pouvoir étudier ces différents facteurs pour voir s'il existe des différences significatives quant au recours à l'isolement en fonction du type de prise en charge proposé.

## B. Données de la littérature

### 1. Epidémiologie et caractéristiques des patients isolés

Actuellement, peu de données actualisées sont disponibles en France concernant l'isolement. Cependant, les différentes visites du CGLPL ont mis en avant le constat d'une augmentation de cette pratique (40). Ce constat est corrélé par le rapport datant de 2013 du député Denys Robiliard (alors en charge du rapport d'information par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie). Ce rapport attire l'attention sur la recrudescence du recours à l'isolement et à la contention dans les services de psychiatrie. Il précise que ce constat est basé sur des témoignages et n'a pas encore pu être étayé par des statistiques précises. Cette augmentation du recours à l'isolement serait en partie liée à la diminution des effectifs soignants d'après les témoignages recueillis. Ce rapport souligne, de même que ceux du CGLPL, l'inégalité des pratiques d'une région à l'autre voire au sein d'un même établissement alors que la prévalence des troubles psychiques est sensiblement similaire (41).

Une des premières études françaises s'intéressant à la pratique de l'isolement est celle de Palazzolo publiée en 1999. Cette étude évaluait le recours à l'utilisation de la chambre d'isolement dans un hôpital de Savoie pendant un an ; elle mettait en lumière que les patients isolés étaient des

hommes dans 2/3 des cas, que l'âge moyen de ces patients était de 39 ans et que 14 % des patients isolés avaient également été contentionnés (42).

Dix ans plus tard, en 2009, une étude prospective sur 4 semaines a été effectuée au centre hospitalier Alsace Nord de Brumath par le docteur Baratta. Selon cette étude, 5% des patients hospitalisés ont été pris en charge en chambre d'isolement : il s'agissait de patients d'un âge moyen de 41 ans dont 60% étaient des hommes, la majorité des patients étaient hospitalisés en soins libres. Les patients isolés souffraient principalement de schizophrénie à 47% et de retard mental à 19%. Dans 38% des cas le motif de mise en isolement était un état d'agitation psychomotrice avec menace de passage à l'acte hétéro-agressif et dans 31% des cas un état d'agitation psychomotrice sans menace de passage à l'acte hétéro-agressif, dans 16% des cas la décision d'isolement était prise dans un contexte de passage à l'acte hétéro-agressif avéré envers un soignant ou un patient. La durée minimale d'isolement était de 4 heures et la durée maximale de 150 heures (soit 6 jours). Cette étude évoque que 60% des cas de mise en isolement des patients ont entraîné un sentiment d'hostilité et/ou d'angoisse chez les soignants présents (43).

En 2010, le docteur Barrata a mené une étude relative à l'état des lieux en France du recours à l'isolement dans laquelle il concluait à une hétérogénéité des pratiques tant sur le plan national qu'international. La prévalence de l'isolement en France ( qui serait de 5% ) était plus élevée que celle retrouvée dans les études Nord-Américaines mais plus faibles qu'en Grèce (9,6%), Allemagne (7,8%) ou encore en Suisse ( 17,8%) (44).

Une étude prospective a été réalisée à l'hôpital du Vinatier à Bron en 2009. 25,9% des patients hospitalisés sur le temps de l'étude ont été placés en isolement pour une durée moyenne de 3,3 jours par patient. Cette étude rapporte que 44% des patients n'ont pas été pris en charge dans une chambre d'isolement « vraie » mais dans une chambre aménagée non conforme aux règles de sécurité. La nécessité d'informer l'entourage de la situation a été évaluée dans tous les cas. Aucun patient n'a été évalué dans un délai supérieur à 12 heures mais seulement 54% des patients étaient

revus dans l'heure ; seulement 3 entretiens post-isolement ont été réalisés retrouvant pour les 3 un vécu traumatisant. 70 % des patients isolés ont également été contentionnés. Les motifs de mise en isolement étaient identiques à ceux des études déjà réalisées à savoir : prévention d'actes agressifs envers le patient lui-même ou envers autrui, diminution des stimulations reçues face à un comportement inapproprié ou encore risque de rupture thérapeutique (45).

Ces chiffres sont corroborés par une étude dirigée à Marseille en 2009 retrouvant que plus de la moitié des patients pris en charge en chambre d'isolement étaient des hommes, d'un âge moyen de 43 ans dont 73% souffraient de schizophrénie, 23% d'un trouble de l'humeur et 3% d'un trouble de la personnalité. La durée d'isolement était de 6,7 jours en moyenne (46).

L'étude française la plus récente a été effectuée par Magali Coldefy en 2016. Cette chercheuse en géographie a analysé les données du Registre d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) relatives à l'isolement. Elle note également une augmentation du recours à l'isolement estimée à 6,6 % en 2011 puis à 8,5% en 2015. Les caractéristiques des patients étaient similaires à celles des études précédentes. Cette étude met en avant que 63 % des patients isolés l'ont été dans un établissement public spécialisé dans la prise en charge des maladies mentales, 17% dans un centre hospitalier général, 6% dans un centre hospitalier universitaire et 1% dans un établissement privé. Magali Coldefy met en évidence une disparité de la prévalence du recours à l'isolement selon les régions : de 5% en Charente Maritime à 30% en Corse (47).

On constate donc que les données de l'étude menée à Mulhouse concordent avec celles des études françaises préexistantes affirmant que les patients isolés en psychiatrie sont majoritairement des hommes jeunes (environ 40 ans) atteints dans la majorité des cas de troubles psychotiques et pour qui la mesure d'isolement a été motivée par un état d'agitation et/ou d'agressivité. Les données concernant la durée et les modalités d'isolement sont en revanche plus hétérogènes.

Une étude européenne menée entre 2003 et 2005 dans 11 pays européens (Royaume-Uni, Suède, Italie, Pologne, République Tchèque, Allemagne, Bulgarie, Grèce, Lituanie, Slovaquie) et Israël

montrait que la fréquence du recours à l'isolement et à la contention était très variable d'un pays à l'autre oscillant entre 21% des patients hospitalisés en Espagne et 59% en Pologne. Les caractéristiques concernant l'âge et le sexe étaient cependant similaires. Les patients isolés étaient atteints de schizophrénie dans la majorité des cas. Les principaux motifs d'application d'une mesure coercitive (isolement, contention physique, administration forcée d'un médicament) étaient l'hétéro-agressivité (59%), une menace pour la santé du patient (27%), de l'agressivité (24%), un risque de fugue (13%) et une incapacité à s'occuper de lui-même (11%) (48).

## 2. Vécu des patients et conséquences psychiques de l'isolement chez les patients

### a) *Vécu des patients et compréhension de la mesure*

En 1996, Dominique Friard réalise la première étude française s'intéressant au vécu des patients. Les commentaires des patients qui reviennent le plus sont : prison, calme, punition, privation de tabac, énervement, agressivité. Il montre que les patients font facilement le lien entre les troubles du comportement qu'ils ont eu et la décision de mise en isolement sauf lorsque cette décision a été prise à visée préventive, entraînant alors une incompréhension du patient vis-à-vis de la mesure. Le ressenti des patients quant à la mesure d'isolement est variable : certains n'en n'ont pas de souvenir précis, d'autres estiment que la mesure n'a pas été très longue, d'autres cependant, comparent l'isolement en psychiatrie à la prison et assimilent la pratique de l'isolement à une forme de torture : « *j'avais l'impression que j'allais mourir, je me suis senti en prison* », « *enfermé comme un chien* », « *je vivais ça comme une punition, un viol, une sorte de torture muette* », « *j'ai perdu ma pudeur, mon intimité* »(6).

D'après Palazzolo, en 2004, la perception du motif de l'isolement variait de façon significative selon que l'on s'adressait aux soignants ou aux soignés. Durant l'isolement, 31% des patients ont fait part de sensations pouvant s'apparenter à une expérience hallucinatoire (visuelle, auditive ou cénesthésique), 67% des patients se sentaient anxieux et ressentaient le besoin de devoir s'exprimer.

A la sortie de la chambre d'isolement, seuls 8% des patients ont perçu un effet bénéfique de la mesure. Les patients qui avaient présentés d'importants troubles du comportement à type de passage à l'acte semblaient être ceux qui avaient retiré le plus de bénéfices de la mesure (49).

En Allemagne, en 2006, une étude rétrospective évaluait le vécu des patients un an après la mise en place d'une mesure d'isolement et de contention. 68% des patients reconnaissaient la mesure comme ayant été nécessaire et justifiée. Les autres patients évoquaient une pratique inhumaine, arbitraire et disproportionnée ; 57% des patients ont indiqué qu'ils auraient souhaité avoir plus de contact avec l'équipe soignante lors de la mesure. Les facteurs permettant une réduction de l'anxiété lors de l'isolement étaient le contact avec l'équipe soignante et l'accès à des objets personnels. 58% des patients ont considéré la mesure comme étant apaisante. Les sentiments les plus ressentis au cours de la mesure étaient un état de vulnérabilité dans 72% des cas, un état de tension, l'impression d'être à la merci des autres, de la rage, de la peur, du désespoir, de la colère et de la déception. 2 patients ayant été pris en charge en chambre d'isolement présentaient des symptômes de stress post-traumatique (50).

En Afrique du Sud, une autre étude montrait que les patients rapportaient une communication inadéquate entre les équipes de soins et les patients et estimaient que leurs droits n'étaient pas respectés ; la mesure d'isolement était perçue par les patients comme étant punitive et non thérapeutique. Les patients estimaient qu'une sédation médicamenteuse semblait plus appropriée et moins stressante (51).

Dans une étude française, 70% des patients disaient manquer d'information concernant la mesure d'isolement décidée, ils percevaient majoritairement une bienveillance de l'équipe de soins et 43% d'entre eux estimaient que la mesure s'était avérée utile (46). Dans cette même étude, 3 patients sur les 36 dont la situation d'isolement a été étudiée avaient sollicités eux-mêmes la mesure à visée d'apaisement et de protection. Concernant l'impact des soins en chambre d'isolement, 36,7% exprimaient que l'isolement leur avait permis de recouvrer « un contrôle de soi » et 50% de résoudre

une crise « je connais mieux ma pathologie et ses effets ». 56,7% des patients exprimaient une satisfaction globale vis-à-vis de leur prise en charge en chambre d'isolement. Pendant l'isolement, les sensations qui prédominaient étaient l'anxiété, la peur d'être seul, la peur de ne jamais sortir et le sentiment d'impuissance. 76,7% des patients estimaient que la mesure d'isolement aurait pu être évitée.

Aux Etats-Unis en 1976, Wadson et Carpenter ont évalué les réactions des patients face à l'isolement au travers de leurs productions artistiques sur une période de 3 ans. 20 des 41 patients pris en charge en chambre d'isolement ont spontanément fait des dessins en rapport avec leur expérience de l'isolement. Parmi eux, 17 ont mis sur page un/des phénomènes hallucinatoires expérimentés lors de l'isolement, 23 dessins représentaient des idées délirantes vécues en lien avec l'isolement et 12 exprimaient un affect intense dû à l'isolement. Plusieurs patients ont représenté la chambre d'isolement comme une prison voire comme une chambre à gaz. Tous les dessins représentant les affects avaient une consonance négative. Les œuvres représentant les phénomènes hallucinatoires avaient dans l'ensemble un caractère réconfortant voire distrayant, les auteurs analysent cela comme une façon inconsciente pour le patient de contrebalancer l'angoisse et de recréer un univers plus apaisant (52).

Dans une étude Australienne, de nombreux patients estimaient avoir été isolés de façon inappropriée et pointaient du doigt un manque d'information de la part de l'équipe médicale et soignante, ils ne comprenaient pas la nécessité de les priver de leurs affaires personnelles et associaient souvent la mesure d'isolement avec une forme de punition. Si la mesure d'isolement est vécue comme punitive alors les infirmiers sont perçus comme ceux ayant mis en place la punition et génèrent une crainte des patients à leur égard entraînant une rupture du lien de confiance patient-soignant. A contrario, certains patients se sentaient en sécurité lors de la période d'isolement et estimaient que cela leur permettait de reprendre le contrôle sur leurs actions. Les patients demandaient que des mesures alternatives puissent être mises en œuvre avant le recours à

l'isolement telles qu'une surveillance rapprochée, une adaptation médicamenteuse, une meilleure communication avec l'équipe soignante. Les principaux ressentis des patients étaient la colère notamment envers l'équipe soignante, l'impuissance, l'humiliation (en particulier d'être privé de ses propres vêtements et affaires personnelles) ou encore la peur. L'expérience de l'isolement représentait une privation sensorielle entraînant un vécu d'ennui, une irritabilité et un risque de modification de l'humeur accru. Les patients rapportaient également une hypervigilance au bruit, une désorientation temporelle et un sentiment de perte de contrôle. Certains patients expliquaient qu'après la levée de la mesure, ils s'étaient isolés dans leur chambre, participaient peu aux activités proposées et se tenaient à l'écart car ils redoutaient que leur comportement soit à nouveau interprété comme non approprié et craignaient de faire l'objet d'une nouvelle mesure d'isolement. Les patients soulignaient la nécessité d'un passage des soignants plus fréquent et d'une meilleure communication (53). Les mêmes constats sont résumés dans une autre étude menée en 1999 (54).

#### *b) Etat de stress aigu et état de stress post-traumatique*

Certaines études ont montré que des patients continuaient à se sentir vulnérables et apeurés pendant 1 à 2 ans après la mesure d'isolement (52). Une étude montrait que 48% des patients pris en charge en isolement présentaient des symptômes de stress aigu élevé dans la semaine suivant la mise en isolement, cependant, le risque de présenter un syndrome de stress post-traumatique était plus lié à la décompensation psychotique en elle-même et au fait d'être hospitalisé sans consentement qu'à la mise en place d'une mesure d'isolement ou de contention (55) (56) (57).

#### *c) Conclusion sur le vécu des patients*

Le vécu de l'isolement par les patients est variable avec une prédominance de vécus négatifs au cours de l'isolement. Parmi les aspects négatifs rapportés par les patients on retrouve notamment un vécu punitif, un sentiment d'impuissance et de vulnérabilité en partie liés au fait de ne pas avoir accès à ses effets personnels, une privation de tabac, de l'anxiété voire une désorientation et une sensation de perte de contrôle. Un des aspects régulièrement cités par les patients est

l'incompréhension de la mesure et le manque de communication avec l'équipe soignante et médicale. L'aspect positif le plus fréquemment cité par les patients est l'apaisement découlant de la mesure. Les effets bénéfiques de l'isolement sont plutôt reconnus a posteriori par les patients.

Les patients sont demandeurs de mesures alternatives. Certains patients estiment qu'une adaptation médicamenteuse serait plus adaptée et moins traumatisante, d'autres qu'une majoration des interactions avec l'équipe soignante permettrait d'une part de diminuer le recours à l'isolement et d'autre part de rendre le vécu de l'isolement moins douloureux (passage soignant plus fréquent au cours de l'isolement).

L'information du patient concernant la mesure d'isolement est capitale visant à lui restituer un contenu de ce qu'il peut recueillir, s'approprier, qui a du sens pour lui. Elle peut éviter des interprétations sur les attitudes des soignants à son égard et notamment diminuer dans l'après-coup, le vécu punitif. Les différentes informations délivrées au cours du séjour facilitent le maintien d'une relation de confiance. Revenir sur le vécu du patient, c'est lui redonner une position de sujet. Il convient de permettre aux soignants d'exprimer leurs difficultés face à une pratique parfois vécue avec culpabilité. Le renforcement et la qualification des équipes soignantes pourraient permettre la délivrance de soins plus adaptés afin d'éviter les mesures d'isolement. Il s'agit de reconnaître le patient comme agent de sa propre autonomisation par une information appropriée, progressive et réitérée dans le temps en tenant compte de ses capacités de compréhension et d'élaboration. Elle conditionne la valeur du consentement et fonde l'alliance thérapeutique (46).

### 3. Comment réduire le recours à l'isolement ?

Le traitement des patients violents ou auto-agressifs est fréquemment accompagné d'un conflit éthique avec d'un côté la nécessité du respect de l'intégrité physique et psychique des patients, et de l'autre le devoir de prévenir un passage à l'acte potentiellement dangereux. Cependant, l'efficacité thérapeutique de l'isolement en psychiatrie n'a été démontrée par aucune

étude à l'heure actuelle. Les bénéfices du recours à l'isolement en tant que « méthode thérapeutique » sont donc inconnus (58).

A ce jour, l'isolement ne peut pas être considéré comme un moyen thérapeutique mais comme un « moindre mal » permettant d'éviter certaines situations de violence auto ou hétéro-agressives. A ce titre, il est important de réfléchir aux méthodes alternatives pouvant être employées dans la prise en charge des comportements indésirables ou dangereux. Une première mesure « coercitive » mise en place vis-à-vis d'un patient agité et/ou violent peut être d'ordre médicamenteuse, en favorisant une prise orale. En effet, la prise « forcée » d'un médicament ( par voie orale ou intra-musculaire) entraîne parfois un vécu moins traumatisant que l'isolement et la contention ; la contention physique devant rester une méthode de dernier recours car elle est plus fréquemment source de traumatismes chez les patients (59). Comme nous l'avons vu dans l'étude menée au centre hospitalier de Mulhouse, la nature et l'évaluation du « risque » d'agressivité et de violence n'était pas précisé et reste subjective, ne permettant pas de définir des critères précis de mise en œuvre d'une mesure d'isolement.

*a) Reprise en équipe et formation des équipes à la gestion de la crise  
psychique*

Savoir identifier rapidement les situations à risque de débordement et impliquer les patients dans le choix d'une mesure adaptée pour abaisser la tension interne est crucial.

Une méta-analyse parue dans The International Journal Of Social Psychiatry en 2009 montrait que le débriefing (incluant le médecin, l'équipe soignante, le patient et sa famille) notamment centré sur les causes ayant mené au recours à l'isolement et comment ce recours aurait pu être évité permettait une réduction du recours à l'isolement. Cette reprise permettait une réflexion collaborative pour développer d'autres stratégies de prise en charge de la crise. Cette étude montrait également qu'augmenter les interactions entre l'équipe soignante et les patients via des activités thérapeutiques permettait de diminuer les situations de crise et ainsi le recours à l'isolement (60).

En 1994, une étude aux Etats-Unis estimait qu'une des étapes principales pour réduire le recours à l'isolement était la mise en place d'un comité inter-disciplinaire (psychiatres, psychologues, soignants, travailleurs sociaux, agents administratifs) afin de mettre en place une politique d'utilisation de l'isolement clairement définie en établissant des protocoles précis. Ceci permettant de prendre des décisions de façon objective (58). Dans cette étude, un comité de « The management of assaultive behavior workgroup / Groupe de gestion des comportements agressifs » a été créé. Cette équipe pluridisciplinaire se regroupait 2 fois par semaine. Une formation sur la gestion de l'agressivité et l'agitation était proposée aux équipes soignantes à raison de 2 heures par an. Cette formation avait pour but : 1) d'augmenter les capacités des équipes à identifier les facteurs pouvant entraîner une agitation ou une agressivité chez les patients ; 2) de promouvoir la connaissance et l'utilisation de mesures moins restrictives ; 3) d'améliorer la gestion de la violence des soignants. Des techniques de self-defense sécurées ont été enseignées aux soignants, de même que des techniques non douloureuses de contention physique par les soignants. Des jeux de rôle ont permis aux équipes de mieux comprendre le point de vue des patients et ont ouvert la discussion sur les alternatives possibles. Ce programme incluait aussi des réunions hebdomadaires des équipes prenant en charge les patients autour de l'utilisation de l'isolement et de la contention. Au total, après 12 mois, le taux de recours à l'isolement a baissé de 13,8%, de même que la durée de l'isolement qui est passée de 13,9 heures à 6,3 heures en moyenne. Les blessures causées par des patients chez les soignants ont diminué de 18% ; ces chiffres ont été observés malgré une augmentation du nombre d'hospitalisations (61).

Dans une autre étude Américaine en 1999, une équipe pluridisciplinaire constituée de psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, arts thérapeutes et agents administratifs d'un hôpital psychiatrique public ont défini 6 initiatives pour diminuer le nombre de prise en charge par contention et isolement. Ces 6 initiatives étaient les suivantes : 1) évaluation à chaque admission d'un patient du potentiel d'agitation/agressivité ; selon cette évaluation une stratégie de prise en charge était discutée en amont. 2) Un groupe d'éducation thérapeutique dédié à la reconnaissance

et à la gestion de l'anxiété, du stress et de la colère était mis en place dans le service à raison de 4 sessions d'une heure par semaine. 3) Formation de l'équipe soignante : tous les soignants ont bénéficié d'une formation aux techniques d'intervention alternatives. Cet entraînement se faisait à partir de vidéo du Crisis prevention Institute Inc « the art of setting limits » « non violent crisis intervention » dans le but d'améliorer la communication et l'écoute du patient qui se trouve en situation de crise. 4) Développement d'une réponse d'équipe à la situation de crise : une équipe formée de 3 soignants et 2 membres du service de sécurité de l'hôpital intervenaient au déclenchement d'un code « code Gray » (équivalent au système protection travailleur isolé). Les membres de l'équipe étaient assignés selon un système de rotation. Leur rôle était essentiellement d'avoir une « démonstration de force » et de pouvoir discuter avec le patient pour tenter un apaisement avant d'en arriver à un recours à l'isolement ou à la contention. Les membres de cette équipe avaient tous reçus une formation sur la gestion de crise. 5) Discussion quotidienne sur les mises en isolement et contention en retraçant les événements ayant conduit à cette décision et en discutant des défaillances dans la prise en charge afin d'améliorer les prochaines prises en charge. 6) Mise en place d'une « compétition » entre les différentes unités afin de récompenser chaque mois d'un « award » l'unité ayant eu le moins recours à l'isolement et à la contention ; les soignants de l'unité « gagnante » recevaient 2 tickets de cinéma en récompense. Après 2 ans de mise en place de ces mesures, le recours à l'isolement et à la contention a considérablement baissé. Cependant l'étude n'a pas permis de déterminer quel point parmi les 6 initiatives a été le plus efficace (62).

La formation des soignants à la gestion de crise permet aux soignants de proposer des alternatives aux patients avant qu'ils arrivent à un état psychique d'agressivité ou d'agitation nécessitant le recours à la contention ou à l'isolement. L'information des patients le plus prématurément possible sur les différentes options proposées en cas d'agitation et d'agressivité leur permet de participer à la prise en charge qui sera alors vécue moins traumatiquement. Un débriefing après chaque prise en charge de situation d'agitation permet également à terme une meilleure gestion des situations à risque (63).

*b) Identification des situations à risques et environnement du service*

Du côté français, la Haute Autorité de Santé a publié en 2011 des recommandations sur la prise charge et l'attitude à adopter face une violence émergente. Selon la HAS des facteurs pourvoyeurs d'épisodes de violence sont : un règlement trop rigide, des limites floues ou appliquées de façon inconstante, une programmation d'activités insuffisante, un manque de disponibilité et d'écoute du personnel en raison d'un faible ratio infirmier/patient ou d'un manque d'expérience et d'encadrement du corps soignant. Toutes les situations allant à l'encontre des attentes du patient tel un refus, une frustration ou une mauvaise nouvelle sont susceptibles de déclencher des comportements violents chez des patients instables. Les recommandations stipulent qu'il convient de repérer et prévenir les situations institutionnelles pouvant contribuer au risque de comportements violents intra hospitaliers. La HAS souligne la nécessité d'aménager les lieux de soins avec un souci de la sécurité et former le personnel à l'intervention lors de situations de violence. Les services doivent pouvoir bénéficier d'une équipe soignante formée en nombre suffisant pour rester disponible et attentive sans attendre des confrontations à des passages à l'acte. Développer les supervisions et formations pour entraîner les soignants à faire face à des scénarii de violence. Apprendre à reconnaître les signes d'une violence imminente, s'entraîner à moduler des réponses verbales et non verbales adaptées (64).

L'environnement du service peut également contribuer à diminuer à la tension interne des patients : un agencement et un aspect agréable et accueillant avec couleurs chaudes, décoration, présence de plantes, permettent une meilleure communication entre les patients et les soignants ; par ailleurs, des réunions patients-soignants régulières sont utiles pour définir les attentes des patients (65).

Les patients hospitalisés sans leur consentement peuvent ressentir de la peur, de la colère et les exprimer à travers des comportements agressifs menaçants voire intimidants. La peur ressentie par les soignants est compréhensible mais si elle devient la source de la prise de décision dans la

prise en charge des patients, l'efficacité des soins en est amoindrie (66). L'assouplissement des règles du service peut aussi être une solution, être à l'écoute du patient et de ses besoins et limiter la relation de « pouvoir » des soignants notamment concernant les pauses cigarettes, les limitations d'appels téléphoniques et les sorties dans le parc (66). En adoptant ces mesures, un hôpital aux Etats-Unis a permis d'éliminer totalement le recours à l'isolement après 10 mois et d'abolir totalement la contention après 31 mois, ces réductions n'ont entraîné ni majoration des agressions envers les soignants, ni majoration des traitements médicamenteux (66).

*c) Anticipation, mesures de désescalade et alternatives à l'isolement*

Aux Etats-Unis, un projet BETA ( Best practices in Evaluation and Treatment of Agitation) stipule que la première mesure à mettre en œuvre face à l'agitation d'un patient est la désescalade verbale et le maintien de la coopérativité du patient afin de déterminer avec lui la mesure la plus appropriée pour l'apaiser, le but étant d'éviter au maximum le recours à des mesures coercitives (67).

La réduction du recours à l'isolement et à la contention passe par une diminution de l'agressivité et de la violence en amont. Les interventions visant à réduire la violence permettent d'une part d'améliorer la sécurité des patients et des soignants et d'autre part d'améliorer le vécu du patient de son hospitalisation. « Safety is the top priority, without safety, there is no treatment : la sécurité est la priorité, sans sécurité il n'y a pas de traitement » (68).

Un hôpital américain dans la région de New-York City a mis en place une démarche à suivre préétablie avec le patient en cas de perte de contrôle. Les facteurs de stress pouvant être à l'origine d'un état d'agitation ou de violence étaient discutés en amont avec le patient. Diverses alternatives pouvaient lui être proposées telles que : de l'exercice physique, de la marche, des exercices de respiration abdominale, de la lecture, des activités artistiques, regarder la télévision ou encore lui permettre de contacter un proche, parler avec un membre de l'équipe, s'isoler, diminuer les stimulations alentours, écouter de la musique, pratiquer des activités spirituelles (prières,

méditation). De plus, les équipes étaient formées à la gestion de l'agitation et des menaces de violence. Après la mise en place de toutes ces mesures, l'hôpital a connu une baisse significative du recours à l'isolement et à la contention, une diminution des actes de violences des patients envers les soignants et des patients entre eux ainsi qu'une diminution des conduites auto-agressives, de même que le recours à la médication intra-musculaire. Parmi les mesures de désescalade, 32% ont consisté à des échanges avec l'équipe soignante, 17% à marcher en compagnie de membres de l'équipe soignante, 12% à disposer d'une pièce au calme seul, 8% à la diminution des stimulations (69). D'autres hôpitaux aux Etats-Unis ont adopté cette démarche s'appuyant sur les situations à risque de déclencher un état d'agitation chez le patient en se basant avec lui sur les antécédents d'agressivité lors des hospitalisations précédentes. Un « plan d'action personnalisé de gestion de la crise » était prévu en accord avec le patient qui recevait une copie des différentes étapes qui seraient mises en place en cas de survenue d'un épisode d'agitation. Chaque situation d'agitation ayant conduit à une mise en isolement ou en contention était débriefée par la suite en équipe et avec le patient (70).

Aux Pays-Bas une étude montrait que l'isolement et la médication étaient préférentiellement choisis dans les mêmes proportions dans la prise en charge de l'agitation ; à noter que les hommes optaient plutôt pour l'isolement et les femmes pour la médication. Les patients pointaient la nécessité d'information quant aux mesures ainsi que la nécessité d'un débriefing à posteriori (71).

Une des solutions pour limiter le recours à la mise en chambre d'isolement est de bénéficier d'un effectif soignant permettant la présence d'un soignant prolongée et dédiée au patient présentant des troubles du comportement, dans une logique de désescalade de la violence en association avec la proposition d'un traitement apaisant (72).

Plusieurs études prouvent que les politiques de réduction du recours à l'isolement et à la contention n'ont pas entraîné de majoration d'actes de violence des patients envers les soignants ni des patients entre eux (73) (74) (75).

#### 4. Le point de vue des soignants

##### a) *Vécu des soignants*

Une étude Irlandaise mettait en avant que les soignants percevaient le recours à l'isolement comme un moyen de dernière instance, particulièrement stressant notamment du fait des comportements violents et agressifs des patients chez qui cette mesure s'avérait nécessaire. Les soignants verbalisaient la peur de se faire agresser lors de la surveillance des patients placés en chambre d'isolement. La mise en isolement des patients laissait une ambiance pesante dans le service, avec majoration de l'anxiété des autres patients ayant été témoins de l'intervention. D'autres soignants ressentaient de la culpabilité ainsi qu'une impression d'incompétence du fait de l'échec des mesures préalables, ils disaient à ce sujet : « *notre rôle est de soigner, pas d'enfermer les gens* », « *on a l'impression de passer d'un statut de soignant à un statut de gardien de prison en une minute* ». En revanche, d'autres soignants exprimaient une absence d'émotion liée à ces pratiques, ce qu'ils interprétaient comme un mécanisme de défense. Enfin, la mise en isolement d'un patient pouvait aussi être vécue comme un soulagement (76).

D'après le philosophe Iris Murdoch, nous répondons à chaque situation soit en affrontant le stress ou en nous en protégeant. Cependant si nous nous protégeons de façon trop répétée, nous développons un « mur », « une coquille » auto-protectrice. D'après Murdoch, une telle protection entraîne une trop grande distance avec le patient et un détachement rendant la prise en charge impersonnelle, les patients devenant des « objets » à gérer. Le soignant devant en premier lieu percevoir le patient comme une personne avant d'être un patient. La dépersonnalisation des patients inhibe une réflexion appropriée pour une prise en charge adéquate ; les aspects humains et éthiques sont alors mis de côté. Or l'amélioration des relations entre l'équipe et les patients est source d'une diminution des situations de violence. Dans ce sens, une supervision de l'équipe soignante et un débriefing des situations ayant conduit à une mise en isolement semble indispensable leur offrant un espace de réflexion autour de leur pratique et leurs craintes (76).

Une étude Canadienne montrait que des soignants pouvaient se sentir honteux, craignant d'entraver les droits des patients. Les soignants ayant une attitude positive envers les patients atteints de troubles mentaux sont plus aptes à mener des mesures de désescalade. Les mesures d'isolement et de contention sont plus fréquemment utilisées lorsque les soignants se retrouvent en sous-effectif. Certains soignants vont participer à des mises en isolement et en contention alors qu'ils n'adhèrent pas à cette décision, pour maintenir la solidarité de l'équipe lorsque les autres membres estiment la mesure nécessaire. Les soignants ont différents types de fonctionnement : certains veulent contrôler et vont gérer la crise en cherchant à persuader le patient au travers de menaces de sanction ; d'autres s'inscrivent dans une démarche de compréhension, cherchant à trouver des solutions via le dialogue, la négociation et la collaboration (77).

Un hôpital psychiatrique du Connecticut aux Etats-Unis questionnait, par l'intermédiaire de jeux de rôle, les infirmiers quant aux mesures qu'ils décideraient de prendre dans diverses situations d'agitation du patient. La plupart d'entre eux recommandait une surveillance rapprochée concomitamment à une mesure d'isolement, en 2<sup>ème</sup> position ils recommandaient une surveillance rapprochée seule. Les deux infirmiers préconisant d'emblée les mesures les plus coercitives étaient les moins expérimentés : ils préconisaient 3 fois plus de mesures restrictives à eux deux que tous les autres soignants plus expérimentés réunis (9 soignants en tout). A noter qu'aucun patient n'a reçu la même exacte recommandation parmi les 9 soignants (parmi les options suivantes : observation, isolement, contention, observation et isolement, observation et contention, observation isolement et contention, isolement et contention). Cette expérience montrait également que plus une mesure était restrictive, plus les soignants cherchaient à éviter d'y recourir (78).

Une étude néo-zélandaise montrait que la moitié des soignants percevaient l'isolement comme une mesure négative et stressante pour les patients. 36% des soignants estimaient que les patients devaient se sentir dévalorisés et impuissants lorsqu'ils étaient isolés ; 75% des soignants supposaient que les patients isolés ressentaient de la colère. Mais seuls 21 % des soignants ressentait

que les conditions d'hospitalisation seraient meilleures si l'isolement était proscrit. 38% des soignants trouvaient que l'isolement était trop utilisé et 15% estimaient qu'il n'y avait pas de raison de modifier la politique de recours à l'isolement (79).

En Finlande, une étude montrait que 11% des soignants percevaient l'isolement comme étant éthiquement problématique ; la mesure était jugée problématique en majorité par des femmes (80). Lors de son étude en 2009, le docteur Baratta soulignait un vécu hostile voire anxiogène de certains soignants lors des décisions de mise en isolement des patients (43). Les soignants étant au cœur du processus de mise en œuvre de la mesure voire à l'origine de la demande de la mise en place de la mesure, il apparaît important de pouvoir accorder du poids au vécu des soignants quant aux situations d'agressivité et de violence dans les services, afin de favoriser un climat d'apaisement pour les patients.

#### *b) Sentiment d'insécurité*

Face à certains patients agressifs, menaçant ou agités, les équipes de soins se sentent démunies voire en danger et sont dépassées face à des situations qui autrefois n'entraînaient pas une telle appréhension. Ceci s'explique en partie par l'abandon de la formation spécifique d'infirmier psychiatrique qui leur permettait d'être plus à l'aise dans la relation avec le patient présentant des troubles mentaux et de ce fait plus serein face à des situations de crise et d'agitation. La réduction des effectifs a eu le même effet : les équipes qui estiment ne pas disposer de suffisamment de soignants vont plus facilement solliciter une mesure d'isolement dans une logique de prévention de la violence (40).

L'absence d'une présence médicale dans de nombreux services est également un facteur à prendre en compte ; les équipes se sentant parfois abandonnées sans étayage médical sur lequel s'appuyer. En effet, le CGLPL a constaté que lorsque la présence médicale fait défaut, le recours à la chambre d'isolement est majoré notamment à des fins préventives. Ainsi, le sentiment d'insécurité

des soignants mène à des pratiques qui sont en contradiction avec la politique de diminution de la prise en charge des patients en chambre d'isolement (40).

*c) Patients et soignants : points de vue divergents sur l'isolement*

Une étude anglaise en 2005 montrait une divergence des points de vue entre les soignants et les patients : les soignants percevaient la maladie mentale comme étant pourvoyeuse de comportements violents, point de vue qui n'était pas partagé par les patients. Ils étaient cependant d'accord pour affirmer que des facteurs extérieurs pouvaient être à l'origine de cette agressivité (environnement trop restreint, règles trop strictes). Les soignants ne voyaient pas leur communication avec les patients comme étant problématique et ne percevaient pas les techniques de désescalade comme étant efficaces alors que les patients demandaient que des mesures alternatives soient examinées avant la mise en place de mesures coercitives. Les avis concernant la médication forcée, l'isolement et la contention étaient divergents autant du côté des soignants que des patients (81).

On voit bien que l'absence de communication entre les soignants et les patients mène à des décisions qui ne correspondent pas aux attentes de prise en charge des patients qui souffrent des mesures prises à leur encontre. Les politiques de services, un nombre insuffisant de soignants, la formation insuffisante des soignants concernant les troubles mentaux et la gestion de l'agressivité, le niveau d'éducation des équipes, les attitudes des soignants envers l'isolement et la contention sont des facteurs prédictifs qui entrent en compte dans le recours à l'isolement et à la contention, au même titre que l'évaluation de l'état psychique du patient (78).

Une autre étude, Australienne cette fois, montrait que les soignants voyaient l'isolement comme étant absolument nécessaire, avec une valeur thérapeutique élevée pour calmer les patients et qu'ils se sentaient mieux, et n'y voyaient pas de dimension punitive. De leur côté, les patients estimaient que l'isolement était utilisé pour des situations minimales et que ce recours était un moyen

pour les soignants d'exercer leur pouvoir et un contrôle sur les patients. Les patients vivaient l'isolement comme une punition et n'en percevaient pas l'utilité thérapeutique (82).

*d) Recommandations du CGLPL concernant les soignants et la pratique de l'isolement*

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté a émis des recommandations en se basant sur ses constats lors des visites effectuées. Il apparaît indispensable pour le CGLPL que le nombre de soignants exerçant dans des services accueillant des patients présentant des troubles mentaux soit adapté au nombre de patients et permette des conditions de travail sécuritaires à la fois pour les soignants mais aussi pour les patients. Une présence médicale quotidienne doit permettre une réévaluation régulière des patients pris en charge ainsi qu'un débriefing avec l'équipe de soins. Le nombre de médecins psychiatres est amené à diminuer de 13 000 psychiatres à 8000 d'ici à 2020 ce qui risque de majorer le sentiment d'abandon des équipes. Le taux d'absentéisme soignant augmente de façon régulière chaque année rendant la situation de plus en plus compliquée accroissant la charge de travail des autres. Il est nécessaire de poursuivre la formation des infirmiers de façon continue (formation adaptée à la psychiatrie), en effet le CGLPL constate que la dimension juridique de la situation des patients est souvent mal connue des soignants (83).

Adeline Hazan dit à propos de la prise en charge de l'agitation : « *La réponse adaptée à la violence ne peut être que de nature humaine ; un nombre suffisant de soignants, une formation adaptée, en particulier à la prévention de la violence et un suivi personnalisé des difficultés professionnelles sont nécessaires* » (83).

C. Critiques des pratiques Mulhousiennes, préconisations pour une amélioration des pratiques à Mulhouse

1. Recommandations relatives aux pratiques du GHRMSA

Le premier point qui saute aux yeux à l'issue de l'étude de ces 64 dossiers, est l'absence de prescription médicale et le mauvais remplissage de ces prescriptions. Il en résulte une absence

d'information concernant les modalités de mise en œuvre et de surveillance pour le personnel soignant mais également un manquement aux libertés et droits des patients qui se voient attribuer un régime « par défaut ».

- Il est nécessaire que les médecins remplissent les prescriptions médicales de mise en isolement de façon systématique et exhaustive. En effet, aucune prescription médicale n'a été retrouvée dans 18,75% des cas, et lorsqu'elle était présente de nombreuses informations manquaient. Ainsi dans 28% des cas, le motif n'était pas indiqué ne permettant pas d'analyser de façon fiable la pertinence de la décision de mise en isolement. L'analyse du dossier infirmier permet de se rendre compte que le médecin était systématiquement prévenu ou que son avis était demandé au moment ou à l'issue de la mise en isolement mais que cette prescription est restée « orale » sans actualisation du dossier du patient par le médecin ; dans ce contexte, il est impossible de savoir si le médecin a examiné le patient ou non. Parfois les prescriptions étaient effectuées sur des feuilles non prévues à cet effet entraînant un manque de précision quant aux modalités de mise en œuvre et de surveillance. Ces modalités sont suggérées sur la feuille de prescription spécifique dédiée à l'isolement et permettent au médecin de réfléchir à toutes les étapes de la mesure en remplissant la feuille. Toutefois malgré cet aiguillage, les feuilles de prescription dédiées étaient rarement remplies de façon exhaustive.
- L'attention est portée aux médecins d'effectuer une surveillance médicale plus soutenue : au minimum 2 fois par 24 heures avec nécessité de consigner cette évaluation systématiquement dans le dossier du patient en précisant la date et l'heure de cette évaluation. Le but de cette réévaluation plus fréquente est de diminuer la durée des isolements qui ne sont plus utiles mais qui sont prolongés de fait jusqu'à 24 heures après le début de la mesure par défaut d'un passage médical plus rapproché.

- Un examen somatique doit être pratiqué systématiquement et consigné dans le dossier de soins afin de s'assurer de l'absence de contre-indication à la mesure d'isolement. De même que les paramètres de la surveillance à effectuer par les soignants doivent être précisés.
- L'isolement en chambre (rare certes) ne doit plus être pratiqué pour des raisons de sécurité (risque en cas d'incendie, risque d'auto-agressivité en absence de mobilier sécurisé, chambre qui peut être trop éloignée de la salle de soin). Pour se faire une réduction des durées d'isolement permettrait une augmentation de la disponibilité des chambres d'isolement et donc de la possibilité d'y avoir recours lorsque cela s'avère nécessaire.
- Il doit être systématiquement demandé au patient s'il souhaite que son entourage et/ou la personne de confiance soit avertie de la mise en place de la mesure.
- Le port du pyjama, imposé à plus de 90% des patients pris en charge en isolement ne doit plus être systématique mais évalué selon les risques présentés par chaque patient pour eux-mêmes ou pour autrui. Le port du pyjama devrait rester une exception médicalement justifiée ; il incombe au médecin de préciser la nécessité du port du pyjama sur la prescription afin qu'il ne s'agisse plus d'une mesure prise « par défaut ».
- Moins de 10% des patients pouvaient bénéficier d'objets personnels et cela sans justification médicale. La privation des biens des personnes doit être justifiée et ne plus être une simple application d'un protocole, encore une fois le médecin doit évaluer, en tenant compte de l'avis de l'équipe soignante, la possibilité pour le patient de pouvoir bénéficier d'objets personnels et desquels dans la mesure où ces derniers ne présentent pas une dangerosité pour le patient ou pour autrui.
- 2 patients hospitalisés en soins libres ont été placés en isolement sans révision de leur régime d'hospitalisation (initialement 4 patients en HL mais pour 2 des patients, une hospitalisation contraignante a alors été mise en place rapidement après la mise en isolement). La durée d'isolement de ces 2 patients a été de 10 heures et 18,25 heures. Les

médecins doivent rester vigilants quant au statut des patients placés en isolement afin de respecter la liberté d'allées et venues des patients hospitalisés librement.

- 2 mineurs ont été pris en charge en chambre d'isolement, ils étaient âgés de 14 et 16 ans. La prescription de mise en isolement n'a pas été retrouvée pour le jeune de 14 ans, d'après le dossier médical il s'agissait d'une demande émanant du pédiatre de garde, l'isolement a duré 16,25 heures et le patient est retourné dans le service de pédiatrie dès la sortie d'isolement. Concernant le patient de 16 ans, l'isolement a duré 21 heures, mais le motif n'était pas précisé.
- Un patient a fait l'objet d'une mesure d'isolement au seul motif d'être incarcéré (ASPDRE D398), la mise en isolement des patients incarcérés ne doit plus être systématique mais doit être justifiée cliniquement comme dans le cas de tous les autres patients.
- Les prescriptions de mise en isolement et de contentions « si besoin » sont à bannir. La décision de mise en isolement et/ou de contention devant se faire à partir de l'état clinique et de l'évaluation du patient.
- Les mesures de désescalade et alternatives mises en place antérieurement doivent être la règle et doivent être tracées dans le dossier du patient. Pour se faire, des formations régulières doivent être proposées aux équipes soignantes et médicales sur la gestion de situation de crise face à des patients agités et/ou agressifs. Des reprises régulières en présence du médecin du service et du cadre de santé doivent aussi avoir lieu pour déterminer ce qui a échoué dans la désescalade de l'agitation, et comment améliorer les futures prises en charge.
- La reprise du vécu des patients par les soignants du service était effectuée immédiatement après la sortie d'isolement du patient. A la sortie d'isolement, les patients, certes plus calmes, ne présentaient pas forcément une amélioration de la symptomatologie psychiatrique, ce qui explique que le vécu de certains patients n'a pas pu être recueilli du fait d'une instabilité psychique encore trop marquée ne permettant pas au patient de

comprendre la démarche ni d'exprimer son ressenti de façon éclairée. Lorsque l'entretien n'est pas réalisable, il semblerait judicieux de proposer un entretien centré sur le vécu du patient une fois les troubles stabilisés. Afin de pouvoir répondre aux questions du patients de façon précise, l'entretien pourrait être mené par un médecin (si possible le médecin prescripteur de la mesure lorsque cela s'avère possible) en présence d'un soignant. On constate qu'à Mulhouse le vécu du patient est recueilli quasiment systématiquement mais le dossier ne permet pas de savoir si des informations complètes et précises ont été données au patient quant aux arguments ayant conduit à cette décision ni de savoir si une discussion a été menée visant à discuter avec le patient des mesures alternatives qui auraient pu lui être proposées.

- Un système d'alarme ou de sonnette doit être mis à disposition des patients, afin qu'ils puissent prévenir l'équipe d'un quelconque problème.

## 2. Améliorations depuis l'étude

Depuis 2018, tous les médecins (y compris ceux qui viennent effectuer des gardes de façon épisodique) ont accès au dossier de soins informatisé et donc aux prescriptions dédiées à la mise en isolement des patients. Les médecins doivent rester attentifs à remplir les prescriptions de façon exhaustive et systématique. Pour se faire, un modèle fourni par la Haute Autorité de Santé pourrait inspirer la création de nouvelles feuilles de prescription d'isolement (voir en annexes).

Des formations sont désormais proposées régulièrement aux soignants afin d'améliorer les pratiques.

L'unité de soins contraints n'accueille plus que des patients hospitalisés sans leur consentement : si un patient hospitalisé initialement en soins libres est amené à être transféré dans l'unité fermée, son régime d'hospitalisation est immédiatement révisé.

L'ouverture de la chambre d'apaisement en octobre 2017 a permis une alternative à la chambre d'isolement. Il sera intéressant, dans l'avenir, d'en évaluer l'impact à la fois sur le vécu des patients et sur le recours à la chambre d'isolement.

## VI. Conclusion

De nos jours, le recours à la chambre d'isolement en psychiatrie est encore largement utilisé en France et à l'étranger sans que l'on ne dispose de chiffres officiels. L'obligation de tenue d'un registre et de transmission des informations aux instances prévues permettra à court terme de bénéficier de statistiques fiables afin d'obtenir un état des lieux plus précis des pratiques d'isolement dans les établissements de santé mentale français.

L'isolement des patients souffrant de troubles mentaux et de troubles du comportement existe depuis l'antiquité et n'était jusqu'en 2016 encadré par aucune loi spécifique en France. L'absence d'encadrement législatif a rendu la pratique de l'isolement hétérogène d'un hôpital à l'autre voire au sein d'un même hôpital et ce malgré l'existence de recommandations de bonnes pratiques émises par la Haute Autorité de Santé en 1998, actualisées en 2017. Le but de la législation et de l'actualisation des recommandations est de limiter les décisions arbitraires et d'homogénéiser les pratiques sur le territoire. Ces textes rappellent que la mise en chambre d'isolement est un acte médical de dernier recours, qui doit être mis en place pour une durée la plus courte possible, et posent les indications et contre-indications ainsi que les modalités de mise en œuvre et de surveillance à mettre en place. L'objectif commun des différentes instances impliquées dans la rédaction des protocoles et lois est à terme une réduction significative de la fréquence du recours à l'isolement mais également la baisse de la durée des isolements. En effet, le placement d'un patient en chambre d'isolement est une entrave à la liberté individuelle d'aller et venir. Désormais tous les médecins et soignants ayant recours à cette pratique doivent suivre ces règles établies et les disparités entre services devraient alors se réduire, permettant aux patients d'être pris en charge de

la manière la plus adaptée possible en laissant moins de place aux « habitudes de service ». Cependant, le cadre des recommandations en vigueur reste moins strict que les préconisations des instances internationales qui pour certaines ne reconnaissent pas la pratique de l'isolement comme étant thérapeutique. De plus, depuis une dizaine d'années, le contrôleur général des lieux de privation de libertés veille à ce que les pratiques de l'isolement en psychiatrie soient effectuées dans le respect de la dignité humaine et du Code de Déontologie Médicale.

Nous avons pu constater au travers de ce travail que l'isolement est vécu difficilement par une majorité de patients : que ce soit du fait de l'enfermement ou du fait des conditions d'isolement (impossibilité de bénéficier d'affaires personnelles, passage soignant trop espacé par exemple).

L'évaluation des pratiques à Mulhouse ainsi que les données de la littérature mettent en avant que les patients isolés sont majoritairement des hommes, âgés d'environ 40 ans pour lesquels l'isolement a été motivé par un état d'agitation ou d'agressivité et dont plus de la moitié souffre de troubles de la sphère psychotique, et plus particulièrement de schizophrénie. Il s'agit donc de patients s'inscrivant dans des soins chroniques. De ce fait, il est important de pouvoir limiter ce vécu difficile de leur prise en charge afin de maintenir une alliance thérapeutique et de garder un lien de confiance entre le patient et l'équipe médicale et paramédicale, d'autant que ces patients atteints de troubles psychotiques sont isolés plus longtemps que les autres patients. Il s'avère alors indispensable de limiter le recours à la mise en isolement des patients, d'en améliorer les conditions de mise en œuvre et d'en réduire la durée.

Donner une information claire et appropriée au patient au moment de la mise en isolement peut être difficile du fait de l'état du patient conduisant à cette décision (état d'agitation, délire, anxiété majeure etc) rendant ce dernier inaccessible aux explications. C'est pour cela que l'entretien de reprise est capital, afin de pouvoir délivrer cette information au patient qui ne doit pas rester avec un vécu de punition qui risque d'entraver la relation entre le patient et l'équipe, mais aussi pour que le patient ne perçoive pas sa pathologie comme étant « répréhensible ». Le but de cet entretien (qui

sera si possible, réalisé par le médecin et les soignants présents au moment dans la mise en isolement), est de reprendre avec le patient les causes ayant entraîné ce recours, d'analyser les causes de l'échec des moyens alternatifs entrepris et de définir avec lui un protocole de prise en charge d'agitation si la situation se reproduisait. L'entretien de reprise donne l'opportunité au patient de verbaliser son vécu et ce retour permet à l'équipe de travailler sur une amélioration des conditions d'isolement afin que cette mesure soit vécue le moins traumatiquement possible lorsqu'elle s'avère nécessaire. Par ailleurs, l'entretien post-isolement est l'occasion de désamorcer une situation de stress aigu dans laquelle certains patients peuvent se trouver. De nombreux patients rapportent une incompréhension de la mesure ainsi qu'un vécu difficile de l'enfermement qui est perçu comme étant anxiogène ou encore désagréable. Concernant les effets bénéfiques de l'isolement, les patients citent à plusieurs reprises « l'apaisement ». La chambre d'apaisement (non fermée à clé et dont les conditions d'utilisation sont moins restrictives que la chambre d'isolement) apparaît alors comme une alternative idéale, permettant ainsi aux patients de s'apaiser en leur mettant à disposition un lieu calme, à l'abri des stimulations sans les effets indésirables décrits de la chambre d'isolement (sensation d'enfermement, trop long, restriction de liberté ...). L'objectif étant d'assurer un meilleur vécu global de l'hospitalisation du patient pour maintenir l'alliance thérapeutique ; les soignants et les équipes devant être considérés comme les thérapeutes qu'ils sont et non pas comme des ennemis et des persécuteurs.

La discussion en amont avec le patient d'un dispositif concernant la conduite à tenir en cas d'agitation semble intéressante et pourrait être proposée en début d'hospitalisation afin d'inclure le patient dans sa prise en charge qu'il aura alors moins l'impression de subir.

Les services de psychiatrie doivent disposer de moyens humains adaptés au nombre de patients de l'unité afin de pouvoir réévaluer régulièrement les patients isolés. Le renforcement du nombre de soignants permet d'une part de réduire l'anxiété de l'équipe face aux patients agités, et d'autre part de mettre en place plus aisément des techniques de désescalades et des mesures

alternatives en laissant la place au dialogue avec le patient. A contrario, des effectifs soignants réduits sont, par manque de temps à consacrer à chaque patient, une source d'augmentation de mise en isolement des patients. Une présence médicale suffisante rassure l'équipe et permet une réévaluation régulière de l'état psychique du patient (au minimum 2 fois par jour) : l'absence de réévaluation ne doit plus être un motif de poursuite de l'isolement. Reste bien sûr à définir quel est le ratio de soignants et de médecins par patients satisfaisant une prise en charge optimale.

La mise en place de mesures de désescalade doit être la règle ; à cet effet diverses alternatives seront proposées au patient dans une logique de désescalade, par exemple : maintien du dialogue en favorisant un apaisement verbal (le dialogue et une attitude calme doivent être le premier geste thérapeutique), donner l'autorisation au patient de contacter un proche ou encore suggérer au patient la pratique d'une activité physique. Outre les mesures de désescalade, la réduction du recours à l'isolement passe par une prévention de la survenue d'épisodes d'agitation. Ainsi les unités d'hospitalisations doivent être organisées de façon à être accueillantes et permettre aux patients de s'y déplacer. Les services de psychiatrie doivent disposer d'un règlement qui ne soit pas trop rigide afin de limiter les situations sources de frustration, et doivent concéder un assouplissement des règles quand cela s'avère nécessaire. De la même manière, l'accès à des activités thérapeutiques et occupationnelles diminue l'ennui et majore les interactions des patients avec l'équipe et donne aux patients d'autres moyens d'extérioriser leur tension interne. Les médecins et soignants doivent être attentifs aux signes pouvant annoncer un état d'agitation et mettre immédiatement en place des techniques de désescalade.

Le vécu des soignants vis-à-vis de la mise en isolement des patients est mitigé. Certains reconnaissent la mesure d'isolement comme étant thérapeutique et bénéfique. D'autres ne partagent pas ce point de vue et estiment qu'il s'agit d'une mesure stressante, négative et associée à un sentiment de culpabilité, de honte et d'incompétence. Un débriefing et une supervision systématique de chaque mise en isolement permet aux équipes de s'exprimer et de pouvoir

améliorer les pratiques : chaque soignant et médecin pourra alors bénéficier d'un espace d'expression quant à son propre vécu de ses pratiques et des pratiques du service. C'est de cette façon que l'hôpital de Mulhouse a su modifier régulièrement les protocoles de mise en isolement, en insistant depuis plus de 10 ans sur la reprise du vécu du patient permettant d'aboutir en 2017 à l'ouverture d'un « espace zen », moins restrictif qu'une chambre d'isolement.

La proposition de formations régulières aux soignants et médecins aura pour enjeu de mieux cerner la psychopathologie des patients, d'apprendre à déceler les situations risquant et d'enseigner des méthodes de gestion de la crise psychique autrement que par une réponse coercitive (apprentissage des techniques de désescalade).

A l'avenir, et après mise en place de ces différentes mesures, il sera intéressant d'évaluer si le vécu des patients est moins négatif. L'objectif est d'aboutir, en collaboration avec les équipes de soins, médicales et administratives à des prises en charge plus éthiques, impliquant davantage le patient dans les décisions prises à son égard et dans le respect de la dignité des patients et de la sécurité des soignants. Il s'agit d'un idéal car nous sommes confrontés à une équation difficile : réaliser plus d'activités thérapeutiques et occupationnelles pour les patients dans un cadre budgétaire restreint.

De la même façon, le manque des médecins et de soignants qui, lorsqu'ils sont en arrêt ou quittent

l'établissement ne sont pas remplacés, contribue aux dérives constatées par le contrôleur général des lieux de privations. L'isolement ne devrait jamais être un moyen de palier au sous-effectif, mais dans les conditions actuelles de travail dans les services de psychiatrie, une mauvaise utilisation de la chambre d'isolement est parfois faite à défaut d'avoir d'autres moyens à disposition (par manque de place pour accueillir les patients dans le service par exemple). Nous constatons que des efforts sont faits à l'hôpital de Mulhouse avec des médecins, équipes et cadres motivés pour des conditions de prise en charge des patients plus dignes et moins violentes. Encore faut-il que cette motivation soit appuyée par les pouvoirs publics en donnant les moyens nécessaires aux services de psychiatrie d'exercer dans les conditions énoncées par la loi et les recommandations.

VU  
Strasbourg, le 3 mai 2018  
Le président du Jury de Thèse

Professeur.....*VIDALHOT*.....

VU et approuvé  
Strasbourg, le 11 JUIN 2018  
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



## VII. Annexes

---

Isolement et contention en psychiatrie générale

---

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
IPP :

Date de mise en isolement :

Date de fin de l'isolement :

# FICHE DE SURVEILLANCE ISOLEMENT

**Service :**

**Unité :**

**DÉCISION MÉDICALE INITIALE**

Date et heure de la décision : \_\_/\_\_/\_\_ à \_\_ h \_\_

Nom du médecin : \_\_\_\_\_ Signature

Si le médecin n'est pas psychiatre :

- nom du psychiatre qui confirme la décision : \_\_\_\_\_ et signature

**MODE D'HOSPITALISATION DU PATIENT :**  SL  SPDT  SPDRE**CIRCONSTANCES DE SURVENUE****INDICATIONS** Menace de passage à l'acte hétéro ou autoagressif Acte agressif – violence Autre, préciser : \_\_\_\_\_**TROUBLES OU ANTÉCÉDENTS PRÉSENTANT UN RISQUE PARTICULIER**

o Sur le plan somatique :

o Sur le plan psychiatrique :

**INTERVENTIONS ALTERNATIVES TENTÉES** Intervention verbale, désescalade Temps calme/espace d'apaisement Entretien avec un soignant Médicament Autre, préciser : .....

**PRESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE**Fréquence de l'évaluation de l'état psychique :Préciser la fréquence de la surveillance de l'état somatique sur les lignes correspondantes :

Éléments de surveillance :

- Conscience
- Pouls, tension artérielle
- Température
- Saturation en oxygène
- Fréquence respiratoire
- Alimentation, hydratation
- Élimination intestinale
- Élimination urinaire
- Vérification de la mise en sécurité du patient et de l'espace d'isolement
- Toilette
- Substitut nicotinique ou possibilité de fumer
- Autre : préciser

Temps de sortie hors de l'espace d'isolement avec un soignant

- Non
- Oui : préciser

**INFORMATION AU PATIENT ET/OU PROCHES**

Date :

Nom du médecin :

Signature :

**ARRÊT DE LA MESURE**

Date et heure de l'arrêt : \_\_/\_\_/\_\_ à \_\_ h \_\_

Motifs de l'arrêt :

Nom du médecin : \_\_\_\_\_

Signature

**DÉCISION MÉDICALE – RENOUELEMENT ISOLEMENT - J**

Date et heure : \_\_/\_\_/\_\_ à \_\_ h \_\_

Nom du psychiatre :

Signature :

**MOTIF DU MAINTIEN EN ISOLEMENT**

--

**PRESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE**

Fréquence surveillance état psychique : .....

Préciser la fréquence de la surveillance de l'état somatique sur les lignes correspondantes :

Éléments de surveillance :

- Conscience
- Pouls, tension artérielle
- Température
- Saturation en oxygène
- Fréquence respiratoire
- Alimentation, hydratation
- Élimination intestinale
- Élimination urinaire
- Vérification de la mise en sécurité du patient et de l'espace d'isolement
- Toilette
- Substitut nicotinique ou possibilité de fumer
- Autre : préciser

Temps de sortie hors de l'espace d'isolement avec un soignant

- Non
- Oui : préciser

**ARRÊT**

Date et heure de l'arrêt : \_\_/\_\_/\_\_ à \_\_ h \_\_

Motif de l'arrêt :

--

Nom du médecin :

Signature :

## Isolement et contention en psychiatrie générale

## SURVEILLANCE

Date :	Heure 1 .....	Heure 2 .....	Heure 3 .....	Heure 4 .....	Heure 5 .....	Heure 6 .....
Conscience						
État psychique						
Traitement médicamenteux						
Pouls/TA						
Température						
Saturation en oxygène						
Fréquence respiratoire						
Alimentation						
Hydratation						
Élimination intestinale						
Élimination urinaire						
Toilette/hygiène corporelle						
Sécurité espace d'isolement						
Sécurité prévenue						
Temps de sortie de l'espace d'isolement						
Autre paramètre : .....						
Paraphe du soignant						

## VIII. BIBLIOGRAPHIE

1. Hazan A. Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse) [Internet]. CPLX1605078X ; mars 2016. [cité 10 août 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000032212070&categorieLien=id>
2. Veil Simone. Circulaire du 9 juillet 1993 relative à l'application de l'article L.365-1 du code de la santé publique [Internet]. SANP9301911C ; juillet 1993. [cité 10 août 2017]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000544419&categorieLien=id>
3. Haute autorité de santé. Isolement et contention en psychiatrie générale [Internet]. Février 2017. [cité 8 mars 2017]. Disponible sur : [www.has.fr](http://www.has.fr)
4. Définitions : isolement. In Larousse ; [cité 10 août 2017]. Disponible sur : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/isolement/44469?q=isolement#44403>
5. Burdoncle F. L'endroit et l'envers du pyjama à l'hôpital psychiatrique. L'information psychiatrique. Décembre 1990 ;750(10):1037-42.
6. Friard D. L'isolement en psychiatrie séquestration ou soins ? 2ème. MASSON ; 2002. 232 p. (souffrance psychique et soins).
7. Foucault M. Histoire de la folie (Folie et déraison à l'âge classique). Plon. Paris ; 1974. 688 p.
8. Geleitei P. chambre d'isolement et libertés individuelles. Droit déontologie et soin. Septembre 2006;6(3):293-320.
9. Morel P , Quétel C. Les médecines de la folie. Paris : Hachette Pluriel Référence; 1985. 285 p.
10. Avant la Révolution française - Le site du CNLE [Internet]. [cité 11 septembre 2017]. Disponible sur: <http://www.cnle.gouv.fr/Avant-la-Revolution-francaise.html>
11. Histoire de la psychiatrie en France [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <http://psychiatrie.histoire.free.fr/index.htm>
12. La Révolution française et les origines de la médecine « aliéniste » - Le site du CNLE [Internet]. [cité 11 septembre 2017]. Disponible sur: <http://www.cnle.gouv.fr/La-Revolution-francaise-et-les.html>
13. Scipion Pinel. Traité complet du régime sanitaire des aliénés [Internet]. Paris; 1836. [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k76724s>
14. Philippe PINEL (1745-1826) [Internet]. Portraits de médecins. [cité 11 septembre 2017]. Disponible sur: <http://medarus.org/Medecins/MedecinsTextes/pinelp.html>
15. Le XIXe siècle, la loi de 1838 et l'« aliéniste » - Le site du CNLE [Internet]. [cité 11 septembre 2017]. Disponible sur: <http://www.cnle.gouv.fr/Le-XIXe-siecle-la-loi-de-1838-et-l.html>

16. LOI n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation [Internet]. Code de la Santé publique. 90-527, SPSX8900129L ; juin 1990. [cité 11 septembre 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000349384&categorieLien=id>
17. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge [Internet]. Code de la santé publique. 2011-803, ETSX1117295L ; juillet 2011. [cité 11 septembre 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&categorieLien=id>
18. Assemblée Nationale. Déclaration des droits de l'Homme et du Citoyen [Internet]. 1789. [cité 11 septembre 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789>
19. Braudo S. Dictionnaire du droit privé [Internet]. [cité 11 septembre 2017]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-juridique.com/>
20. République française. CAA de MARSEILLE, 2ème chambre - formation à 3, 21/05/2015, 13MA03115, Inédit au recueil Lebon [Internet]. 2015. [cité 11 septembre 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriAdmin.do?idTexte=CETATEXT000030625025>
21. Article L3211-3 [Internet]. Code de la santé publique ; septembre 2013. [cité 11 septembre 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006687903>
22. LOI n°2016-41 du 26 janvier de modernisation de notre système de santé [Internet]. Santé publique, AFSX1418355L ; janvier 2016. [cité 11 septembre 2017]. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/article\\_72](https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/article_72)
23. Instruction n°DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 [Internet]. AFSH1710003J ; mars 2017. [cité 11 septembre 2017]. Disponible sur: <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=41997>
24. Article R4127-2 [Internet]. Code de la santé publique ; août 2004. [cité 05 octobre 2017] Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CDCF7C734A3E69C1F2A701AF A22816C1.tplgfr37s\\_2?idArticle=LEGIARTI000006912860&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CDCF7C734A3E69C1F2A701AF A22816C1.tplgfr37s_2?idArticle=LEGIARTI000006912860&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=)
25. Article R4127-3 [Internet]. Code de la santé publique ; août 2004. [cité 05 octobre 2017] Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912861&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20070131>
26. Article R4127-8 [Internet]. Code de la santé publique ; mai 2012. [cité 05 octobre 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912869&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20100625>

27. Article R4127-35 [Internet]. Code de la santé publique ; mai 2012. [cité 05 octobre 2017]  
Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912897&dateTexte=20110210>
28. Article R4127-36 [Internet]. Code de la santé publique ; août 2016. [cité 05 octobre 2017]  
Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006912898&dateTexte=&categorieLien=cid>
29. Article R4127-40 [Internet]. Code de la santé publique ; août 2004. [cité 5 octobre 2017].  
Disponible sur:  
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912903&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20040808>
30. Terra JL. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie [Internet]. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé ; juin 1998 [cité 8 septembre 2017]. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>
31. Roy P. Psychiatrie « de la moins mauvaise utilisation » des chambres d'isolement. Le quotidien du médecin. Octobre 1998;(6367):21-2.
32. Terra JL. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie [Internet]. Juin 1998. [cité 20 août 2017] p 13. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/CHISOL.pdf>
33. Article L161-37 [Internet]. Code de la sécurité sociale ; avril 2018. [cité 5 mai 2018]. Disponible sur:  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=9781B6D0D853F1052C90DFBEFAF9A026.tpdila21v\\_1?idArticle=LEGIARTI000006741287&cidTexte=LEGITEXT000006073189&categorieLien=id&dateTexte=20061221](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=9781B6D0D853F1052C90DFBEFAF9A026.tpdila21v_1?idArticle=LEGIARTI000006741287&cidTexte=LEGITEXT000006073189&categorieLien=id&dateTexte=20061221)
34. Paindavoine C. Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie. [Internet]. Juillet 2015.  
[https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=9781B6D0D853F1052C90DFBEFAF9A026.tpdila21v\\_1?idArticle=LEGIARTI000006741287&cidTexte=LEGITEXT000006073189&categorieLien=id&dateTexte=20061221](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=9781B6D0D853F1052C90DFBEFAF9A026.tpdila21v_1?idArticle=LEGIARTI000006741287&cidTexte=LEGITEXT000006073189&categorieLien=id&dateTexte=20061221). [cité 5 mai 2017]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/place\\_de\\_la\\_contention\\_et\\_de\\_la\\_chambre\\_disolement\\_en\\_psychiatrie\\_-\\_note\\_de\\_cadrage.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-09/place_de_la_contention_et_de_la_chambre_disolement_en_psychiatrie_-_note_de_cadrage.pdf)
35. Isolement et contention en psychiatrie générale: recommandations. [Internet]. Mars 2017. [cité 14 mai 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement\\_et\\_contention\\_en\\_psychiatrie\\_generale\\_-\\_recommandations\\_2017-03-13\\_10-13-59\\_378.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf)
36. Contrôleur des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2016 [Internet]. Juin 2016. [cité 3 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.cgpl.fr/actualites/actualites-2016/>
37. Nation Unies. Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants [Internet]. Juin 2016. [cité 3 mai 2017]. Disponible sur:

[http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CAT%2fC%2fFRA%2fCO%2f7&Lang=fr](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolNo=CAT%2fC%2fFRA%2fCO%2f7&Lang=fr)

38. Foire aux questions [Internet]. conseil de l'Europe. [cité 11 septembre 2017]. Disponible sur: <http://www.coe.int/web/cpt/faqs>
39. Rapport au gouvernement de la République française relatif à a visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitement inhumains ou dégradants. [Internet]. Strasbourg : CPT ; avril 2017. 82 p. [cité 11 septembre 2017]. Disponible sur : <https://rm.coe.int/1680707074>
40. Hazan A. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale [Internet]. Contrôleur général des lieux de privation de liberté ; mai 2016. [cité 11 septembre 2017] Disponible sur: [http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/05/CGLPL\\_Rapport-isolement-et-contention\\_Dalloz.pdf](http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2016/05/CGLPL_Rapport-isolement-et-contention_Dalloz.pdf)
41. Robiliard D. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. [Internet]. Assemblée nationale ; mai 2013. Report N°: 1085. [cité 11 septembre 2017]. Disponible sur : [http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1085.asp#P261\\_51808](http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1085.asp#P261_51808)
42. Palazzolo J, Chignon JM, Chabannes JP. The use of therapeutic isolation and confinement in psychiatry. A prospective study. *L'encéphale*. 1999;25:477-84.
43. Baratta A. L'utilisation de la chambre d'isolement comme soins en psychiatrie adulte. Partie I : Etude pilote au Centre de Brumath (EPSAN, Alsace Nord). *Perspectives psy*. Septembre 2009;48(3):278-85.
44. Baratta A , Morali A. Chambres d'isolement en psychiatrie : état des lieux en France. *Médecine et droit*. Mai 2010;2010(102):86-89.
45. Dumont A, Giloux N, Terra JL. Observation et évaluation d'une pratique clinique: l'isolement à l'unité médicale d'accueil du Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron. *L'information psychiatrique*. Octobre 2012;88(8):687-93.
46. Cano N , Boyer L, Garnier C et al. L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. *L'encéphale*. 2011;(37):4-10.
47. Coldefy M. Les données administratives de l'isolement. Dossier isolement et contention « en dernier recours ». *Revue santé mentale*. 2016;(210):46-9.
48. Raboch J, Kalisova L, Nawka A et al. Use of coercive measures during involuntary hospitalization: findings from ten european countries. *Psychiatric services*. Octobre 2010;61(10):1012-7.
49. Palazzolo J. A propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage de patients. *L'encéphale*. 2004;30(3):276-84.
50. Steinert T , Birck M, Flammer E et al. Subjective distress after seclusion or mechanical restraint: one-year follow-up of a randomized controlled study. *Psychiatr Serv*. Octobre 2013;64(10):1012-7.

51. Mayers P, Nelleke K, Winkler G et al. Mental health service users' perceptions and experiences of sedation, seclusion and restraint. *International journal of social psychiatry*. Janvier 2010;56(1):60-73.
52. Wadeson H, Carpenter WT. Impact of the seclusion room experience. *J Nerv Ment Dis*. Novembre 1976;163(5):318-28.
53. Meehan T, Vermeer C, Windsor C. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *Journal of advance nursing*. Février 2000;31(2):370-7.
54. Martinez RJ, Grimm M, Adamson M. From the other side of the door: patient views of seclusion. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. Mars 1999;37(3):13-22.
55. Shaw K, McFarlane AC, Bookless C et al. The aetiology of postpsychotic posttraumatic stress disorder following a psychotic episode. *J Trauma Stress*. Février 2002;15(1):39-47.
56. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv*. Septembre 2005;56(9):1123-33.
57. Meyer H, Taiminen T, Vuori T et al. Posttraumatic stress disorder symptoms related to psychosis and acute involuntary hospitalization in schizophrenic and delusional patients. *J Nerv Ment Dis*. 1999;187(6):343-52.
58. Norvoll R, Ruud T, Hynnekleiv T. Seclusion in emergency psychiatry. *Tidsskr Nor Laegeforen*. Janvier 2015;135:35-9.
59. Georgieva I, Mulder C, Whittington R. Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC psychiatry*. Mai 2012;12:54.
60. J Newton Scanlan. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings : what we know so far a review of the literature. *Int J Soc Psychiatry*. 2010;56(4):412-23.
61. Forster PL, Cavness C, Phelps MA. Staff training decreases use of seclusion and restraint in an acute psychiatric hospital. *Arch Psychiatr Nurs*. Octobre 1999;13(5):269-71.
62. McCure RE, Urcuyo L, Lilo y et al. Reducing restraint use in a public psychiatric inpatient service. *J Behav Health Serv Res*. Avril 2004;31(2):217-24.
63. Morales E, Duphorne PL. Least restrictive measures : alternatives to four-point restraints and seclusion. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. Octobre 1995;33(10):13-6.
64. Haute Autorité de Santé. Dangersité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. [Internet]. Mars 2011. [cité 11 septembre 2017]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation\\_de\\_la\\_dangerosite\\_psychiatrique\\_-\\_recommandations\\_2011-07-06\\_15-48-9\\_213.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf)
65. Borckardt JJ, Madan A, Grubaugh AL, et al. Systematic investigation of initiatives to reduce seclusion and restraint in a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv*. Mai 2011;62(5):477-83.

66. Ashcraft L, Anthony W. Eliminating seclusion and restraint in recovery-oriented crises services. *Psychiatr Serv.* Octobre 2008;59(10):1198-202.
67. Daryl K Knox, Garland H, Holloman Jr. Use and Avoidance of Seclusion and Restraint : Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA Seclusion and Restraint Workgroup. *West J Emerg Med.* Février 2012;13(1):35-40.
68. Sharfstein SS. Commentary : reducing restraint and seclusion: a view from the trenches. *Psychiatr Serv.* Février 2008;59(2):197.
69. Sullivan AM, Bezmen J, Barron CT , et al. Reducing restraints : alternatives to restraints on an inpatient psychiatric service-utilizing safe and effective methods to evaluate and treat the violent patient. *Psychiatr Q.* 2005;76(1):51-65.
70. Jonikas JA, Cook JA, Rosen C , et al. Brief Reports: a program to reduce use of physical restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatr Serv.* 2004;55(7):818-20.
71. Veltkamp E, Nijman H, Stolker JJ, et al. Patients' preferences for seclusion or forced medication in acute psychiatric emergency in the Netherlands. *Psychiatr Serv.* Février 2008;52(2):209-11.
72. Lehane M, Rees C. Alternatives to seclusion in psychiatric care. *Br J Nurs.* Septembre 1996;54(8).
73. Smith GM, Davis RH, Bixler EO, et al. Pennsylvania Sate Hospital system's seclusion and restraint reduction program. *Psychiatr Serv.* 2005;(54):1115-22.
74. Lewis M, Taylor K, Parks J. Crisis prevention management: a program to reduce the use of seclusion and restraint in an inpatient mental health setting. *Issues Ment Health Nurs.* Mars 2009;30(3):159-64.
75. Busch AB. Special section on seclusion and restraint : introduction to the special section. *Psychiatr Serv.* 2005;56:1104.
76. Moran A, Cocoman A, Scott PA, et al. Restraint and seclusion: a distressing treatment option? *J Psychiatric Mental Health Nurs.* Septembre 2009;16(7):599-605.
77. Larue C, Dumais A, Ahern E, et al. Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *J Psychiatric Mental Health Nurs.* 2009;16(5):440-6.
78. Holzworth RJ, Wills CE. Nurses'judgements regarding seclusion and restraint of psychiatric patients : a social judgment analysis. *Res Nurs Health.* 1999;22(3):189-201.
79. El-Badr S, Mellsop G. Patient and staff perspectives on the use of seclusion. *Australas Psychiatry.* 2008;16(4):248-52.
80. Lind M, Kaltiala-Heino R, Suominen T, et al. Nurses'ethical perceptions about coercion. *J Psychiatric Mental Health Nurs.* 2004;11(4):379-85.
81. Duxbury J, Whittington R. Causes and management of patient aggression and violence: staff and patient perspectives. *J Adv Nurs.* 2005;50(5):469-78.
82. Meehan T, Bergen H, Fieldsoe K. Staff and patient perceptions of seclusion : has anything changed? *J Adv Nurs.* 2004;47(1):33-8.

83. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Le personnel des lieux de privation de liberté. Dalloz. 2017. 64 p.

Université

de Strasbourg

Faculté  
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

**Document avec signature originale devant être joint :**  
 - à votre mémoire de D.E.S.  
 - à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : KUHN Prénom : Alice

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

" J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète "

Signature originale :

A Strasbourg, le 10/02/18.

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

---

**RESUME :**

**Introduction :** Le recours à la chambre d'isolement en psychiatrie est hétérogène en France malgré des recommandations de bonnes pratiques qui évoluent depuis 1998. L'objectif de ce travail est de faire le point sur la pratique de l'isolement, sur les modalités de mise en œuvre ainsi que sur le vécu des patients isolés ; puis d'envisager les alternatives possibles.

**Matériel et méthodes :** Les dossiers de tous les patients placés en isolement dans un service de psychiatrie de l'hôpital de Mulhouse entre le 13/11/2016 et le 01/08/2017 ont été étudiés. Les critères examinés étaient : le vécu du patient, les caractéristiques des patients isolés ainsi que les conditions d'isolement. Les données de la littérature ont été exploitées afin de compléter ce travail.

**Résultats :** les patients faisant l'objet d'une mesure d'isolement sont majoritairement des hommes, âgés d'environ 40 ans présentant pour la plupart un état d'agitation ou d'agressivité et dont plus de la moitié souffre de troubles psychotiques et en particulier de schizophrénie. L'isolement est vécu difficilement par une majorité de patients bien que certains y voient une possibilité d'apaisement.

**Discussion :** les patients concernés par l'isolement s'inscrivent souvent dans des soins chroniques, il est donc important de limiter ce vécu difficile de leur prise en charge afin de maintenir une alliance thérapeutique entre le patient et l'équipe de soins. L'amélioration des pratiques passe par la mise en place de mesures alternatives et par la prévention de l'agressivité et de la violence en amont. Ces mesures pourront être pensées en équipe et en concertation avec le patient.

**Conclusion :** La limitation du recours à l'isolement, qui est considéré comme une atteinte aux libertés d'aller et venir, passe par un aménagement de la prise en charge des patients tant sur le plan administratif, institutionnel que médical. La mise à disposition des services de psychiatrie de moyens humains et matériels suffisants est une priorité.

---

**Rubrique du classement :**

PSYCHIATRIE

---

**Mots-clés :** Psychiatrie, chambre d'isolement, désescalade, alternative, apaisement

---

**Président :** Professeur Pierre Vidailhet

**Assesseurs :** Professeur Gilles Bertschy, Professeure Laurence Lalanne-Tongio, Professeure Carmen Schroder, Docteur Philippe Greth

---

**Adresse de l'auteur :** 30 Avenue des Vosges 67000 Strasbourg

