

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 88

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'Etat
Mention PSYCHIATRIE

PAR

Madame Charlotte ADAM
Née le 2 mars 1989 à Versailles

Contention mécanique en psychiatrie : revue de la littérature, analyse des pratiques et étude qualitative du vécu des patients aux urgences psychiatriques de Strasbourg

Président de de thèse : Monsieur le Professeur Pierre VIDAILHET

Directrice de thèse : Madame le Docteur Alexandra DE HERBAY

FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)



- **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. BITSCH Samuel

Edition DECEMBRE 2019
Année universitaire 2019-2020

**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 Séïamak
DOLLFUS Hélène

Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

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

PO214

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute pierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 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 Seïamak P0005	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUUX Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Haute pierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Haute pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Haute pierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Haute pierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHELLY Jameleddine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoît P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 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	NRP6 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

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologie)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 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	RP6 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	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
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)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; 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 Hépto-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 / Haute-pierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTE Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépto-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 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; 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 Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; 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 Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
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'Hépto-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
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUDER Philippe P0142	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP6 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	RP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP6 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	NRP6 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	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRP6 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 WOLFF Valérie P0001	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - 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

RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

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

Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

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

(3)

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

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

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

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

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

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRP6 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	55.02 Ophtalmologie
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO128	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 Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • 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 ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112 (En disponibilité)		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
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 Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
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
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; 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	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0109 (En disponibilité)	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
Mme FARRUGIA-JACAMON 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
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)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme HEIMBURGER Céline M0120		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
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)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -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
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	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
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 Haute-pierre	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 Haute-pierre 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)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; 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)
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 : Bactériologie -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 : Bactériologie -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)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• 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 RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Aïna 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 SCHEIDECKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	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 Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schilligheim	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 Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie 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 Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Jeffrey 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 GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)

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

Dr CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

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

Dr 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 ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)
Dr SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, 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	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCO Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dr GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dr GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 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	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 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	NRP6 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)
 - MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)**
 - BELLOCCO Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
 - MULLER André (Thérapeutique)
- o **pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)**
 - Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o **pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)**
 - Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o **pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)**
 - DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
 - NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
 - PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
 - Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
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 / 2017-2018)
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)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	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 Christian (Neurologie) / 01.09.19
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURSZEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAUVIN Michel (Cardiologue) / 01.09.18	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	

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
A 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'Etre 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 audessus 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 lors de mes stages au CHU. Merci pour votre engagement auprès des internes, vous nous avez guidé à différentes étapes de l'internat et nous avons eu la chance de bénéficier de la qualité de votre enseignement.

Je remercie le Professeur Bertschy d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse, pour sa disponibilité et sa bienveillance, ainsi que pour ses enseignements. Je vous suis reconnaissante de la confiance et de la bienveillance que vous m'avez accordé dès mon arrivée dans votre service. Vous avez contribué à éveiller mon intérêt pour la pratique de la psychiatrie hospitalière et je vous en remercie. Je vous remercie de m'accorder votre confiance pour la suite de ma carrière professionnelle.

Je remercie le Professeur Berna 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 Docteur De Herbay d'avoir accepté d'encadrer ce travail ainsi que pour son accueil, sa sympathie et sa bienveillance lors de mes stages effectués au CHU dont je garde un excellent souvenir. Merci pour tes conseils et ton enthousiasme, et ta tolérance mise à rude épreuve dans l'élaboration de cette thèse.

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 3011, de l'hôpital de jour et des urgences du CHU ainsi qu'aux équipes de l'unité A et B des Hôpitaux Civils de Colmar 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 : Charles Monteil, Hiroshi Kobayashi, Sébastien Weibel, Guillaume Riedlin, Julie Clauss, Myriam Riegert, Adrien Gras, Amaury Mengin et Pierre-Edouard Blondel.

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

Merci à tous mes formidables co-internes de promo : Les 2 Pauline, Alexandre, Clément, Benoit, Floriane, Cyril, Erwan, Mélanie, Shams, Sarah, Juliette et Yoann ; je vous souhaite plein de bonnes choses pour la suite !

Merci à tous les autres internes que j'ai eu la chance de rencontrer et avec qui j'ai eu l'occasion de travailler. Une pensée particulière pour Shadi, sans qui ce dernier semestre n'aurait pas été aussi facile et pour Cyril, mon fidèle compagnon de galère, merci pour votre soutien, votre solidarité et pour votre amitié !

A mes proches :

Merci à tous ceux qui me sont chers et qui ont toujours été là.

Merci à la « big family » : Caroline, Emilie, Guillaume, Louis, Pauline, Ronan, Sélim et Tim. Merci pour toutes nos belles aventures et toutes celles à venir.

Merci à ma famille de m'avoir toujours soutenue dans mes choix et d'avoir attendu ce jour sans jamais cesser d'y croire.

Enfin merci à Julien, l'amour de ma vie, de faire de chaque jour un trésor et sans qui rien n'aurait de sens.

LISTES DES ABREVIATIONS

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

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

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

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

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

HL : hospitalisation libre

ONU : Organisation des Nations Unies

ONVS : Observatoire national des violences en milieu de santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	22
1 REVUE DE LA LITTERATURE.....	24
1.1 QUELQUES DEFINITIONS.....	24
1.1.1 <i>Contention</i>	24
1.1.2 <i>Violence</i>	25
1.1.3 <i>La notion de dangerosité</i>	28
1.2 ASPECTS HISTORIQUES.....	29
1.2.1 <i>La contention pendant l'Antiquité</i>	30
1.2.2 <i>La contention au Moyen Âge</i>	31
1.2.3 <i>La Renaissance, de l'assistance à la répression</i>	32
1.2.4 <i>La révolution française et la naissance de l'aliénisme</i>	33
1.2.5 <i>La contention au XXe siècle</i>	36
1.2.6 <i>La contention aujourd'hui</i>	37
1.2.7 <i>Conclusion</i>	39
1.3 ASPECTS LEGISLATIFS.....	40
1.3.1 <i>Recommandations internationales</i>	40
1.3.1.1 <i>L'avis de L'ONU</i>	40
1.3.1.2 <i>Les recommandations du Conseil de l'Europe</i>	40
1.3.1.3 <i>L'avis du CPT</i>	41
1.3.2 <i>En France</i>	43
1.3.2.1 <i>La législation avant 2016</i>	43
1.3.2.2 <i>La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016</i>	44
1.4 RECOMMANDATIONS	47
1.4.1 <i>HAS : Isolement et contention en psychiatrie générale</i>	47
1.4.1.1 <i>Indications</i>	47
1.4.1.2 <i>Contre-indications</i>	47
1.4.1.3 <i>Modalités de mise en œuvre</i>	48
1.4.1.4 <i>Surveillance</i>	49

1.4.1.5	Sécurité du patient et des soignants	49
1.4.1.6	Après la mesure	50
1.4.2	<i>Conférence de consensus : l'agitation en urgence, petit enfant excepté</i>	50
1.4.3	<i>Les recommandations du CGLPL</i>	51
1.5	REVUE DE LA LITTÉRATURE MEDICO-SCIENTIFIQUE	53
1.5.1	<i>Epidémiologie</i>	53
1.5.1.1	En France.....	53
1.5.1.2	A l'international.....	54
1.5.2	<i>Caractéristiques des patients</i>	55
1.5.2.1	Caractéristiques sociodémographiques	56
1.5.2.2	Caractéristiques cliniques et diagnostiques	57
1.5.2.3	Motifs d'utilisation	58
1.5.2.4	Caractéristiques environnementales et de l'équipe soignante	58
1.5.3	<i>Evaluation de la contention</i>	60
1.5.3.1	Efficacité de la mesure	60
1.5.3.2	Effets indésirables	61
1.5.4	<i>Vécu des mesures</i>	62
1.5.4.1	Chez les soignants	62
1.5.4.2	Chez les patients	64
1.6	ASPECTS THEORIQUES.....	66
1.6.1	<i>La fonction contenante</i>	66
1.6.1.1	Wilfred Bion, éléments bêta, éléments alpha et fonction alpha (85,86)	66
1.6.1.2	Fonction contenante, holding et fonction phorique	68
1.6.2	<i>Contention et contenance</i>	69
2	ETUDE	71
2.1	GENERALITES SUR LE CHU DE STRASBOURG.....	71
2.1.1	<i>Avis du CGLPL après sa visite au CHU de Strasbourg</i>	72
2.1.2	<i>Prescription de la contention aux urgences</i>	72
2.1.3	<i>Le registre de contention</i>	73
2.2	MATERIEL ET METHODES.....	73

2.2.1	<i>Type d'étude</i>	73
2.2.2	<i>Objectifs de l'étude</i>	74
2.2.3	<i>Population de l'étude</i>	75
2.2.3.1	Critères d'inclusion.....	75
2.2.3.2	Période d'inclusion.....	75
2.2.4	<i>Recueil des données</i>	76
2.2.4.1	Données cliniques et sociodémographiques.....	76
2.2.4.2	Données concernant le déroulement de la contention	78
2.2.4.3	Recueil du vécu du patient, la recherche qualitative	78
2.3	RESULTATS	83
2.3.1	<i>Nombre de contentions</i>	83
2.3.2	<i>Caractéristiques des patients mis en contention</i>	83
2.3.2.1	Age moyen	83
2.3.2.2	Sexe	83
2.3.2.3	Orientation du patient	84
2.3.2.4	Diagnostic du patient	84
2.3.3	<i>Données du déroulement de la contention physique</i>	85
2.3.3.1	Motif de mise en contention.....	85
2.3.3.2	Durée moyenne de la mesure	86
2.3.3.3	Répartition sur le nyctémère	86
2.3.3.4	Administration d'un traitement	87
2.3.3.5	Surveillance	88
2.3.4	<i>Vécu des patients</i>	88
2.3.4.1	Présentation de la population.....	88
2.3.4.2	Résultat de l'analyse thématique des entretiens	89
2.3.4.2.1	Avant la contention.....	89
2.3.4.2.2	Ressentis pendant la contention.....	90
2.3.4.2.3	Après la contention.....	94
2.3.4.2.4	Ressentis à distance de l'épisode.....	96
2.3.4.2.5	Communication autour de l'épisode.....	97
2.4	DISCUSSION.....	98

2.4.1	<i>Limites et biais de l'étude</i>	98
2.4.1.1	Partie descriptive	98
2.4.1.2	Partie qualitative	98
2.4.2	<i>Caractéristiques de la population</i>	99
2.4.3	<i>Déroulement de la contention</i>	101
2.4.4	<i>Vécu des patients</i>	102
2.4.5	<i>Comment réduire le recours à la contention et améliorer le vécu de cette mesure</i>	103
2.4.5.1	Améliorer le vécu de la contention	103
2.4.5.2	Réduire la contention.....	104
2.4.5.2.1	Formation des équipes à la gestion de la crise psychique	105
2.4.5.2.2	Effectifs suffisants	106
2.4.5.2.3	Supervision et débriefing	107
2.4.6	<i>Perspectives d'amélioration aux urgences psychiatriques de Strasbourg</i>	107
	CONCLUSION	109
	BIBLIOGRAPHIE	112
	ANNEXES	120

INTRODUCTION

La contention mécanique comme moyen de maîtrise des malades agités et violents existe depuis l'origine du traitement des maladies mentales. Actuellement, elle reste une mesure de contrainte à laquelle tout soignant en psychiatrie a un jour été confronté. Il s'agit pourtant d'une pratique controversée, dont le Contrôleur Général des Lieux de Privation des Libertés a dénoncé l'augmentation et la banalisation ces dernières années marquant la nécessité de mieux encadrer cette pratique.

Aujourd'hui de nombreuses voix s'élèvent pour dénoncer l'utilisation de la contention, et c'est dans ce contexte que notre travail a pris forme. Il apparaît important de réfléchir sur une pratique que l'on voudrait parfois oublier, d'une part parce qu'elle renvoie à un passé peu glorieux de la psychiatrie, mais également parce qu'elle renvoie à toutes les situations difficiles qui en ont motivé l'utilisation. Réfléchir à la contention oblige à se poser des questions sur ce que notre pratique quotidienne a de plus violent. C'est précisément ce caractère violent de la contention qui doit nous pousser à une attention soutenue quant à son utilisation, à nous interroger sur ses indications et ses objectifs.

Si l'abolition complète de la contention semble en France encore illusoire, il appartient à chacun d'en limiter l'utilisation aux cas les plus graves et de proposer un soutien adapté aux patients pour en limiter les effets néfastes. Ainsi, quand elle est nécessaire, il convient de se pencher sur le retentissement d'une telle mesure, sur « l'après » contention. Les dernières recommandations de l'HAS vont dans ce sens et valorisent la mise en place de temps de reprise de chaque épisode de contention avec

le patient. De telles recommandations sont difficilement applicables dans certains services, en particulier aux urgences psychiatriques.

Dans ce travail nous nous sommes intéressés dans un premier temps à présenter la contention mécanique sous ses différents aspects afin d'appuyer nos réflexions sur des concepts théoriques : aspects historiques et législatifs, aspects médico-scientifiques, recommandations de bonnes pratiques, aspects psychodynamiques et aspects subjectifs.

Dans un second temps, nous avons poursuivi notre réflexion sur le sujet d'un point de vue plus pratique, en partant d'une étude descriptive sur l'utilisation de la contention aux urgences psychiatriques de Strasbourg. A partir des données obtenues, nous avons cherché à proposer des entretiens de reprise aux patients qui en ont fait l'expérience dans le but d'analyser leur vécu et, si possible, en dégager des perspectives d'amélioration de nos pratiques.

1 REVUE DE LA LITTERATURE

1.1 Quelques définitions

1.1.1 Contention

La Haute Autorité de Santé distingue la contention physique, consistant à maintenir le patient « manuellement », de la contention mécanique : « utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui » (1). Cette procédure restrictive est donc considérée comme thérapeutique si l'intention est d'empêcher le patient de se faire du mal ou d'en faire aux autres.

La définition donnée par le dictionnaire Larousse va dans ce sens, désignant la contention comme un procédé thérapeutique et l'associant à la protection du patient : « Procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité » (2).

J. Palazzolo, dans « isolement, contention et contrainte en psychiatrie » (3), propose comme définition : « Restriction, à des fins thérapeutiques, de l'espace évolutif d'un malade atteint de troubles mentaux ». L'auteur propose également une description plus contrastée, suggérant qu'il existe plusieurs modes de contention :

- La contention physique : il s'agit de méthodes qui permettent, par une opposition physique à la mobilité du patient, de restreindre son périmètre d'action. La contention physique inclut la contention manuelle par des soignants et la contention mécanique réalisée grâce à des sangles de cuir ou de tissu.

- La contention psychologique : pour J. Palazzolo, elle est du registre de la pratique quotidienne. Il s'agit de l'utilisation de toute technique de soins qui entraîne chez le patient une dépendance à l'égard du corps médical dans ce qui est des divers domaines de décisions.
- La contention légale : elle est en lien avec les différentes modalités d'hospitalisation sans consentement.
- La contention chimique : elle consiste en l'administration d'un traitement médicamenteux, souvent sédatif, réalisé par voie orale si la situation le permet ou par voie injectable intramusculaire sinon, dans le but de contrôler un état pathologique.
- Les packs : assimilé à une procédure de contention utilisée dans un but thérapeutique, il s'agit d'un enveloppement humide et froid qui va engendrer une réaction physique de réchauffement, aidant le patient à ressentir son corps dans sa globalité.

Ce travail s'intéressera plus particulièrement à la contention mécanique, qui a fait l'objet de recommandations HAS en 2017 (1).

1.1.2 Violence

Difficile de parler de la contention sans évoquer la notion de violence, qui reste indéniablement présente dans la pratique de notre discipline. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit ainsi la violence : « Menace ou utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations » (4).

D'après l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS), la psychiatrie recense à elle seule presque 20% des signalements de violences, restant le service le plus touché (5) devant les urgences (16%) et les EHPAD (11%). Il s'agit d'atteintes aux personnes dans 86% des cas (à l'égard du personnel soignant dans plus de 8 cas sur 10, ou entre patients), d'ordre physiques dans la moitié des cas, verbales dans l'autre moitié. Il existe une augmentation du nombre de signalements d'année en année, mais ces données brutes sont à prendre avec précaution puisque les signalements sont recueillis sur la base du volontariat. Ainsi, le nombre de signalements ne reflète pas forcément la dangerosité d'un lieu de soin mais le nombre de fois où les professionnels ont tenu à signaler les faits. L'augmentation des signalements ne signifie donc pas nécessairement une augmentation des violences sur une année mais ce relevé des situations de violence a pour intérêt d'aider à l'identification de facteurs favorisants et d'apporter des pistes de réflexion pour améliorer les pratiques et les conditions de travail. Le point de départ de la violence le plus souvent identifié par les soignants est la notion de « frustration ».

Dans « comprendre la violence en psychiatrie » Laurent Morasz, psychiatre psychanalyste propose une approche psychodynamique de la violence, décrite en six phases (6) :

- Phase d'activation : lors de la survenue d'un fait ou d'un sentiment nouveau (peur, anxiété), un stress important apparaît
- Phase d'intensification : si la personne n'est pas capable de gérer ce stress, il va s'accroître et cela va provoquer une augmentation de la frustration, de l'excitation et la situation va s'intensifier

- Phase de crise, passage à l'acte : c'est l'apogée de la situation dans laquelle il y a un débordement des tensions internes. La personne ne gère plus rien, et la crise explose.
- Phase de récupération : après la phase intense de la crise, il est d'usage que la personne reprenne le contrôle de soi et de ses pulsions agressives. Cette phase est critique, car à tout moment, si de nouveaux stimuli apparaissent, la crise peut se déclencher à nouveau. C'est le principe d'un processus dynamique.
- Phase de stabilisation technique : l'irritabilité de la personne est suffisamment contenue pour qu'un intervenant puisse travailler l'acte violent avec la personne.
- Phase de reprise et d'élaboration : permet de mettre en mots et comprendre ce qui s'est produit en faisant le lien entre l'acte violent et les processus psychiques afin de trouver un sens à ce qui s'est passé.

L'importance de connaître cette dynamique nous permet d'être en mesure d'intervenir non pas seulement au moment de la crise, mais plus précisément à trois niveaux : avant (prévenir), pendant (contenir) et après (élaborer) l'incident violent. La Haute Autorité de Santé a publié en 2016 un guide méthodologique intitulé « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations dans les services de psychiatrie » pour aider les équipes de psychiatrie à renforcer leurs compétences dans la prévention et la prise en charge des moments de violence (7).

1.1.3 La notion de dangerosité

La dangerosité renvoie au danger qui est une menace pour la sûreté ou l'existence de quelqu'un ou de quelque chose (8). Aborder la dangerosité psychiatrique ne peut se faire sans oublier sa dimension subjective, relationnelle et situationnelle. Cette perception a connu des évolutions en fonction des époques et des lieux au regard du contexte social et législatif plus ou moins sécuritaire.

Le concept de dangerosité psychiatrique fragile et peu opérant se retrouve pourtant au centre de la pratique soignante. Basé sur la question de la prévention et la prédiction du risque, à l'intersection du champ médical et social, il met en tension le soignant entre son rôle de prise en charge du malade à travers une clinique du sujet et celui de défense sociale

L'abord clinique reste primordial. Sous cet angle, il n'y a pas de patients dangereux mais des situations dangereuses qu'il convient autant de repérer, de prévenir, que de contrôler. Cette distinction permet également de considérer qu'un patient ayant pu être dangereux dans telle situation ne le sera pas forcément dans une autre. Effectivement, la violence correspond souvent à un comportement de détresse et de défense face à la crainte de l'intrusion, et de recherche d'une position active possible à ce moment-là. Elle survient en réaction à un sentiment d'agression réelle ou ressentie (8). Elle intervient toujours en relation interactive et traduit la destruction de la capacité de penser et de parler. C'est au soignant de garder le fil de la relation, la peur pouvant à tout instant le faire sortir de son rôle thérapeutique (9). De fait, il n'existe aucune donnée valide de la littérature permettant de légitimer la pratique de l'isolement ou de la contention dans une pratique routinière (1,10).

1.2 Aspects historiques

L'utilisation de la contention n'est pas nouvelle dans l'histoire de la psychiatrie. Cependant, la manière dont elle est appliquée ainsi que l'objectif de son utilisation dans la prise en charge des malades mentaux ont profondément varié en fonction des époques. Tantôt mesure de protection du malade et de la société, tantôt mesure répressive et discriminatoire, tantôt outil de soins, son utilisation s'est modifiée au cours des siècles, en parallèle des évolutions autour du concept de maladie mentale et de sa perception par la société. Longtemps, les médecins sont restés désemparés face aux maladies mentales et y ont eu recours à défaut d'alternatives ou de réflexions thérapeutiques. La contention anime régulièrement les débats au fil de son histoire, jusqu'à devenir la problématique éthique et de santé publique que nous connaissons aujourd'hui en France.

On peut distinguer deux grandes conceptions radicalement différentes de l'articulation entre l'âme et le corps, dont la prédominance a varié au cours de l'Histoire, modifiant ainsi celle de la maladie mentale et donc sa prise en charge (11) :

- Une conception dualiste, issue de la philosophie platonicienne, où l'âme et le corps sont totalement séparés et relèvent donc de spécialistes différents, prêtres et philosophes pour l'âme et médecins pour le corps. Dans cette conception, la part mystique tient une place importante dans l'origine de la maladie mentale ce qui explique qu'elle ait perduré tout au long de l'Histoire et ait été reprise par le Christianisme. Sur le plan médical, ses tenants principaux sont Hippocrate et Galien ce qui explique donc son influence majeure dans la prise en charge des malades mentaux jusqu'au XVIIIème siècle.

- Une conception moniste de l'articulation âme / corps, retrouvée principalement dans les doctrines stoïciennes, où ceux-ci forment un tout unique en s'influençant réciproquement et dans laquelle il ne peut y avoir de santé de l'âme sans santé du corps et réciproquement. Là, médecine et philosophie sont liées et le médecin philosophe peut agir par des traitements moraux sur des maladies physiques et par des traitements physiques sur des maladies de l'âme. Cette conception est reprise lors de la fondation du modèle médical psychiatrique par Philippe Pinel au XVIIIème siècle.

La médecine a évolué en fonction de la prédominance de l'une ou de l'autre conception au cours des âges, avec prédominance du dualisme de l'Antiquité au XVIIIe siècle et prédominance du monisme depuis.

1.2.1 La contention pendant l'Antiquité

Les premiers écrits traitant de la contention et de son intérêt dans la prise en charge des malades mentaux sont retrouvés dès l'antiquité. Ils sont principalement issus de deux auteurs, Caelius Aurelianus et Celse (12).

Caelius Aurelianus préconise de prendre en charge les malades mentaux sans les maltraiter et recommande, pendant les périodes de crise, un isolement du malade dans sa chambre et la réduction des stimuli sensoriels. En cas d'agitation il prône le recours à une contention douce si nécessaire dans un but de protection des malades :

« Si les malades sont agités en voyant des gens, il faudra faire usage de liens, mais sans leur faire de mal, en protégeant leurs membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux après. » (13)

Celse préconise également le recours à la contention physique à visée de protection du malade et des autres :

« Mais ceux qui se comportent violemment, il convient de les enchaîner, afin qu'ils ne se nuisent ni à eux-mêmes ni à un autre. » (14).

Cependant, contrairement à Caelius Aurelianus il lui attribue également des vertus thérapeutiques par un biais plus brutal pour *« réprimer l'audace des malades »* :

« Si la raison fait défaut au fou, le meilleur moyen est d'utiliser certaines corrections. Quand il dit quelque chose de travers, il doit être corrigé par le jeûne, les chaînes, les coups. Il doit être contraint à être attentif, à apprendre quelque chose, à s'en souvenir. On obtiendra en effet ce résultat que, peu à peu, il sera contraint de réfléchir à ce qu'il fait. Des terreurs soudaines, des craintes sont aussi utiles dans cette maladie, et d'ordinaire, tout ce qui ébranle violemment l'esprit » (14).

1.2.2 La contention au Moyen Âge

L'émergence de la doctrine chrétienne favorise une conception mystique de la maladie mentale, d'origine divine ou démonologique. La maladie mentale est considérée comme envoyée par Dieu pour éprouver la foi du malade et constitue une étape vers son Salut s'il s'y soumet (15). De fait, jusqu'à la fin du Moyen Age, la contrainte est envisagée davantage comme un moyen de protection du malade et de son entourage que comme un outil de soin. Les moyens de contention permettent alors non pas d'isoler mais de maintenir le malade dans sa famille sous la responsabilité de ses proches (12).

Au XIII^e siècle, les « hôtels dieux » apparaissent. Ces structures dédiées à l'accueil de mendiants, orphelins, pèlerins et malades de tout type sont placées sous l'égide de l'Eglise. La contrainte, hormis l'isolement, n'est pas recommandée dans ces établissements. Le développement de ces communautés va toutefois poser le problème de l'agitation, voire de l'agressivité de certains malades, entraînant l'utilisation de contentions physiques (16).

1.2.3 La Renaissance, de l'assistance à la répression

L'influence des autorités religieuses diminue durant la Renaissance, notamment dans la prise en charge des malades mentaux, dont la gestion revient désormais aux pouvoirs publics. Cette laïcisation favorise une réflexion basée sur le maintien de l'ordre public et induit non plus une assistance des malades mentaux mais une répression de ceux-ci (17). Cela mène à l'internement massif des malades mentaux dans les Hôpitaux Généraux (Bicêtre pour les hommes et la Salpêtrière pour les femmes), ce que Michel Foucault décrira plus tard comme le « grand renfermement » (18). La procédure d'admission est réduite uniquement à des lettres de cachet ou des demandes de proches, sans nécessité d'avis médical. Dans ces structures, on retrouve une large utilisation des moyens de contrainte, notamment physique par l'intermédiaire de chaînes rivées au mur, mais dépourvue de tout but thérapeutique et même de présence médicale. Les conditions de détention sont souvent très rudes voire inhumaines avec une fréquente maltraitance. Cet enfermement massif est lié à la modification des représentations populaires de la maladie mentale, influencées par les travaux de Descartes (19). Dans sa conception « cartésienne » de la maladie mentale, le fou est désormais jugé responsable de sa déraison et de ses tendances immorales, et non plus sujet à une injonction divine

subie. Dans l'imaginaire populaire, cette conception de la maladie mentale rend les malades mentaux responsables de leur état, en raison de leur immoralité supposée.

Jusqu'à présent la notion de soin n'est quasiment jamais évoquée. A partir du XVIIIe siècle, on assiste toutefois à une reprise de la réflexion médicale sur la maladie mentale, mais la contention y reste prégnante. Elle conduit notamment à l'invention des méthodes dites « de choc », telles l'immersion dans un bain glacé (20) ou la centrifugation dans une machine rotatoire (21), dans le but de mener le malade à un état proche de la mort afin de détruire les racines de la folie dans son esprit.

Heureusement, certains médecins cherchèrent des alternatives pour ces patients, comme le psychiatre Britannique William Battie, dont le traité sur la folie de 1758 critique les méthodes thérapeutiques alors en usage et initie le mouvement philanthropique qui sera suivi par d'autres médecins, proposant une prise en charge des malades mentaux dans des lieux dédiés par du personnel qualifié et faisant le lit du traitement moral décrit plus tard par Pinel.

1.2.4 La révolution française et la naissance de l'aliénisme

En 1785, paraît la circulaire Colombier-Doublet (*Instruction sur la manière de gouverner les Insensés et de travailler à leur guérison dans les Asiles qui leur sont destinés*) qui dresse un état des lieux sur la situation des malades mentaux à cette époque. Elle précise les différentes thérapeutiques utilisables, et préconise l'utilisation de la contrainte comme outil de soin. Il s'agit alors de supprimer les maisons de force où les malades mentaux sont enfermés pour créer des asiles consacrés à leur guérison (22).

La Révolution française permet l'interdiction des lettres de cachet par le décret du 27 mars 1790. Ce décret différencie le fou du prisonnier ordinaire, il devient un malade, permettant l'entrée des médecins dans les hôpitaux généraux et insérant la notion de soins dans la prise en charge des malades mentaux.

Philippe Pinel, psychiatre à l'hôpital Bicêtre bouleverse le regard porté sur les « fous » par le geste symbolique du retrait de leurs chaînes en 1794. Il réfute l'incurabilité des malades mentaux qui accèdent enfin au statut de patients pouvant potentiellement être soignés. Il introduit la notion de « *traitement moral* », ne réduisant plus l'aliéné à une vie enchaînée. Pourtant l'isolement et la contention ne sont pas pour autant supprimés, en effet ils constituent des concepts centraux du traitement moral. Pinel défend l'utilisation de la contrainte à but thérapeutique en psychiatrie. Il insiste également sur le rôle qu'elle peut avoir dans la prévention de la violence du malade agité envers l'équipe soignante.

« Un des grands principes du régime moral des maniaques est donc de rompre à propos leur volonté et de les dompter non par des blessures et des travaux violents, mais par un appareil imposant de terreur qui puisse les convaincre qu'ils ne sont pas les maîtres de suivre leur volonté fougueuse et qu'ils n'ont rien de mieux à faire que de se soumettre. Qu'un insensé dominé par sa fureur extravagante ne voie marcher contre lui que deux ou trois gens de service, le sentiment de force l'emporte ; il les attaque, il les blesse, il les terrasse et son délire ne fait que s'accroître par cette espèce de triomphe ; qu'il en voie au contraire arriver un grand nombre, son imagination est frappée de l'inégalité du combat ; sa fureur paraît se désarmer par l'idée de son impuissance et en se soumettant sans résister, il devient plus calme et plus tranquille. » (23)

Par ailleurs Pinel souligne que l'utilisation des mesures de contrainte doit se faire sans brutalité et qu'elle doit être levée dès qu'elle n'est plus nécessaire.

« C'est encore un art que de ne tenir enfermés les insensés dans les loges que le temps nécessaire et seulement pendant qu'ils sont capables des actes extrêmes de violence. La règle de prévoir leur terminaison prochaine, d'accorder en général autant de liberté qu'il est possible aux fous [...] qui ne nuisent à personne. Enfermer de pareils fous, sous prétexte d'entretenir l'ordre, c'est leur imposer une contrainte superflue, c'est les révolter, c'est provoquer leur fureur et rendre leur manie plus invétérée et souvent incurable » (23)

Dans la grande majorité des établissements qui recevaient des aliénés, l'usage des chaînes est demeuré la règle. Un état de fait, dénoncé avec virulence en 1818 par un des élèves de Pinel, Jean Etienne Esquirol dans son rapport intitulé *« Des établissements consacrés aux aliénés en France, et des moyens de les améliorer »* (24).

Les asiles naissent au début du XIXe siècle, suite à la loi du 30 juin 1838 (25) qui oblige chaque département à la construction d'un établissement consacré exclusivement aux soins des malades mentaux qui étaient jusqu'alors mêlés aux autres tranches de populations exclues, tels les indigents et les criminels. Cette loi signe également la fin de l'internement sur simple requête d'un proche et introduit les notions de placement volontaire et placement d'office.

Dans ces asiles, le patient se retrouve finalement une fois de plus mis à l'écart de la société, placé d'office dans un système lui imposant une restriction de la liberté de circulation et une tutelle juridique. Par ailleurs, cette évolution est finalement loin de signer la fin de la contention, les chaînes cédant peu à peu place à la camisole en

tissu, toutefois vécue comme un progrès car elle permettait aux malades une liberté de mouvement au sein des établissements.

En Angleterre, inspiré par Pinel, Samuel Tuke, fonde le *York Retreat* en 1792, un établissement psychiatrique allant clairement à l'encontre des méthodes de soin alors en usage. Il élabore un code de déontologie où sont bannies les contentions physiques à moins d'agitation extrême et où il est stipulé qu'il ne peut y avoir plus de deux patients sous contention dans une même unité (12,26). Cette initiative fut suivie par Robert Gardiner Hill et John Connolly qui décidèrent, un demi-siècle plus tard, d'abolir la contention dans les asiles dont ils avaient l'intendance, soutenant le principe de management « *no restraint* » (24,26). Le « *no restraint* » ne commença à s'installer en France qu'à la fin du XIXe siècle, notamment à Saint Anne avec Valentin Magnan. Les camisoles furent remplacées par des gilets de force qui étaient des dispositifs moins contraignants. Il parvint à quasiment supprimer l'usage de la camisole, de la contention au lit, puis des cellules d'isolement à l'hôpital Sainte-Anne où il fit carrière jusqu'en 1912.

1.2.5 La contention au XXe siècle

La première moitié du XXe siècle tend à accompagner l'enfermement par les traitements de choc : bains glacés, malariathérapie, induction de comas insuliniques répétés en traitement de la schizophrénie, électroconvulsivothérapie,... Par la suite plusieurs bouleversements ont marqué la psychiatrie du XXe siècle et ont entraîné la quasi disparition des mesures de contention.

Tout d'abord l'avènement de la psychanalyse au début du XXème siècle va imprégner durablement le monde psychiatrique et son vocabulaire, modifier la vision

des malades mentaux, et transformer la médecine des symptômes en médecine de la relation avec l'avènement de la psychothérapie et l'accès à celle-ci d'intervenants non médicaux, les psychologues. La contrainte physique n'a évidemment pas sa place dans ce dispositif (3).

Par ailleurs, à la suite de la Seconde Guerre mondiale, la seconde moitié du XXe siècle marque l'essor des positions antipsychiatriques. En effet quasiment 50.000 malades mentaux sont retrouvés morts de faim dans les asiles à la fin de la guerre. L'incapacité de ce système carcéral à protéger ceux qu'il est censé soigner entraîne une révolution du système psychiatrique et la fin des asiles, entérinée par la circulaire du 15 mars 1960. A la même date, une seconde circulaire crée le secteur psychiatrique, basant désormais le soin sur la notion de réseau. Celle-ci prône une désinstitutionnalisation des malades mentaux et la création de multiples structures extrahospitalières de prise en charge : les centres médico psychologiques, les centres d'activité thérapeutique à temps partiel et autres structures visant à la réinsertion sociale et professionnelle. De lieu de vie, l'hôpital se transforme en lieu de passage.

Enfin la révolution pharmacologique, avec l'apparition de la Chlorpromazine en 1952 puis des autres classes de psychotropes, va également marquer durablement les pratiques médicales en introduisant la possibilité d'une stabilisation des troubles mentaux par la correction de perturbations neurobiologiques et donc la possibilité d'une réinsertion des malades mentaux dans la société (24).

1.2.6 La contention aujourd'hui

Au début du XXIe siècle, l'émergence de discours sécuritaire de la part de certaines personnalités politiques va entraîner la multiplication de chambres

d'isolement au sein des hôpitaux psychiatriques. En 2008, suite à deux drames fortement médiatisés, le président de la République Nicolas Sarkozy annonce un plan de sécurisation des hôpitaux préconisant ouvertement un abord carcéral et sécuritaire de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiatriques (27). La psychiatrie se trouve une fois de plus confrontée à une demande sociale pressante d'enfermement des malades. Les personnes souffrant de troubles mentaux restent fortement associées à l'idée de dangerosité dans l'opinion publique. Le rôle des médias est majeur dans ce paradigme, le crime fou fascine l'opinion publique et génère de l'audience. Paradoxalement, le droit des patients devient une des préoccupations premières en médecine et en psychiatrie, le patient étant considéré comme un usager et un partenaire de soins.

Si les pratiques telles que la contention ou l'isolement semblent faire débat au sein de la communauté médicale, elles représentaient jusqu'à présent un tabou au niveau de l'espace social et politique. Toutefois une évolution semble s'amorcer ces dernières années, comme en témoigne la parution de nombreux articles et émissions de télévisions portant sur les conditions d'hospitalisation des patients en psychiatrie. La récente loi de modernisation de notre système de santé (28) qui vient encadrer les pratiques de contention et d'isolement s'inscrit dans ce contexte.

Dès lors de nouveaux protocoles voient le jour pour médicaliser isolement et contention, pratiques qui s'inscrivent dorénavant dans la prise en charge « normale » des patients et sont moins sujettes à des remises en question.

Comme le note Dominique Friard, la suppression des études d'infirmiers de secteur psychiatrique en 1992 contribue possiblement à ce changement de paradigme (29), les soignants n'ayant plus de formation spécifique à la gestion de la violence et

débutant leur carrière dans un hôpital psychiatrique où agitation peut vite rimer avec isolement et contention.

1.2.7 Conclusion

Au fil de l'Histoire, on constate que la contention repose davantage sur les représentations de la folie que sur le degré réel de violence des patients. Il n'existe pas de rapports évidents entre la violence des patients, leur agitation et l'utilisation des moyens de contention. De même il n'y a pas de corrélation entre progrès thérapeutiques et contentions : c'est avant l'avènement des neuroleptiques que Connolly a supprimé les quartiers d'agités de l'hôpital dans lequel il travaillait.

Chaque fois que l'on considère le fou comme un sujet et que l'on s'intéresse à son discours, les contentions reculent. A l'inverse chaque fois que l'on privilégie les techniques aux dépens de l'humain, chaque fois que l'on oublie le sujet, que l'on considère que le fou est totalement envahi par sa maladie et violent par nature, les contentions réapparaissent. Chaque fois que l'on met au premier plan l'animalité du fou aux dépens de son humanité, il devient « licite » de l'attacher.

1.3 Aspects législatifs

1.3.1 Recommandations internationales

1.3.1.1 L'avis de L'ONU

Déjà en 1991, l'Organisation des Nations Unies (ONU) prévoit que : « *la contrainte physique ou l'isolement d'office du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui* » rappelant ainsi le caractère de dernier recours de telles mesures.

Elle insiste également sur l'importance de l'inscription écrite des décisions encadrant la mesure de contention : « *Toutes les mesures de contrainte physique ou d'isolement, les raisons qui les motivent, leur nature et leur étendue, doivent être inscrites dans le dossier du patient* ».

Elle ajoute : « *Tout patient soumis à la contrainte physique ou à l'isolement d'office doit bénéficier de conditions humaines et être soigné et régulièrement et étroitement surveillé par un personnel qualifié. Dans le cas d'un patient ayant un représentant personnel, celui-ci est avisé sans retard, le cas échéant, de toute mesure de contrainte ou d'isolement d'office.* » (30)

1.3.1.2 Les recommandations du Conseil de l'Europe

En 1994, le Conseil de l'Europe édicte une première recommandation catégorique quant à l'utilisation des contentions : « *aucun moyen de contention*

mécanique ne doit être utilisé. Les moyens de contention chimique doivent être proportionnés au but recherché » (31).

Dix ans plus tard, en 2004, le Conseil émet un avis plus nuancé. Il édicte de nouvelles recommandations relatives à la protection des droits de l'Homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en précisant le principe de restriction minimale : « *Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement disponible le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement disponible le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui.* » (32)

1.3.1.3 L'avis du CPT

Le Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (anciennement Comité pour la prévention de la torture, abrégé en CPT) est un organe du Conseil de l'Europe qui vise à prévenir les cas de torture et autres traitements inhumains ou dégradants sur le territoire des États signataires de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (33), entrée en vigueur en 1987.

Cet organisme est habilité à visiter tout lieu où s'exerce une privation de liberté par une autorité publique dépendant d'un des États membres du Conseil de l'Europe. Il adresse ensuite un rapport à l'État dont il a visité la structure en formulant des critiques et des recommandations, dans un rôle surtout préventif.

Concernant la contention, le CPT reprend dans ses différents rapports les recommandations du conseil de l'Europe précédemment évoquées. Dans le rapport

émis dans les suites de sa visite en France en 2010, il rappelle que la mise en chambre d'isolement et la contention sont : « *des mesures extrêmes qui peuvent être prises afin de faire face à un risque imminent de blessures ou un état de violence aigue ; il s'agit donc de mesures de sécurité qui ne peuvent pas être considérées comme des moyens thérapeutiques* » en insistant sur le rôle central du médecin dans la décision et la nécessité d'éviter des prescriptions anticipées applicables si besoin. Il rappelle également que « *si exceptionnellement, des moyens de contention physique sont appliqués, ceux-ci doivent être ôtés dès que possible ; ils ne doivent jamais être appliqués, ni leur application être prolongée, à titre de sanction* » et recommande la consignation dans un registre spécifique des recours à l'isolement et à la contention mécanique : « *Les éléments à consigner dans ce registre doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel* » (34).

Après une nouvelle visite en France en 2015, le CPT se dit « *préoccupé par la fréquence et la durée de cette mesure dans les établissements visités, où il a été constaté que certains patients subissaient des mesures de contention de manière répétée, pour des durées s'étendant à plusieurs jours, voire plusieurs semaines* ». Il évoque également des préoccupations quant au mode de surveillance des patients mis en contention : « *il est sérieusement préoccupé par le fait que les patients soumis à une contention mécanique n'étaient pas surveillés par un membre du personnel soignant de manière directe et permanente, mais uniquement lors de passages de surveillance toutes les heures voire deux heures.* » et recommande que « *Dans le cas*

d'une contention mécanique, un membre du personnel soignant devrait être présent en permanence pour maintenir la relation thérapeutique et assister le patient. » (35)

Le CPT prône un véritable changement des pratiques, incitant à la formation du personnel soignant et demandant aux établissements de limiter la contention en favorisant les pratiques alternatives. Il envisage comme réalisable de se passer de cette mesure : « *Que peut-on faire pour prévenir une mauvaise utilisation ou un usage excessif des moyens de contention ? Tout d'abord, l'expérience montre que, dans de nombreux établissements psychiatriques, le recours à la contention, notamment mécanique, peut être réduit considérablement. Les programmes mis en œuvre à cette fin dans certains pays semblent avoir donné de bons résultats sans entraîner d'augmentation du recours à la contention chimique ou au contrôle manuel. Il est donc permis de se demander si la suppression totale (ou presque totale) de la contention ne serait pas un objectif réaliste à plus long terme* » (36)

1.3.2 En France

1.3.2.1 La législation avant 2016

En 1789, la déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, ayant valeur constitutionnelle, indique dans son 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* » (37). Par la suite, plusieurs lois ont défini en psychiatrie les modalités de soin sans consentement : il y eut la loi du 30 juin 1838 (25), celle du 27 juin 1990 (38) et enfin celle du 5 juillet 2011 (39) modifiée en 2013. Si ces différentes lois renforcent l'encadrement du respect des droits des patients hospitalisés, elles restent évasives au sujet des mesures de contrainte pouvant être appliquées dans la prise en charge

des patients souffrant de troubles mentaux, et le mot « *contention* » en est totalement absent. Ainsi l'article 3211-3 du Code de Santé Publique évoque « *les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée* » (40) et l'article 3211-4 « *Un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur.* » (41).

La jurisprudence a progressivement précisé quelles devaient être les conditions nécessaires à l'utilisation de l'isolement et/ou de la contention. Elle 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. « *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* » (42)

Mais l'interprétation des recommandations par certains législateurs a parfois donné lieu à des décisions contradictoires vis-à-vis d'une situation similaire.

1.3.2.2 La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016

Jusqu'à la promulgation de la loi du 26 janvier 2016, le législateur français, malgré l'intérêt de certains rapports, dont celui du député Denys Robiliard remis en décembre 2013 à l'Assemblée nationale (43), n'avait pas réglementé le recours à

l'isolement et à la contention. Cette loi parait dans un contexte de vive remise en cause des pratiques d'isolement et de contention. Pour la première fois la contention est citée de manière explicite. La France aura été l'un des derniers pays européens où des pratiques restrictives de liberté n'étaient pas encadrées clairement par la loi.

L'article 72 de cette loi énonce clairement un objectif d'encadrement et de réduction des pratiques de la contention et de l'isolement (28) :

« L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin ».

Dans cet article, le terme de prescription médicale est remplacé par celui de décision médicale, changeant ainsi le statut juridique d'une telle mesure (44). Cette modification, qui peut sembler anecdotique, entraîne pourtant un changement radical dans la perception de l'isolement et de la contention, s'écartant du champ soignant pour rentrer dans celui de la privation des libertés.

Pour chaque mesure, un registre doit être tenu. Celui-ci mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. 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'établissement doit également établir un rapport annuel rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. En application des

articles L. 1112-3 et L. 6143-1 du Code de Santé Publique, ce rapport est transmis à la commission des usagers, au conseil de surveillance de l'établissement, à l'Agence Régionale de Santé ainsi qu'à la commission départementale des soins psychiatriques.

En restant floue dans la définition du dernier recours, la loi laisse un espace aux équipes soignantes pour construire une réflexion sur les bénéfices de ces mesures par rapport à l'atteinte des libertés fondamentales. Faute d'en définir les limites, c'est le juge qui pourrait s'en saisir, tant dans la définition que dans le contrôle, à l'instar des hospitalisations sous contrainte. L'instauration nécessaire de protocole ne doit pas se faire au détriment de la pensée soignante, de la réflexion autour des soins, de la qualité de leur organisation. La relation doit rester au centre de l'accompagnement du patient en crise (9)

1.4 Recommandations

1.4.1 HAS : Isolement et contention en psychiatrie générale

La HAS a élaboré en mars 2017 des recommandations pour la pratique clinique concernant l'isolement et la contention en psychiatrie générale. Devant la recrudescence du recours à l'isolement et à la contention, avec des disparités entre les établissements voire les services, la HAS insiste sur la nécessité d'encadrer ces pratiques si singulières. Elle incite fortement tous les lieux susceptibles d'utiliser l'isolement et/ou la contention à engager une réflexion sur l'utilisation qu'ils en font (1).

1.4.1.1 Indications

Elles sont rares, il s'agit de la prévention d'une violence imminente du patient ou en réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui.

Il s'agit d'une mesure d'exception, de dernier recours, qui se justifie uniquement lorsque des mesures alternatives moins restrictives ont été inefficaces ou inappropriées et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.

1.4.1.2 Contre-indications

La contention ne doit jamais être utilisée pour punir, établir une domination, infliger des souffrances ou de l'humiliation. Elle n'est pas non plus justifiée pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni pour répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels.

L'état somatique du patient doit être compatible avec la mise en contention impliquant d'établir une balance bénéfice-risque et d'éliminer une pathologie organique non stabilisée.

1.4.1.3 Modalités de mise en œuvre

La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement. Ne peuvent être isolés que les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.

Elle est réalisée sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la décision qui pourrait avoir été prise par l'équipe soignante doit être confirmée dans l'heure qui suit le début de la mesure. En cas de décision prise par un interne ou un médecin non psychiatre, et durant les périodes de garde, cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit. Cette confirmation doit être tracée dans le dossier du patient.

Un entretien et un examen médical sont réalisés au moment de la mise sous contention mécanique. Il est indispensable de donner au patient des explications claires concernant les raisons de la mise sous contention et les critères permettant sa levée. Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient.

À l'initiation de la mesure, l'indication est limitée à 6 heures. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 6 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures. Les contentions mécaniques de plus de 24 heures

doivent être exceptionnelles. Toute mesure programmée de contention mécanique est à proscrire. La mesure « si besoin » ne peut s'appliquer.

La contention mécanique est associée à une mise en isolement. Elle ne peut avoir lieu que dans un espace dédié avec des équipements spécifiques. La contention mécanique ne peut se faire qu'en position allongée.

1.4.1.4 Surveillance

La surveillance doit être consignée dans le dossier du patient. Le patient bénéficie de deux visites médicales par 24 heures évaluant son état physique et psychique ainsi que la nécessité du maintien de la mesure. La surveillance de l'état psychique par l'équipe soignante se fait au moins toutes les heures et peut aller jusqu'à une surveillance continue, les paramètres biologiques sont surveillés en fonction de la prescription médicale.

La prévention des maladies thromboemboliques doit être envisagée pour chaque patient en fonction de la balance bénéfices-risques, notamment par la prescription d'un traitement anticoagulant.

1.4.1.5 Sécurité du patient et des soignants

Un nombre suffisant de soignants doit être présent pour assurer de façon sûre et efficace la gestion de la situation de crise. Les équipes doivent être formées et entraînées à la prévention, à la gestion de la violence et aux techniques de désamorçage.

1.4.1.6 Après la mesure

Après la levée de la contention mécanique, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe. Cela donne lieu à une analyse clinique tracée dans le dossier du patient. Un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle doit également avoir lieu pour permettre aux soignants d'exprimer leurs difficultés face à cette pratique vécue parfois avec culpabilité et réfléchir à des alternatives à la contention : retravailler en équipe la prévention, améliorer la contenance relationnelle à travers la disponibilité, le renforcement et la qualification de l'équipe soignante.

Conformément à la loi du 26 janvier 2016 (28), chaque mesure de contention mécanique doit être enregistrée dans un registre en préservant l'anonymat du patient. Ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant surveillé le patient.

1.4.2 Conférence de consensus : l'agitation en urgence, petit enfant excepté

Il est intéressant de citer cette conférence de consensus de la Société Francophone de Médecine d'Urgences car elle évoque la question de l'utilisation de la contention physique dans le contexte particulier de l'urgence (45). Quelques recommandations particulières la distinguent de la contention en service de psychiatrie générale.

Il existe tout d'abord une indication supplémentaire à celles décrites dans les recommandations de 2017, il s'agit de la « *prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins somatiques ou psychiatriques* ».

La prescription médicale de contention doit être quasi immédiate, le délai d'une heure toléré en service de psychiatrie générale ne peut se justifier dans un service d'urgence. Cette décision doit être consignée dans le dossier du patient. La contention doit être assortie d'une sédation médicamenteuse, elle est obligatoire. La nécessité d'une sédation n'est pas évoquée dans les recommandations de 2017 relatives à la contention mécanique en psychiatrie générale.

Enfin, à l'inverse des services de psychiatrie, le patient mis en contention aux urgences ne doit en aucun cas être isolé et/ou enfermé

1.4.3 Les recommandations du CGLPL

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) est une autorité administrative indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007 (46) à la suite de l'adoption par la France du protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. 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.

En 2016, le rapport du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté dresse un constat préoccupant de la banalisation de mesures de contrainte physique portant gravement atteinte à la dignité des personnes. Le recours à la contention, parfois sur de longues durées, est en effet généralisé dans certains établissements sans réflexion préalable sur d'éventuelles stratégies thérapeutiques alternatives (47).

Le dernier rapport d'activité, publié en 2019 est établi à partir de la visite de 23 établissements de santé (48). Il pointe l'insuffisance de moyens en psychiatrie, sur le plan de la démographie médicale et sur les conditions d'hébergement des patients.

D'autre part il préconise d'améliorer l'accueil des patients aux urgences, il met en avant le manque de liens entre les urgences générales et les services psychiatriques et la méconnaissance des troubles mentaux par les médecins et soignants des urgences. Le rapport précise qu'il appartient aux services de psychiatrie, qui détiennent l'expertise médicale et juridique nécessaire, de veiller aux conditions de prise en charge « en amont » des patients qu'ils reçoivent et de mettre en place des mesures adaptées d'échange, de formation, voire d'assistance.

Le rapport souligne un encadrement encore insuffisant des pratiques de contention et d'isolement, plus de deux ans après la loi du 26 janvier 2016. Les contrôleurs ont ainsi rencontré : des mesures prises dans une logique punitive ou par commodité pour le service ; des décisions de placement « si besoin » préparées à l'avance ; des mesures se prolongeant parfois jusqu'à huit jours ; des isolements en chambre ordinaire ; des registres tenus de manière formelle ou lacunaire ; des réflexions sur les pratiques d'isolement chez le personnel infirmier dont le personnel médical ne s'empare pas ; une quasi absence de formation des infirmiers comme des médecins sur le sujet.

1.5 Revue de la littérature médico-scientifique

1.5.1 Epidémiologie

1.5.1.1 En France

Il est important de noter la faible proportion d'études française apportant des données épidémiologiques quant à l'utilisation des contentions mécaniques. Celles-ci sont totalement absentes des grandes revues de littérature réalisées sur ces questions épidémiologiques. Cependant, les différentes visites du CGLPL ont mis en avant le constat d'une augmentation de cette pratique et 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 (47).

Une étude réalisée par M.J. Guedj dans le service des urgences psychiatriques de Sainte-Anne à Paris montre une prévalence de 1,4%. Il s'agit de la seule étude apportant des données épidémiologiques spécifiques à la contention en France référencée dans PubMed (49).

Une autre étude épidémiologique française sur la contention a été conduite par la Fédération de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale d'Occitanie (FERREPSY) entre novembre 2016 et novembre 2017 dans 11 établissements de santé en psychiatrie, essentiellement de l'ancienne région Midi-Pyrénées. Sur 13 321 patients adultes, l'étude recense 336 cas de patients ayant subi une contention mécanique sur la période étudiée, soit un taux de 2,5 % avec une incidence plus élevée dans le service d'urgences psychiatriques (la contention concerne 6,9 % des patients aux urgences psychiatriques, contre 1,7 % dans les autres services) (50,51).

1.5.1.2 A l'international

Il est important de souligner que la plupart des travaux épidémiologiques en lien avec les mesures de contention sont en réalité des études portées sur la question commune des mesures de contrainte, qu'il s'agisse de mesures d'isolement, de contention physique, voire de « contention chimique ».

La fréquence d'utilisation des contentions physiques varie grandement selon les pays, selon les hôpitaux où sont réalisées les recherches, mais aussi selon les études. Fisher, dans sa revue de littérature (1994), est le premier auteur à s'intéresser à la contention et souligne l'existence de plusieurs méthodes de calcul d'incidence pouvant expliquer la variabilité des résultats (52). La première méthode consiste à calculer le pourcentage de patients exposés admis sur un intervalle de temps défini avec une période de suivi. La seconde méthode tient compte du pourcentage de patients exposés en cours d'hospitalisation sur une période de temps définie. La troisième méthode reflète l'utilisation de la contention en nombre d'heures de contention par épisode ou par patient.

Indépendamment des différentes méthodes de calcul de la fréquence d'utilisation de la contention, cette hétérogénéité des résultats peut également s'expliquer en partie par l'utilisation de définitions différentes des mesures de contrainte et par des différences de protocoles et de législations propres à chaque pays autorisant ou prohibant telle ou telle mesure, sous-tendues par des différences de cultures (3).

Une revue de la littérature internationale publiée en 2010 par Steinert et al (53) et regroupant les travaux réalisés entre 2000 et 2008 retrouve un pourcentage

d'admissions exposé à la contention compris entre 1,2 et 8% (pour l'isolement ce pourcentage est compris entre 0,7 et 15,6%).

La revue de littérature de Beghi s'intéresse aux études publiées entre 1990 et 2010 et retrouve une prévalence d'utilisation de la contention en psychiatrie entre 3,8 % et 20 % (54).

La situation aux Pays-Bas mérite d'être évoquée. Ce pays présente les durées moyenne de contention et d'isolement les plus longues d'Europe. En effet, la législation néerlandaise considère que l'administration forcée de traitement par injection est plus menaçante pour l'intégrité du patient que la mise en isolement ou sous contention, elle n'est donc autorisée qu'en cas d'urgence extrême (55). Dans les situations d'agitation avec agressivité, c'est l'isolement qui est préconisé en première intention. C'est probablement pour cette raison que la fréquence des incidents agressifs aux Pays-Bas est la plus élevée des pays européens (55,56).

L'Islande, étant un petit pays avec un seul hôpital psychiatrique desservant l'ensemble de la population d'environ 300.000 habitants, est également une exception intéressante : L'isolement et la contention ont été abolis en 1932 et plus jamais utilisés depuis, comme le rapportent les experts locaux. Ce parti-pris doit être apprécié au regard de son taux de soignants qui est le plus élevé d'Europe : un soignant pour un patient (53).

1.5.2 Caractéristiques des patients

La plupart des études décrivant les caractéristiques communes des patients ayant subi des mesures de contention traitent des moyens de contrainte en général,

mêlant ainsi contention mécanique, isolement et contention chimique. Les études spécifiques sur le sujet sont extrêmement rares.

1.5.2.1 Caractéristiques sociodémographiques

Une revue de la littérature parue en 2013 répertorie 49 études portant sur la contention physique allant de 1990 à 2013. Les auteurs retrouvent que les caractéristiques les plus fréquemment associées à la contention sont : Le sexe masculin, le jeune âge et les origines étrangères au pays dans lequel le patient est pris en charge (54). La plupart des études sur la question sont des études descriptives longitudinales, posant la question de la spécificité des caractéristiques retrouvées. Cependant une étude cas témoin réalisée en Norvège en 2011 comparant des patients soumis à la contention à une population contrôle hospitalisée dans les mêmes conditions mais sans contention retrouve les mêmes caractéristiques (57). L'étude française de Guedj réalisée en 2004 dans le service des urgences psychiatriques de Sainte Anne retrouve également que les patients les plus souvent contentionnés sont des hommes jeunes (49). D'autres études ne retrouvent de liens significatifs entre le sexe et le fait d'être contenu physiquement (58–60).

Une étude Norvégienne de 2013 retrouve des contentions significativement plus courtes chez les femmes (61)

Concernant le niveau d'éducation, le statut professionnel et marital, Beghi et ses collègues (54) dans leur revue de la littérature ont pu référencer plusieurs études ayant attiré à ces caractéristiques : aucun lien significatif n'a pu être mis en évidence entre le niveau d'éducation, les statuts familiaux et professionnels et l'utilisation de

contentions. C'est également le cas dans une étude réalisée par Wu à Hong Kong (58).

1.5.2.2 Caractéristiques cliniques et diagnostiques

Plusieurs études montrent que les mises en contention surviennent le plus fréquemment dans les 72 premières heures d'hospitalisation, chez les patients hospitalisés sous contrainte. Les diagnostics les plus fréquemment associés à une mesure de contention sont les troubles schizophréniques, les troubles liés à l'abus d'une substance, les troubles de l'humeur et les troubles de la personnalité (49,54,57,62). Les hospitalisations longues et/ ou répétées sont elles aussi significativement associées aux mesures de contention.

Aux urgences psychiatriques, l'étude française menée par M.J. Guedj à Sainte-Anne montre que les patients sous contention présentant un trouble schizophrénique ou un autre trouble délirant persistant représentent 36% des patients, 21% présentent un trouble psychotique aigu et transitoire, 26% un trouble de la personnalité, 13% présentent un épisode maniaque, 12% des troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives, 8% présentent un épisode dépressif et 6% des troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool (49).

L'existence d'antécédents psychiatriques n'est pas significative dans la littérature, si certains auteurs retrouvent un lien avec le risque de contention (58,61) d'autres concluent à l'inverse (60).

1.5.2.3 Motifs d'utilisation

La revue de la littérature de 2013 portant sur la contention physique retrouve que les motifs d'utilisation des contentions les plus fréquemment retrouvés sont les conduites agressives envers autrui, résultat statistiquement significatif dans 13 études sur 17, et la velléité de fugue, résultat statistiquement significatif dans 14 études sur 15 (54). De nombreux autres motifs d'utilisation sont décrits dans les études disponibles sur la question : agitation, désorientation, opposition massive et perturbation du milieu thérapeutique, acte de violence, agression de patients, agression du personnel soignant, menaces proférées, conduite suicidaire, velléités de fugue, crise clastique, etc. Le seul facteur déclenchant qui demeure invariant dans les différentes études et largement majoritaire est représenté par les conduites agressives, dangereuses et violentes envers autrui (49,57,58,60,61,63).

1.5.2.4 Caractéristiques environnementales et de l'équipe soignante

Toujours dans cette revue de la littérature de 2013, Beghi et al. mettent en évidence l'influence de la présence de soignants de sexe masculin dans la fréquence d'utilisation de la contention, ceci est retrouvé dans 2 études parmi 3 étudiant cette variable (54). Par ailleurs 5 études évaluent l'effectif soignant parmi lesquelles 3 retrouvent un lien significatif entre l'existence d'un sous-effectif et l'utilisation de mesures restrictives de type contention et/ou isolement. Parmi les études incluses dans cette revue, une (64) s'est particulièrement intéressée aux caractéristiques des praticiens ayant prescrit la contention : ce travail de recherche retrouve non seulement un lien entre le sexe des professionnels et le recours à la prescription de contention, mais également un lien significatif entre l'état de leur connaissance sur cette pratique

(connaissances moins importantes), la spécialité médicale des médecins prescripteurs (contentions moins prescrites par les psychiatres et les jeunes médecins (internes) par rapport aux chirurgiens, médecins urgentistes et « séniors »).

Une étude anglaise publiée en 2017 montre que l'utilisation des mesures de contrainte est liée à leur accessibilité, ainsi les auteurs démontrent qu'en l'absence de chambre d'isolement dans le service, les soignants ont tendance à avoir une tolérance plus haute aux situations à risque qui nécessitent moins fréquemment de mesure de contention (65).

Concernant la temporalité des mesures de contention, les données de la littérature sont contradictoires. Beghi et al. (54) retrouvent dans leur revue 6 études ayant étudié ces caractéristiques temporelles : une conclut (66) que le matin semble être un facteur de risque significatif alors que deux autres retrouvent elles que des contentions significativement plus importantes en soirée. D'autre part une autre étude italienne (67) rétrospective retrouve que les contentions étaient statistiquement plus fréquentes la nuit. Pour certains auteurs, la contention nocturne plus fréquente peut être expliquée par l'état clinique du patient, l'agitation serait alors influencée par le rythme circadien ou expliquée par une plus faible posologie médicamenteuse à ce moment de la journée (68). Pour d'autres, l'explication proviendrait de l'organisation du service, l'équipe soignante serait en nombre suffisant la journée pour apaiser un patient sans user de la contention physique, a contrario de la période nocturne (69).

1.5.3 Evaluation de la contention

1.5.3.1 Efficacité de la mesure

Étonnamment, les études portant sur l'efficacité thérapeutique de l'usage de la contention ou de l'isolement sont peu nombreuses. En termes de méthodologie, l'étude des mesures coercitives reste difficile.

Les défenseurs de ces pratiques leur attribuent des vertus reposant sur la restriction de l'environnement, la séparation physique d'avec les autres, la diminution des stimuli sensoriels ou encore la régression du patient, grâce à la relation maternante qu'il entretient avec les soignants durant le soin. Si certaines études estiment, sans pouvoir l'affirmer, que l'utilisation des chambres d'isolement permet la réduction du nombre d'épisodes de violence, d'autres concluent que le renforcement en personnel et la formation des équipes sont plus efficaces pour répondre à ces épisodes. Aucune étude scientifique menée n'affirme l'efficacité thérapeutique de la contention ou de l'isolement (70).

Deux revues Cochrane publiées en 2000 et 2012 concluent en effet sur « *l'inexistence de preuve d'utilité thérapeutique de ces mesures de contrainte en psychiatrie* » (10). À l'absence de preuve de son efficacité clinique s'ajoutent toutes les études quantitatives et qualitatives qui pointent la contention comme responsable d'effets indésirables graves (24).

La revue de la littérature la plus récente est parue en 2019, elle répertorie 35 études portant sur les effets de la contention et de l'isolement. Si les auteurs soulignent l'hétérogénéité des études ils retrouvent toutefois principalement des effets négatifs à ces mesures (62).

Certaines études ont cherché à comparer isolement et contention en termes d'efficacité et de sécurité (71,72), mais aucune n'a montré de différence significative entre les deux mesures. Le choix devrait donc se porter vers la mesure la moins restrictive des libertés, l'isolement.

1.5.3.2 Effets indésirables

Bien que les études concernant le danger de l'usage de la contention physique ne discriminent pas systématiquement les cas des patients en psychiatrie des cas affectés d'autres pathologies (neurologiques par exemple), ces études permettent néanmoins d'extrapoler les risques encourus par les patients psychiatriques sous contention physique. Et ces risques sont nombreux : l'apparition ou l'aggravation d'une atrophie musculaire, la favorisation d'ulcères, de pneumonies et de thromboses veineuses de la jambe, l'apparition de blessures telles que des écorchures cutanées, des ecchymoses, une compression des tissus mous, des lésions nerveuses et des fractures, voire la mort (24). La mort par asphyxie ou « *restraint asphyxia* » est la cause la plus fréquente de décès sous contention physique (73).

Une revue de la littérature récente cherche à identifier les effets indésirables physiques des mesures coercitives chez les patients en psychiatrie (74). Elle retrouve un risque de blessure compris entre 1 et 4% et de nombreux autres effets indésirables dont certains sont potentiellement mortels, tels que la thrombose veineuse profonde et l'embolie pulmonaire.

La maladie veineuse thromboembolique concerne jusqu'à 11,6% des patients soumis à une contention mécanique, et ce malgré une prophylaxie adaptée d'après Ishida et al (75). En effet, dans leur étude prospective portant sur des patients en

contention mécanique recevant une prophylaxie adaptée, l'échographie Doppler des membres inférieurs retrouve une incidence de thrombose veineuse profonde asymptomatique de 11,6%. Les auteurs concluent à une probable sous-estimation des thromboses veineuses profondes dans l'utilisation de la contention en pratique clinique.

Hatta et al. (76) ont étudié les lésions hépatiques d'origine médicamenteuse (DILI pour Drug-Induced Liver Injury) dans une étude cas-témoins et ont constaté que les patients avec des contentions mécaniques étaient quatre fois plus à risque de développer ce syndrome que les patients qui n'en avaient pas. En effet, cette étude montre un taux d'hépatite à 8,5% chez les patients contenus contre 1,9% chez les patients non contenus.

Isolement et contention sont associées à des durées de séjour hospitalier plus longues (62)

1.5.4 Vécu des mesures

1.5.4.1 Chez les soignants

Les conséquences émotionnelles sont importantes pour les équipes. Elles font habituellement face à un dilemme consistant à envisager ces pratiques comme nécessaires voire positives pour la prise en charge, tout en mesurant la portée fondamentalement attentatoire aux libertés (9). Les sentiments qui en résultent comprennent la honte, la peur et la détresse, la mauvaise image de son métier (77). On estime que 3 % des arrêts de travail sont directement en lien avec ces pratiques (78). Par ailleurs, le coût en temps de travail soignant d'un patient isolé, enfermé et/ou

contenu est important. L'application des protocoles de surveillance modifie le fonctionnement de l'unité, ou le devrait s'il est appliqué rigoureusement.

Dans sa thèse présentée en décembre 2018, A. Huguet a cherché à étudier le vécu des soignants face à la contention, à l'EPSM de Caen, dans une étude épidémiologique descriptive transversale, basée sur un questionnaire à choix multiples et quelques questions ouvertes (79). 73 soignants dont 58 infirmiers et aides-soignants et 15 psychiatres furent interrogés. Elle retrouve une charge émotionnelle forte et plutôt négative concernant la contention, avec dominance des sentiments de frustration (49,3%), de culpabilité (41%) et d'échec. Néanmoins, la majorité des soignants considère cet acte comme difficile mais nécessaire (79,5%) et comme un acte de soin et de sécurité (65,8%), tandis que certains soignants le considèrent uniquement comme un acte de sécurité (23,3%) et d'autres comme un acte de soin exclusivement (11%). Son étude met également en évidence le bénéfice ressenti par les soignants de temps de reprise des situations de contention.

Une autre étude française parue en 2013 (80) retrouve ce même vécu, sur les 20 infirmiers et 9 psychiatres interrogés, un vécu riche et essentiellement négatif est retrouvé à type de frustration (35% des infirmiers et 66,7% des médecins), de colère (30 et 33,3 %) et d'absence de ressenti (35 et 44,4 %). La frustration était souvent en lien avec l'absence d'alternatives, pourtant plus de la moitié des soignants estimaient qu'il existait des solutions alternatives à la contention (mise en chambre d'isolement ou augmentation de la contenance dans les heures précédant la situation). Il s'agissait pour eux d'une expérience difficile mais nécessaire (82,75 %), d'un acte de soin et de sécurité (68,9 %).

1.5.4.2 Chez les patients

Pour les patients, l'isolement comme la contention sont souvent vécus comme arbitraires et dans une proportion non négligeable comme une sanction (47,62,77,81). Dans la grande majorité des études portant sur le ressenti, les patients ont signalé un manque d'information, l'incapacité de satisfaire leurs besoins de base, et une communication insuffisante avec l'équipe soignante.

Les travaux du Dr Carré sur l'analyse qualitative du vécu des patients à posteriori d'une mesure de contention, réalisés dans le cadre de sa thèse et dans un article publié plus récemment, identifient ces mêmes ressentis : un vécu essentiellement négatif avec la prédominance de thématiques d'impuissance, de perte d'autonomie, de solitude, de déshumanisation, de sanction/punition, d'humiliation, d'abandon et de violence. (81,82)

Il existe également des éléments de la littérature faisant état du déclenchement d'un état de stress post-traumatique en lien avec la pratique de l'isolement et surtout de la contention, allant jusqu'à 25 % dans certaines études, notamment chez les patients ayant des antécédents d'abus sexuels (62,77,83). Ces symptômes post-traumatiques et la crainte d'une réexposition par le patient peuvent rendre compte en partie de l'évitement des structures de soins par les patients ayant été isolés ou contentonnés (44).

Une revue de la littérature récente repère les facteurs influençant l'expérience subjective des patients concernant l'isolement, la contention et l'administration forcée de médicaments et pouvant améliorer le vécu de la coercition (84) :

- l'information détaillée des mesures aux patients et leur raison de mise en place

- la présence du personnel au cours de la mesure et un comportement respectueux empathique et soutenant de leur part

- la présence de proches du patient

- amélioration de l'environnement (port de vêtements propres, présence d'objets personnels par exemple)

- debriefing avec le patient après une mesure coercitive

Plusieurs études mettent en évidence le bénéfice ressenti des reprises de ces situations de contention (79)

1.6 Aspects théoriques

L'usage de la contention physique en psychiatrie s'appuie souvent sur une notion dont elle se voudrait être le prolongement : la contenance. Il paraît nécessaire de revenir donc à la définition de la « fonction contenante » des équipes en psychiatrie. Non seulement on ne peut confondre contention et contenance mais c'est justement la fonction contenante des équipes qui permet aux équipes d'accueillir des situations de crise sans faire appel aux dispositifs de contention.

1.6.1 La fonction contenante

1.6.1.1 Wilfred Bion, éléments bêta, éléments alpha et fonction alpha

A partir des travaux sur l'identification projective de Mélanie Klein (85), W. Bion a développé une perspective centrée sur le processus de la contenance. Il déploie la conceptualisation suivante (86,87) :

- Il y a des éléments qui ne sont pas appréhendables pour le sujet, inassimilables par le psychisme, insensés qui conservent une valeur de chose en soi, mais qui continuent cependant de travailler l'expérience du monde. Ce sont des « éléments-bêta », des impressions de sens
- Il y a des éléments qui peuvent être appréhendés par le sujet. Ces éléments sont dit « éléments-alpha », éléments de pensée.

C'est une délimitation assez classique, mais toute l'originalité de Bion est de penser la transformation du bêta en alpha. Cette transformation se fait par la fonction alpha. La fonction alpha est le processus de mentalisation du monde. C'est le processus qui permet de faire de la pensée, de passer de l'expérience sensorielle, à

la forme mentale de cette expérience. Une fois que le sujet possède cette fonction, il peut à loisir effectuer ce travail de transformation. Mais cette fonction n'est pas innée, elle s'acquiert...

Ce qui n'a pas pu être psychisé par la fonction alpha va conserver un statut d'indicible, d'irreprésentable. Les éléments-bêta sont toxiques pour la psyché, font souffrir sans que l'on sache de quoi on souffre. Si ces éléments bêta restent, ils détruisent tout. Alors, il faut les évacuer, les projeter. Tout comme pour l'appareil digestif, ce qui n'est pas digérable va être rejeté, vomi dans l'environnement. C'est un processus vital. Par l'identification projective, le sujet évacue dans l'autre les éléments-bêta qu'il ne peut contenir dans sa psyché. Ce sera à l'autre de contenir.

Bion prend l'exemple d'un bébé qui vient au monde, il est assailli par des sensations, des choses terribles, telle la faim par exemple. Ces expériences, il ne peut les contenir en raison de l'immaturité de son appareil psychique, il ne peut en faire du alpha. Alors, ce sera à l'autre de contenir ces éléments, ils sont reçus par la mère qui fait, en les accueillant, office de contenant. Le moment venu, ils sont ensuite retirés et réintrojectés. Durant le séjour dans le bon sein, les sentiments mauvais sont ressentis comme ayant été modifiés de telle sorte que l'objet réintrojecté apparaît tolérable à la psyché du nourrisson, cela grâce au travail opéré par la *fonction alpha* de la mère qui a permis la transformation des *éléments bêta* en *éléments alpha*. C'est comme chez les moineaux, chez qui la mère mâchouille déjà la nourriture avant d'en faire la becquée.

L'appareil psychique de l'enfant grandissant dans un certain environnement sécurisé, il va voir la fonction alpha de la mère apparaître au dedans de lui. Il pourra lui-même se mettre à métaboliser peu à peu l'expérience. Ce retournement de dehors vers le dedans, c'est l'introjection, processus inauguré par Ferenczi.

Mais bien sûr, on ne psychise jamais tout seul. Toute la vie, l'autre reste indispensable dans ce travail de symbolisation. Un appareil psychique ne peut jamais transformer toujours tout seul l'expérience. On peut ainsi entrevoir la place de l'autre dans le processus thérapeutique.

1.6.1.2 Fonction contenante, holding et fonction phorique

La « fonction contenante » est un concept introduit par Donald Winnicott (88) à partir de l'étude des relations précoces mère-enfant et l'importance de la qualité de celles-ci dans la structuration du moi de l'enfant. Cette fonction contenante se décompose en portage physique (*handling*) et psychique (*holding*) qui conditionnent le premier rapport au monde de l'enfant, sujet en devenir. Lorsque cette tenue psychique et physique vient à manquer, il revient alors aux institutions de proposer un « *holding* », un « cadre phorique » dira P. Delion (24). Selon l'auteur, la « fonction phorique » consiste à « *proposer un espace, physique et surtout psychique, dans lequel les signes de la souffrance psychique du patient qui n'ont pas de sens déchiffrable (on parle des insensés), vont pouvoir être accueillis et transformés par les soignants, où ce qui est non-lieu va pouvoir devenir événement. [...] La fonction phorique est donc une sorte de philosophie du soin qui consiste à accueillir l'autre et à le porter tout le temps nécessaire, jusqu'à ce qu'il puisse se porter lui-même, physiquement et psychiquement* » (89,90).

Au sein de ce cadre phorique s'exerce notamment la fonction métaphorique, il s'agit d'une façon institutionnelle de transformer les « éléments bêta bizarres » qui cherchent un conteneur pour y rencontrer une fonction contenante, une « fonction alpha maternelle ». Les soignants se trouvent dans la position d'occuper cette place

d'appareil collectif à penser les non-pensées. Un risque existe de répondre en « fonction oméga », c'est à dire de projeter en lui ses propres éléments bétas bizarres

1.6.2 Contention et contenance

Le terme contention a une origine étymologique distincte du verbe contenir et est exclu de son champ lexical et conceptuel. Aussi, nous n'avons pas retrouvé de texte psychanalytique faisant le lien entre la contention physique, en tant qu'acte d'immobilisation mécanique d'un patient agité, et la fonction contenante, en tant que fonction psychique.

D. Friard, dans son article « *attacher n'est pas contenir* » pose clairement la distinction entre acte de contention physique et fonction contenante. Considérant qu'une équipe de soins fait office de contenant : « *le patient vient fracasser ses angoisses contre elle [l'équipe]. Elle ne peut accueillir ce contenu, ces éléments bêta et les retraiter qu'en étant elle-même contenue, qu'en ayant à sa disposition un répertoire de contes ou de berceuses qui lui permettent d'être un contenant [...]}. Ainsi donc, la pratique que nous nommons « contention » n'a-t-elle rien à voir avec la fonction conteneur, elle en signe plutôt l'échec. La question posée par la contention n'est pas de savoir quelles procédures utiliser pour que le patient puisse être attaché dans de bonnes conditions mais comment permettre à une équipe, et surtout à une institution, d'assurer cette fonction conteneur » (12).*

Ainsi, la fonction contenante, dans sa conception psychanalytique, ne peut être assurée dans un service de soins que par l'intervention d'un ou plusieurs soignants, infirmier ou médecin, au sein d'une institution. La contenance ne peut être l'intervention de murs seuls, ou dans le cas des contentions physiques, de sangles seules. Elle pourrait être assurée si un soignant, faisant office de contenant psychique,

demeurait présent tout au long du processus de contention et pourrait ainsi accueillir et retraiter les éléments bêtas – les angoisses du patient.

2 ETUDE

2.1 Généralités sur le CHU de Strasbourg

Le Centre Hospitalier Universitaire de Strasbourg comporte un pôle de psychiatrie, addictologie et santé mentale. Il est composé de 5 services :

- Un service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- 2 services d'hospitalisation de psychiatrie pour adulte composés chacun d'une unité d'hospitalisation ouverte et d'une unité fermée avec des activités ambulatoires : le centre médico psychologique, le centre expert schizophrénie, des consultations spécialisées dans les troubles de l'humeur, les troubles du comportement alimentaire et les troubles déficitaires de l'attention/hyperactivité
- Un service de psychiatrie d'urgence de liaison et de psychotraumatologie : le PULP
- Un service d'addictologie avec une unité hospitalière de sevrage complexe, des consultations d'addictologie et un CSAPA (centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie)

Le service des urgences psychiatriques : il assure un service de consultations ambulatoires 7 jours sur 7 et 24h/24. Les locaux se composent de deux bureaux de consultation dédiés ainsi que d'une chambre de contention. Ce service draine les urgences psychiatriques de l'adulte de toute l'Eurométropole (soit un bassin de population de 283 745 personnes), à l'exception des urgences impliquant des manifestations somatiques, gérées alors dans les locaux des urgences générales des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg.

2.1.1 Avis du CGLPL après sa visite au CHU de Strasbourg

Le CGLPL a visité le CHU de Strasbourg début septembre 2016. Dans l'avis rédigé ensuite, le contrôleur a mis en avant les contraintes importantes de nature immobilière pesant sur le fonctionnement du pôle psychiatrique. Il pointe en effet l'ancienneté des locaux et un « *manque crucial d'espace, qui ne permet pas l'implantation d'un véritable service d'urgences psychiatriques ni la mise en place d'ateliers thérapeutiques* ».

S'agissant des mesures de contention et d'isolement, le contrôleur a relevé que les mesures d'isolement étaient peu pratiquées, « *mais le recours à la contention était fréquent et concernait souvent les mêmes patients adultes* ».

Concernant la prise en charge des mineurs, le contrôleur déclare « l'admission de mineurs âgés de 11 ans à 15 ans dans l'unité d'hospitalisation complète pour adultes, même si elle est de courte durée, n'est pas acceptable et doit être supprimée ».

Il conclut son rapport en évoquant qu'une meilleure prise en charge des patients sera assurée « quand les travaux indispensables sur les bâtiments seront terminés, à condition que les équipes conservent leur dynamisme, leur disponibilité, leur motivation et continuent à réfléchir sur leurs pratiques » (91)

2.1.2 Prescription de la contention aux urgences

Chaque consultation aux urgences psychiatriques donne lieu à la rédaction d'un dossier de consultation au format papier. La contention mécanique est soumise à la prescription médicale, Elle est rédigée sur une feuille de prescription spécifique

(Annexe 1), également format papier, qui est annexée au dossier médical de consultation.

2.1.3 Le registre de contention

Les registres de contention du service des urgences psychiatriques référencent uniquement les patients ayant subi une contention mécanique dans les locaux du service. Les contentions prescrites pour un transport ne sont pas inscrites, de même que celles prescrites aux urgences somatiques.

Ces registres sont conformes aux recommandations de bonne pratiques élaborées par la HAS en 2017 (1). Ils mentionnent l'identifiant anonymisé du patient, le service dont il dépend, le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure de début et de fin, sa durée en heure décimale et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillé. Ils mentionnent également l'orientation du patient après son passage aux urgences.

2.2 Matériel et méthodes

2.2.1 Type d'étude

L'étude monocentrique réalisée au cours de ce travail de thèse se décompose en deux parties. La première correspond à une étude rétrospective sur un an dans le service d'urgences psychiatriques du CHU de Strasbourg. Cette étude a consisté en un recueil systématique des cas ayant donné lieu à une mesure de contention. Le recueil de données a été effectué à partir du registre des contentions afin d'obtenir la liste des patients ayant subi une telle mesure et à partir du dossier de consultation de

chaque patient. La deuxième partie de cette étude correspond à l'analyse qualitative du discours de certains de ces patients, réalisée sur la base d'entretiens semi-dirigés.

2.2.2 Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude sont de décrire les modalités d'utilisation de la contention mécanique aux urgences psychiatriques de Strasbourg : décrire les principales caractéristiques cliniques, épidémiologiques et situationnelles ayant donné lieu à une mesure de contention, puis évaluer et quantifier les besoins des patients en termes de débriefing de ce type d'expérience.

En effet, si l'HAS recommande de proposer au patient de reprendre chaque épisode de contention avec les membres de l'équipe, ce débriefing est particulièrement difficile à mettre en œuvre dans un service d'urgences psychiatriques où la plupart des mesures de contention sont suivies d'une hospitalisation, et les mesures parfois maintenues au-delà du passage aux urgences. Proposer au patient de revenir sur son expérience aux urgences implique de le recontacter à distance de l'épisode.

Il s'agira alors d'étudier le discours de patients ayant vécu une expérience de contention mécanique au cours des 12 derniers mois, en se focalisant sur la description de leurs ressentis et leur perception de la relation avec le soignant, puis de recueillir leurs avis quant aux alternatives et améliorations possibles à cette prise en charge et de rechercher des symptômes de stress post-traumatique en lien avec la contention mécanique.

2.2.3 Population de l'étude

2.2.3.1 Critères d'inclusion

La première partie de l'étude porte sur l'ensemble des contentions de l'année 2019. La population étudiée inclut donc tous les patients inscrits dans le registre annuel de contention de l'année 2019 du CHU de Strasbourg, c'est-à-dire tous les patients ayant subi une mesure de contention entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2019 dans le service des urgences psychiatriques de Strasbourg. Nous avons ensuite, pour chaque patient, étudié le dossier de consultation associé.

Pour réaliser l'étude qualitative, nous avons sélectionné, à partir du registre de contention, les patients adultes pour lesquels nous disposions d'une adresse postale et leur avons envoyé un courrier leur proposant de venir rediscuter de cette situation au cours d'un entretien. (Annexe 2). Etaient exclus de cette seconde partie de l'étude les patients mineurs et les patients pour lesquels nous ne disposions pas d'adresse postale valide.

2.2.3.2 Période d'inclusion

Pour la partie descriptive de l'étude la période d'inclusion s'étend du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2019.

Pour la recherche qualitative la période d'inclusion s'est étendue à partir de l'envoi des lettres : le 14 janvier 2020 jusqu'au 31 mars 2020. En effet nous avons considéré qu'après ce délai de deux mois et demi la probabilité de recevoir une nouvelle réponse était très faible.

2.2.4 Recueil des données

2.2.4.1 Données cliniques et sociodémographiques

Le recueil de ces données s'est fait rétrospectivement à partir des données du registre de contention et des dossiers de consultation des urgences. Ce recueil comporte :

- L'âge du patient
- Le sexe du patient
- L'orientation du patient après la contention
- Le mode d'hospitalisation
- Le diagnostic retenu : il s'agit du diagnostic principal figurant sur le compte-rendu de consultation, selon la classification internationale des maladies, 10ème révision. Devant l'hétérogénéité des diagnostics relevant d'une même catégorie diagnostique, ces derniers ont été regroupés comme suit :
 - La catégorie « trouble de l'humeur » comprenait les diagnostics suivants : trouble affectif bipolaire épisode actuel hypomaniaque, trouble affectif bipolaire épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques,
 - La catégorie « trouble psychotique » incluait les diagnostics de schizophrénie (schizophrénie paranoïde, schizophrénie catatonique et schizophrénie sans précision), trouble psychotique aigu (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) et autres troubles

psychotiques (trouble délirant, trouble délirant persistant, poly-toxicomanie avec épisode d'allure psychotique, trouble schizo-affectif, autres troubles psychotiques non organiques).

- 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 » comportait : trouble de la personnalité émotionnellement labile type impulsif ou type borderline, autres troubles spécifiques de la personnalité et trouble de la personnalité sans précision.
- La catégorie « retard mental » ne comprenait que le diagnostic de retard mental.
- La catégorie « démence » ne comportait que le diagnostic de démence sans précision.
- La catégorie « trouble du spectre autistique » comportait uniquement le diagnostic d'autisme infantile.

2.2.4.2 Données concernant le déroulement de la contention

Ces données sont également obtenues à partir de l'étude du registre et des dossiers de patients, elles comportent :

- Le motif de contention
- L'horaire de la contention
- La durée de la contention
- L'existence d'un traitement sédatif

2.2.4.3 Recueil du vécu du patient, la recherche qualitative

- L'intérêt des entretiens semi-directifs

Nous avons choisi de réaliser une analyse qualitative du discours de patients à partir d'entretiens semi-directifs. Par rapport à l'utilisation de questionnaire, cette méthode de travail permet de maintenir une position neutre tout au long des entretiens et de respecter le discours spontané des patients.

Il garantit une forme standardisée d'entretien permettant ainsi la comparaison des discours recueillis, les sujets étant questionnés à l'aide d'une même grille élaborée en fonction de ces objectifs. Cette analyse permet de prendre en compte l'ensemble des énoncés et ainsi, regrouper les discours par thèmes indépendamment des entretiens

- Choix de la grille d'entretien

Les cinq différents axes évalués au cours des entretiens semi-directifs sont les suivants :

- Description de la situation ayant conduit à la mise sous contention physique puis de la mise sous contention en elle-même, et notamment description des ressentis et pensées du patient au cours de la situation.

- Description des ressentis et pensées tout au long du processus de contention.

- Description des rapports entre le patient et l'équipe soignante tout au long du processus de contention.

- Proposition d'alternatives de prise en charge à l'utilisation de la contention physique dans la situation précise que rapporte le patient.

- Proposition de mesures visant à améliorer le vécu du patient tout au long du processus de contention.

- Communication autour de l'épisode de contention

- Passation des entretiens

Il est demandé au patient d'exprimer son expérience de la contention mécanique selon les cinq différents axes. Il est précisé au patient que l'importance est portée sur son témoignage, que l'évaluateur n'attend ni fausse, ni bonne réponse, que seule importe la sincérité de son discours.

Les différents axes constituent une base pour la réalisation des entretiens. Elle n'est pas suivie de manière rigide car il s'agit de favoriser le discours spontané du patient. L'ordre des axes peut être adapté en fonction du déroulement de l'entretien. Le patient peut également établir spontanément des liens entre les différents axes proposés.

Les données sont recueillies avec un dictaphone, avec l'accord du patient, afin de faciliter les échanges et de favoriser le discours spontané du patient tout en recueillant un matériel exhaustif pour le traitement ultérieur des données.

- Retranscription des entretiens

Tous les entretiens sont intégralement enregistrés et retranscrits par écrit, avec l'accord des participants. Une fois retranscrits, les entretiens sont réécoutés afin de s'assurer de la similitude du texte par rapport au discours oral.

- Schéma général d'inclusion des patients

Les patients correspondant aux critères d'inclusion de l'étude ont pris contact téléphoniquement suite à la réception du courrier. Au cours de ce premier entretien téléphonique l'évaluateur a informé le patient du déroulement et des objectifs de l'étude puis un nouvel entretien est programmé (téléphonique ou consultation classique). Au cours de ce second rendez-vous, après avoir recueilli le consentement écrit du patient inclus, est réalisé l'entretien.

L'évaluateur de l'étude n'était pas impliqué médicalement dans le suivi des patients inclus.

- Analyse du vécu traumatique : la Post-traumatic Checklist Scale (PCLS)

L'échelle PCLS permet d'évaluer la sévérité d'un stress post traumatique. L'objectif de ce questionnaire est d'évaluer l'intensité des symptômes de stress post traumatique selon les critères diagnostiques du DSM IV.

La PCLS est composée de 17 items. Le sujet évalue l'intensité de chaque item par rapport à l'évènement traumatique au cours du dernier mois de 1 : « pas du tout » à 5 : « très souvent ». Le score total représente la somme totale obtenue à chacun des

17 items. Il est d'autant plus élevé que la sévérité du syndrome de stress post traumatique est importante. Le seuil de positivité de l'échelle PCLS est fixé à 44 dans la littérature. Le score minimal est 17 et maximal 85. Trois sous-échelles peuvent être recherchées :

- Dimension de répétition (somme des items de 1 à 5) ;
- Dimension d'évitement (somme des items de 6 à 12) ;
- Dimension d'hyperactivité neurovégétative (somme des items de 13 à 17).

La version anglaise a été validée dans plusieurs études (92). La version française a été validée chez des sujets ayant subi un événement traumatique (93).

Elle est réalisée auprès du patient après l'entretien semi-directif afin de ne pas influencer sur celui-ci.

	Pas du tout	Un peu	Parfois	Souvent	Très souvent
1. Être perturbé(e) par des souvenirs, des pensées ou des images en relation avec cet épisode stressant.	1	2	3	4	5
2. Être perturbé(e) par des rêves répétés en relation avec cet événement.	1	2	3	4	5
3. Brusquement agir ou sentir comme si l'épisode stressant se reproduisait (comme si vous étiez en train de le revivre).	1	2	3	4	5
4. Se sentir très bouleversé(e) lorsque quelque chose vous rappelle l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
5. Avoir des réactions physiques, par exemple battements de cœur, difficultés à respirer, sueurs lorsque quelque chose vous a rappelé l'épisode stressant.	1	2	3	4	5
6. Éviter de penser ou de parler de votre épisode stressant ou éviter des sentiments qui sont en relation avec lui.	1	2	3	4	5
7. Éviter des activités ou des situations parce qu'elles vous rappellent votre épisode stressant.	1	2	3	4	5
8. Avoir des difficultés à se souvenir de parties importantes de l'expérience stressante.	1	2	3	4	5
9. Perte d'intérêt dans des activités qui habituellement vous faisaient plaisir.	1	2	3	4	5
10. Se sentir distant ou coupé(e) des autres personnes.	1	2	3	4	5
11. Se sentir émotionnellement anesthésié(e) ou être incapable d'avoir des sentiments d'amour pour ceux qui sont proches de vous.	1	2	3	4	5
12. Se sentir comme si votre avenir était en quelque sorte raccourci.	1	2	3	4	5
13. Avoir des difficultés pour vous endormir ou rester endormi(e).	1	2	3	4	5
14. Se sentir irritable ou avoir des bouffées de colère.	1	2	3	4	5
15. Avoir des difficultés à vous concentrer.	1	2	3	4	5
16. Être en état de super-alarme, sur la défensive, ou sur vos gardes.	1	2	3	4	5
17. Se sentir énervé(e) ou sursauter facilement.	1	2	3	4	5
	Score total [] [] [] [] []				

Figure 1 : Echelle PCLS

- Traitement des données : Analyse du contenu

Nous utiliserons une analyse thématique au cours de cette recherche. Il s'agit de la transposition du discours du patient en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé. L'analyse thématique consiste à procéder systématiquement au repérage, au regroupement et à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus.

2.3 Résultats

2.3.1 Nombre de contentions

Au total durant l'année 2019, 3201 patients ont consulté au service des urgences psychiatriques de Strasbourg et selon le registre 41 mesures de contention ont été réalisées, elles ont donc concerné 1,3% des patients.

2.3.2 Caractéristiques des patients mis en contention

2.3.2.1 Age moyen

- L'âge moyen était de 33,3 ans (33ans)
- L'âge médian était de 29 ans
- Le plus jeune avait 14 ans, le plus vieux 66 ans.
- Au total 8 mesures de contention ont concerné des patients mineurs, (19,5% des mesures), un patient mineur a été contentonné à 3 reprises.

2.3.2.2 Sexe

SEXE	Nombre de contentions	Pourcentage
HOMMES	22	53,6%
FEMMES	19	46,3%
TOTAL	41	100%

La majorité des patients concernés par la mesure de mise en contention étaient des hommes qui représentaient 53,6 % de l'effectif.

Les femmes représentaient 46,3 % de la population contentionnée. L'une d'entre elles l'a été à 3 reprises au cours de l'année 2019, ainsi la population féminine se composait en réalité de 17 femmes différentes.

2.3.2.3 Orientation du patient

Orientation du patient	Nombre de patients	Pourcentages
Retour à domicile	4	9,7%
Transfert en service d'urgence somatique	3	7,3%
Hospitalisation en psychiatrie	34	82,9%
ASPDT/ASPDT-PU/ASPDT-PI	21	61,8%
ASPDR	3	8,8%
HL	2	5,9%
Hospitalisation de mineurs	6	17,6%
Inconnu	2	5,9%

La majorité des patients concernés par une mise en contention a ensuite été prise en charge dans une unité d'hospitalisation de psychiatrie. Moins de 10% des mesures de contention ont été suivies d'un retour à domicile et 7,3% ont été suivies d'un transfert dans un service d'urgences somatiques.

Les soins sans consentement ont concerné 70,6% des patients adultes hospitalisés en psychiatrie, tandis que 17,6% de ces hospitalisations concernaient des mineurs. Le régime d'hospitalisation était inconnu pour 2 patients, soit 5,9% des hospitalisations.

2.3.2.4 Diagnostic du patient

Diagnostic	Nombre	Pourcentage
Troubles psychotiques	15	36,6%
Troubles de la personnalité	10	24,4%
Trouble de l'humeur	5	12,2%
Troubles du comportement	4	9,8%
Retard mental	1	2,4%
Démence	1	2,4%
Trouble du spectre autistique	1	2,4%
Inconnu	4	9,8%
Total	41	100%

Les 41 mesures de contention ont concerné 39 patients différents. Les diagnostics retenus étaient pour une majorité d'entre eux un trouble du spectre psychotique (Schizophrénie, trouble schizo-affectif, épisode psychotique aigu, autres troubles psychotiques). En effet 36,6% des patients mis en contention avaient un diagnostic de trouble psychotique. Les autres diagnostics les plus représentés étaient un trouble de la personnalité pour 24,4% des patients, un trouble de l'humeur pour 12,2% des patients et un trouble du comportement pour 9,8% d'entre eux (dont 7,3% de trouble des conduites).

Pour 9,8% des patients nous n'avons pas retrouvé de diagnostic, soit 4 patients.

2.3.3 Données du déroulement de la contention physique

2.3.3.1 Motif de mise en contention

Le motif de mise en contention n'est pas précisé pour 7 mesures sur les 41, (soit 17,1% des mesures), soit cette donnée n'était pas précisée dans le dossier du patient, soit le dossier du patient n'a pas été retrouvé. Il y avait 5 motifs différents cités sur les prescriptions, chaque prescription comportait un ou plusieurs motifs parmi les suivants :

Motifs retrouvés sur la prescription	Nombres de patients concernés	Pourcentage
Agitation	15	31,3%
Hétéroagressivité/menaces	14	29,2%
Risque/tentative de fugue	6	12,5%
Passage à l'acte/violence	3	6,3%
Autoagressivité	3	6,3%
Non précisé	7	14,6%

On constate que les principales motivations à la mise en place de contentions mécaniques étaient l'agitation et l'agressivité. En effet ces motifs représentent respectivement 31,3% et 29,2%. Les passages à l'acte violent sont moins fréquents et représentent 6,3% des motifs de contention. A noter que ces chiffres sont probablement sous-estimés du fait de l'absence de données sur les motifs de prescription pour 14,6% d'entre elles.

2.3.3.2 Durée moyenne de la mesure

Elle a été calculée selon les données du registre de contention à partir de la date et l'heure de mise et de levée de la mesure de contention.

- La durée moyenne calculée était de 1h et 40 minutes.
- La contention la plus courte a duré 15 minutes et la plus longue 4 heures.
- La médiane était de 1h et 25 minutes.

2.3.3.3 Répartition sur le nycthémère

On constate une répartition homogène des mesures sur le nycthémère. Sur les 41 mesures de contention de l'année 2019, 56,1% ont eu lieu durant la journée (6 le

matin et 17 l'après-midi) et 43,9% sur les horaires de garde entre 18h30 et 8h30 (11 avant minuit et 7 après minuit). L'horaire moyen de mise en place est 18h32.

On peut repérer la prévalence de « jours à contention » : 19,5% des mesures de contention (8 des 41) ont eu lieu le même jour qu'une autre contention. En revanche il n'est pas constaté d'augmentation significative du nombre de mesures durant les week end puisque seules 5 contentions ont été réalisées sur l'année 2019.

2.3.3.4 Administration d'un traitement

Traitement médicamenteux	Nombre de mesures	Pourcentage
Neuroleptique + Benzodiazépine	16	39,0%
Neuroleptique seul	17	41,4%
Pas de traitement	4	9,8%
Pas d'information	4	9,8%
Total	41	100%

La majorité des mesures de contention était associée à la prescription d'un traitement médicamenteux, présent dans 80,4% des cas. Ce traitement consistait en l'administration d'un traitement neuroleptique seul ou en association avec une benzodiazépine. Dans la majorité des cas, le traitement a été administré par voie orale (dans 48,8% des mesures) mais également par voie intra-musculaire (31,7% des mesures). Seules 4 mesures n'ont pas été associées à la prise d'un traitement sédatif. Cette information n'était pas précisée pour 4 mesures.

Le traitement neuroleptique le plus représenté était la loxapine, prescrite dans 27 mesures, soit 81,8% des prescriptions. La benzodiazépine la plus prescrite était le diazépam dans 14 mesures soit 42,4% des prescriptions.

2.3.3.5 Surveillance

Une feuille de surveillance spécifique de contention a été retrouvée pour 26 des mesures enregistrées, soit 63,4% des contentions. Elle était absente pour 15 mesures, soit parce que la feuille de surveillance n'était pas dans le dossier, soit parce que nous n'avons pas retrouvé le dossier.

2.3.4 **Vécu des patients**

2.3.4.1 Présentation de la population

Nous avons envoyé 27 lettres au total, correspondant aux patients adultes ayant subi une mesure de contention en 2019 pour lesquels nous disposions d'une adresse postale. Parmi elles, 2 nous ont été retournées sans avoir été ouvertes, 25 sont à priori arrivées à destination.

Au total 6 patients ont donné suite à ce courrier, 3 hommes et 3 femmes (4 ont repris contact téléphoniquement et 2 étaient hospitalisés au sein de la clinique durant la période d'inclusion), soit un taux de réponse de 22,2%.

Finalement 4 ont donné leur consentement pour la suite de l'étude (14,8% des patients contactés), 3 femmes et un homme. Les diagnostics associés à ces patients appartenaient au groupe des troubles de la personnalité pour trois d'entre eux et groupe de la schizophrénie pour un autre.

2.3.4.2 Résultat de l'analyse thématique des entretiens

Les quatre entretiens retranscrits sur lesquels s'est basée l'analyse thématique sont disponibles en annexe (Annexe 3). Ces résultats sont développés sur un mode diachronique : avant, pendant et après la contention.

2.3.4.2.1 Avant la contention

Les quatre patients décrivent un motif de contention en rapport avec celui relevé sur le dossier médical. Trois patients présentaient un comportement agité avec agressivité, et un patient présentait un risque de fugue. Tous les quatre ont été mis en contention aux urgences, celle-ci a été maintenue pour deux d'entre eux après le passage aux urgences.

« En fait j'avais un couteau que je voulais récupérer et ils ne voulaient pas me le rendre, je me suis énervée et ils m'ont mis dehors avec la sécurité, deux fois. Après ils ont appelé la police qui est venue et il y avait plein de gens et tout, et après du coup ils m'ont mis en contention la police, la sécurité et tous les gens. » Entretien 1

« Le SAMU m'a amené aux urgences. Moi je ne voulais pas, je savais qu'ils allaient m'hospitaliser. Il n'y a pas eu de menaces, il y a eu des insultes » Entretien 2

« Oui je me souviens, j'étais très agitée, c'est pour ça que j'ai été contentionnée »
Entretien 3

« Le SAMU m'a emmené aux urgences psychiatriques, où ils ont fermé toutes les portes, appelé la sécurité, à 15 devant moi, on est ensuite allé dans la grande pièce, ils étaient 15 infirmiers en plus du médecin en rond dans la pièce, j'ai tourné, j'ai tourné,

et d'un coup j'ai donné un coup de pied dans la porte, et là, ils m'ont tous pris et m'ont contentionnée » Entretien 4

Les avis sont partagés quant à la légitimité d'une telle mesure dans leur situation :

« Avec le recul oui ! parce que ça a duré au moins une demi-heure toute cette histoire-là. Il y avait la secrétaire en bas et je lui disais « vas y donne-moi mon couteau » et je commençais à faire tomber tous ses dossiers et tout. » Entretien 1

« Mais je trouve que même des insultes type « fils de pute » « salopard » ou « ordure » ne sont pas une raison pour attacher quelqu'un » Entretien 2

« j'étais très agitée, c'est pour ça que j'ai été contentionnée, mais bon ce n'est pas la solution » Entretien 3

« Pour moi elle n'a aucun sens, une personne qui tourne dans une salle et qui met un coup de pied dans une porte, on ne la contentionne pas pour ça » Entretien 4

2.3.4.2.2 Ressentis pendant la contention

Ils sont en grande majorité négatifs. Les émotions évoquées dans les entretiens comprennent la colère, exprimée par trois patients, la haine et la peur. Un patient évoque la contention comme une vengeance de la part des équipes soignantes tandis qu'un rapporte une incompréhension quant à l'indication de la mesure. Aucun patient n'a rapporté d'apaisement grâce à la mesure de contention.

« au début ça m'a énervé encore plus » Entretien 1

« J'ai ressenti de la colère, et de l'exaspération contre une situation injuste » Entretien

« *je n'étais pas bien, j'étais en colère, je voulais tout casser, tout niquer* » « *j'avais vraiment la haine* » Entretien 4

« *moi ça m'a fait super peur* » Entretien 3

« *C'est vécu comme une véritable vengeance.* » Entretien 2

« *je ne savais même pas pourquoi on me contentionait, on ne m'a même pas expliqué* » Entretien 3

Par ailleurs, on retrouve à plusieurs reprises des éléments de langage faisant référence à une thématique d'impuissance, de désespoir :

« *j'étais foutu* » Entretien 2

« *je me disais que j'allais être attachée toute ma vie.* » Entretien 4

Cette thématique d'impuissance s'illustre également par la perte des multiples capacités que la mesure de contention a entraînée : incapacité à se gratter, à se tourner, à boire, à alerter les soignants.

« *vous avez les deux poings attachés, les deux pieds attachés, vous ne bougez pratiquement pas d'un millimètre et ce pendant toute l'après-midi, toute la soirée toute la nuit sans dormir. En contention on ne trouve pas le sommeil. Vous comprenez ? vous êtes attachés, vous êtes tendu, vous avez soif, comment voulez-vous trouver le sommeil ?* » Entretien 2

Deux patients ont rapporté un sentiment de solitude au cours de la contention :

« *je me sentais seul* » Entretien 2

« *ils me laissaient dans une pièce, comme une moins que rien ça m'a fait vraiment mal au cœur* » Entretien 3

Trois patients évoquent un vécu traumatique et violent associé :

« *C'est vraiment un vécu traumatisant* » Entretien 3

« *c'était assez traumatisant et violent.* » Entretien 4

« *c'est contraire aux libertés fondamentales, ça s'appelle torture et acte de barbarie* »

Entretien 2

Trois des patients interrogés rapportent des éléments du registre de l'humiliation et de la non-humanité :

« *C'est humiliant, on se sent comme un animal, c'est les chiens, les porcs et les vaches qu'on attache* » Entretien 2

« *J'étais comme un animal, comme une moins que rien, on m'attache et là ça me donne envie de pleurer carrément* » Entretien 3

« *j'avais l'impression d'être comme un animal, ce sont les animaux qu'on attache comme ça* » Entretien 4

Un patient a évoqué des perceptions physiques désagréables :

« *en souffrance physiquement et moralement aussi, les muscles gourds, comme après 40 km de marche.* » Entretien 2

La perception du temps s'est vue modifiée pour certains patients. Ils évoquent une distorsion temporelle, une perte de repères :

« *on n'a pas la même conscience du temps, genre une heure ça paraît une éternité* »
Entretien 1

« *même une heure de contention c'est long, les minutes sont longues.* » Entretien 2

« *une heure c'est très très long quand on ne peut pas bouger du tout* » Entretien 4

On constate également qu'une même durée de la contention est ressentie *différemment selon les patients* :

« *aux urgences elle a été extrêmement limitée, de l'ordre d'une heure et demi à deux heures* » Entretien 2

« *Pas très longtemps je crois, une heure un truc comme ça, j'en ai eu des plus longues !* » Entretien 1

« *Au moins une heure, mais une heure c'est très très long quand on ne peut pas bouger du tout.* » Entretien 4

Durant la période de contention deux patients rapportent avoir entretenu de bons rapports avec l'équipe soignante :

« *Ils sont venus je crois 2 fois, bah il y a le médecin qui est venu au début et ça a duré un petit moment, et après elle est partie et après il y a je crois un infirmier qui est venu, et après ils sont venus pour m'emmener dans un service. Ils étaient tous gentils franchement.* » Entretien 1

« *les infirmières j'étais gentille avec elles parce qu'elles étaient gentilles avec moi.* » Entretien 4

Concernant l'efficacité de la mesure les avis sont partagés, si les patients évoquent un apaisement, celui-ci est souvent attribué au traitement médicamenteux associé plutôt qu'à la contention.

« *En fait au début ça m'a énervé encore plus mais après il y a un médecin, une femme, qui est venue, je ne sais pas qui c'était, et on a parlé pendant, je ne sais pas, 5 10 minutes et après je me suis calmée, et aussi avec le médicament.* » Entretien 1

« *Je vous garantis qu'une contention ça fait réfléchir, même une heure et demie la personne quand elle en sort elle est douce comme un agneau* » Entretien 2

« *Ils m'ont attaché et donné un médicament et ensuite j'ai dormi. Et quand je me réveille il faut que je sois gentille et que je dise comme quoi je ne suis plus agressive* » Entretien 3

« *Non pas du tout, je ne faisais que de crier. Finalement c'est le médicament qui m'a calmée.* » Entretien 4

2.3.4.2.3 Après la contention

Concernant les suggestions d'améliorations quant à la mise en place de contentions mécaniques, pour certains patients aucune n'est possible en dehors de l'abolition de cette pratique.

« *On ne peut pas [améliorer la contention]. On ne peut pas attacher simplement les pieds ou les mains, on peut la supprimer et c'est ce qui va arriver immanquablement d'ici quelques années.* » Entretien 2

« *il aurait fallu ne pas me contensionner du tout puisque je dors.* » Entretien 3

Cependant d'autres ont pu évoquer des améliorations concernant la contention en général, comme des sangles moins serrées, une présence infirmière plus régulière ou la possibilité de pouvoir alerter l'équipe ont également été évoquées.

« *que les soignants passent plus souvent, parce que des fois on est plusieurs heures comme ça tout seul, et il peut tout nous arriver et on ne peut pas les appeler ou quoi que ce soit. Par exemple moi je suis asthmatique et un jour j'ai fait une crise d'asthme en contention et j'ai paniqué parce qu'ils n'étaient pas là, après ils sont arrivés ça allait*

encore mais bon. Il manque un système pour communiquer avec les soignants. »

Entretien 1

« qu'ils soient plus présents c'est vrai, et pas me laisser seule dans une pièce où après moi je hurle parce que je suis attachée comme un animal, » Entretien 3

« Déjà ce n'est pas la peine de serrer aussi fort les sangles, plus je criais plus ils serreraient. » Entretien 4

Plusieurs alternatives à la mise en place de contention ont été évoquées par les patients interrogés. La majorité d'entre eux privilégient en premier lieu une approche relationnelle visant à comprendre les raisons de l'agitation, à trouver un compromis avec le patient,

« peut-être me dire une date à laquelle je peux récupérer le couteau peut être que ça m'aurait calmé » Entretien 1

« essayer de discuter avec moi, de comprendre pourquoi je suis agitée, mais je sais que c'est difficile de discuter avec quelqu'un qui est alcoolisé. » Entretien 3

« J'aurais essayé de chercher à comprendre, j'aurais proposé un médicament pour que la personne se calme, s'assoie et arrête de tourner en rond dans la pièce »

Entretien 4

L'approche médicamenteuse est aussi privilégiée par les patients interrogés :

« Me dire « monsieur, vous ne comprenez pas, vous êtes dans un mauvais état physique, calmez-vous on va vous donner une benzodiazépine, un tranquillisant, on ne veut pas vous mettre en contention » » Entretien 2

« Me donner du Loxapac et que je dorme. » Entretien 3

« *me donner un médicament pour que je me calme* » Entretien 4

Enfin un patient évoque l'intervention des forces de l'ordre comme alternative :

« *j'interdirai la contention, même pour violence. A la place j'appellerai le 17, police nationale et ils arrivent en 5minutes. Ils maitrisent, menottes aux mains et ils emmènent en garde à vue* » Entretien 2

2.3.4.2.4 Ressentis à distance de l'épisode

A plus long terme deux patients évoquent spontanément des émotions négatives persistantes en lien avec la pratique de la contention :

« *c'est pour ça que j'évite au maximum d'être aux urgences parce que j'ai toujours cette appréhension d'être attachée.* » Entretien 3

« *ça m'a traumatisée et que c'est pour ça que je ne fais plus de bordel en psychiatrie* »
Entretien 4

« *Oui je fais des cauchemars, et quand j'en parle ça me donne envie de pleurer* »
Entretien 3

« *J'y repense souvent, et j'ai toujours la peur que ça arrive de nouveau.* » Entretien 4

Par ailleurs, indépendamment des ressentis exprimés au cours des entretiens, un autre indicateur du vécu à plus long terme est l'échelle PCLS, complétée dans un deuxième temps. Les scores des patients interrogés étaient respectivement de 29, 43, 47 et 49 (soit un score moyen de 42).

La moitié des patients interrogés présente des symptômes de stress post-traumatique dont l'intensité (PCLS>44) est compatible avec un Trouble de Stress Post

Traumatique. Il s'agit de deux femmes ayant un diagnostic de trouble de la personnalité.

2.3.4.2.5 Communication autour de l'épisode

Certains patients ont reparlé de l'épisode à l'un ou l'autre de leurs proches, un patient l'a également abordé avec son psychiatre. Aucun n'a pu débriefer avec l'équipe soignante des urgences.

« je ne parle pas des contentions, jamais. Déjà je ne parle pas de l'hôpital donc je ne vais pas parler des contentions ! » Entretien 1

« je n'y pense pas, et je n'en parle pas, sauf à mon avocat, et je vais aller jusque l'assemblée nationale et faire annuler toutes les lois sur la contrainte physique et chimique » Entretien 2

« J'en parle aussi encore souvent à mon psy, je dis toujours qu'il va me mettre en contention, j'ai toujours peur que ça m'arrive » Entretien 4

Une patiente évoque spontanément le bénéfice ressenti d'avoir pu reparler de cette situation de contention au cours de l'entretien :

« En tout cas ça m'a fait du bien de parler avec vous de tout ça. » Entretien 3

2.4 Discussion

2.4.1 Limites et biais de l'étude

2.4.1.1 Partie descriptive

La première partie descriptive de l'étude comporte un biais d'information : l'absence de plusieurs dossiers médicaux, ainsi que le manque de données dans certains dossiers ne permet pas un recueil exhaustif des données concernant les conditions de mises en contention des patients.

L'étude n'évalue pas les méthodes de désescalade mises en œuvre avant le recours à l'isolement car ces dernières ne figurent pas de manière détaillée dans le dossier du patient (elles sont en revanche mentionnées sur la feuille de surveillance de contention – Annexe 1).

2.4.1.2 Partie qualitative

Une des principales limites de cette étude est son faible effectif, puisque seuls quatre patients ont finalement été inclus, ce qui en fait un échantillon très faible. De fait, il est difficile de tirer des conclusions fiables en termes de vécu du patient. Cependant on peut envisager que ce taux de réponse de 22,2% soit représentatif d'une certaine volonté du patient de pouvoir reparler d'un épisode de contention

Dans cette étude, nous ne nous sommes intéressés qu'au vécu de la population adulte. Pourtant, les mesures de contention ont concerné 19,5% de patients mineurs. A notre connaissance, il n'existe aucune donnée dans la littérature explorant le vécu de telles mesures chez les patients mineurs. A l'avenir, Il serait intéressant de réaliser

une telle étude sur cette population particulière, car il ne fait aucun doute que les mesures de contention peuvent avoir des répercussions sur le psychisme à plus ou moins long terme et influencer les rapports ultérieurs à la psychiatrie.

Concernant le recueil des données, il existe probablement un biais de mémorisation de la part du patient puisque le délai entre l'expérience de contention et la réalisation de l'entretien semi-directif est relativement important. Nous pouvons également considérer des biais dits de conformisme et de désirabilité sociale d'autant plus que l'entretien portait sur un antécédent personnel de comportement déviant ou transgressif, ainsi le sujet interrogé a pu donner des réponses en fonction de ce qui est socialement préférable, ou conforme à ce qu'il croit être les attentes du chercheur. Pour pallier au mieux ces biais, nous nous sommes efforcés d'adopter un positionnement neutre. Une autre source d'erreur possible résulte de la signification différente qu'interviewer et interviewé peuvent attribuer aux mots. Pour pallier ce biais, l'évaluateur s'est assuré d'avoir bien compris le sens de la parole recueillie, en soumettant à la personne des hypothèses et des propositions sur son discours.

2.4.2 Caractéristiques de la population

Le taux de mesures de contention de 1,3% apparaît relativement faible par rapport aux données de la littérature (incidence mondiale entre 1,2 et 8% (53)). Concernant plus particulièrement les services d'urgences psychiatriques, le taux est comparable à celui observé par le Dr Guedj dans son étude parue en 2004, de 1,4% (49), mais nettement inférieur à celui retrouvé dans l'étude récente menée en Occitanie de 6,9% (51). Cette différence peut s'expliquer par une possible sous-estimation des mesures de contention dans l'étude de 2004, liée à l'absence d'obligation de tenir un registre de contention.

On note que le profil des patients contenus correspond assez fidèlement aux données de la littérature : les caractéristiques sociodémographiques, et notamment l'âge et le sexe des participants, sont comparables. Aussi, notre étude retrouve une majorité de patients avec un diagnostic de schizophrénie et autres troubles délirants, à l'instar des autres études ayant étudié les caractéristiques cliniques de patients sous contention physique (49,54,67). Les autres diagnostics les plus représentés sont les troubles de la personnalité, les troubles de l'humeur et les troubles des conduites.

Une remarque peut être faite concernant le recueil des données diagnostiques. En effet le diagnostic recueilli correspond à celui établi par le médecin suite à la consultation aux urgences. Cette consultation correspond à une évaluation ponctuelle de la clinique du patient, réalisée dans un contexte d'urgences, sans disposer du dossier médical du patient. Ainsi, le diagnostic retenu alors peut ne pas correspondre au diagnostic réel du patient. Cela soulève la problématique prégnante aux urgences psychiatriques des diagnostics catégoriels versus dimensionnels, de la temporalité clinique synchronique versus diachronique.

On note une prévalence importante des contentions de mineurs (19,5% des mesures) qui peut être expliquée par le lieu de l'étude, un service d'urgences psychiatrique amené à gérer les urgences psychiatriques pédiatriques à partir de 12 ans en cas d'agitation sévère. La seule autre étude française évaluant la contention aux urgences psychiatriques, menée par Guedj et publiée en 2004 retrouvait une prévalence de mineurs de 12% (49). Cette prévalence importante explique probablement la surreprésentation du diagnostic de troubles des conduites par rapport à la littérature existante.

2.4.3 Déroutement de la contention

Notre étude retrouve une durée moyenne de contention faible (une heure et quarante minutes) en comparaison avec les données de la littérature. Cette durée relativement faible peut s'expliquer par un possible biais de recueil. En effet un certain nombre de mesures de contention mises en place aux urgences psychiatriques se sont poursuivies au-delà de la prise en charge dans le service, pendant et/ou après le transfert en unité d'hospitalisation. Ainsi la durée recueillie dans le registre est probablement sous-estimée par rapport à la durée totale de la contention. L'étude menée par Guedj dans un service d'urgences retrouvait aussi une durée moyenne relativement limitée, de 2 heures (49).

Nous avons également repéré la prévalence des « jours à contention » (19,5% des contentions effectuées ont eu lieu le même jour qu'une autre) comme l'avait déjà noté Guedj dans son étude. Pour expliquer ce phénomène, elle évoquait l'hypothèse de l'existence d'une libération instinctuelle, sexuelle et agressive des équipes et des patients suite à une contention avec augmentation de l'angoisse et de l'agitation pour l'ensemble des patients (49).

Le cadre légal de la contention aux urgences ne correspond pas forcément à l'hospitalisation sous contrainte. Le motif d'assistance à personne en danger prévaut dans un contexte d'urgence, d'autant que la durée est brève. En effet, en dehors des soins sans consentement, le recours à l'isolement ou à la contention pour des personnes en soins libres est limité aux cas prévus par la circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993, à savoir durant le temps nécessaire à la transformation du régime d'hospitalisation libre du patient vers un régime d'hospitalisation sans consentement, ou bien durant le temps nécessaire à la résolution de la situation d'urgence (94). On

constate toutefois que la majorité des patients ayant dû être hospitalisés suite à leur passage aux urgences l'ont été en régime de soins sous contrainte, une minorité est rentrée à domicile, témoignant de l'intensité symptomatique constatée et du caractère nécessaire d'une prise en charge hospitalière.

2.4.4 Vécu des patients

Dans notre étude, le vécu exprimé par les patients est comparable aux données de la littérature, avec des ressentis majoritairement négatifs comme la colère, l'incompréhension et la tristesse. Les patients soulignent également un manque d'information, l'incapacité de satisfaire leurs besoins de base, et une communication insuffisante avec l'équipe soignante. Ils évoquent un sentiment de déshumanisation et certains parlent de traumatisme.

Les relations avec l'équipe soignante au cours de la contention sont évoquées par les patients avec une certaine ambivalence. Celles-ci sont tantôt perçues positivement, tantôt négativement, parfois au sein d'un même entretien. Cela peut différer en fonction de l'instant du processus de contention, les relations sont perçues plus fréquemment négatives en début d'entretien et positives au fur et à mesure du processus de contention. Cela peut différer également en fonction de l'interlocuteur, en fonction des équipes soignantes, de la fonction de médecin ou d'infirmier des soignants.

Les thématiques d'impuissance, de perte d'autonomie et de solitude décrites par les patients rejoignent l'idée de la dépendance à l'équipe soignante. En effet, les patients, au cours des différents entretiens, soulignent cet état de dépendance lorsqu'ils suggèrent des améliorations dans l'utilisation de la contention physique. Ainsi l'une des améliorations évoquées est le souhait d'un passage infirmier plus fréquent

et plus régulier. Cela rejoint le concept psychanalytique de contenance décrit dans la première partie. Si l'on considère la contention comme un soin, il ne s'agit pas des sangles ou des murs de la chambre d'isolement qui assurent cette fonction contenante, mais bien des soignants eux-mêmes par leur présence et leur disponibilité auprès du patient. L'aspect thérapeutique alors ne résiderait pas dans l'acte d'attacher le patient sur un lit mais dans la contenance psychique permise par la disponibilité physique et psychique des soignants.

A l'instar des données de la littérature, on constate que l'utilisation d'un traitement sédatif est mieux tolérée par les patients que la mise en contention, même lorsque celui-ci est administré en injection intra-musculaire. De même, c'est souvent l'effet du médicament qui est pointé par les patients comme facteur d'apaisement et non pas la mesure elle-même.

2.4.5 Comment réduire le recours à la contention et améliorer le vécu de cette mesure

2.4.5.1 Améliorer le vécu de la contention

Il s'agit ici de développer des voies d'améliorations en se référant non seulement aux suggestions des patients mais aussi aux différentes recommandations existantes et aux données de la littérature médico-scientifique.

En l'état actuel des connaissances et en l'absence de preuve d'efficacité de la contention dans la gestion de l'agitation, il convient de mettre en place des mesures associées permettant un apaisement le plus rapide possible de la situation ayant motivé cette mesure.

Cela peut consister en :

- La mise en place d'un traitement médicamenteux approprié à l'état du patient
- La mise en place d'un environnement protecteur et apaisant avec sur le plan matériel la mise en place de repères temporels, et d'un moyen d'alerter l'équipe soignante.
- La poursuite d'un lien relationnel avec le patient
- Les visites régulières auprès du patient afin de surveiller de manière rapprochée l'apaisement de son état et de permettre une ablation précoce de la contention.

La possibilité d'un échange a posteriori de la situation entre le patient et les soignants est importante à mettre en place pour améliorer le vécu des mesures de contention comme le souligne déjà la littérature scientifique (1,84). Ce temps de reprise permet le recueil des ressentis du patient et une mise en sens de la situation pour le patient, à la lumière des explications des soignants. Elle permet d'apprécier l'inscription de l'évènement dans l'histoire du patient. Revenir sur le vécu du patient c'est lui redonner une position de sujet.

2.4.5.2 Réduire la contention

A ce jour, la contention 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.

2.4.5.2.1 Formation des équipes à la gestion de la crise psychique

L'abandon de la formation spécifique d'infirmier psychiatrique en 1992 et le départ progressif en retraite de cette génération de soignants est souvent mis en avant pour expliquer le recours plus fréquent aux mesures coercitives constaté ces dernières décennies (44,79). Pourtant, les recommandations internationales mettent en avant l'importance de la formation des soignants (45,95).

De même, l'ensemble des recommandations en matière d'agitation et de violence s'accorde sur la place indispensable qu'occupe l'abord relationnel dans la prise en charge du patient, pour limiter le recours aux mesures coercitives et pour favoriser l'établissement d'une relation thérapeutique (7,45,96). Pour prévenir les situations de violence en particulier, des techniques de désescalade verbale ont été développées dès 1991 (97) puis reprises aux Etats-Unis. en 2012 dans le cadre du projet BETA (Best Practice in Evaluation and Treatment of Agitation) (95). Les auteurs détaillent 10 domaines de désescalade : le respect de l'espace personnel, avoir une attitude non provocante, établir un contact verbal, être concis, identifier les souhaits et les émotions, écouter attentivement le patient, valider son discours ou accepter le désaccord, poser le cadre et les limites, proposer des choix et être optimiste, débriefer avec le patient et l'équipe. Dans la littérature plusieurs techniques sont décrites, elles allient respect de la dignité du patient, écoute bienveillante et valorisation, reformulation et clarification du discours, proposition de compromis ou d'alternative, attitude calme et contact individuel. Des échelles ont été développées pour aider les soignants dans cette approche (98,99).

Plusieurs études (100–102) réalisées dans des unités où le personnel soignant avait reçu des formations en gestion de crise ont montré des diminutions significatives

d'utilisation de la contention et de l'isolement. Certaines formations incluent l'expérimentation de la contention physique et de l'isolement afin de travailler sur un recueil des vécus. Les enseignements sont alors particulièrement riches et participent à l'objectivation de la pratique. Ils sont de plusieurs ordres : sur les éprouvés (sentiments de vulnérabilité ou d'impuissance ressentis), physiques (défense et lutte contre la restriction de mobilité), sensoriels (perception de la temporalité). Ce type de formation ne laisse pas indifférent, il permet alors de travailler à partir des perceptions et des ressentis au plus près de l'expérience vécue et partagée avec le patient (103).

Une revue systématique de la littérature avec méta analyse parue en 2017 démontre que plus la formation est régulière et longue, plus l'impact sur les mesures de restriction de liberté est important (102), justifiant ainsi la mise en place de formations continues.

2.4.5.2.2 Effectifs suffisants

La diminution des effectifs, outre d'éventuels épuisements, engendre une faiblesse face à la violence. Ainsi, les équipes en sentiment d'insécurité peuvent justifier d'anticiper la violence par des mesures coercitives préventives (63). Par ailleurs, l'utilisation de techniques de désescalade, bien que jugées comme importantes et efficaces, n'est pas toujours possible avec des effectifs réduits, la dotation en personnel empêchant de passer beaucoup de temps avec un seul patient (70,79). Plusieurs études ont démontré une relation significative entre l'augmentation des soignants (104) ou entre l'augmentation des interactions soignants-soignés (105) et la diminution du recours à l'isolement. Cela se vérifie également en Islande où le taux de soignant par patient est le plus haut d'Europe et la contention a disparu des

pratiques depuis plusieurs décennies (53). D'autant que lorsque les patients suggèrent des alternatives à l'isolement c'est la contenance relationnelle des soignants qu'ils recherchent (81) au travers de temps d'échanges formels et informels ou d'activités thérapeutiques (103).

2.4.5.2.3 Supervision et débriefing

Un débriefing après chaque prise en charge de situation d'agitation permet également à terme une meilleure gestion des situations à risque. Ces temps de reprise permettent d'accéder à une réflexion collective autour de questions qui concernent les pratiques de soins de patients jugés comme « difficiles ». L'analyse des « non incidents » ou « presque incidents », c'est-à-dire des épisodes aigus n'ayant pas conduit à une mesure de restriction de liberté devrait pouvoir être valorisée. Elle permet aussi de s'arrêter sur ce qui fonctionne, marche, réussit à des fins de soutien, de valorisation, de reprises et d'appropriation collective à la place ou à côté de cette attention portée à ce qui dysfonctionne, échoue, fait défaut... Il y a une possibilité de créer une dynamique positive à partir de ces réussites au quotidien (103).

2.4.6 Perspectives d'amélioration aux urgences psychiatriques de Strasbourg

En parallèle de ce travail de thèse, un projet porté par l'équipe des urgences a été élaboré dans une perspective d'amélioration de nos pratiques concernant l'utilisation de la contention. Ce projet est basé sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2017, qui met en avant l'importance de temps de reprise systématiques avec le patient, pour améliorer le vécu traumatique que peut représenter une telle mesure pour les patients comme pour les équipes et pour

alimenter une réflexion institutionnelle sur les améliorations et alternatives envisageables.

Ainsi, après chaque contention réalisée sur un patient adulte depuis le 1^{er} janvier 2020, un courrier est envoyé à son domicile dans lequel il est proposé au patient de bénéficier d'une consultation de reprise dédiée à l'épisode, en présence d'un médecin et d'un infirmier des urgences.

Jusqu'à présent aucun patient n'a donné suite à ce courrier, mais les résultats de ce travail de thèse, et notamment le taux de réponse au courrier envoyé dans ce cadre suggèrent qu'une telle démarche est susceptible d'intéresser une partie de la population concernée.

Un tel protocole n'a pas été mis en place pour les patients mineurs pour le moment, il serait intéressant également de pouvoir le proposer, compte tenu de la prévalence des patients mineurs mis en contention. Ce protocole pourrait se réfléchir en partenariat avec les équipes de pédopsychiatrie.

CONCLUSION

L'utilisation de la contention pour les malades souffrant de troubles mentaux existe depuis l'antiquité, et n'était jusqu'en 2016 encadrée par aucune loi spécifique en France. L'absence d'encadrement législatif a rendu la pratique de la contention hétérogène d'un hôpital à l'autre voire au sein d'un même hôpital.

Si le recours à la contention physique en psychiatrie reste aujourd'hui encore fréquent, on assiste ces dernières années à l'émergence d'un véritable questionnement éthique des professionnels et des pouvoirs publics comme en témoignent la promulgation de la loi du 26 janvier 2016, la publication des dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé et de nombreuses études interrogeant cette mesure. Les travaux scientifiques effectués se sont alors attachés à établir majoritairement les indications d'une telle méthode, à en étudier l'efficacité et à décrire le profil des patients contenus, ceci dans un souci de limitation de mise en œuvre de cette mesure toujours controversée.

Il existe pourtant des situations où ni les traitements psychotropes, ni la parole soignante, ne peuvent contenir toute la souffrance et la violence. Après épuisement de toutes les alternatives, la décision d'attacher doit rester un acte thérapeutique, fruit d'une réflexion éthique. S'interroger sur le bien-fondé de ce qu'on fait en tant que soignant est indispensable pour ne pas retomber dans la logique asilaire, qui avait fini par se pervertir elle-même bien qu'initialement pensée en termes d'amélioration de la condition des malades mentaux.

Nous avons pu constater au travers de ce travail que la contention est vécue difficilement par une majorité de patients. L'évaluation des pratiques aux urgences psychiatriques de Strasbourg ainsi que les données de la littérature mettent en avant

que les patients mis en contention sont majoritairement des hommes, âgés d'environ 30 ans pour lesquels la contention a été motivée par un état d'agitation ou d'agressivité et dont la majorité 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 entre le patient et l'équipe soignante.

Les principales voies d'amélioration suggérées par les patients reposent sur le rapport soignant/soigné (continuité du lien relationnel, visites régulières, délivrance d'informations sur le motif et le déroulement de la contention) sur la mise en place de repères temporels et de soins médicamenteux permettant un meilleur vécu de la contention. Ces suggestions de la part des patients rejoignent en partie les recommandations des organismes internationaux – tels que l'ONU, le Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, le Conseil de l'Europe – et des différentes conférences de consensus publiées sur ce thème.

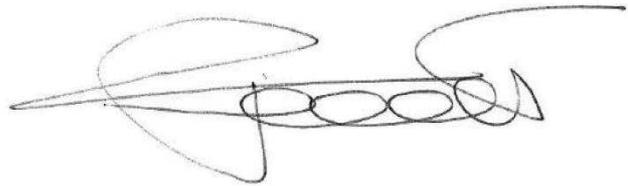
Donner une information claire et appropriée au patient au moment de la mise en contention peut être difficile du fait de l'état clinique du patient rendant ce dernier inaccessible aux explications. En ce sens, l'entretien de reprise est capital. Il donne l'opportunité au patient de verbaliser son vécu et ce retour permet à l'équipe de travailler sur une amélioration des conditions de contention et de réfléchir sur ses pratiques. Par ailleurs, l'entretien post-contention est l'occasion de désamorcer une situation de stress aigu dans laquelle certains patients peuvent se trouver.

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 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.

VU
Strasbourg, le 4 mai 2020
Le président du Jury de Thèse

Professeur Pierre VIDAILHET



VU
Strasbourg, le 05/05/202
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBLIA



BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Isolement et contention en psychiatrie générale, recommandations de bonnes pratiques. Paris; 2017.
2. Larousse É. Définitions : contention - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 9 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contention/18580>
3. Palazzolo J, Lachaux B, Chabannes JP. Isolement, Contention et Contrainte en Psychiatrie, Rapport du CPNLF. Paris; 2000.
4. OMS | Violence [Internet]. WHO. [cité 9 nov 2019]. Disponible sur: <http://www.who.int/topics/violence/fr/>
5. Observatoire National des violences en milieu de santé. rapport annuel 2019 sur les données de 2018 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2019 [cité 9 nov 2019]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante/article/les-rapports-annuels>
6. Morasz L. Comprendre la violence en psychiatrie. Dunod. 2002. 272 p. (Psychothérapies).
7. Haute Autorité de Santé. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie. Outil d'amélioration des pratiques professionnelles. 2016.
8. Haute Autorité de Santé. Dangerosité 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. Recommandation de bonne pratique. Paris; 2011.
9. Mauras T, Perony A, Yadak J, Velasco A, Goudal P, Marcel J-L. Isolement et contention : de la prescription à la décision. Encéphale Rev Psychiatr Clin Biol Thérapeutique. 2017;
10. Sailas E, Fenton M. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001163.
11. Pigeaud J. La Maladie de l'âme. Etude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médicophilosophique antique. Les Belles Lettres. Paris; 1981.
12. Friard D. Attacher n'est pas contenir. Santé Ment. mars 2004;(86).
13. Caelius Aurelianus. Maladies aiguës, maladies chroniques. I.E. Drabkin. Chicago U.P; 1950.
14. Celse, De medicina, trad W.G Spencer, 3 vol, Loeb Classical Library, 1961.
15. Agrimi J, Grisani C. J. Agrimi, C. Grisani, « Charité et assistance dans la civilisation chrétienne médiévale » in Histoire de la pensée médicale en Occident, dir M.D Grmek, tome 1, Antiquité et Moyen Age, Seuil, 1995. In.

16. Laharie M. La folie au Moyen Age, XIème-XIIIème siècles. Le Léopard d'Or. Paris; 1991.
17. Quétel C. Histoire de la Folie. Tallandier. Paris; 2009.
18. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Gallimard. Paris; 1972.
19. Descartes R. Traité des passions de l'âme. Paris; 1649.
20. Palazzolo J. Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie. Elsevier Masson; 2002.
21. Caire M. Soigner les fous : histoire des traitements médicaux en psychiatrie. Nouveau monde editions. 2019. (histoire des sciences).
22. Colombier J, Doublet F. Instructions sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leurs sont destinés. Journal de Médecine, Chirurgie, Pharmacie. 1785;529-83.
23. Pinel P. traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie. L'Harmattan. Paris; 2006.
24. Fernández VI, Karavokyros S, Lagier F, Bauer L, Védie C. Soigner sans contention physique, quels enjeux psychiques ? De la contention à la contenance. Lévolution Psychiatr. 13 août 2019;
25. Loi n° 7443 du 30 juin 1838 SUR LES ALIENES.
26. Negroni AA. On the concept of restraint in psychiatry. Eur J Psychiatry. 1 juill 2017;31(3):99-104.
27. Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony. J Français Psychiatr. 2010;n° 38(3):25-7.
28. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 72. 2016-41 janv 26, 2016.
29. Friard D. Brève histoire de l'enfermement. Santé Mentale, (199), 40-41. Santé Ment. juin 2015;199:40-1.
30. Résolution 46/119 de l'ONU, principe 11, 1991.
31. APCE - Recommandation 1235 (1994) - Psychiatrie et les droits de l'homme [Internet]. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=15269&lang=FR>
32. Conseil de l'Europe. Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux [Internet]. 2004 [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016805dc33e
33. Conseil de l'Europe. Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants [Internet]. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/conventions/full-list>

34. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Rapport au gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre 2010 au 10 décembre 2010. Report No.: CPT/Inf (2012) 13.
35. Comité européen pour la prévention, de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 15 au 27 novembre 2015. Report No.: CPT/Inf (2017) 7.
36. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. 16e rapport général d'activité du CPT. 2006. Report No.: 16.
37. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 | Légifrance, le service public de la diffusion du droit [Internet]. [cité 14 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/Droit-francais/Constitution/Declaration-des-Droits-de-l-Homme-et-du-Citoyen-de-1789>
38. 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.
39. 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. 2011-803 juill 5, 2011.
40. Code de la santé publique - Article L3211-3. Code de la santé publique.
41. Code de la santé publique - Article L3211-4. Code de la santé publique.
42. BAUMANN SB-A. Jurisprudence - Définition [Internet]. Dictionnaire Juridique. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/jurisprudence.php>
43. N° 1662 - Rapport d'information de M. Denys Robiliard déposé en application de l'article 145 du règlement, par la commission des affaires sociales, en conclusion des travaux d'une mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie [Internet]. [cité 11 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>
44. Mauras T, Perony A, Yadak J, Velasco A, Goudal P, Marcel J-L. Isolement et contention : de la prescription à la décision. Wwwem-Premiumcomdatarevues00137006unassignS0013700617302336 [Internet]. 4 févr 2018 [cité 6 sept 2019]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/1196268/resultatrecherche/7>
45. Haute Autorité de Santé. L'agitation en urgence (petit enfant excepté). Conférence de consensus. Paris; 2002 déc.
46. Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.
47. Hasan A. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Rapport du CGLPL. 2016 mai.

48. Hasan A. rapport d'activité 2018 du Contrôleur Général des Lieux de Privation des Libertés. Paris; 2019.
49. Guedj MJ, Raynaud P, Braitman A, Vanderschooten D. [The practice of restraint in a psychiatric emergency unit]. *L'Encephale*. févr 2004;30(1):32-9.
50. Rey E. Psychiatrie : l'immobilisation des patients évaluée pour la première fois. *ladepeche.fr* [Internet]. 2019 [cité 12 janv 2020]; Disponible sur: <https://www.ladepeche.fr/article/2019/01/18/2942433-psychiatrie-l-immobilisation-des-patients-evaluee-pour-la-premiere-fois.html>
51. Clenet A. Incidence et caractéristiques de l'utilisation de la contention mécanique dans 11 établissements de psychiatrie en Occitanie [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018.
52. Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry*. nov 1994;151(11):1584-91.
53. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. sept 2010;45(9):889-97.
54. Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Riv Psichiatr*. févr 2013;48(1):10-22.
55. Steinert T, Lepping P. Legal provisions and practice in the management of violent patients. a case vignette study in 16 European countries. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. mars 2009;24(2):135-41.
56. Nijman HLI, Palmstierna T, Almvik R, Stolker JJ. Fifteen years of research with the Staff Observation Aggression Scale: a review. *Acta Psychiatr Scand*. janv 2005;111(1):12-21.
57. Knutzen M, Mjosund NH, Eidhammer G, Lorentzen S, Opjordsmoen S, Sandvik L, et al. Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. *Psychiatr Serv Wash DC*. mai 2011;62(5):492-7.
58. Wu WWK. Psychosocial Correlates of Patients Being Physically Restrained within the First 7 Days in an Acute Psychiatric Admission Ward: Retrospective Case Record Review. *East Asian Arch Psychiatry Off J Hong Kong Coll Psychiatr Dong Ya Jing Shen Ke Xue Zhi Xianggang Jing Shen Ke Yi Xue Yuan Qi Kan*. juin 2015;25(2):47-57.
59. Simpson SA, Joesch JM, West II, Pasic J. Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). *Gen Hosp Psychiatry*. févr 2014;36(1):113-8.
60. Hadi F, Khosravi T, Shariat SV, Jalali Nadoushan AH. Predictors of physical restraint in a psychiatric emergency setting. *Med J Islam Repub Iran*. 17 nov 2015;29:296.
61. Knutzen M, Bjørkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Helen Mjøsund N, Opjordsmoen S, et al. Mechanical and pharmacological restraints in acute

- psychiatric wards--why and how are they used? *Psychiatry Res.* 30 août 2013;209(1):91-7.
62. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Front Psychiatry.* 2019;10:491.
 63. Cusack P, McAndrew S, Cusack F, Warne T. Restraining good practice: Reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK). *Int J Law Psychiatry.* juin 2016;46:20-6.
 64. Sandhu SK, Mion LC, Khan RH, Ludwick R, Claridge J, Pile JC, et al. Likelihood of ordering physical restraints: influence of physician characteristics. *J Am Geriatr Soc.* juill 2010;58(7):1272-8.
 65. Pettit SA, Bowers L, Tulloch A, Cullen AE, Moylan LB, Sethi F, et al. Acceptability and use of coercive methods across differing service configurations with and without seclusion and/or psychiatric intensive care units. *J Adv Nurs.* avr 2017;73(4):966-76.
 66. Migon MN, Coutinho ES, Huf G, Adams CE, Cunha GM, Allen MH. Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms. *Gen Hosp Psychiatry.* juin 2008;30(3):263-8.
 67. Di Lorenzo R, Baraldi S, Ferrara M, Mimmi S, Rigatelli M. Physical restraints in an Italian psychiatric ward: clinical reasons and staff organization problems. *Perspect Psychiatr Care.* avr 2012;48(2):95-107.
 68. Wulff K, Gatti S, Wettstein JG, Foster RG. Sleep and circadian rhythm disruption in psychiatric and neurodegenerative disease. *Nat Rev Neurosci.* août 2010;11(8):589-99.
 69. Wynn R. Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nord J Psychiatry.* 2003;57(6):453-9.
 70. Perkins E, Prosser H, Riley D, Whittington R. Physical restraint in a therapeutic setting; a necessary evil? *Int J Law Psychiatry.* févr 2012;35(1):43-9.
 71. Huf G, Coutinho ESF, Adams CE, TREC-SAVE Collaborative Group. Physical restraints versus seclusion room for management of people with acute aggression or agitation due to psychotic illness (TREC-SAVE): a randomized trial. *Psychol Med.* nov 2012;42(11):2265-73.
 72. Bergk J, Einsiedler B, Flammer E, Steinert T. A randomized controlled comparison of seclusion and mechanical restraint in inpatient settings. *Psychiatr Serv Wash DC.* nov 2011;62(11):1310-7.
 73. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* juin 2003;48(5):330-7.
 74. Kersting XAK, Hirsch S, Steinert T. Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review. *Front Psychiatry.* 2019;10:400.

75. Ishida T, Katagiri T, Uchida H, Takeuchi H, Sakurai H, Watanabe K, et al. Incidence of deep vein thrombosis in restrained psychiatric patients. *Psychosomatics*. févr 2014;55(1):69-75.
76. Hatta K, Shibata N, Ota T, Usui C, Ito M, Nakamura H, et al. Association between physical restraint and drug-induced liver injury. *Neuropsychobiology*. 2007;56(4):180-4.
77. Larue C, Dumais A, Boyer R, Goulet M-H, Bonin J-P, Baba N. The experience of seclusion and restraint in psychiatric settings: perspectives of patients. *Issues Ment Health Nurs*. mai 2013;34(5):317-24.
78. Lee S, Gray R, Gournay K, Wright S, Parr A-M, Sayer J. Views of nursing staff on the use of physical restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. août 2003;10(4):425-30.
79. Huguet A. La contention physique en psychiatrie : étude du vécu soignant et perspectives actuelles. Caen Normandie; 2018.
80. Guivarch J, Cano N. Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques. [Wwwem-Premiumcomdatarevues00137006v39i4S0013700613000389](https://www-em-premium-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/835061/resultatrecherche/4) [Internet]. 14 sept 2013 [cité 12 janv 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.scd-rproxy.u-strasbg.fr/article/835061/resultatrecherche/4>
81. Carre R. Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients. [Thèse de médecine]. Université Paul Sabatier Toulouse; 2014.
82. Carré R, Moncany A-H, Schmitt L, Haoui R. Contention physique en psychiatrie : étude qualitative du vécu des patients. *Inf Psychiatr*. 1 mai 2017;93(5):393-7.
83. Fugger G, Gleiss A, Baldinger P, Strnad A, Kasper S, Frey R. Psychiatric patients' perception of physical restraint. *Acta Psychiatr Scand*. mars 2016;133(3):221-31.
84. Aguilera-Serrano C, Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Moreno-Küstner B, Mayoral-Cleries F. Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2018;63(2):129-44.
85. Klein M. Chapitre IX - Notes sur quelques mécanismes schizoïdes [Internet]. *Développements de la psychanalyse*. Presses Universitaires de France; 2013 [cité 23 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/developpements-de-la-psychanalyse--9782130621270-page-274.htm>
86. Bion WR. Aux sources de l'expérience. Presse Universitaire de France. Paris; 2003. 137 p. (bibliothèque de psychanalyse).
87. Mellier D. La fonction contenante, une revue de la littérature. *Perspect Psy*. 1 oct 2005;44:303-10.
88. Winnicott D. De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot. 1992. (essais).
89. EBP-BSP. Pierre Delion: La fonction phorique [Internet]. *Ecole Belge de Psychanalyse – Belgische School voor Psychoanalyse*. 2015 [cité 1 févr 2020].

Disponible sur: <https://bsp-ebp.be/2015/06/25/18-mars-2016-pierre-delion-la-fonction-phorique/>

90. Delion P. Foction phorique, « holding » et institution. Erès. Toulouse; 2018. (thémapsy).
91. Hasan A. Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier universitaire de Strasbourg (Bas-Rhin) [Internet]. 2019 févr [cité 24 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.cgpl.fr/2019/rapport-de-visite-du-pole-de-psychiatrie-du-centre-hospitalier-universitaire-de-strasbourg-bas-rhin/>
92. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). Behav Res Ther. août 1996;34(8):669-73.
93. Yao S-N, Cottraux J, Note I, De Mey-Guillard C, Mollard E, Ventureyra V. [Evaluation of Post-traumatic Stress Disorder: validation of a measure, the PCLS]. L'Encephale. juin 2003;29(3 Pt 1):232-8.
94. Circulaire DGS/SP 3 n° 48 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux - APHP DAJ [Internet]. [cité 12 avr 2020]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgssp-3-n-48-du-19-juillet-1993-portant-sur-le-rappel-des-principes-relatifs-a-laccueil-et-aux-modalites-de-sejours-des-malades-hospitalises-pour-troubles-mentaux-2/>
95. Richmond J, Berlin J, Fishkind A, Holloman G, Zeller S, Wilson M, et al. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. West J Emerg Med. 1 févr 2012;13(1):17-25.
96. Collège National des Universitaires en Psychiatrie, Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique. Référentiel de psychiatrie et d'addictologie (2e édition). Presses universitaires François Rabelais. (L'officiel ECN).
97. Stevenson S. Heading off violence with verbal de-escalation. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. sept 1991;29(9):6-10.
98. Nau J, Halfens R, Needham I, Dassen T. The De-Escalating Aggressive Behaviour Scale: development and psychometric testing. J Adv Nurs. sept 2009;65(9):1956-64.
99. Mavandadi V, Bieling PJ, Madsen V. Effective ingredients of verbal de-escalation: validating an English modified version of the « De-Escalating Aggressive Behaviour Scale ». J Psychiatr Ment Health Nurs. août 2016;23(6-7):357-68.
100. Taxis JC. Ethics and praxis: alternative strategies to physical restraint and seclusion in a psychiatric setting. Issues Ment Health Nurs. mars 2002;23(2):157-70.
101. Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Rynnänen O-P, Kautiainen H, et al. Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. Psychiatr Serv Wash DC. 1 sept 2013;64(9):850-5.

102. Lan S-H, Lu L-C, Lan S-J, Chen J-C, Wu W-J, Chang S-P, et al. Educational intervention on physical restraint use in long-term care facilities - Systematic review and meta-analysis. *Kaohsiung J Med Sci.* août 2017;33(8):411-21.
103. Nicolas, Lanquetin. Isolement et contention : Repères pratiques pour en limiter le recours, Groupe de travail du Centre Ressource Métiers et Compétences en Psychiatrie. mars 2017;
104. Donat DC. An analysis of successful efforts to reduce the use of seclusion and restraint at a public psychiatric hospital. *Psychiatr Serv Wash DC.* août 2003;54(8):1119-23.
105. Scanlan JN. 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.* juill 2010;56(4):412-23.

ANNEXES

Annexe 1 : Modèle de lettre envoyé aux patients pour l'étude



Hôpitaux Universitaires de Strasbourg Pôle de Psychiatrie, Santé Mentale & Addictologie

Service de Psychiatrie d'Urgences, de Liaison et de Psychotraumatologie

Professeur Pierre VIDAILHET
Chef de Service
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
☎ 03 88 11 52 47
Pierre.Vidailhet@chru-strasbourg.fr

Strasbourg, le

Madame
Monsieur.....

Unité d'Accueil des Urgences Psychiatriques

Accueil ☎ 03 88 11 66 48

Docteur Alexandra DE HERBAY
Praticien Hospitalier
Alexandra.Deherbay@chru-strasbourg.fr

Docteur Estelle GODARD
Assistant Hospitalo-Universitaire
estelle.godard@chru-strasbourg.fr

Docteur Diana IOSUB
Praticien Hospitalier
diana.iosub@chru-strasbourg.fr

Docteur Philippe MEYER
Praticien Hospitalier
philippe.meyer@chru-strasbourg.fr

Docteur Djamel RADJI
Praticien Hospitalier
djamel.radji@chru-strasbourg.fr

Docteur Anne SOUGY-MALVEZIN
Praticien Hospitalier
Anne.Sougymalvezin@chru-strasbourg.fr

Madame Valérie POUSSARDIN
Cadre Infirmier
☎ 03 88 11 62 12 poste 16658
Valerie.Poussardin@chru-strasbourg.fr

Secrétariat
Madame Albjona BUKOSHI
☎ 03 88 11 62 12
Fax 03 88 11 54 22

1 place de l'Hôpital - BP 426
F-67091 STRASBOURG Cedex

Vous avez bénéficié d'une consultation aux urgences psychiatriques des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg le .../.../.....

Même si nous mettons tout en œuvre pour que votre prise en charge se passe au mieux, il est possible que vous ayez ressenti cela différemment.

Ancienne interne des urgences, je réalise un travail de thèse portant sur les retours d'expérience de patients ayant subi une mesure de contention physique lors d'un passage aux urgences psychiatrique. Dans ce cadre, Je vous propose si vous le souhaitez, de recueillir votre vécu et vos éventuelles questions lors d'un entretien.

Vous pouvez alors nous appeler au 03/88/11/66/56 entre 14 h et 17 h pour une prise de rendez- vous.

ADAM Charlotte, interne de spécialité,
Sous la direction du Dr DE HERBAY Alexandra

Annexe 2 : feuilles de surveillance contention et isolement



FICHE DE SURVEILLANCE CONTENTION ET ISOLEMENT

INITIALE

Patient
Emplacement pour étiquette
Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Code UF :
NIP :

DECISION MEDICALE INITIALE (INDICATION LIMITEE A 6H MAXIMUM)

Date et heure de la décision : __ / __ / __ à __ h __
 NOM du médecin : _____ Signature : _____
 Si le médecin n'est pas psychiatre : _____
 NOM du psychiatre sénior qui confirme la décision : _____
 MODE D'HOSPITALISATION DU PATIENT : SL SPDT SPDRE MINEUR

Circonstances de survenue : _____

INDICATIONS : Menace de passage à l'acte hétéro ou autoagressif
 Acte agressif – Violence
 Autre, préciser : _____

TROUBLE OU ATECEDENTS PRESENTANT UN RISQUE PARTICULIER

Sur le plan somatique : _____
 Sur le plan psychiatrique : _____

ALTERNATIVES TENTEES : Intervention verbale/désescalade
 Temps calme
 Entretien avec un soignant
 Médicament
 Autre, préciser : _____

INTERVENTION DE L'EQUIPE DE SECURITE : Oui Non

METHODE DE CONTENTION : Contention 4Membres ET Contention Ventrale

PRESCRIPTION DE LA SURVEILLANCE

Fréquence de l'évaluation de l'état psychique : _____
 Préciser la fréquence de surveillance de l'état somatique pour :
 Conscience : _____
 Pouls, Tension Artérielle : _____
 Température : _____
 Saturation en oxygène : _____
 Fréquence respiratoire : _____
 Alimentation, hydratation : _____
 Elimination intestinale : _____
 Elimination urinaire : _____
 Toilette : _____
 Substitut nicotinique ou possibilité de fumer : _____
 Vérifications des points d'attaches, état cutané : _____
 Prescriptions HBPM : _____
 Bilan biologique : surveillance plaquettes : _____
 Autre, préciser : _____

INFORMATION AU PATIENT ET/OU PROCHES

Date : __ / __ / __ Signature : _____
 NOM du médecin : _____

ARRET DE LA MESURE

Date et heure de l'arrêt : __ / __ / __ à __ h __
Motif(s) de l'arrêt : _____

NOM du médecin : _____ Signature : _____



SURVEILLANCE DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

INITIALE

Patient
 Emplacement pour étiquette
 Nom :
 Prénom :
 Date de naissance :
 Code UF :
 NIP :

DATE	H1	H2	H3	H4	H5	H6
Surveillance somatique et psychologique	1. Conscience					
	2. Etat Psychique					
	3. Traitement médicamenteux					
	4. TA – Poulx					
	5. Température					
	6. Fréquence respiratoire					
	7. Saturation en Oxygène					
	8. Prévention thromboembolique					
	9. Bilan biologique					
	10. Etat cutané					
	11. Autre, préciser :					
Surveillance soins nursing	12. Alimentation					
	13. Hydratation					
	14. Elimination fécale					
	15. Elimination urinaire					
Sécurité incendie	16. Toilette/ soins d'hygiène					
	17. Equipe de sécurité incendie prévenue (n°16333)					
Sorties	18. Temps de levée temporaire (lié aux soins et accord médical écrit)					
	19. a. Transport vers un autre service					
	19. b. si oui, lieu de destination					
Surveillance Médicale	20. Visite médicale (minimum 2X/24h)					
	Paraphe soignant					

Comment compléter la feuille en fonction de ce qui est fait - Item 1. : C=Conscient I=Inconscient D=Dors
 - Items 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 11., 12., 13., 14., 15., 16., 17., 20. : Mettre une croix et noter dans le Dossier infirmier
 - Items 10. : B= Bon A=Altéré
 - Item 18. : Noter le temps de la levée (en minutes)
 - Item 2. : C=Calme A=Agité O=Opposant
 - Items 19.a: O=Oui N=Non

Annexe 3 : retranscription des entretiens :

Entretien 1 :

- Pour commencer, vous souvenez vous de quand a eu lieu cette consultation et cette contention aux urgences ?

- Oh je ne sais plus... Il y a fort longtemps ! je ne sais plus exactement mais il y a un moment déjà, presque un an je dirais.

- Vous vous souvenez des circonstances qui ont mené à votre contention ?

- En fait j'avais un couteau que je voulais récupérer et ils ne voulaient pas me le rendre, je me suis énervée et ils m'ont mis dehors avec la sécurité, deux fois. Après ils ont appelé la police qui est venue et il y avait plein de gens et tout, et après du coup ils m'ont mis en contention la police, la sécurité et tous les gens.

- Pourquoi aviez-vous ce couteau ? Vous étiez venue avec en consultation ?

- Oui j'étais venue avec, j'étais venue en consultation parce que ça allait plus trop et j'avais le couteau sur moi, et j'ai attendu super longtemps avant la consultation je me souviens, et du coup à un moment je m'amusais avec le couteau et j'ai fini par le donner à l'infirmier parce que je me suis dit que j'allais faire de la merde avec, et du coup bah après la consultation ils voulaient plus me le rendre.

- Et la consultation c'était parce qu'au niveau du moral ça n'allait plus trop ?

- Oui.

- Et finalement il n'y avait pas d'hospitalisation qui était décidée à la fin de cette consultation, si j'ai bien compris ?

- Non

- Et finalement ?

- Bah finalement si en fait...

- Est-ce que vous vous souvenez de ce que vous avez ressenti justement au moment où les choses se sont accélérées et que vous alliez être mise en contention ? quelles émotions avez-vous ressenti à ce moment-là ?

- J'étais très en colère oui.

- Qu'est-ce qui vous mettez en colère ?

- Bah mon couteau, j'étais vraiment centrée sur le couteau en fait je n'avais vraiment rien d'autre comme pensée. Il fallait le récupérer ! Je ne l'ai toujours pas récupéré d'ailleurs, je crois que je ne le récupérerai jamais...

- Et ce couteau il était important pour vous ?

- Ouais, c'était un cadeau de ma mère, un des seuls cadeaux qu'elle m'a offert.

- Et vous aviez comme projet de vous en servir ?

- Au début ouais quand même je pensais à me faire du mal, c'est pour ça que je l'ai donné d'ailleurs parce que je commençais à jouer avec les lames un peu.

- Vous compreniez les raisons de la mise en contention ? vous trouvez que c'était justifié comme mesure ?

- Bah... Avec le recul oui ! parce que ça a duré au moins une demi-heure toute cette histoire-là. Il y avait la secrétaire en bas et je lui disais « vas y donne-moi mon couteau » et je commençais à faire tomber tous ses dossiers et tout.

- Vous étiez en train de monter en tension.

- Ouais.

- Vous vous souvenez de la durée de la contention ?

- Pas très longtemps je crois, une heure un truc comme ça, j'en ai eu des plus longues ! Mais c'est difficile à dire, on n'a pas la même conscience du temps quand on est attaché, genre une heure ça paraît une éternité.

- Et pendant que vous étiez en contention qu'est-ce que vous ressentiez ? Vous étiez toujours en colère ?

- Je sais plus trop. En fait au début ça m'a énervé encore plus mais après il y a un médecin, une femme, qui est venue, je ne sais pas qui c'était, et on a parlé pendant, je ne sais pas, 5 10 minutes et après je me suis calmée, et aussi avec le médicament.

- Il y a eu aussi un médicament, vous l'avez pris comment ?

- Ils m'ont fait une injection.

- Vous n'étiez pas d'accord pour le prendre ?

- Non.

- Que pensez-vous de la prise de ce médicament, la prescription était justifiée ?

- Je pense oui parce qu'ils ont essayé quand même pendant au moins une demi-heure de me dire « mais non vous ne pouvez pas récupérer votre couteau, juste rentrez chez vous il n'y aura rien de plus » et j'entendais pas, et du coup ouais je pense que c'était justifié.

- Donc vous avez identifié que pendant la contention, le fait de discuter avec quelqu'un ça a permis aussi de vous apaiser ?

- Ouais, ça et le traitement.

- Et que pensez-vous des relations que vous avez eu avec les soignants pendant la contention ?

- Ils sont venus je crois 2 fois, bah il y a le médecin qui est venu au début et ça a duré un petit moment, et après elle est partie et après il y a je crois un infirmier qui est venu, et après ils sont venus pour m'emmener dans un service. Ils étaient tous gentils franchement.

- Et la contention a été maintenue une fois dans le service ou elle a été levée ?

- Non elle a été levée tout de suite.

- Et du coup cette contention vous n'avez jamais pu en rediscuter avec les soignants ?

- Non
- Vous auriez aimé pouvoir en reparler après coup ?
- Non ça ne sert à rien.
- Et vous avez déjà été en contention à d'autres moments ?
- Oui plein de fois, à une époque je passais toutes mes journées, enfin pas mes journées mais c'était tous les jours la contention.
- Et à ces occasions vous trouvez également que c'était justifié comme mesure ?
- Ouais, y a juste une fois où ça m'a énervé parce que je n'avais rien fait en fait, mais comme je faisais tout le temps de la merde ils pensaient que c'était moi, et là ce n'était pas ma faute mais j'étais contentionnée quand même. Là c'était un sentiment d'injustice.
- Alors qu'aux urgences vous n'avez pas vraiment ressenti ça ?
- Non, et aussi ils auraient pu m'embarquer les flics, franchement ils ont été gentils !
- Et concernant cette contention précisément est ce que vous voyez des alternatives à proposer qu'on aurait pu utiliser ? d'après vous, aurions-nous pu faire autrement ?
- ... C'est une très bonne question ! euh... peut être me dire une date à laquelle je peux récupérer le couteau peut être que ça m'aurait calmé plutôt que de me dire « non mais de toute façon vous ne l'aurez pas » et de rester buté comme ça. Moi j'étais butée dans ma position, et eux aussi, du coup ça fait un peu frontal, me dire « vous pourrez le récupérer auprès de tel médecin, dans 15 jours ou autre » peut être que ça m'aurait aidé.
- Et d'après vous y a-t-il des choses qu'on aurait pu mettre en place pour que vous viviez mieux cette mesure ?
- Non.
- Vous n'avez pas d'idée d'amélioration ?
- Non.
- Et vous avez parlé de cette mesure de contention à quelqu'un ? Un de vos proche, un membre de la famille ?
- Non, je ne parle pas des contentions, jamais. Déjà je ne parle pas de l'hôpital donc je ne vais pas parler des contentions !
- Et il vous est déjà arrivé d'y repenser par la suite ?
- Pas spécialement non.
- Et en règle générale, indépendamment de votre propre situation, pensez-vous que la contention soit une mesure parfois nécessaire ou faudrait-il la bannir totalement de nos pratiques ?
- C'est nécessaire mais parfois un peu abusif, dans certains cas.

- Et vous voyez des améliorations en général qui pourraient être faites ?

- Que quand on est en contention que les soignants passent plus souvent, parce que des fois on est plusieurs heures comme ça tout seul, et il peut tout nous arriver et on ne peut pas les appeler ou quoi que ce soit. Par exemple moi je suis asthmatique et un jour j'ai fait une crise d'asthme en contention et j'ai paniqué parce qu'ils n'étaient pas là, après ils sont arrivés ça allait encore mais bon. Il manque un système pour communiquer avec les soignants.

- Vous avez d'autres choses à ajouter sur la contention ?

- Non on a fait le tour je pense.

Entretien 2 :

- Est-ce que vous vous souvenez de la situation ayant mené à votre contention aux urgences ? Quelle en était la raison ?

- Oui. Le SAMU m'a amené aux urgences. Moi je ne voulais pas, je savais qu'ils allaient m'hospitaliser. Il n'y a pas eu de menaces, il y a eu des insultes. Mais je trouve que même des insultes type « fils de pute » « salopard » ou « ordure » ne sont pas une raison pour attacher quelqu'un sans manger, sans boire, en se faisant caca et pipi dessus. On dit à la personne excusez-vous, c'est intolérable, c'est inqualifiable, on vous enferme dans votre chambre pendant une heure. Mais la contention c'est contraire aux libertés fondamentales, ça s'appelle torture et acte de barbarie : tout acte ne se limitant pas à de simples violences mais induisant chez l'être maltraité une souffrance aigue et une grande humiliation. C'est mot pour mot la contention ! vous êtes tous bons à 10 ans de réclusion criminelle.

- Quelles sont les émotions que vous avez ressenties avant qu'on vous mette en contention ?

- J'ai ressenti de la colère, et de l'exaspération contre une situation injuste, avec un mot un peu trop sec et autoritaire de l'infirmier, un peu genre « ferme ta gueule » en quelque sorte, mais il l'a dit d'une autre manière.

- Vous ne vous êtes pas senti écouté ?

- Non.

- Et une fois en contention, qu'est-ce que vous ressentiez ?

- Et bien vous avez les deux poings attachés, les deux pieds attachés, vous ne bougez pratiquement pas d'un millimètre et ce pendant toute l'après-midi, toute la soirée, toute la nuit sans dormir. En contention on ne trouve pas le sommeil. Vous comprenez ? vous êtes attachés, vous êtes tendu, vous avez soif, comment voulez-vous trouver le sommeil ? Un infirmier m'a dit que ce n'est pas vrai, qu'en contention on donne à manger, on détache ne serait-ce que 10 minutes, et on donne un peu à boire mais on ne détache pas, on verse de l'eau dans la bouche

- Et vous vous avez l'impression qu'on ne s'est pas soucié de ça vous concernant ?

- Moi on ne m'a pas donné à manger on m'a donné à boire seulement, mais j'avais faim.

- Et dans vos souvenirs vous étiez bien entouré par les soignants ? Ils venaient vous voir régulièrement ?

- Non ils venaient toutes les 6 à 7 heures, je me sentais seul. Trois fois en tout ils sont venus.

- Et quels sentiments vous aviez à ce moment-là ?

- Passer toute la nuit dans le noir, sans dormir, en souffrance physiquement et moralement aussi, les muscles gourds, comme après 40 km de marche.

- Et vous avez eu un traitement au moment de la contention ?

- Non, pas de produit paralysant.

- Pas de piqure vous voulez dire ?

- Oui

- Mais vous avez accepté de prendre un traitement par la bouche ?

- Oui, je n'ai pas refusé, de toute façon j'étais foutu, et quand je suis foutu je ne me donne pas la mort, j'espère un jour ou l'autre, même dans 5 ans 10 ans 30 ans ou 100 ans m'en sortir vivant et heureux. La contention on n'y reste pas une semaine, parce qu'au bout d'une semaine on est mort.

- Si je comprends bien la contention mise en place aux urgences a été maintenue dans le service d'hospitalisation ensuite ?

- Ouais mais aux urgences elle a été extrêmement limitée, de l'ordre d'une heure et demi à deux heures. Mais attention, même une heure de contention c'est long, les minutes sont longues. Mais ça s'est fait sans violence, dans tous les cas de contention je me laisse faire et je m'allonge.

- Et est-ce que vous voyez une alternative qu'on aurait pu mettre en place pour éviter la contention, si vous étiez médecin par exemple qu'est-ce que vous proposeriez ?

- J'appellerai le 17, en 2027 j'espère être chef de l'état et j'interdirai la contention, même pour violence. A la place j'appellerai le 17, police nationale et ils arrivent en 5minutes. Ils maitrisent, menottes aux mains et ils emmènent en garde à vue.

- Vous auriez préféré être en garde à vue plutôt que contentonné ?

- Nan, pas en garde à vue, pas pour « fils de pute », si vous dites fils de pute à un agent de la police nationale c'est outrage à agent, 48heures et casier judiciaire.

- Mais dans votre situation, indépendamment de la police qu'aurions-nous pu vous proposer pour éviter qu'on vous attache ?

- Me dire « monsieur, vous ne comprenez pas, vous êtes dans un mauvais état physique, calmez-vous on va vous donner une benzodiazépine, un tranquillisant, on ne veut pas vous mettre en contention »

- Ça aurait pu marcher vous pensez ?

- Oui, car j'ai une raison. Mais ils mettent systématiquement la violence, ils imposent de la violence contre de la violence. C'est eux qui sont violents. Moi je préférerais une bonne gifle, un bon aller-retour ou un bon coup de poing, me maîtriser et me plaquer au sol, menottes aux mains, mais pas attaché. C'est humiliant, on se sent comme un animal, c'est les chiens, les porcs et les vaches qu'on attache

- Et comment on peut améliorer la contention en soi ?

- On ne peut pas. On ne peut pas attacher simplement les pieds ou les mains, on peut la supprimer et c'est ce qui va arriver immanquablement d'ici quelques années.

- Donc on ne pourrait rien faire pour améliorer les conditions de la contention ?

- Détacher la personne. Je vous garantis qu'une contention ça fait réfléchir, même une heure et demi la personne quand elle en sort elle est douce comme un agneau. Elle a la haine pourtant mais elle sait qu'au moindre incident, c'est retour à l'envoyeur. C'est vécu comme une véritable vengeance.

- Donc aucune contention n'est légitime ?

- Elle n'est pas légale, vous violez la loi, la police nationale ne le fait pas, la gendarmerie non plus, les militaires non plus, mais en psychiatrie on le fait ! Et pas seulement, aux urgences aussi.

- Vous est-il déjà arrivé de reparler d'une contention à l'un de vos proches ? Et vous même vous y repensez parfois ?

- Non, je n'y pense pas, et je n'en parle pas, sauf à mon avocat, et je vais aller jusque l'assemblée nationale et faire annuler toutes les lois sur la contrainte physique et chimique pour la liberté totale et la porte ouverte sans clé.

- Vous voyez quelque chose à ajouter ?

- Non c'est tout.

Entretien 3 :

- Vous souvenez vous de votre dernier passage aux urgences ? au cours duquel vous avez été mise en contention ?

- Oh vous savez j'ai été contentonnée plein de fois, et ce n'est vraiment pas sympa.

- Mais la dernière spécifiquement ?

- Oui je me souviens, j'étais très agitée, c'est pour ça que j'ai été contentonnée, mais bon ce n'est pas la solution parce que moi ça m'a fait super peur

- Qu'est-ce que vous avez ressenti au moment où l'on vous a mis en contention ?

- J'étais comme un animal, comme une moins que rien, on m'attache et là ça me donne envie de pleurer carrément

- Et vous vous souvenez combien de temps elle a duré ?

- Oh je crois 5 6 heures quand même. Ils m'ont attaché et donné un médicament et ensuite j'ai dormi. Et quand je me réveille il faut que je sois gentille et que je dise comme quoi je ne suis plus agressive. Là ils m'ont enlevé une main, après l'autre main et puis les pieds.

- Et vous vous souvenez de ce que vous avez ressenti durant la contention ?

- C'était la catastrophe, j'avais le sentiment d'être comme un animal, d'être super méchante, je ne savais même pas pourquoi on me contentionnait, on ne m'a même pas expliqué, ce n'était vraiment pas gentil.

- Vous trouvez que vous avez manqué d'explications ?

- Voilà c'est ça, même après on ne m'a pas expliqué le pourquoi du comment, mais parfois on est agressif sous le coup de l'alcool ou peut-être c'est parce que je criais dans les couloirs et racontais que des conneries.

- Et vous étiez agressive ?

- Je ne me souviens pas mais c'est fort probable, parce que quand j'ai bu je suis des fois agressive.

- Et pendant la contention vous vous souvenez de vos relations avec les soignants ? ils étaient présents pour vous ?

- Non ils me laissaient dans une pièce, comme une moins que rien ça m'a fait vraiment mal au cœur, c'est pour ça que j'évite au maximum d'être aux urgences parce que j'ai toujours cette appréhension d'être attachée.

- Et d'après vous aurait-on pu faire autrement ? Y avait-il d'autres solutions que la contention ?

- Me donner du Loxapac et que je dorme. Il n'y a pas de soucis, moi j'aime bien le loxapac ça endort tout de suite.

- En tout cas d'après vous la prise de ce médicament aurait suffi, sans qu'il soit nécessaire de vous mettre en contention ?

- Oui il fallait me calmer un peu et ensuite le loxapac a un effet très rapide donc bon.

- Et comment pourrions-nous améliorer le vécu pendant la contention ?

- Pendant la contention ? et bah il aurait fallu ne pas me contentionner du tout puisque je dors.

- Mais concernant les soignants par exemple vous auriez souhaité une attitude différente ?

- Oui qu'ils soient plus présents c'est vrai, et pas me laisser seule dans une pièce où après moi je hurle parce que je suis attachée comme un animal, franchement ça je trouve ça lamentable. C'est vraiment un vécu traumatisant.

- Il vous arrive d'y repenser à la contention depuis ?

- Oui je fais des cauchemars, et quand j'en parle ça me donne envie de pleurer

- Et vous en avez déjà parlé à un e vos proches ?

- Euh non parce que mes proches ne me parlent plus à cause de mes alcoolisations régulières. Bon peut être que pour mon bien, pour ma sécurité c'était peut-être bien qu'on me contentionne mais bon c'était peut-être quand même une mauvaise solution, autant donner un médicament qui endort directement, au bout de 10min

- Et comment on fait pendant ces 10 minutes ?

- Oui c'est ça le problème, on essaie de me calmer, de me parler parce que moi je suis souvent alcoolisée parce que j'ai plus mon fils, essayer de discuter avec moi, de comprendre pourquoi je suis agitée, mais je sais que c'est difficile de discuter avec quelqu'un qui est alcoolisé.

- Vous aimeriez ajouter quelque chose sur ce sujet ?

- Non, mais en tout cas ça m'a fait du bien de parler avec vous de tout ça.

Entretien 4 :

- Est-ce que vous vous souvenez de la situation qui a amené à votre contention ?

- Oui, j'étais au CAMPA, j'ai tapé dans les murs, et le docteur m'a dit plusieurs fois d'aller aux urgences psychiatriques, je n'ai pas voulu, il y avait aussi deux infirmières qui n'arrêtaient pas de me dire d'aller à l'hôpital, je leur ai dit « non ». Ils ont appelé les pompiers, j'ai voulu me sauver sauf que je me suis retrouvée dans une salle de réunion et là j'ai péché les plombs, j'étais en crise. Le SAMU m'a emmené aux urgences psychiatriques, où ils ont fermé toutes les portes, appelé la sécurité, à 15 devant moi, on est ensuite allé dans la grande pièce, ils étaient 15 infirmiers en plus du médecin en rond dans la pièce, j'ai tourné, j'ai tourné, et d'un coup j'ai donné un coup de pied dans la porte, et là, ils m'ont tous pris et m'ont contentionnée, sauf que, comme j'étais trop maigre, j'ai réussi à enlever la sangle, j'ai pris mon coussin et me suis étouffé avec, ils me l'ont pris et puis ils m'ont donné des médicaments, des doses de cheval.

- Comment vous l'avez eu le traitement, par la bouche ?

- Oui par voie orale, sinon c'était la piqûre. Moi je n'arrêtais pas de crier le nom de mon docteur, que je ne voulais pas rester là, plus je criais, plus ils serraient les sangles.

- Est-ce que vous vous souvenez comment vous étiez en arrivant aux urgences ? Quelles émotions vous ressentiez ?

- Oui, je n'étais pas bien, j'étais en colère, je voulais tout casser, tout niquer.

- Et quand ils ont décidé de vous mettre en contention, vous avez ressenti quoi ?

- j'avais l'impression d'être comme un animal, ce sont les animaux qu'on attache comme ça, j'avais vraiment la haine. En plus au moment de la mise en contention, je

ne sais pas ce qu'ils faisaient mais ils m'ont caché le visage, c'était assez traumatisant et violent.

- Et une fois attachée ?

- Pareil, de la colère, de la haine, je me disais que j'allais être attachée toute ma vie.

- Et ça a duré combien de temps cette contention ?

- Au moins une heure, mais une heure c'est très très long quand on ne peut pas bouger du tout.

- Avez-vous l'impression que cette mesure de contention a permis de vous apaiser ?

- Non pas du tout, je ne faisais que de crier. Finalement c'est le médicament qui m'a calmée.

- Et avec les soignants, durant la contention, comment ça s'est passé ?

- Je leur parlais mal.

- Et ils étaient présents pendant la mesure ?

- Les infirmières oui mais pas les médecins. Mais les infirmières j'étais gentille avec elles parce qu'elles étaient gentilles avec moi.

- En tout cas vous ne vous sentiez pas seule à ce moment-là ? on ne vous a pas laissée seule ?

- Non

- Et d'après vous, est-ce qu'on aurait pu éviter cette contention ? qu'est-ce qu'on aurait pu imaginer à la place ?

- Parler avec la personne, mais dans mon cas je pense que ça n'aurait servi à rien.

- Les personnes présentes ont-elles essayé de parler un peu avec vous ?

- Ouais, mais je ne voulais rien savoir, j'étais trop énervée, je voulais tout casser.

- Donc qu'auraient-ils pu faire alors ?

- Ben pas me contentionner en tout cas, mais je sais pas, me donner un médicament pour que je me calme, mais pas me mettre sur un brancard et avoir 15 personnes devant moi.

- Et les médicaments ils ne vous les ont pas déjà proposés quand vous êtes arrivée ? avant de vous contentionner on ne vous a rien proposé ?

- Non

- Si vous étiez médecin vous auriez fait quoi ?

- J'aurais essayé de chercher à comprendre, j'aurais proposé un médicament pour que la personne se calme, s'assoie et arrête de tourner en rond dans la pièce.

- Vous pensez que si on vous avait proposé un médicament vous auriez accepté ?

- Non

- Donc en fait, il y a des fois où on n'a pas vraiment d'autres choix que celui de la contention ?

- Oui

- Est-ce que vous auriez préféré qu'on vous isole toute seule dans une pièce ?

- Ouais mais j'aurais tapé dans les murs. Je ne pense pas que ça m'aurait calmé.

- Et pendant la contention, est-ce qu'on aurait pu faire quelque chose pour améliorer votre vécu ?

- Déjà ce n'est pas la peine de serrer aussi fort les sangles, plus je criais plus ils serraient.

- Donc pas trop serrer, quoi d'autre ? pour que ce soit moins difficile ?

- Pas de nous choper à 15 pour juste une fille de 45 kilos

- A votre avis pourquoi étaient-ils si nombreux ?

- Pour faire peur ?

- S'il n'y avait eu que deux personnes en face de vous ?

- J'aurais rigolé. Et je me serais débattue

- Alors que là du coup vous n'avez pas trop cherché à vous débattre.

- Quand même un peu

- Et du coup c'est aussi pour votre sécurité, pour que vous ne vous fassiez pas mal, et pour la sécurité du personnel, donc ce n'est pas pour rien cet effet de nombre, parce que ça peut dissuader.

- Ouais genre calmer un peu la personne

- Vous, ça vous a calmée de voir tout ce monde ?

- Non, au contraire ça m'a fait encore plus péter les plombs

- D'autres améliorations ?

- Non.

- Et finalement, rétrospectivement, pour vous, elle était légitime cette contention ?

- Ben...Pour moi elle n'a aucun sens, une personne qui tourne dans une salle et qui met un coup de pied dans une porte, on ne la contienne pas pour ça. J'y repense souvent, et j'ai toujours la peur que ça arrive de nouveau.

- Vous en avez déjà reparlé de cette contention à un de vos proches, amis, famille ?

- Oui

- Et qu'est-ce que vous leur avez dit ?

- Que ça m'a traumatisée et que c'est pour ça que je ne fais plus de bordel en psychiatrie. J'en parle aussi encore souvent à mon psy, je dis toujours qu'il va me mettre en contention, j'ai toujours peur que ça m'arrive.

- Et est-ce que y'en a eu d'autres des contentions à part celle-là ?

- Oui une fois quand j'avais 15 ans, j'avais essayé de m'enfuir de l'hôpital et la sécurité m'avait ramenée et attachée.

- Vous-même vous avez déjà été témoin de contention ?

- J'en ai vu juste une il n'y a pas longtemps, c'est horrible ça m'a rappelé des mauvais souvenirs, la personne hurlait.

- Vous voulez ajouter quelque chose sur les contentions ?

- Non juste que c'est horrible, je ne le souhaite à personne.

RESUME :

Introduction : Le recours à la contention mécanique en psychiatrie est sujet à controverse. Sa pratique est hétérogène en France malgré des recommandations de bonnes pratiques. L'objectif de ce travail est de faire le point sur la pratique de la contention, sur ses modalités de mise en œuvre ainsi que sur le vécu des patients concernés, pour tenter d'en dégager des améliorations et des alternatives possibles.

Matériel et méthode : Les registres de contention ainsi que les dossiers de tous les patients placés en contention dans le service d'urgences psychiatriques du CHU de Strasbourg durant l'année 2019 ont été étudiés. Les critères examinés étaient : les caractéristiques des patients mis en contention ainsi que les conditions de celle-ci. Les données de la littérature ont été exploitées afin de compléter ce travail. Le vécu des patients a été exploré par une analyse qualitative réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés de patients adultes volontaires.

Résultats : la fréquence d'utilisation de la contention était de 1,3%, elle est inférieure à ce que repère la littérature. Le profil des patients faisant l'objet d'une telle mesure était comparable aux données existantes. Les patients concernés étaient majoritairement des hommes, âgés d'environ 33 ans, présentant pour la plupart un état d'agitation ou d'agressivité et dont la majorité souffre de troubles psychotiques et en particulier de schizophrénie. Le plus souvent une hospitalisation a suivi la mesure, sous la forme de soins sous contrainte. La contention a été vécue difficilement par une majorité de patients.

Discussion : les patients concernés par la contention 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. Les entretiens de reprise permettent d'engager une réflexion en concertation avec le patient sur l'amélioration des conditions de contention et la mise en place de mesures alternatives.

Rubrique du classement : Psychiatrie

Mots clés : Contention mécanique, psychiatrie, revue de la littérature, vécu de patients, étude qualitative, entretien de reprise

Président : Professeur Pierre Vidailhet**Assesseurs** : Professeur Fabrice Berna, Professeur Gilles Bertschy, Docteur Alexandra De Herbay

Adresse de l'UFR : Université de Strasbourg, Faculté de Médecine, 4 Rue Kirschleger, 67000 Strasbourg

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 : ADAMPrénom : Charlotte

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 17/04/2020

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