



HAL
open science

Approche éthique du vécu soignant face à la chambre d'isolement

Kelli Padgette

► **To cite this version:**

| Kelli Padgette. Approche éthique du vécu soignant face à la chambre d'isolement. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04564746

HAL Id: dumas-04564746

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04564746>

Submitted on 30 Apr 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Approche éthique du vécu soignant face à la chambre d'isolement

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 10 Avril 2024

Par Madame Kelli PADGETTE

Née le 1^{er} septembre 1994 à Albany Georgia (États-Unis)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CERMOLACCE Michel

Président

Madame le Docteur LAGIER Frédérique

Directeur

Monsieur le Professeur des Universités LE COZ Pierre

Assesseur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Approche éthique du vécu soignant face à la chambre d'isolement

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 10 Avril 2024

Par Madame Kelli PADGETTE

Née le 1^{er} septembre 1994 à Albany Georgia (États-Unis)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de PSYCHIATRIE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CERMOLACCE Michel

Président

Madame le Docteur LAGIER Frédérique

Directeur

Monsieur le Professeur des Universités LE COZ Pierre

Assesseur

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Doyen

Vice-Doyen aux affaires générales
Vice-Doyen aux professions paramédicales
Conseiller

Pr. Georges LEONETTI

Pr. Patrick DESSI
Pr. Philippe BERBIS
Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

- Aux études
- À la recherche
- À l'unité mixte de formation continue en santé
- Pour le secteur NORD
- Groupements Hospitaliers de territoire
- Aux masters

Pr. Kathia CHAUMOITRE
Pr. Jean-Louis MEGE
Pr. Justin MICHEL
Pr. Stéphane BERDAH
Pr. Jean-Noël ARGENSON
Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

- Sciences humaines et sociales
- Relations internationales
- DU/DIU
- DPC
- Développement DPC

Pr. Pierre LE COZ
Pr. Stéphane RANQUE
Pr. Véronique VITTON
Pr. Gabrielle SARLON
Pr. Frédéric CASTINETTI
Pr. Thomas GRAILLON

Ecole de médecine

Directeur

Pr. Jean-Michel VITON

Chargés de mission

- PASS - LAS
- DFGSM
- DFASM
- DFASM
- Préparation aux ECN
- DES spécialités
- DES stages hospitaliers
- DES MG
- Démographie médicale
- Etudiant

Pr. Régis GUIEU
Pr. Anne-Laure PELISSIER
Pr. Marie-Aleth RICHARD
Pr. Marc BARTHET
Pr. Aurélie DAUMAS
Pr. Patrick DESSI
Pr. Benjamin BLONDEL
Pr. Christophe BARTOLI
Dr. Noémie RESSEGUIER
Lily BLANC-PACCHIONI

Ecole de médecine dentaire

Directeur

Directeurs adjoints

Chargés de mission

- Formation initiale
- Recherche
- Formation continue
- Relations internationales
- Internat et diplômes d'études spécialisées
- Affaires générales

Pr. Bruno FOTI

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Pr. Frédéric BUKIET

Pr. Hervé TASSERY

Pr. Virginie MONNET-CORTI

Dr. Alain TOSELLO

Ecole de maïeutique

Directrice

Madame Carole ZAKARIAN

Chargés de mission :

- 1er cycle
- 2e cycle

Madame Estelle BOISSIER

Madame Cécile NINA

Ecole des sciences de la réadaptation

Directeur

Directrice adjointe

Pr. Laurent BENSOUSSAN

Pr. Valérie AGHABABIAN

Ecole des sciences infirmières

Directeur

Pr. Sebastien COLSON

Professeurs honoraires

AGOSTINI Serge	CHARPIN Denis	GEROLAMI-SANTANDREA André
ALBANESE Jacques	CHARREL Michel	GIUDICELLI Sébastien
ALDIGHERI René	CHAUVÉL Patrick	GOUDARD Alain
ALESSANDRINI Pierre	CHOUX Maurice	GOUIN François
ALLIEZ Bernard	CIANFARANI François	GRILLO Jean-Marie
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel	GRIMAUD Jean-Charles
AQUARON Robert	CLEMENT Robert	GRISOLI François
ARGEME Maxime	COMBALBERT André	GROB Jean-Jacques
ASSADOURIAN Robert	CONTE-DEVOLX Bernard	GROULIER Pierre
AUFFRAY Jean-Pierre	CORRIOL Jacques	GUY S Jean-Michel
AUTILLO-TOUATI Amapola	COULANGE Christian	HADIDA/SAYAG Jacqueline
AZORIN Jean-Michel	CURVALE Georges	HARLE Jean-Robert
BAILLE Daniel	DALMAS Henri	HASSOUN Jacques
BAILLE Yves	DE MICO Philippe	HEIM Marc
BARDOT Jacques	DEJOU Jacques	HOUEL Jean
BARDOT André	DELPÉRO Jean-Robert	HUGUET Jean-François
BERARD Pierre	DESSEIN Alain	JAQUET Philippe
BERGOIN Maurice	DELARQUE Alain	JAMMES Yves
BERLAND Yvon	DENIS Danièle	JOUVE Paulette
BERNARD Dominique	DEVIN Robert	JUHAN Claude
BERNARD Jean-Louis	DEVRED Philippe	JUIN Pierre
BERNARD Pierre-Marie	DJIANE Pierre	KAPHAN Gérard
BERTRAND Edmond	DONNET Vincent	KASBARIAN Michel
BISSET Jean-Pierre	DUCASSOU Jacques	KLEISBAUER Jean-Pierre
BLANC Bernard	DUFOUR Michel	LACHARD Jean
BLANC Jean-Louis	DUMON Henri	LAFFARGUE Pierre
BOLLINI Gérard	DURAND Jean-Marc	LAUGIER René
BONGRAND Pierre	ENJALBERT Alain	LE TREUT Yves
BONNEAU Henri	ERARD Jacques	LEGRE Régis
BONNET Jean-Louis	FAUGÈRE Gérard	LEVY Samuel
BONNOIT Jean	FAVRE Roger	LOUCHET Edmond
BORY Michel	FIECHI Marius	LOUIS René
BOTTA Alain	FARNARIER Georges	LUCIANI Jean-Marie
BOTTA-FRIDLUND Danièle	FIGARELLA Jacques	MAGALON Guy
BOUBLI Léon	FIGARELLA-BRANGER Dominique	MAGNAN Jacques
BOURGADE Augustin	FONTES Michel	MALLAN- MANCINI Josette
BOUVENOT Gilles	FOUREL Jean	MALMEJAC Claude
BOUYALA Jean-Marie	FRANCES Yves	MARANINCHI Dominique
BREMOND Georges	FRANCOIS Georges	MARIANI Paul
BRICOT René	FUENTES Pierre	MARTIN Claude
BRUNET Christian	GABRIEL Bernard	MARTINI Louis
BUREAU Henri	GALINIER Louis	MATTEI Jean François
CAMBOULIVES Jean	GALLAIS Hervé	MERCIER Claude
CARTOUZOU Guy	GAMERRE Marc	MICHEL Jean
CAU Pierre	GARCIN Michel	MICHOTÉY Georges
CHABOT Jean-Michel	GARNIER Jean-Marc	MIRANDA François
CHAMLIAN Albert	GAUTHIER André	MONFORT Gérard
	GERARD Raymond	MONGES André

Professeurs honoraires

MONGIN Maurice
MOULIN Guy
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLIVE Daniel
OLMER Michel
OREHEK Jean
ORTHLIEB Jean-Daniel
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
REBOUL Maurice
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUDIER Jean
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SALVADORI André
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SIMEONI Horace
SIMON Jean
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean
ZATTARA Henri

Emeritat

2023

Pr AMBROSI Pierre	31/08/2026
Pr OLIVE Daniel	31/08/2026
Pr ROUDIER Jean	31/08/2026
Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
Pr HARLE Jean-Robert	31/08/2025
Pr PANUEL Michel	31/08/2025
Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr BERLAND Yvon	31/08/2024
Pr CHARPIN Denis	31/08/2024
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2024
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2024
Pr COZZONE Patrick	31/08/2024
Pr MARANINCHI Dominique	31/08/2024
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2024

2022

Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
Pr HARLE Jean-Robert	31/08/2025
Pr PANUEL Michel	31/08/2025
Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2023
Pr CHARPIN Denis	31/08/2023
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2023
Pr COZZONE Patrick	31/08/2023
Pr FONTES Michel	31/08/2023
Pr MARANINCHI Dominique	31/08/2023
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2023
Pr DEJOU Jacques	31/08/2023
Pr HUE Olivier	31/08/2023

2021

Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr FRANCES Yves	31/08/2022
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2022
Pr BRUNET Christian	31/08/2022
Pr COZZONE Patrick	31/08/2022
Pr FAVRE Roger	31/08/2022
Pr FONTES Michel	31/08/2022
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2022
Pr OLIVER Charles	31/08/2022

2020

Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr FRANCES Yves	31/08/2022
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2021
Pr COZZONE Patrick	31/08/2021
Pr FAVRE Roger	31/08/2021
Pr FONTES Michel	31/08/2021
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2021
Pr WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2019

Pr	BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr	CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr	FRANCES Yves	31/08/2022
Pr	CAU Pierre	31/08/2020
Pr	COZZONE Patrick	31/08/2020
Pr	DELMONT Jean	31/08/2020
Pr	FAVRE Roger	31/08/2020
Pr	FONTES Michel	31/08/2020
Pr	MAGALON Guy	31/08/2020
Pr	NAZARIAN Serge	31/08/2020
Pr	OLIVER Charles	31/08/2020
Pr	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2018

Pr	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
Pr	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
Pr	COZZONE Pierre	31/08/2019
Pr	DELMONT Jean	31/08/2019
Pr	FAVRE Roger	31/08/2019
Pr	OLIVER Charles	31/08/2019
Pr	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2017

Pr	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
Pr	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
Pr	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
Pr	COZZONE Pierre	31/08/2018
Pr	DELMONT Jean	31/08/2018
Pr	FAVRE Roger	31/08/2018
Pr	OLIVER Charles	31/08/2018
Pr	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2016

Pr	BONGRAND Pierre	31/08/2019
Pr	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
Pr	BRUNET Christian	31/08/2019
Pr	CAU Pierre	31/08/2019
Pr	COZZONE Patrick	31/08/2017
Pr	FAVRE Roger	31/08/2017
Pr	FONTES Michel	31/08/2019
Pr	JAMMES Yves	31/08/2019
Pr	NAZARIAN Serge	31/08/2019
Pr	OLIVER Charles	31/08/2017
Pr	POITOUT Dominique	31/08/2019
Pr	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
Pr	VIALETES Bernard	31/08/2019

2015

Pr	COULANGE Christian	31/08/2018
Pr	COURAND François	31/08/2018
Pr	FAVRE Roger	31/08/2016
Pr	MATTEI Jean-François	31/08/2016
Pr	OLIVER Charles	31/08/2016
Pr	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2014

Pr	FUENTES Pierre	31/08/2017
Pr	GAMERRE Marc	31/08/2017
Pr	MAGALON Guy	31/08/2017
Pr	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
Pr	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2013

Pr	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
Pr	CARAYON Pierre	31/08/2016
Pr	COZZONE Patrick	31/08/2016
Pr	DELMONT Jean	31/08/2016
Pr	HENRY Jean-François	31/08/2016
Pr	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
Pr	RUFO Marcel	31/08/2016
Pr	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2012

Pr AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
Pr BOUVENOT Gilles	31/08/2015
Pr CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
Pr FAVRE Roger	31/08/2015
Pr MATTEI Jean-François	31/08/2015
Pr OLIVER Charles	31/08/2015
Pr VERVLOET Daniel	31/08/2015

2011

Pr DI MARINO Vincent	31/08/2015
Pr MARTIN Pierre	31/08/2015
Pr METRAS Dominique	31/08/2015

2010

Pr MAGNAN Jacques	31/12/2014
-------------------	------------

2009

Pr DJIANE Pierre	31/08/2011
Pr VERVLOET Daniel	31/08/2012

2008

Pr LEVY Samuel	31/08/2011
Pr JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
Pr PONCET Michel	31/08/2011
Pr KASBARIAN Michel	31/08/2011
Pr ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

Docteurs Honoris Causa

1967

Pr DADI (Italie)
Pr CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

Pr MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
Pr T.A. LAMBO (Suisse)

1975

Pr O. SWENSON (U.S.A.)
Pr Lord J. WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

Pr P. FRANCHIMONT (Belgique)
Pr Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

Pr C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
Pr C. GIBBS (U.S.A.)
J.DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

Pr A. MARGULIS (U.S.A.)
Pr R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

Pr H. RAPPAPORT (U.S.A.)
Pr M. SCHOU (Danemark)
Pr M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
Pr S. REFSUM (Norvège)

1982

Pr W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

Pr S. MASSRY (U.S.A.)
Pr KLINSMANN (R.D.A.)

1986

Pr E. MIHICH (U.S.A.)
Pr T. MUNSAT (U.S.A.)
Pr LIANA BOLIS (Suisse)
Pr L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

Pr P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

Pr R. BERGUER (U.S.A.)
Pr W.K. ENGEL (U.S.A.)
Pr V. ASKANAS (U.S.A.)
Pr J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
Pr A. DAVIGNON (Canada)
Pr A. BETTARELLO (Brésil)

1989

Pr P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

Pr J.G. MC LEOD (Australie)
Pr J. PORTER (U.S.A.)

1991

Pr J. Edward MC DADE (U.S.A.)
Pr W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

Pr H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
Pr D. CARSON (U.S.A.)
Pr T. YAMAMURO (Japon)

1994

Pr G. KARPATI (Canada)
Pr W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

Pr D. WALKER (U.S.A.)
Pr M. MULLER (Suisse)
Pr V. BONOMINI (Italie)

1997

Pr C. DINARELLO (U.S.A.)
Pr D. STULBERG (U.S.A.)
Pr A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
Pr P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

Pr O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

Pr J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
Pr D. COLLEN (Belgique)
Pr S. DIMAURO (U. S. A.)

Docteurs Honoris Causa

2000

D. SPIEGEL (U. S. A.)

C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

P-B. BENNET (U. S. A.)

G. HUGUES (Grande Bretagne)

J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

M. ABEDI (Canada)

K. DAI (Chine)

2003

T. MARRIE (Canada)

G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. DAKE (U.S.A.)

2005

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

S. KAUFMANN (Allemagne)

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CASTINETTI Frédéric	FLECHER Xavier
ALIMI Yves	CECCALDI Mathieu	FOUILLOUX Virginie
AMABILE Philippe	CERMOLACCE Michel	FOTI Bruno
ANDRE Nicolas	CHAGNAUD Christophe	FOURNIER Pierre-Edouard
ARGENSON Jean-Noël	CHAMBOST Hervé	FRANCESCHI Frédéric
ASTOUL Philippe	CHAMPSAUR Pierre	FUENTES Stéphane
ATTARIAN Shahram	CHANEZ Pascal	GABERT Jean
AUDOIN Bertrand	CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GABORIT Bénédicte
AUQUIER Pascal	CHARREL Rémi	GAINNIER Marc
AVIERINOS Jean-François	CHAUMOITRE Kathia	<i>GARCIA Stéphane (disponibilité)</i>
AZULAY Jean-Philippe	CHIARONI Jacques	GARIBOLDI Vlad
BARLIER-SETTI Anne	CHINOT Olivier	GAUDART Jean
BARLOGIS Vincent	CHOSSEGROS Cyrille	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BARTHET Marc	COLLART Frédéric	GENTILE Stéphanie
BARTOLI Christophe	COSTELLO Régis	GERBEAUX Patrick
BARTOLI Jean-Michel	COUDERC Anne-Laure	GEROLAMI/SANTANDREA René
BARTOLI Michel	COURBIERE Blandine	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
BARTOLOMEI Fabrice	CRAVELLO Ludovic	GIORGI Roch
BASTIDE Cyrille	CUISSET Thomas	GIOVANNI Antoine
BAT Flora	CUNY Thomas	GIRARD Nadine
BELIARD-LASSERRE Sophie	DA FONSECA David	GIRAUD/CHABROL Brigitte
BENSOUSSAN Laurent	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	GONCALVES Anthony
BERBIS Philippe	DANIEL Laurent	GONZALEZ Jean- Michel
BERBIS Julie	DARMON Patrice	GRAILLON Thomas
BERDAH Stéphane	DAUMAS Aurélie	GRANEL/REY Brigitte
BEROUD Christophe	DAVID Thierry	GRANDVAL Philippe
BERTRAND Baptiste	D'ERCOLE Claude	GREILLIER Laurent
BERTUCCI François	D'JOURNO Xavier	GUEDJ Eric
BEYER-BERJOT Laura	DEHARO Jean-Claude	GUIEU Régis
BLAISE Didier	DELAPORTE Emmanuel	GUIS Sandrine
BLANC Julie	<i>DESSI Patrick (Surnombre)</i>	GUYOT-CECCALDI Laurent
BLIN Olivier	DEVILLIER Raynier	GUYE Maxime
BLONDEL Benjamin	DISDIER Patrick	HABIB Gilbert
BOISSIER Romain	DODDOLI Christophe	HARDWIGSEN Jean
BONIN/GUILLAUME Sylvie	DRANCOURT Michel	HOUVENAEGHEL Gilles
BONELLO Laurent	DUBOURG Grégory	HRAIECH Sami
BOULATE David	DUBUS Jean-Christophe	JACQUIER Alexis
BOYER Laurent	DUFFAUD Florence	JOURDE-CHICHE Noémie
BREGEON Fabienne	DUFOUR Henry	JOUBE Jean-Luc
BRETELLE Florence	DUSSOL Bertrand	KAPLANSKI Gilles
BROUQUI Philippe	EBBO Mikaël	KARSENTY Gilles
BRUDER Nicolas	ESCLASSAN Rémi	KERBAUL François (détachement)
BRUE Thierry	EUSEBIO Alexandre	KRAHN Martin
BRUNET Philippe	FABRE Alexandre	LAFFORGUE Pierre
BUKIET Frédéric	FAKHRY Nicolas	LAGIER Jean-Christophe
BURTEY Stéphane	FAURE Alice	LAMBAUDIE Eric
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	FELICIAN Olivier	LANCON Christophe
CASANOVA Dominique	FENOLLAR Florence	LA SCOLA Bernard

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE GALL Michel
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas (disponibilité)
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MONNET-CORTI Virginie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao
PHILIP-ALLIEZ Camille
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe

PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RADULESCO Thomas
RANQUE Stéphane
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHIERI Raphaëlle
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
SUISSA Laurent
TABOURET Emeline
TAIEB David
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel (détachement)
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLA Antoine
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke (détachement)
VIVIER Eric
XERRI Luc
ZIELESKIEWICZ Laurent

◆ **Professeurs des Universités**

ABOUT Imad
ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

◆ **Professeur certifié**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

◆ **Professeur des Universités associé à mi-temps**

REVIS Joana

◆ **Professeur des Universités médecine générale**

GENTILE Gaëtan

◆ **Professeur associé des Universités à mi-temps médecine générale**

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

◆ **Professeur des Universités associé à temps plein des disciplines médicales**

BOUSSUGES Alain

◆ **Professeur des Universités associé à mi-temps des disciplines médicales**

BOURVIS Nadège

Maître de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers

ABOUDHARAM Gérard	GIRAUD Thomas	RESSEGUIER Noémie
AHERFI Sarah	GIRAUDEAU Anne	ROBERT Philippe
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	ROBERT Thomas
ANTEZACK Angéline	GOURIET Frédérique	ROCHE-POGGI Philippe
APPAY Romain	GRIMALDI Stéphane	ROCHIGNEUX Philippe
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GUERIN Carole	ROMANET Pauline
BALLESTER Benoit	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SABATIER Renaud
BARON Sophie	GUIDON Catherine	SARI-MINODIER Irène
BEGE Thierry	GUIBVARC'H Maud	SAULTIER Paul
BELLONI Didier	GUIVARCH Jokthan	SAVEANU Alexandru
BENYAMINE Audrey	HABERT Paul	SILVESTRI Frédéric
BIRNBAUM David	HAK Jean-François	STELLMANN Jan-Patrick
BLANCHET Isabelle	HAUTIER Aurélie	STEPHAN Grégory
BOBOT Mickael	HEIM Xavier	SUCHON Pierre
BOHAR Jacques	IBRAHIM KOSTA Manal	<i>TOGA Isabelle Retraite au 20/09/2023</i>
BONINI Francesca	JACQUOT Bruno	TOSELLO Alain
BOUCRAUT Joseph	JALOUX Charlotte	TROUDE Lucas
BOULAMERY Audrey	JARROT Pierre-André	TROUSSE Delphine
BOULLU/CIOCCA Sandrine	KASPI-PEZZOLI Elise	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
BOUSSEN Salah Michel	L'OLLIVIER Coralie	VELY Frédéric
BUFFAT Christophe	LABORDE Gilles	VENTON Geoffroy
CAMILLERI Serge	LABIT-BOUVIER Corinne	ZATTARA/CANNONI Hélène
CAMOIN Ariane	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	
CAMPANA Fabrice	LAGARDE Stanislas	
CARRON Romain	<i>LAGIER Aude (disponibilité)</i>	
CASAZZA Estelle	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
CASSAGNE Carole	LAMBERT Isabelle	
CATHERINE Jean-Hugues	LAURENT Michel	
CHAUDET Hervé	LENOIR Marien	
CHOPINET Sophie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
CHRETIEN Anne-Sophie	MAAROUF Adil	
COZE Carole	MACAGNO Nicolas	
<i>DADOUN Frédéric (disponibilité)</i>	MALISSEN Nausicaa	
DALES Jean-Philippe	<i>MAUES DE PAULA André (disponibilité)</i>	
DARIEL Anne	MEGE Diane	
DEHARO Pierre	MENSE Chloé	
DELLIAUX Stéphane	MENU Estelle	
DELTEIL Clémence	MORAND-HUGUET Aurélie	
DESPLAT/JEGO Sophie	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NETTER Antoine	
DUFOUR Jean-Charles	NINOVE Laetitia	
ELDIN Carole	NOIRRIE-ESCLASSAN Emmanuelle	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	PIZZO Francesca	
GARCIAZ Sylvain	POMMEL Ludovic	
GASTALDI Marguerite	PRECKEL Bernard-Eric	
GAUDRY Marine	PROST Solène	
GELSI/BOYER Véronique	RE Jean-Philippe	

◆ Maître de conférences des Universités (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND Caroline
BOYER Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna

DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MEZOUAR Soraya
POGGI Marjorie

RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

◆ Maître de conférence des Universités de médecine générale

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

◆ Maître de conférences associés de médecine générale à mi-temps

BERNAL Alexis
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
GUERCIA Olivier
GUILLOT Laure
MIGLIARDI Jonathan
MITILIAN Eva
THERY Didier

◆ Maître de conférences associés à mi-temps

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure
VILLA Milène

◆ **CDI LRU temps plein Ecole des Sciences de la réadaptation**

Formation Ergothérapie

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

Formation Pédicurie-Podologie

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

Formation Orthoptie

MONTICOLO Chloé

Formation Masso-Kinésithérapie

AUTHIER Guillaume	HOUDANT Benjamin
CAORS Béatrice	MIRAPEIX Sébastien
CHAULLET Karine	MULLER Philippe
ERCOLANO Bruno	ROSTAGNO Stéphan
HENRY Joannie	

◆ **CDD LRU temps plein Ecole des Sciences infirmières**

CHAYS-AMANIA Audrey

◆ **CDD LRU temps plein Anglais**

GILSINN Amanda

◆ **Attaché temporaire d'enseignement et de recherche**

SACHAU-CARCEL Géraldine

◆ **CDI LRU Ecole de Maïeutique**

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers Maîtres de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers Enseignants mono-appartenants Enseignants médecine générale Enseignants associés

◆ ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)
GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) (disponibilité)
THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

◆ ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH) (disponibilité)
XERRI Luc (PU-PH)
APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH) (disponibilité)

◆ ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE 4801

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)
BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

◆ ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

◆ ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)
SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

◆ BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
DUBOURG Grégory (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) (disponibilité)
BARON Sophie (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)
CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

◆ BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE ET MEDECINE DU
DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

◆ **BIOPHYSIQUE ET MEDECINE
NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)
BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)
CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF)
(69ème section)

◆ **BIostatISTIQUES,
INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES
DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)
CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

◆ **CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)
PROST Solène (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)
FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

◆ **CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)
DEHARO Pierre (MCU PH)

◆ **CHIRURGIE VISCERALE
ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)
BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
CHOPINET Sophie (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE INFANTILE 5402**

FAURE Alice (PU PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
PESENTI Sébastien (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) (détachement)
DARIEL Anne (MCU-PH)

◆ **CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
TABOURET Emeline (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
ROCHIGNEUX Philippe (MCU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU-PH)
GAUDRY Marine (MCU-PH)

◆ **HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

◆ **DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)
MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT-CECCALDI Laurent (PU-PH)
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

BOULATE David (PU-PH)
COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)
HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU-PH)

◆ **GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

◆ **GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

◆ ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (PU-PH)

◆ EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

◆ IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)
FERON François (PR) (69ème section)
BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
HEIM Xavier (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

◆ MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)
ELDIN Carole (MCU-PH)

◆ GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BLANC Julie (PU-PH)
BRETTELE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)
NETTER Antoine (MCU-PH)

◆ HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
DEVILLIER Raynier (PU PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
LOOSVELD Marie (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)
GARCIAZ Sylvain (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

◆ MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)
DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)
BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

◆ MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

◆ **MEDECINE D'URGENCE 4805**

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

◆ **MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
COUDERC Anne-Laure (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

◆ **NEPHROLOGIE 5203**

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)
BOBOT Mickael (MCU-PH)
ROBERT Thomas (MCU-PH)

◆ **NUTRITION 4404**

BELIARD Sophie (PU-PH)
DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)
ATLAN Catherine (MCU-PH) (disponibilité)
MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

◆ **ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)**

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)
MEZOUAR Soraya (65ème section)

◆ **MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602**

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
VILLA Antoine (PU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

◆ **MEDECINE GENERALE 5303**

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)
BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)
BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUERCIA Olivier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUILLOT Laure (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MIGLIARDI Jonathan (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

◆ **NEUROCHIRURGIE 4902**

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
GRAILLON Thomas (PU PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)
CARRON Romain (MCU PH)
TROUDE Lucas (MCU-PH)

◆ **NEUROLOGIE 4901**

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)
SUISSA Laurent (PU-PH)
GRIMALDI Stéphan (MCU-PH)
MAAROUF Adil (MCU-PH)

◆ OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

◆ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH) (surnombre)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

◆ PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

MENU Estelle (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH) Retraite le 20/09/2023

◆ PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

◆ PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

◆ PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE 4904

BAT Flora (PU-PH)

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

◆ PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

◆ PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

◆ PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGÉON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

PIZZO Francesca (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

◆ **PSYCHOLOGIE -
PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

◆ **RADIOLOGIE ET
IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)
HABERT Paul (MCU PH)
HAK Jean-François (MCU PH)
STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

◆ **REANIMATION MEDICALE ;
MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)
HRAIECH Sami (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

◆ **SCIENCES DE LA REEDUCATION
ET READAPTATION 91**

REVIS Joana (PAST)
AUTHIER Guillaume
BLANC Catheline
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
GRIFFON Patricia
GIRAUDIER Anaïs
GRIFFON Patricia
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MONTICOLO Chloé
MULLER Philippe
PAVE Julien
PETITJEAN Aurélie
ROSTAGNO Stéphan
LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

◆ **PNEUMOLOGIE ;
ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (PU-PH)

◆ **RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)

◆ **THERAPEUTIQUE ;
MEDECINE D'URGENCE ;
ADDICTOLOGIE 4804**

DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

◆ **UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

◆ **MAÏËTIQUE 90**

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
REPELLIN David
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

◆ **SCIENCES INFIRMIERES 92**

COLSON Sébastien (PR)
BOURRIQUEN Maryline (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
VILLA Milène (MAST)

◆ **ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01**

LE GALL Michel (PU-PH)
PHILIP-ALLIEZ Camille (PU-PH)
TARDIEU Corinne (PU-PH)
BLANCHET Isabelle (MCU-PH)
BOHAR Jacques (MCU-PH)
CAMOIN Ariane (MCU-PH)
GAUBERT Jacques (MCU-PH)
NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle (MCU-PH)

◆ **DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01**

BUKIET Frédéric (PU-PH)
ESCLASSAN Rémi (PU-PH)
TASSERY Hervé (PU-PH)
TERRER Elodie (PU-PH)
ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
BALLESTER Benoît (MCU-PH)
CASAZZA Estelle (MCU-PH)
GIRAUD Thomas (MCU-PH)
GIRAUDEAU Anne (MCU-PH)
GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
JACQUOT Bruno (MCU-PH)
LABORDE Gilles (MCU-PH)
LAURENT Michel (MCU-PH)
MENSE Chloé (MCU-PH)
POMMEL Ludovic (MCU-PH)
PRECKEL Bernard-Eric (MCU-PH)
RE Jean-Philippe (MCU-PH)
SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)
STEPHAN Grégory (MCU-PH)
TOSELLO Alain (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE 57-01**

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)
ANTEZACK Angéline (MCU-PH)
BELLONI Didier (MCU-PH)
CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)
ROCHE-POGGI Philippe (MCU-PH)

◆ **PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02**

FOTI Bruno (PU-PH)
LE GALL Michel (PU-PH)
LAN Romain (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE CELLULAIRE 65**

ABOUT Imad (PR)

Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier Monsieur le Professeur Michel CERMOLACCE, de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse.

Il ne s'en souvient probablement pas, mais il m'a permis d'établir mon premier contact avec le domaine de la psychiatrie, en m'ouvrant les portes de son bureau de consultation le temps d'un après midi. J'ai pu ainsi m'assurer à l'issue de cette journée que je prenais la bonne décision en choisissant cette si belle spécialité, choix que je n'ai jamais regretté depuis.

J'admire sincèrement sa personne, ses qualités de médecin et de professeur, avec son humilité, sa bienveillance à l'égard de ses équipes et de ses patients et sa grande pédagogie.

Ensuite, je souhaite remercier Monsieur le Professeur Pierre LE COZ, d'avoir accepté de participer à mon jury.

Issue d'un baccalauréat littéraire, j'ai pris un grand plaisir à assister à son enseignement durant la première année de médecine et dans la suite de mes études. Son apprentissage a été une source de réconfort et d'inspiration, me confirmant qu'il n'y a pas de frontières entre les sciences médicales et les sciences humaines, et que la philosophie ne peut qu'être source d'enrichissement dans sa pratique.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à Madame le Docteur Frédérique Lagier, de m'avoir fait l'honneur de présider ma thèse et de m'avoir accompagné durant tout ce travail.

Je te remercie sincèrement pour ton aide, tes nombreuses relectures et conseils précieux tout au long de la rédaction de cette thèse, dont le sujet me tient à cœur. Mais surtout je te remercie pour tous les petits enseignements du quotidien, ta pertinence clinique, ta détermination à sans cesse renouveler ton regard et à entamer des de nouveaux projets. Un grand merci.

Une pensée particulière à tous les terrains de stages qui ont pu m'accueillir, le centre hospitalier de Martigues, l'unité Antares de Sainte Marguerite, l'unité de périnatalité et le CMP Saint Louis, le Centre Expert Bipolaire, le service d'addictologie de Sainte Marguerite. J'ai pu dans chacun de ces terrains de stages rencontrer des personnes formidables, passionnées, sensibles et curieuses. Toutes ces rencontres qui m'ont permis petit à petit d'apprendre, de me remettre en question et d'affiner mon analyse clinique, et a été source d'un très grand enrichissement.

Un grand merci à mes premiers « vrais » collègues de travail, à Laura de m'avoir confié sa formidable patientèle le temps de créer la vie. Un merci à David, Julie et Guillaume pour leur accueil chaleureux dans leur équipe. Je garde un très bon souvenir de cet été à vos côtés.

Mais surtout, tout mon cœur va au secteur 8 de Valvert : aux Tilleuls, au CMP Saint Barnabé et à la Calanque.

Je suis arrivée dans ce terrain de stage un peu par hasard, après une période très compliquée dans ma vie. Toutes ces rencontres m'ont permis de constater les qualités indéniables du personnel, la philosophie soignante si singulière et la bienveillance de chacun, qui m'ont fait retomber amoureuse de ce si beau métier.

Un immense merci aux médecins, à Stéphanie, Elisa, Laurent et Théo. Chacun à votre manière vous avez pu m'apporter une certaine ouverture, un autre regard. Les échanges cliniques ou informels ont toujours été inspirant, motivant à vouloir s'améliorer et à toujours continuer à travailler et réfléchir, pour le bien être du patient et des équipes.

Je tiens à dire que j'ai une très grande admiration pour les cadres, Charlie et Amandine. Ces grandes dames qui se battent comme des lionnes et d'une main de maître pour guider les équipes et forger leur cohésion. Elles réalisent tous les jours des exploits, malgré la complexité et la difficulté de leur métier, et je pense qu'elles ne sont pas assez récompensées pour l'ensemble du travail qu'elles mènent au quotidien.

Merci à tous les infirmiers avec qui j'ai eu la chance de travailler, Agnès, Alexandra, Céline, Christophe, Driss, Elisa, Elodie, Gilles, Graziella, Jérôme, Jonathan, Julie,

Nelly, Nicolas, Nils, Oana, Patrice, Rainier, Romain, Roxane, Sabine, Sabrina, Sandra, Sandrine, Shirley, Sophia, Sophie, Sylvie, Tanguy (en espérant n'avoir oublié personne). Je suis très admirative du travail de chacun d'entre vous, et j'ai eu beaucoup de chance d'avoir pu partager des moments cliniques, mais aussi des moments de tension, de soulagement, de joie, ou des rires avec vous.

Un gros merci aux assistantes sociales, Christelle et Drissia, qui avec leur bonne humeur contagieuse, arrivent à repousser les limites du possible, toujours prêtes à se décarcasser pour arriver à résoudre des situations impossibles.

Des bisous aux secrétaires Angélique, Elodie et Karine, les reines de l'organisation, qui m'ont surpris par leur sensibilité, leur approche et leur intérêt pour la relation avec les patients, ce qui est loin d'être le cas dans tous les services dans lesquels j'ai pu travailler.

Un grand merci aux psychologues, Chloé, Isabel, Marylin et Virginie. J'ai beaucoup appris en votre compagnie. Votre bagage théorique, votre finesse d'esprit dans le travail et dans la rencontre avec les patients m'ont frappé, et m'inspire pour ne pas uniquement rester sur mes positions médico-médicales et de continuer à en apprendre bien plus sur ce domaine si vaste et fascinant.

A ma Maman, C'est à toi que je dédie ce travail, Môther.

Je ne pourrai jamais te remercier assez pour tout ce que tu as fait pour nous, tout simplement.

Pour mon existence, ce qui est déjà pas mal. Mais aussi pour la manière dont tu m'as et tu nous as guidé avec la force et la détermination tout au long de notre vie, en nous accordant ta confiance, et sans aucun jugement.

Tu as su accepter nos différences, même si elles allaient à l'encontre même de tes principes.

Tu as su prioriser un accompagnement et une éducation discrète, mais toujours avec la préoccupation du meilleur pour nous.

Malgré les lacunes et manques de notre histoire, tu n'y es pour rien, et au contraire tu as été une formidable source d'inspiration et de force pour paliers aux souffrances inhérentes à la vie.

Je ne peux qu'imaginer à quel point ça a dû être dur pour toi, et cela me rend encore plus fière d'être ta fille. Je n'aurais pas pu choisir une meilleure maman.

Je t'aime fort.

Eliza, ma grande sœur préférée.

Même si nos trajectoires de vies sont très différentes, et que tu nous as abandonné pour aller à Paris (quelle honte...), je suis très contente de la relation qu'on a pu créer au fil du temps.

Tu as de très belles qualités que j'admire : ta force, ton sens de la famille, ta sensibilité et ta créativité. Je suis très contente de te voir évoluer dans cette nouvelle étape de ta vie avec l'arrivée de la petite Alice, et de constater que ce nouveau rôle de mère te va comme un gant. Je t'aime fort.

Flora, ma petite sœur préférée.

Je te remercie d'avoir accompli à merveille ton rôle de petite sœur, soit d'avoir été un esclave de qualité. Tu as tout mon respect de n'avoir jamais failli à ton devoir de m'apporter à manger quand j'avais faim, du café quand j'étais fatiguée, et d'avoir répondu à tous mes caprices. Je te remercie également de ne pas m'avoir fait sentir comme une folle, alors que je l'étais, et d'avoir été d'un grand soutien quand la pression des études me faisait me rouler par terre, ou casser des téléphones ou des chaises.

Je suis très fière de toi, de la femme forte et pétillante que tu es devenue, de ton intelligence, de ta détermination et de ton humour.

Mais pour moi, tu resteras toujours un petit virus. Je t'aime fort.

Myles, mon Doopa Doo.

Je ne sais pas quelle bonne étoile t'a mise sur mon chemin, mais j'ai la grande chance de pouvoir partager ma vie avec toi depuis 4 ans, et elle est beaucoup plus belle depuis que tu en fais partie.

Ces dernières années n'ont pas été évidentes pour chacun d'entre nous, mais toutes les difficultés n'ont fait que renforcer notre couple, et nous transformer en une vraie équipe solide.

Je ne te remercierai jamais assez pour tout le soutien que tu as pu m'apporter dans les moments difficiles ou au quotidien, même si tu ne comprends pas toujours ce que je fais. Même si ma susceptibilité légendaire me rend parfois inaccessible à tes talents d'humouriste, je te remercie de tous les efforts que tu fais pour me faire rire tous les jours, me changer les idées, et rendre beaux tous les jours passés ensemble.

I Love You.

Grand-mère, j'espère te rendre fière en ce jour si particulier, et je te remercie d'avoir fait le déplacement de si loin pour assister à cet événement très important pour moi. Un très gros bisou à toi.

Aux tatas, Sao-ha et Soa-mi, de nous avoir accueillies et d'avoir pris soin de nous quand nous sommes arrivées des Etats-Unis, pour leur bienveillance et leur patience face à nos tempéraments très turbulents et énergiques !

Laetitia, ma sœur. Tu dois probablement être celle qui a le plus assisté aux ravages que les études de médecine ont eu sur moi.

Tu as tout vu depuis le début. L'excitation, la détermination, les réussites inattendues, puis les oiseaux, les cris, les pertes de poids, les moments de désespoir. Et tu as toujours été là, et tu continues de trouver les mots comme personne pour désamorcer les crises et me ramener sur terre quand je perds pied.

Je ne t'ai pourtant pas rendue la tâche facile, et j'ai même parfois été fuyante, mais c'était pour mieux revenir. Et de toute façon je compte bien rester jusqu'au bout, comme je te l'ai dit j'ai beaucoup trop peur de l'enfer que tu pourrais me faire vivre si jamais on en venait à arrêter de se parler.

Par la même occasion, un immense merci à Aminou, qui m'a enlevé une belle épine du pied et rendu ma vie plus facile en acceptant de s'occuper à temps plein de Laeti Pi. Ma gratitude est éternelle.

Ma Fanette. Je te remercie pour toutes ces années partagées, mes études n'auraient pas été les mêmes si je ne t'avais pas parlé ce matin d'hiver devant la fac.

On en a vécu des misères et des sales périodes, mais dans la mouise on a réussi à créer du beau, des moments de folie, des escapades, des soirées improvisées, des apéros dans l'aprèm pour leur montrer ce que c'était que l'élite.

J'admire beaucoup ta détermination, ton intelligence, ton sens du sacrifice pour les choses que tu aimes. Tu es sans doute l'une des personnes les plus brillantes que je connaisse, et je ne doute pas que tu réussiras tout ce que tu décideras d'entreprendre. Et j'ai hâte d'être là pour continuer à partager ton histoire.

Du coup dans la foulée, merci au Rem's. De copain de Fanny tu es rapidement devenu un ami à part entière, et tu as su être présent dans tous les moments importants de ma vie. Je te remercie pour tous ces moments, les apéros, les jeux, les débats, et même parfois pour le Rémy provoc, qui a quand même le chic de créer de la profondeur aux discussions. Merci pour ton écoute et tes conseils.

Et franchement, évitez de vous quitter ce serait très chiant de devoir faire garde alternée entre vous deux.

Batou, mon coloc'. Alala, on en aura fait des conneries ensemble ! Je te remercie pour tous ces moments de vie, les fêtes, les bizutages, les crits dans ton appart, les dégustations de vin avec Edouard à Martigues. Mais surtout merci d'avoir été là dans tous les moments pénibles, avec ta manière toute à toi de remonter le moral, de changer les idées, d'avoir pu partager tes flatulences dans le but de me provoquer un petit sourire quand j'étais au bord de la crise.

De jeunes et cons on a quand même réussi à progressivement grandir, et je suis très contente de toujours te compter parmi mes amis proches.

Carline, la force tranquille, la suisse.

Mine de rien, tu fais parties des plus ancienne, et des plus constantes. Je suis contente qu'on se soient retrouvées au hasard d'un croisement sur Baille, parce que sans toi

ces dernières années n'auraient pas été aussi chouette. Merci d'aider à tempérer les débats houleux des 2 quand elles se transforment en dragones. Merci pour ta permanence, et ta fiabilité, toujours là pour les autres, quitte à aller en boîte twerker à 7 mois de grossesse.

Audrey, je suis très contente que Laetitia ait réussi après votre PFE à te corrompre à venir à Marseille, et que David ait fini le travail de te menotter à cette ville.

Tu as petit à petit réussi à devenir un incontournable de mon quotidien, rendant mes week-end et mes soirées beaucoup plus amusantes. Même si cela risque fortement de changer la température des soirées dans les prochains mois, j'ai hâte de voir comment tu vas continuer d'évoluer dans cette nouvelle aventure incroyable.

Ariel. Un grand merci pour cette dizaine d'années d'amitié. Malgré tous les tumultes, les disputes, je n'en changerai pas une miette. Parce que tester le tourbillon de la vie fait partie de toi. Tu ne seras pas très content que je te dise que tu m'as inspiré pour mon boulot. C'est pourtant vrai, mais surtout tu m'as appris et prouvé que la détermination, la force de caractère, et la remise en question sont beaucoup plus fortes que le bagage avec lequel on naît. Je suis très fière de toi, de tout ce que tu as accompli, et de tout ce que tu vas continuer à construire.

Maxime, Je n'aurais pas forcément dit au lycée que presque 15 ans après, tu ferais toujours partie des piliers de ma vie. Malgré la distance, on a quand même réussi l'exploit de tous rester en contact, de se voir régulièrement avec le naturel du début, et de toujours être là pour les grands moments de vie.

Rien à voir, mais je repense souvent à une phrase que tu m'as écrite « Tes contradictions sont belles, car elles ne sont pas marques de fausseté », citation qui étrangement a beaucoup résonné en moi. Déjà tout jeune tu avais ce regard perçant et cette intelligence humaine. Merci d'être venu, ça compte beaucoup pour moi.

Ma Camille Gérard, ça a été un bonheur de te rencontrer et de partager nos premières années de médecine ensemble, les outsiders que personne n'avait vu venir, mais

assez déterminées pour y arriver. Tu as été un fondement solide de ces années, et avec ta rigueur, ton dynamisme et ton énorme cœur, tu as rendu ces épreuves beaucoup plus belles.

Ma maman de la P1, c'est toujours un grand plaisir de te voir quand on arrive à prendre le temps, pour absorber un peu le rayonnement de ton énergie et de ta bonne humeur à toute épreuve.

Une pensée et un merci à toutes les familles de copains, à Anne Marie et Stephan de m'avoir toujours ouvert les portes de leur maison, à Lucas, Thomas, Luna et Lirone, qui font partie de mon paysage familial, et dont leur présence ce soir me touche beaucoup.

A la famille d'Ariel, Agnès, Pietro et Christiano, qui mine de rien m'a accompagné dans ma première visite d'hôpital, et a sans doute accompagné ce début de vocation.

Aux copines de promo, Camille M., Léna, que j'apprécie énormément bien que notre internat ait été moins festif que prévu, coupé en plein vol avec cette fichue pandémie. Je suis contente de vous retrouver à Valvert, c'est toujours un grand plaisir de vous voir, à la cantoche, à l'internat, ou aux soirées.

Aux vieux copains de faluche, Jeff, Chabert, Achour, Berguet, et tous les autres, qui ont rendu par leur folie et leur sens de la fête mes études plus douces, mais remplies de plus de souvenirs douteux.

Aux copains de fête, d'apéro, Thomas et Astrid, qui rendent nos fêtes de fin d'année ou les douces soirées d'été bien plus amusantes et conviviales.

A Magali et Camille, que je connais moins mais qui ont été de très belles découvertes de cette dernière année.

A Ambre, la discrète, qui étonne à chaque fois par sa détermination à casser les dance-floor et à continuer la fête jusqu'au bout de la nuit.

Table des matières

I. INTRODUCTION	2
1. Préambule	2
2. Aspects généraux et définitions	4
II. DONNÉES THÉORIQUES	7
1. Chambre d'isolement	7
A. Aspects historiques	7
B. Approches théoriques autour de la chambre d'isolement.....	13
C. Modalités pratiques d'utilisation de la chambre d'isolement.....	26
D. Aspects législatifs, politiques et sociétaux.....	39
2. Éthique médicale	46
A. Histoire de l'éthique médicale.....	46
B. Organisations et instances	50
C. Principes de l'éthique médicale.....	54
D. Éthique médicale et psychiatrie.....	59
E. Réflexions éthiques autour de la chambre d'isolement.....	61
III. ÉTUDE DE L'APPROCHE ÉTHIQUE DU VÉCU SOIGNANT FACE À LA CHAMBRE D'ISOLEMENT.....	63
1. Matériel et méthodes	63
2. Le terrain de l'étude : le Centre Hospitalier Valvert.....	64
3. Le questionnaire	66
4. Résultats	68
A. Les émotions en lien avec les principes éthiques	70
B. Principe d'autonomie à l'égard du patient.....	85
C. Principe d'autonomie à l'égard des soignants.....	89
D. Principe de bienfaisance à l'égard des patients.....	92
E. Principe de bienfaisance à l'égard des soignants	100
F. Principe de non-malfaisance à l'égard des patients.....	101
G. Principe de non-malfaisance à l'égard des soignants	107
H. Principe de justice à l'égard des patients	109
I. Principe de justice à l'égard des soignants	113
J. Idées générales	114
IV. DISCUSSION.....	121
V. CONCLUSION.....	132
VI. BIBLIOGRAPHIE.....	141
VII. ANNEXES.....	147

I. Introduction

1. Préambule

Il est souvent dit qu'on ne choisit pas de travailler en psychiatrie par hasard. Une sensibilité particulière à la souffrance mentale, des expériences personnelles ou de proches ayant été confrontés au désarroi et à la brutalité de l'intrusion de ces troubles dans notre intime, une curiosité pour cette discipline si vaste et mystérieuse ; chacun a en tête des raisons qui poussent à ce choix si singulier.

Mais les premiers pas dans le domaine de la psychiatrie, discipline médicale étonnante pouvant évoquer l'ouverture d'esprit, la bienveillance, l'acceptation de la différence, sont pourtant souvent surprenants et déconcertants.

Recommencer l'apprentissage d'un tout nouvel univers sémiologique, découvrir comment examiner et explorer les symptômes sans ses mains, ou l'aide précieuse des examens paraclinique pour nous souffler les réponses de nos lacunes cliniques, évoluer dans des structures hospitalières chargées d'histoire, aux antipodes de la technologie excessive et des murs blancs impersonnels de couloir qu'on a tous franchi.

Mais surtout le malaise face à la constatation de l'intensité de la douleur morale, de l'ouragan que ces symptômes non palpables peuvent créer dans la vie des patients, et parfois l'impuissance de nos moyens pour leur venir en aide.

La psychopharmacologie n'a que 72 ans, et bien que ces molécules soient des alliées précieuses pour diminuer l'intensité des symptômes, les divergences de réponses individuelles face aux traitements peuvent donner un sentiment amer d'insatisfaction.

On peut penser aussi à la multiplicité des courants de thérapie, qui malgré leur volonté commune de créer des nouveaux moyens d'explorer la psyché et d'assister la personne en souffrance dans sa quête de libération, peuvent donner l'impression d'une bataille de contradictions pour tenter de prouver l'avantage de chacune des écoles.

On se retrouve finalement parfois en pratique à faire ce qu'on peut, avec les moyens du bord, à devoir créer et se renouveler sans cesse pour continuer à entretenir le lien avec le patient quand le contact n'est plus possible.

Et la chambre d'isolement fait partie de ces moyens discutables, mais auquel on a recours quand la maladie prend trop de place.

J'ai assisté pour la première fois à la mise en isolement d'une patiente lors de mon premier jour d'internat. Je n'avais pas encore fini de me présenter à l'ensemble de l'équipe, quand un cri retenti dans le service, faisant se dresser tous les membres de l'équipe se ruant sur elle.

Les médecins, arrivant de nulle part, ont immédiatement ordonné la mise en isolement de l'agitée, sans entretien préalable, sans tentative d'alternatives.

La patiente a été soulevée par ses quatre membres, franchissant un sas, puis fut plaquée sur un matelas à même le sol.

La chambre était sordide. 4 murs gris de saleté, un bloc de plastique dur sans draps, côtoyant des toilettes turques, éclairée uniquement par une minuscule lucarne.

Une seringue apparaît, se faufile entre les bras rigides maintenant la patiente au sol, et finalement pique, causant un dernier hurlement.

Un décompte : 3, 2, 1. Tout le monde se lève, se recule, sort expressément de la pièce, et la lourde porte blindée se referme.

La plus âgée des infirmières me regarde, ayant sans doute perçu mon égarement mal dissimulé et me dit : « C'était pour son bien, bienvenue en psychiatrie ».

Cette expérience marquante m'est restée en mémoire, mais n'a pu être remise en question que bien plus tard.

Par chance, la maquette de l'internat donne de multiples opportunités de changer de services, de rencontrer des équipes et des professionnels différents, et d'affiner au fil des rencontres son propre jugement et sa manière de pratiquer son métier.

Mais si cet apprentissage ne se fait que de façon empirique, sans tronc d'enseignement commun, à travers des expériences diverses et pour tous différents, avons-nous les mêmes chances de développer notre esprit critique ?

La pratique de l'isolement nous est inculquée sans approche théorique, sans preuve de validité scientifique, par mimétisme de génération en génération quand nous arrivons dans un service de psychiatrie. L'acceptation commune de la pratique peut minimiser son impact, et faire taire progressivement le sentiment interne de conflit en banalisant son utilisation que devrait rester un ultime recours.

Mais ce premier choc face à la réalité de la chambre d'isolement ne doit pas être oublié et l'interrogation des pratiques entraînant un doute doit se faire sans cesse. Rester attentif au vécu, aux effets d'une pratique aussi sensible, et au conflit interne qu'il peut engendrer peut nous aider à nous remettre en question et nous pousser à améliorer nos pratiques.

Ce travail a donc été imaginé pour explorer les bases historiques et théoriques de la chambre d'isolement, reprendre les notions pratiques et les recommandations actuelles ainsi que d'interroger l'impact de la société dans laquelle nous évoluons sur nos représentations individuelles et collectives.

Ensuite, nous étudierons l'histoire et les fondements de l'éthique médicale, son application au domaine de la psychiatrie et plus précisément à l'utilisation de la chambre d'isolement. Nous nous interrogerons sur les facteurs d'influence susceptibles d'impacter les représentations et le vécu des professionnels face à la chambre d'isolement, à travers le prisme des principes de l'éthique médicale.

2. Aspects généraux et définitions

“Isolement” : (1)

- *État de ce qui est isolé, séparé, à l'écart.*
- *État d'une personne qui vit isolée, privée de compagnie*
- *Action d'isoler, action de séparer une personne des autres, de la mettre à l'écart, pour des raisons d'ordre sanitaire ou par mesure de sécurité.”*

Deux dimensions coexistent : celle de la séparation du lien à l'autre, de l'individu opposé au groupe, de la scission face à la communauté, mais également la possibilité d'une action, d'une prise de décision à visée sécuritaire.

Nous voyons le poids de la présence ou non d'un pronom réfléchi, de "s'isoler", par volonté, pour se ressourcer, se protéger, ou "d'être" isolé, exclu, passivement, contraint par une force externe à soi.

"Chambre" : (2)

- *Pièce dans une habitation."*

Inclue donc la dimension d'une pièce spécifique, intégrée dans la structure, prédéfinie à un usage particulier.

Appliquée à notre sujet, cette notion a été renforcée par la loi de modernisation du système de santé du Code de Santé Publique de 2016 (3) rendant obligatoire l'utilisation de lieux adaptés et dédiés pour la mise en isolement d'un patient souffrant de troubles psychiques.

"Soignant" : (4)

- *Se dit d'une personne qui administre des soins médicaux, notamment en milieu hospitalier."*

Ici, j'ai fait le choix d'utiliser la notion de soignant au-delà de son usage courant, ne prenant pas uniquement le corps médical et infirmier, et d'inclure aussi tout professionnel de l'établissement de soin pouvant, de près ou de loin, être en contact avec le patient, créant du lien, et pouvant avec ou sans caractère intentionnel apporter du soutien et une forme de soin.

« Vécu » : (5) Participe passé du verbe vivre.

- *Être doué de vie, être en vie ».*

Associé avec des noms de temps, comme s'ils lui servaient de complément direct, il sous-entend les mots « Pendant, durant », renvoyant à la dimension de temporalité inhérente à la vie.

- *« Vivre signifie, figurément, employer utilement sa vie, jouir de la vie. Vivre se dit aussi par rapport à la manière de passer sa vie dans les divers états que l'on embrasse, dans les différents lieux que l'on habite, dans une situation heureuse ou malheureuse, etc. »*

Soit, comment ? Comment employer son existence, son quotidien, de quelle manière on effectue sa conduite, mais également le ressenti, les émotions en lien avec les expériences.

- « *Vivre signifie figurément : Durer, subsister ; il s'emploie surtout dans le style soutenu. »*

Et donc, on se pose donc la question de ce qui reste, ce qui subsiste de son expérience, pour soi au fil de sa vie et de son évolution, mais également à transmettre pour les autres, dans l'altérité et la postérité.

- « *Vivre se dit, en termes de Dévotion, de la Vie spirituelle.*
- *Vivre signifie encore se conduire, se comporter bien ou mal, eu égard à la morale, à la religion. »*

Aspect que l'on peut rapprocher de la dimension morale, qui est un point de départ de la réflexion éthique.

- « *Vivre se dit encore par rapport au gouvernement politique, aux lois, aux usages du pays dans lequel on demeure. »*

Ainsi, évoluer au sein d'un système, d'une société, d'une institution, avec ses règles, ses lois, ses devoirs, ses us et coutumes et son lot de traditions.

« Éthique: (6,7)

- *Le mot éthique provient du latin ethicus, la morale, et du grec ethos, la coutume, les mœurs. »*

Différent de la morale, science du bien et du mal regroupant un ensemble de règles de conduites, pondérant les actions en tant que bonnes ou mauvaises et leur donnant une échelle de valeur ; ainsi que de la déontologie considérant également des règles de bonnes conduites, de morale appliquée à un groupe défini.

L'éthique renvoie au monde des idées et est avant tout une réflexion profonde et complète sur nos actions en vue d'établir une doctrine, une science de la morale tentant d'apporter une dimension théorique aux principes d'action

II. Données théoriques

1. Chambre d'isolement

A. Aspects historiques

a. L'Antiquité

Décrite comme étant utilisée de tout temps dans la prise en charge des malades mentaux, les premiers textes retraçant la pratique de l'isolement dans le contexte des désordres psychiques datent de l'antiquité.

En amont de la période hippocratique, la conception de la folie et de son origine était essentiellement empreinte d'une tonalité religieuse et spirituelle.

En effet, les sujets atteints de maladie mentale étaient soit considérés comme punis, subissant une possession divine, ou alors glorifiés, adulés, comme des êtres mystiques pouvant entrer en contact avec les divinités.

Par la suite, dans la période antique, deux grandes figures s'opposent, affrontant deux concepts opposés sur la fonction de l'isolement et son effet sur la maladie et les symptômes.

Caelius Aurelianus (8) (9), médecin romain, estimait qu'un traitement brutal aurait pour effet de faire sortir, par la peur, le malade de sa maladie, utilisant donc l'isolement social et sensoriel dans l'obscurité totale, associé à la privation de nourriture et utilisation de purgatifs.

Soranos d'Ephèse (9), lui, recommandait d'utiliser l'isolement comme un soin intensif, un "mal nécessaire" et de discuter avec le malade de ses occupations ou de tout autre sujet capable de l'apaiser, pour ramener le patient à la raison en l'accrochant sur sa "part saine" restante.

Cet antagonisme idéologique et dans la pratique entre contrainte et douceur, entre soin et contention, a perduré, d'une façon ou d'une autre à travers les siècles jusqu'à nos jours.

Cette opposition ne repose pas simplement sur une divergence d'ordre thérapeutique, elle s'appuie et s'ancre sur deux conceptions différentes de la maladie mentale.

b. Le Moyen âge

Au Moyen Âge, (9) bien que la folie sorte du champ de la médecine conçue de nouveau comme ayant une origine mystique, la contrainte spatiale est utilisée à des fins de protection, et non pas pour isoler, mais pour maintenir le malade dans sa famille ou sa communauté.

Cependant, à partir de l'an 1000, en lien avec détresse, la misère et l'ignorance croissante du peuple favorisent un refuge vers superstition et magie.

L'inquisition est autorisée, et touche particulièrement les faibles, malades mentaux, marginaux et femmes seules qui sont mêlés sans distinction.

Le but inavouable est de protéger l'ordre religieux et politique dans une période de chaos et d'instabilité sociale.

c. La fin de la Renaissance (1400-1600)

A la fin du siècle des lumières, les déviants sont soumis à l'arbitraire royal. (9)

Les dénonciations par la famille peuvent mener à des enfermements dans des cachots, mêlés avec des criminels de toutes sortes.

L'isolement est donc utilisé, non plus pour maintenir le malade dans sa famille ou dans la communauté comme au cours de l'ère précédente, mais pour l'exclure et l'enfermer, sans apport de soins spécifiques, comme le critique Michel Foucault dénonçant "le grand renfermement" du 17^{ème} siècle. (10,11)

Les malades mentaux étaient enfermés avec les sujets jugés insensés, les déviants et personnes considérées comme marginales tels que les homosexuels, les libertins ou les débauchés, ainsi que les pauvres et les criminels.

Tous enfermés dans des institutions sans distinction, la maladie était perçue comme un désordre à corriger, un péché dont il faut se repentir et être puni selon la tradition judéo-chrétienne.

De nombreux châtiments, dont l'intensité serait gage d'efficacité, sont alors mis en place pour parvenir à leurs fins : cachots, enchaînements, immersions dans l'eau glacée, brutalités, laxatifs et saignées étaient employés à profusion.

d. Le 18^{ème} siècle

Ce siècle sera l'occasion de grandes réformes dans le monde de la psychiatrie, et ce partout en Europe.

La Révolution française met fin à l'arbitraire royal et les lettres par cachets, entraînant des changements progressifs des institutions recevant les aliénés.

Une re-médicalisation progressive s'effectue : la folie est médicalement curable, et le but du traitement est la guérison ; les fous doivent être traités par les moyens physiques.

En France, on retrouve en figure de proue l'emblématique Philippe Pinel et de son chef infirmier Jean-Baptiste Pussin, basés à l'hôpital Bicêtre, qui furent initiateurs de la libération des aliénés et de la libération des chaînes et créateurs du traitement moral.

Pour autant, cette ouverture n'est pas synonyme de la suppression de l'isolement, bien au contraire elle fait partie intégrante des soins, avec la création et l'emploi des chambres d'isolements telles qu'on les connaît de nos jours.

En effet, le traitement moral est fondé sur le principe de l'humanisation des soins et d'une action éducative.

Néanmoins, pour tenir compte des besoins de sécurité, Pinel et Pussin développèrent les principes de base de l'isolement dans un but non punitif, en mettant l'accent sur le respect des droits des patients et leur sécurité. *“Le péril est moindre par la douceur que par la rigueur”*. (12)

Le patient est isolé des autres patients et fait l'objet de soins et de surveillance de la part de l'équipe de soin, dans une chambre destinée ou non à cette utilisation exclusive. Leurs objectifs étaient la prévention des blessures et la réduction de l'agitation liées au trouble mental.

L'isolement est donc au centre du traitement moral, postulat qui sera repris et approfondi par son contemporain Jean-Etienne Esquirol, qui aura lui une conception plus abrupte de la fonction de l'isolement dans le soin.

Des citations d'Esquirol (13) éclairent les conceptions de l'époque :

« C'est ici le cas d'appliquer la méthode perturbatrice, de briser le spasme par le spasme, en provoquant des secousses morales qui dissipent les nuages dont l'intelligence est couverte, qui déchirent le voile interposé entre le monde extérieur et l'homme, qui brisent la chaîne vicieuse des idées, qui fassent cesser l'habitude des mauvaises associations, qui détruisent leur fixité désespérante, qui rompent le charme qui retient dans l'inaction toutes les puissances actives de l'aliéné »

« L'isolement des aliénés, confinement, consiste à soustraire l'aliéné à toutes ses habitudes en l'éloignant des lieux qu'il habite, en le séparant de sa famille, de ses amis et de ses serviteurs, en l'entourant d'étrangers, en changeant toute sa manière de vivre.

L'isolement a pour but de modifier la direction de l'intelligence et des affections des aliénés ; c'est le moyen le plus énergique et ordinairement le plus utile pour combattre les maladies mentales ».

« L'isolement est une vérité pratique dont la nécessité et l'utilité sont mieux senties surtout si l'on est persuadé que l'aliéné n'est privé ni de sensibilité, ni d'intelligence ».

e. Le 19^{ème} siècle

Dès le début de ce siècle, la médicalisation de la prise en charge et du traitement des fous, conduit par les aliénistes, s'étend et se généralise.

Depuis la Révolution française, un flou juridique subsiste, au sein duquel les sujets anormaux et déséquilibrés seront pris en charge au prétexte du soin, mais sans texte solide associé.

La législation nécessaire autour de la discipline psychiatrique dessine ses contours à cette époque, avec l'apparition du concept d'irresponsabilité pénale en 1810 avec l'article 64 du code pénal (14), divisant définitivement la place du sujet atteint de maladie mentale, non responsable de ses actes, de celle du criminel.

En 1838, (15) Esquirol crée le premier texte d'assistance spécifique aux sujets atteints de maladie mentale, avec la création d'établissements pouvant recevoir les aliénés dans chaque département, et explicitant les différents modes d'admission, texte qui reste en vigueur jusqu'en 1990.

La condition *sine qua non* pour être admis à l'asile est de présenter à la fois des troubles mentaux et de faire preuve d'incompétence sociale. C'est une loi d'inclusion des malades mentaux dans un système institutionnel qui, somme toute, est le reflet des institutions de l'époque – lieu d'autarcie et d'observations scientifiques – visant à protéger les malheureux atteints dans leur raison, autant que la société menacée par leur dangerosité supposée ou réelle.

Cette avancée concernant l'extension de l'offre de soin asilaire reçoit également son lot de critiques, notamment concernant l'isolement social du patient.

L'Évariste Marandon de Montyel, médecin chef à Ville-Evrard dit en 1888 que « *c'est l'isolement imposé aux malades qui, les privant de toute stimulation venant de l'extérieur, et les cantonnant dans une existence carcérale morne et sans évènement aboutit à la chronicisation* ». (9) (16).

Il défend comme le fera plus tard Edouard Toulouse l'ouverture des hôpitaux et parle « d'asile village ».

Ce siècle voit donc la fin de l'enfermement carcéral des malades mentaux, mais, paradoxalement renforce le rôle de régulation sociale dévolu à la psychiatrie.

f. Le 20^{ème} siècle

En 1897, Edouard Toulouse écrit que « *l'expérience faite pendant un grand nombre d'années a démontré que le séjour permanent dans une cellule loin d'être efficace pour amener l'apaisement de l'agitation chez l'aliéné, a, au contraire pour effet d'augmenter et d'entretenir l'agitation* ».

Sa lutte contre l'exclusion et l'isolement des aliénés se concrétisera et prendra forme en 1921 avec la création des services ouverts, dont Edouard Toulouse sera l'un des principaux organisateurs, soutenant l'idée de services où les malades sont hospitalisés hors loi de 1838, mais les cellules n'en sont pas pour autant supprimées.

Progressivement, les crises sociétales entraînent la surpopulation des asiles, devenant des lieux d'accueil pour personnes rejetées ou desserrées.

La hausse des patients face au manque de moyen entraîne une majoration de l'usage des cellules et camisoles.

C'est la chute du traitement moral, le système consiste plus à exclure les malades mentaux qu'à les soigner.

Au cours des guerres mondiales, l'exclusion et l'isolement des malades mentaux se poursuit sous une forme encore plus dramatique, avec notamment l'extermination des malades mentaux et sujets handicapés au sein de l'Aktion T4 (17), qui aura fait de 70 à 80 000 victimes parmi les aliénés, tandis que dans les asiles la famine aggravera encore plus ce terrible bilan constituant « l'extermination douce », qui fera le bilan de 45 000 patients psychiatriques décédés pendant cette période. (18)

Au lendemain des événements tragiques de la Seconde Guerre Mondiale, la thérapie institutionnelle (19) voit progressivement le jour, issue de la réflexion des psychiatres ayant résisté au régime Nazi. Elle met l'accent sur la dynamique de groupe et la relation de transfert entre soignants et soignés. La visée de soigner le collectif soignant et d'humaniser le fonctionnement des établissements psychiatriques, afin que les patients reçoivent un soin de meilleure qualité.

Dans la première partie du 20^{ème} siècle, les moyens thérapeutiques sont limités et nous en percevons à présent le caractère « violent », avec l'utilisation de bains glacés, de chocs insuliniques puis électriques, voire dans certains cas de la lobotomie.

L'avènement des neuroleptiques, avec la chlorpromazine en 1952, crée enfin une alternative thérapeutique médicamenteuse à l'agitation et à la rupture de contact au moment de la crise.

En 1985, la création du secteur psychiatrique (20), proposant une vraie politique de la santé mentale permettant un soin prodigué dans la cité, au plus près du foyer du malade, en opposition à l'exclusion de l'asile, aspirant une ouverture sur le monde, mais qui n'a pas encore pu régler le problème de l'isolement à toute échelle, psychique, sociétal, et parfois spatial, des sujets souffrant de pathologie psychiatrique.

g. Le 21^{ème} siècle.

Depuis les années 80, malgré les nombreuses évolutions du domaine psychiatrique, on retrouve concernant l'isolement les mêmes dichotomies déjà présentes et décrites à l'époque antique.

En effet, les mouvements se suivent et se contestent. Malgré une volonté indéniable de prodiguer des soins de qualité, on retrouve par période de très fortes augmentations de l'utilisation des chambres d'isolement, en relation le plus souvent avec des climats sociaux exacerbant les réflexes sécuritaires et le rôle de régulateur social de la psychiatrie.

En parallèle, des mouvements cherchent à humaniser les soins psychiatriques et à interroger cette pratique qui a toujours soulevé au minimum débat, voire indignation parmi les soignants et usagers du système psychiatrique.

Cependant les difficultés économiques et institutionnelles ne permettent pas dans le climat actuel de mener à bien ces projets, et de se dégager de cette pratique ancestrale.

B. Approches théoriques autour de la chambre d'isolement

a. Hypothèses concernant la fonction pour les patients.

Dans la littérature psychanalytique, de nombreux auteurs ont réfléchi autour des concepts que certains rapportent à la fonction de la chambre d'isolement.

Dans un premier temps, Sigmund Freud décrit en 1920 dans son article "*Au-delà du principe de plaisir*" (21) le concept de pare-excitation, instance psychique permettant de contrer un trop plein d'excitation ou d'impulsivité face aux stimulations.

En cas d'instance psychique défaillante, un système extérieur, éducatif ou thérapeutique, peut faire béquille, aidant la personne en difficulté à se contenir, à canaliser ce trop-plein d'impulsivité, mais également de permettre à mettre un sens symbolique sur ce débordement énergétique.

La notion de contenance, devenue omniprésente dans la clinique psychiatrique (22) (23), puise sa source dans cette notion freudienne.

Mais c'est Donald Winnicott qui en 1969 (24) le met en relief dans le rôle des soins maternels pour assurer cette protection.

Lorsque la mère, ou son substitut, contient l'enfant physiquement, par les soins corporels, par ses caresses, par sa manière de le porter, elle délimite le corps de l'enfant et lui permet d'intégrer les limites externes de son propre corps.

De la même manière, sur le plan psychique, par une adaptation optimale à son bébé, à ses besoins, la mère suffisamment bonne va permettre à son tout-petit de se sentir progressivement exister comme un ensemble d'éléments cohérents et contenus, permettant de construire son monde interne.

D'une manière plus abstraite, Wilfried Bion introduit en 1962 dans son ouvrage "Aux sources de l'expérience" (25) la notion de fonction alpha dans le lien mère/enfant.

La figure maternelle accueille ce que vit le bébé, et ce qu'il projette d'une expérience pénible, angoissante, désorganisée (les éléments bêta), et va permettre de donner sens à cette projection, de la digérer en quelque chose d'assimilable, compréhensible et re transcriptible psychiquement à son bébé, grâce au processus de symbolisation, permettant progressivement à l'enfant de gérer les expériences sources d'angoisse et de frustration.

C'est cela que Bion nomme la fonction alpha, qui par extension, peut laisser imaginer que la figure soignante serait susceptible de prêter son psychisme à la personne en souffrance, tentant de retraduire ses expériences brutes et désagréables, et dans le lien à l'autre permettre de la transformer en quelque chose capable d'être approprié, et créer ainsi une expérience sur laquelle le sujet pourra s'appuyer par la suite pour évoluer dans le réel.

Ces auteurs favorisent à travers leurs concepts la notion de proximité psychique, l'attention particulière qui permettent au sujet désorganisé d'être aidé à se rassembler à travers le lien social, qui pourrait se retrouver au sein de la chambre d'isolement par la création d'un moment privilégié d'un soin intensif, suspendu, protégé des stimuli externes, permettant de concentrer l'attention et la fonction soignante vers le patient.

Concernant l'espace physique, la limitation spatiale et de mouvement inhérent à la chambre d'isolement, quelques auteurs conceptualisent comment un environnement matériel et structuré pourrait permettre un premier pas vers une réorganisation psychique.

Paul Federn, contemporain et proche de Freud, évoquera en 1952 que « le Moi du psychotique n'est pas solide, il lui faut un exo-squelette » (26).

Concernant la dimension palpable, incarnée, Esther Bick évoque en 1968 (27) le concept de « seconde peau musculaire », que l'on peut rapprocher de méthode d'enroulement de ou raidissement musculaire qu'effectuent certains patients souffrant de troubles autistiques.

Ces comportements auraient pour fonction, face à la désorganisation en lien avec une absence d'intégration d'un objet d'arrière-plan primaire, ou objet du « dos sécurisant », d'apporter structure et apaisement.

Par extension de ce concept, Albert Ciconne (28) étudie l'articulation selon lui nécessaire de la verticalité ferme et de l'horizontalité enveloppement, du dur et du mou, du « tenu dans le dos et du communicant par le devant ».

L'enfant qui suce son pouce serait en recherche par le contact de ces jeux texturaux de mettre en contact le mou, précieux, sensible, vivant, mis en valeur par le contact face à la dureté de l'arcade dentaire, de l'arête du nez.

Didier Houzel considérera cette dualité entre le dur et le mou, en décrivant la structure du développement psychique sur l'intégration de la bisexualité primaire comme déploiement de la fonction contenante de l'enveloppe psychique.

Il rapproche la solidité et la résistance de l'enveloppe au pôle paternel, et les qualités de réceptivité au pôle maternel, dont une juste alliance est nécessaire pour donner à l'enveloppe les qualités plastiques nécessaire à la contenance, qui doit articuler étanchéité et perméabilité, consistance et élasticité (22).

Par la suite, Didier Anzieu conceptualise la fonction du « Moi-peau » (29).

Il y désigne : « une figuration dont le moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme moi contenant les contenus psychiques, à partir de son expérience de la surface du corps »

A partir de 1974, il décrit trois fonctions de la peau qui, dans une relation métaphorique, de sac, d'écran et de tamis serviront d'étayage au Moi-peau.

En appui sur ces fonctions, Anzieu dégage le concept de Moi-peau puis ultérieurement celui d'enveloppe psychique. Lorsqu'elle présente les qualités adéquates, l'enveloppe psychique évite l'éparpillement des objets internes dans un espace sans frontières en

les liant en un ensemble cohérent, elle assure la fonction de pare-excitation et enfin elle délimite le monde perceptif et le monde imaginaire tout en mettant en relation leurs éléments. Elle est, et c'est le maître mot, contenante.

Appliquée à notre sujet, on pourrait ces différents concepts à la chambre d'isolement, ou comment la limitation spatiale, plus propice à une proximité physique, mais également la structure en elle-même du lieu, par son architecture, sa sensorialité, pourrait créer une armature physique permettant d'être un point de départ d'une réorganisation psychique.

Nous pouvons bien évidemment apporter de nombreuses critiques à ces hypothèses, théoriques ou plus pragmatiques.

Pour revenir sur la théorie de Bion, il construit en parallèle du modèle de la fonction alpha celui de « contenant-contenu ».

Il explique que l'expérience chaotique et confuse du bébé nécessite la présence d'un contenant qui puisse accueillir et transformer cette expérience, la détoxifier.

Le « contenant-contenu » ainsi formé est ré introjecté par le bébé et se développe jusqu'à devenir le propre appareil à penser du bébé, comme explicité plus tôt.

Cependant, si le bébé ne rencontre pas un objet capable de réaliser ce travail, il réintrojecte l'expérience d'un objet qui refuse les identifications projectives, autrement dit il réintrojecte sa détresse augmentée des failles de l'objet ou de l'échec de l'objet, il réintrojecte ce que l'auteur appelle une « terreur sans nom ».

Appliquée à la chambre d'isolement, la mise à l'écart du patient, seul face à son chaos psychique, dans ses moments de solitude sans figure servant de contenant en face, ne ferait qu'augmenter sa détresse.

Comme l'évoque André Green (30) « les stimuli proviennent aussi de son monde interne. Si le patient est en grande souffrance psychique et en proie à des hallucinations terrifiantes, ne risque-t-il pas alors de les retrouver en dehors de lui, qu'il soit isolé ou non ? Que pourrait produire l'isolement comme réponse à la souffrance du sujet sur celui-ci ? »

Selon Didier Houzel, ce qui soigne, c'est la décharge par la parole, ayant une valeur cathartique.

Mais la décharge ne peut être efficiente que par le dévoilement de l'expert, qui peut mettre en évidence le conflit inconscient, qui se joue et anime le sujet à son insu.

Il ajoute la nécessaire contenance. Ce qui soigne n'est pas tant de décharger par la parole, ni de voir les fantasmes dévoilés et rendus conscients, ce qui soigne est l'expérience selon laquelle la vie émotionnelle troublée, perturbée, douloureuse, trouve un espace dans lequel elle puisse être reçue et contenue. La décharge, ou le dévoilement, sans transformation par l'autre de la douleur, des angoisses et des conflits n'est pas utile.

L'espace structural, sans le lien et l'échange qui s'y joue, ne peut être complet maintenir sa fonction salvatrice.

Houzel poursuit son exploration de la fonction contenant en reprenant un exemple de Esther Bick, évoquant que l'objet contenant optimal est pour le nourrisson le "mamelon-dans-la-bouche", ce qui suppose pour lui que la contenance n'est pas perçue comme un récipient, un déversement des pulsions, mais comme un attracteur de ces derniers. Il considère la fonction contenantante comme « un processus de stabilisation de mouvances pulsionnelles et émotionnelles qui permet la création de formes psychiques douées de stabilité structurelle ».

Cela suppose que l'objet contenant doit pouvoir attirer les investissements, l'attention, le vécu du bébé. Il n'est pas qu'un lieu de décharge, mais se doit d'être objet d'attirance, de focalisation et de stabilisation des forces psychiques.

S'inspirant de la notion « d'attracteur » telle que la définit le mathématicien René Thom dans sa « Théorie des catastrophes » (31) : l'attracteur est une partie stable d'un système dynamique et qui, de ce fait, draine les forces à l'œuvre, tout comme le lit d'un fleuve est un attracteur pour le système d'écoulement des eaux d'une vallée, ou un aimant est un attracteur pour la limaille de fer qu'il oriente, organise, à laquelle il donne une forme. L'objet contenant stabilise les forces qui agitent le psychisme de l'enfant.

Nous serions dans ce cas loin de l'image repoussante de la chambre d'isolement, lieu froid, sombre, à l'esthétique carcérale, n'ayant pas une fonction d'attrait esthétique ou d'accueil pour donner l'élan d'y exposer son vécu et son ressenti bouleversé.

Ainsi, nous voyons que la fonction contenante d'un lieu ne peut s'appliquer seulement à la propriété d'un lieu clos.

Il est vrai que la plupart de ces théories explorent le domaine de la petite enfance, et ne sauraient décrire pleinement sur le vécu complexe de l'adulte, malgré les concepts de régression à des phases précoces au moment des crises.

Cette tentative de soin de dernier recours peut donc emmener, au contraire de l'intention, à une rupture totale de l'alliance thérapeutique, le patient craignant plus l'épée de Damoclès punitive d'un retour à la chambre d'isolement qu'un lieu rassurant et motivant à livrer ses souffrances.

Il comporte donc des risques psychiques importants, à prendre en considération comme tout acte médical, dans sa balance bénéfice risque.

Sans compter, de façon plus pragmatique, les nombreuses enquêtes concernant le vécu des patients face à la chambre d'isolement, vécu restant à minima négatif, allant jusqu'au traumatisme et au clivage avec l'univers psychiatrique. (32)

Le risque de conséquences somatiques est bien évidemment à prendre en considération (risque thromboembolique, sevrage, perte d'autonomie, constipation, déshydratation, risque infectieux etc.) pouvant conduire à des complications, voire à des situations dramatiques.

Ainsi, selon une étude, un accident grave (incendie, suicide ou tentative de suicide, complication thromboembolique etc.) aurait été observé par près de 50% des services de psychiatrie en France à l'occasion d'une mise en chambre d'isolement au cours des 10 dernières années (33)

b. Hypothèses concernant la fonction pour les soignants.

Concernant l'autre face du décor de la chambre d'isolement ; les soignants sont, tout comme les patients, susceptibles de tirer bénéfices ou de subir des conséquences en lien avec cette pratique.

Jérôme Morisset s'est intéressé en 2018 (34) sur les facteurs d'influence et alternatives concernant l'isolement et la contention.

Il y recense de nombreux articles, et repère ainsi la perception des soignants.

Le rôle de soin :

Bien que toutes les recommandations de bonnes pratiques clinique n'évoquent en aucun cas la vertu thérapeutique ou soignante de la chambre d'isolement, les effets recherchés sont de protéger, gérer, contenir la violence et « faire quelque chose ».

La légitimation de la pratique fait appel à des arguments de nature différentes, d'aspect normatif (non-assistance à personne en danger, risque de rupture dans la continuité de la prise en charge), téléologique (rationalisation de l'organisation du dispositif de soin, obligation morale), arguments fondés sur le paradigme médical (soulagement de la souffrance du patient), ou sur la « nécessité » ou la requalification de la notion de soin (35) (36).

Dans cette optique, l'isolement aiderait le patient à renforcer ses capacités d'autocontrôle, à gérer la crise en limitant la montée en tension et il rappelle les limites sociales qui favorisent un cadre de soins.

Elizabeth Perkins, (37) chercheuse anglaise et professeur à l'université de Liverpool, a cherché à connaître les mécanismes de prise de décision des soignants amenant à l'utilisation de coercition, c'est-à-dire connaître les facteurs sur lesquels ils s'appuient et comment ils s'imbriquent entre eux afin d'amener au choix final de la contrainte. L'article a été publié dans la revue International Journal of Law and Psychiatry.

Même s'il ne s'appuie que sur un échantillon restreint (une trentaine d'infirmiers), il est observé que les variables perçues par le personnel sont souvent contradictoires et leurs interactions complexes. Quatre facteurs principaux sont ici identifiés : les exigences du contexte, l'absence d'alternative, les effets d'escalade générés par la contrainte elle-même et la perception du risque.

Mais l'équipe soignante joue également un rôle global au sein de l'unité de soin, il revient aux soignants de maintenir un cadre contenant et thérapeutique, ce qui signifie de plus en plus de contenir les risques de débordement.

En effet, un glissement sémantique s'est opéré, de la crise d'agitation vers la violence, qui renvoie directement à la responsabilité du soignant dans l'exercice de son métier : ainsi il passe de la recherche de l'origine de l'agitation comme symptôme, à la gestion d'un comportement violent.

De plus, le personnel fait également remarquer que les perceptions divergent en fonction des personnes et donc également le mode d'action choisi. Finalement, même si l'utilisation de la contrainte est, selon les soignants, inhérente aux soins en santé mentale et « un mal nécessaire face à la violence des patients », cette dernière n'est que rarement mentionnée comme cause première de mesure coercitive comme l'utilisation la chambre d'isolement, d'où l'importance du questionnement des perceptions soignantes.

Le dernier recours peut ainsi se comprendre comme le seuil de ce que l'équipe peut supporter. Certains auteurs plaident pour une prise de risque collective, médicale, administrative mais également sociale. C'est pourquoi il est nécessaire d'engager une réflexion collective sur les modalités acceptables de prévention des risques en se souciant de ceux sur lesquels pèsent les mesures de sécurisation.

Le vécu soignant.

La perception du soignant face au patient dans la pratique de l'isolement est variable. Les études retrouvent des émotions empruntant à des thématiques d'humanité, d'obligation morale et de paternalisme, à celles de soumission-domination, d'irrespect, d'humiliation et d'injustice voire de disqualification professionnelle, notamment quand la pratique est perçue comme non justifiée. (35) Le vécu, essentiellement négatif, mentionne l'anxiété, la déception, la tristesse ou la culpabilité. (38)

Les mêmes conclusions sont retrouvées dans l'article publié dans la revue l'Encéphale en 2013 (39) qui retrouve des sentiments très majoritairement négatifs comme « la frustration, la colère », même si le caractère parfois nécessaire est identifié faisant de la contrainte un acte de soins et de sécurité.

Concernant la perception du vécu des patients en chambre d'isolement par les professionnels, elle empreinte de ces mêmes émotions négatives (40), pouvant laisser imaginer des phénomènes de projection de leur propre ressentis sur les patients.

Mais cette projection de représentations pourrait également s'interroger sous un autre angle. Face à la violence du vécu interne des patients, cette agitation pourrait se refléter en miroir et risquer de provoquer un glissement transférentiel des émotions, compromettant l'alliance relationnelle et renforçant en face des réflexes sécuritaires.

De plus, les soignants interrogés questionnaient aussi l'évolution des approches de soins : « les psychiatres ayant une formation de plus en plus scientifique ou axée sur la chimiothérapie au détriment de l'approche relationnelle ou psychodynamique » mais également de la modification de la formation des infirmiers amenant à un « défaut de référence théorico pratique ». Il est enfin pointé les divergences entre médecin et infirmier sur « l'appréciation de l'impact sur le patient et sur la relation soignant-soigné » de la pratique de l'isolement. (34)

La rupture avec le lien thérapeutique, pouvant causer une habitude de la pratique, ou d'un désinvestissement en lien avec un épuisement professionnel, est à risque de conduites glissant en dehors du cadre du soin.

Parmi les soignants sondés, il arrive que certains relatent un risque de banalisation de la pratique, voire un vécu d'omnipotence avec parfois une jouissance sadique (39), crainte pouvant être motivée par les dérives de l'histoire de la pratique à travers les âges.

On peut prendre comme exemple les recommandations en urgence de la Contrôleuse Générale des Lieux de Privation de Liberté après sa visite dans un établissement de l'Ain en 2016 (41), où il a été constaté des atteintes systématiques aux droits fondamentaux des patients concernant les modalités de recours à d'isolement et de contention, pratiques d'une gravité inédite allant à l'encontre des droits fondamentaux des patients, ainsi que des recommandations contre la torture et les traitements dégradant, pour lesquels une étude pour plainte pénale a été suggérée.

Les auteurs des faits à l'encontre des patients, malgré la reconnaissance de la nécessité de remettre en question leurs pratiques professionnelles, ont déploré que le rapport soit « trop sévère » et « exagéré ».

Le développement des protocoles : aide ou contrainte ?

Les inquiétudes en lien avec l'absence de cadre et de formations suffisantes autour de cette pratique sont souvent mises en avant.

Ainsi, la rationalisation et l'application d'un protocole permettrait ainsi au soignant de prendre des mesures délicates acceptables, par leur justification médicale et scientifique.

Cependant, on peut s'interroger sur les limites des applications trop systématiques des protocoles dans des pratiques aussi sensibles que l'isolement.

Dans son article, Elie Azria (42) explore l'impact de la standardisation de la pratique soignante.

Selon lui, la rationalité scientifique permet de « neutraliser » une pratique, en se soustrayant aux biais en lien avec ses croyances diverses, traditions et dogmes personnels ou collectifs. La protocolisation permettrait aux soignants de se protéger du manque de constance dans l'opinion vis-à-vis de l'isolement.

Mais il critique également l'Evidence-Based-Medecine, où il juge le rythme des publications est parfois trop soutenu ou rapide pour permettre un suivi total en pratique, les méthodes employées de plus en plus complexes et la qualité des travaux très hétérogène.

Le risque serait une recherche normalisatrice et procédurale, qui se détournerait progressivement de son objectif scientifique pour répondre à une demande de standardisation des pratiques soignantes.

Dans le domaine du soin, exercer en se référant de façon trop rigide aux protocoles de plus en plus contraignants fait courir le risque de fragiliser les connaissances, l'esprit critique, et de nous priver de l'incertitude et du doute nécessaire à l'avancement de la recherche.

Plus encore, prise au pied de la lettre, la protocolisation excessive du soin serait à risque de déshumanisation dans la relation thérapeutique, d'une réduction du malade à sa maladie ; et d'une éviction de l'humanité du soignant et de sa prise de décision.

La notion de risque.

La notion de risque est omniprésente en médecine et peut être encore plus en psychiatrie, domaine où l'on ne peut nier que les soignants sont particulièrement en proie à de potentielles situations violentes.

En effet, le rapport de 2019 de l'Observatoire National des Violences en Santé (43) , alerte sur les risques encourus par les soignants en milieu psychiatrique, et suggère la nécessité de protection de ses agents.

Il recense que 18 % des faits signalés, dont 19,4% des atteintes aux personnes, concernent des services de psychiatrie, pourcentage correspondant à 4371 signalements, chiffres en augmentation.

La psychiatrie est le premier service à faire face à des événements violents d'après ce rapport, viennent ensuite les urgences (recensant 16% des faits de violence) puis les USLD / EHPAD (13% des signalements de violence).

Or la notion de risque en psychiatrie est supposée insaisissable et « les stratégies de prévention fondées sur le concept de risque échouent souvent en psychiatrie parce qu'elles ont recours à des définitions décontextualisées, pseudoscientifiques, irréfléchies ou incomplètes du risque ». (44)

C'est pourquoi l'orientation vers une clinique non risquée suppose de se détourner d'une prise en charge du patient au profit de la gestion de son comportement et des craintes qu'il suscite.

Sur le plan juridique, la situation des soignants est paradoxale puisqu'un patient peut poursuivre son médecin nié son consentement en l'isolant mais également non-assistance à personne en danger s'il n'a pas décidé d'utiliser de moyen de protection suffisant.

Au sein d'une société de plus en plus protocolaire, les soignants peuvent craindre qu'une plainte soit déposée à leur encontre dans le cas d'un accident qu'un isolement aurait pu empêcher.

Ainsi l'obligation de sécurité à l'égard du patient est légale autant que morale. Les professionnels font face à une judiciarisation croissante de leurs rapports avec les usagers et les familles et craignent d'engager leur responsabilité, bien que la jurisprudence relative à l'isolement se construit en faveur de la responsabilité de

l'établissement en cas d'accident et donc de la formalisation d'une responsabilité collective et institutionnelle, et non plus exclusivement soignante. (36)

Chez les professionnels, cette pratique expose les soignants également à des dommages corporels, au stress, à une perte de confiance, à des arrêts maladie et plus généralement à une souffrance au travail.

Ces risques individuels représentent également un coût important pour l'organisation puisqu'ils induisent un turnover de soignants plus important, des burn-out et engendrent parfois des procès. (45)

Les difficultés institutionnelles

En 2001, le rapport des parlementaires Piel et Roelandt (46) met en parallèle l'augmentation des hospitalisations sans consentement avec la baisse du nombre de lits d'hospitalisation disponibles dans les services de soins psychiatriques.

Si en cinquante ans le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques est passé de 130 000 à 57 000, les unités fermées se sont multipliées et le nombre d'hospitalisations sans consentement a considérablement augmenté, passant de 21 à 24% des hospitalisations en psychiatrie entre 2012 et 2015 lors des visites du Contrôleur Général des Lieux de Privation et de Liberté, cette proportion atteint souvent à 40%.

Le manque de moyens humains conduit à un défaut de surveillance, et une moindre qualité des soins relationnels, le manque de moyens matériels à un nombre de lits insuffisant et des locaux inadaptés et le manque de formation à une peur et à un manque de réponses adaptée face à la dangerosité présumée.

Dans les situations extrêmes, il est parfois évoqué par les équipes soignantes qu'une symptomatologie d'ordre psychotique même sans violence peut suffire à l'indication d'une mesure d'isolement sous un motif de prévention. (47) (48)

Comment croiser les regards :

Dans son article, Jérôme Morisset (34) se demande si au-delà de la formation (ou de la sensibilisation), les soignants en psychiatrie ne devraient-ils pas systématiquement questionner et avoir un regard particulier sur les situations difficiles qu'ils rencontrent ?

Croiser et questionner les perceptions soignantes et celles des patients et de leur entourage peut également être riche d'enseignement. C'est ce qui est démontré dans un article paru en 2016 dans L'International Journal of Mental Health System (49). Les auteurs ont analysé dix discussions de groupes de parole australiens comprenant des soignants, des patients, des membres de famille et des personnes de soutien, dont la conclusion retrace le ressenti global d'utilisation non nécessaire et excessive.

L'article « Trauma For All » (50), étudie également de façon conjointe le vécu subjectif des patients et des soignants face à l'utilisation de la chambre d'isolement, et met en lumière comment cette pratique peut avoir un impact autant pour les usagers que les professionnels.

Par ailleurs, afin que le soignant puisse mieux percevoir et comprendre l'impact de l'isolement sur les patients, une expérience singulière a été mise en place en Finlande et est rapportée dans un article paru en 2015 dans Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing (51). Il s'agissait de faire vivre par deux infirmières, une mise en chambre d'isolement durant 24 heures et d'en évaluer l'impact. Celles-ci ont pu décrire un fort sentiment de « frustration, de l'anxiété et vécu l'environnement comme inhumain ». Cette étude a pu déboucher sur une prise de conscience du vécu des patients face à la contrainte d'isolement mais également sur une modification de la pratique et sur un aménagement de l'environnement.

Ces études et témoignages démontrent comment cette pratique de l'isolement impacte fortement patients et soignants et, paradoxalement, mériterait de pouvoir être mieux accompagnées sur le plan psychologique, ou, tout au moins que lui soit accordée une attention particulière.

Des espaces de réflexion d'élaboration et d'échange spécifique eus égards à la complexité de cet acte et la mobilisation des soignants qu'elle nécessite seraient pertinents, comme le montre un article de Mann-Poll (52) qui décrit comme les groupes de travail et de réflexion dans son établissement ayant engagé une politique de réduction des chambres d'isolement a apporté une différence significative sur les pratiques au sein des services.

C. Modalités pratiques d'utilisation de la chambre d'isolement

Tel que nous l'avons vu plus tôt, l'isolement du patient a pu prendre, au fil de l'histoire, de nombreuses formes différentes, évoluant en fonction de la conception de la maladie ou de du résultat attendu pour le malade.

En ce qui concerne l'isolement moderne tel qu'il existe aujourd'hui, sa définition serait le placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients.

Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté, et repose sur 6 caractéristiques majeures, selon Jérôme Palazzolo (53) :

- l'unité de lieu
- la rupture sociale
- la contrainte
- l'intensité
- la durée
- motif

Les indications, modalités et cadre réglementaire ont été répertoriées dans les Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles de 2017 de la Haute Autorité de Santé (54), et seront développées ci-dessous.

a. Épidémiologie

Dans un premier temps on peut préciser que jusqu'à récemment, très peu de données étaient accessibles, exhaustives ou fiables pour effectuer un état des lieux global de l'utilisation de la chambre d'isolement au niveau national, malgré l'obligation de registre systématique par la loi de 2016 (3).

Les chiffres retrouvés jusqu'alors dans différentes études et les rapports successifs du contrôleur général des lieux de privation de liberté faisaient état de pratiques très hétérogènes selon les régions : certains établissements ayant proscrit l'usage des contentions mécaniques et d'autres ne possédant aucune chambre d'isolement, bien que ces derniers représentent une minorité.

Ces disparités de pratiques entre établissements ne pouvant être réduites uniquement à des différences de besoins de population soulèvent des interrogations en lien avec des enjeux éthiques et juridiques.

Mais les chiffres des registres gagnent en représentativité, avec notamment la publication récente d'un panorama inédit de la population concernée par la chambre d'isolement et des disparités d'usage entre les établissements concernant chambre d'isolement. (55)

Sur l'analyse des pratiques de 220 établissements de santé assurant des soins psychiatriques sans consentements, seuls 11 établissements ont déclaré n'avoir aucun recours à la chambre d'isolement, et 14 déclarent l'autre extrême avec plus de 50% d'usage de la chambre d'isolement chez les patients hospitalisés en soins sans consentement.

La taille de l'établissement en nombre de lit d'hospitalisation semble influencer sur le recours à la chambre d'isolement, les structures n'ayant aucun recours étant majoritairement de petite taille.

Plus l'établissement est de taille importante, plus il semble compliqué de porter et mettre en place une politique volontariste de réduction des pratiques d'isolement partagée par l'ensemble des services et des acteurs de l'établissement.

En 2022, 76 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement à temps plein, dont 37% ont été concernés par un recours à l'isolement, soit 28 000 personnes selon les sources du recueil d'informations médicalisées en psychiatrie, selon Recueil d'Informations Médicalisé pour la Psychiatrie.

Comparé à la population générale, il s'agit de 52 personnes pour 100 000 habitants majeurs.

L'article mentionne que le recours aux mesures d'isolement concerne dans 2/3 des cas des hommes population également majoritaire parmi les soins sans consentements mais moins nettement.

Les auteurs décrivent également que ces mesures affectent plus fréquemment les sujets jeunes avec un âge médian de 35 ans.

1/4 des sujets présentent une vulnérabilité socio-économique, bénéficiant de la complémentaire santé solidaire, proportion plus élevée comparativement aux sujets hospitalisés sous le mode du soins sans consentement.

Également, ces sujets ont des durées d'hospitalisation plus élevées que les autres personnes hospitalisées, avec une médiane de 47 ± 87 jours, contre 29 ± 51 jours pour les autres sujets n'ayant pas eu de recours à la chambre d'isolement.

Concernant le diagnostic des patients, la moitié des sujets ayant effectué un séjour en chambre d'isolement sont atteints de troubles psychotiques pour la moitié des cas, suivi par des sujets souffrant de troubles bipolaires ou présentant un épisode maniaque, puis d'un trouble de la personnalité ou du comportement.

Les différences entre la population admise en chambre d'isolement et le groupe global des patients admis en soins sans consentement est limitée, en dehors d'une surreprésentation de sujets pour lesquels un diagnostic de personnalité dyssociale était évoquée.

De la même façon, les sujets atteints de déficience intellectuelle ou de troubles du développement psychologique sont plus touchés par l'utilisation de la chambre d'isolement, bien que l'hospitalisation en psychiatrie ne soit pas le mode de prise en charge recommandé.

La surreprésentation des mesures d'isolement au cours des hospitalisations sans consentements pour les soins au détendus interroge également, sur la fréquence plus élevée d'actes violents chez cette population, ou pour répondre à des exigences de sécurité non justifiées par des arguments purement cliniques.

Malgré de grandes disparités, la politique de santé est essentiellement dissuasive en France, notamment par la loi de financement de la sécurité sociale de 2020, qui dans son article 84, instaure un contrôle des mesures d'isolement dans les établissements assurant des soins psychiatriques sans consentement par le Juge des Libertés et de la Détention, avec une contrainte administrative et une surveillance accrue des motifs et modalités de recours à la chambre d'isolement.

Pratique de dernier recours, l'isolement ne peut que concerner des patients en hospitalisation complète et sur le mode des soins sans consentement. Ces mesures doivent être limitées à six heures pour la contention et douze heures pour l'isolement et peuvent être renouvelées pour une durée totale respective de vingt-quatre et quarante-huit heures.

Au-delà, une information doit être transmise au Juge des libertés qui devra statuer sur la légalité ou pas de cette mesure.

La nouvelle loi a été reçue de façon assez négative par la profession, et de nombreuses protestations ont alerté sur le caractère improvisé, la précipitation de la mesure, et la crainte d'une impossibilité d'application en pratique.

Stéphanie Toy-Riont constate dans son article (56), après avoir inspecté les différentes motions vivement à l'encontre de cette réforme, qu'il en résulte étonnamment une diminution du nombre de patient mis en chambre d'isolement, mais surtout une diminution drastique du temps d'occupation de la chambre d'isolement au sein du Centre Hospitalier Valvert à Marseille, passant d'une moyenne de 240 jours avant la loi à 109 jours.

Ces mesures administratives, associée aux les mouvements de réduction des pratiques coercitives en psychiatriques (figurant à l'agenda politique international de 2023 de l'Organisation Mondiale de la Santé), ainsi que les élans de chaque établissement pour continuer d'interroger cette pratique permettra sans doute une évolution significative des résultats dans les prochaines années.

b. Les Indications de la chambre d'isolement

En premier lieu, il est important de rappeler qu'aucune recommandation ou texte officiel ne fait mention de la qualité ou de la fonction thérapeutique d'une chambre d'isolement.

Ses indications ou modalités d'utilisation sont regroupées au sein des Recommandations de Bonne Pratique Clinique de la Haute Autorité de Santé en 2017 (54) , selon lesquelles :

« Il s'agit de prévenir une violence imminente du patient ou répondre 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. »

« La mesure doit être pleinement justifiée par des arguments cliniques. »

Ces critères déterminés pour justifier d'une nécessité de mise en isolement peuvent être sujet à controverse.

Bien que l'essence de la clinique psychiatrique se doit de se baser sur la subjectivité du patient, de l'adaptabilité de l'équipe soignante face à une situation, l'imprécision de ces critères peuvent rendre compte des disparités d'utilisation en fonction des hôpitaux et des territoires.

En effet, les études d'Adam Gerace (47) et de Brenda Happel (48), enquêtant auprès d'équipes soignantes sur les situations de mise en isolement montrent un panel large d'indications possibles, dont certains ne sont pas motivées uniquement par le trouble psychiatrique, ou la dangerosité immédiate, comme les indications de prévention de fugue, de déambulations incessantes ou l'arrivée d'un patient inconnu dans une unité. Les disparités d'indications possibles pouvant faire envisager des différences habitudes de fonctionnement, des seuils de tolérance face à la clinique du patient ou de l'ambiance d'une unité.

Les indications restent donc assez larges et risquent donc d'être interprétées en fonction de la subjectivité de chaque équipe. Elles ne reposent pas sur un diagnostic strict incluant ou non la nécessité d'une chambre d'isolement, mais un degré d'intensité de symptômes qui reste difficile à quantifier en pratique.

“L'isolement et la contention peuvent être envisagés uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, 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. ”

Les initiatives effectuées autour du moindre recours à la chambre d'isolement et les mesures d'alternatives sont nécessaires, mais pour l'instant souvent à l'état de recherche, et nécessité mise en place de formations, et de moyens matériels et humains pour apporter un réel changement au sein des pratiques. D'autant plus les disparités très importantes sur les recours de la chambre d'isolement, qui supposent des utilisations différentes, et donc des réflexions adaptées à chaque établissement concernant les alternatives potentiellement pertinentes.

« L'isolement ne doit être utilisé qu'en dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient. »

« Dans le cas particulier où le patient serait lui-même demandeur d'une mesure d'isolement ou de contention, celle-ci doit être évaluée au regard de la clinique et la réponse apportée doit être la plus adaptée (réassurance, accompagnement de proximité, traitement médicamenteux, séjour en espace d'apaisement ou en chambre personnelle non fermée). Si aucune alternative à l'isolement n'est envisageable, ces mesures ne peuvent être réalisées que dans les conditions précisées par cette recommandation de bonne pratique. »

“En aucun cas, le recours à des mesures d'isolement et de contention mécanique ne doit devenir un mode d'intervention systématique à l'endroit d'un patient qui a des comportements à risque. Chaque fois qu'un patient a un tel comportement, les professionnels habilités doivent s'interroger sur les causes sous-jacentes à ce comportement.”

Cet impératif fait se poser la question d'exemples ponctuels dans prise en charge des patients détenus, sous le mode du SDRE IP ou D398, plus souvent voire systématiquement amenés à séjourner dans une chambre d'isolement (55).

c. Les contre-indications et risques

Concernant les contre-indications somatiques, la Haute Autorité de Santé énumère :

- Insuffisance cardiaque,
- état infectieux,
- trouble de la thermorégulation,
- trouble métabolique,
- atteinte orthopédique,
- atteinte neurologique.

Les items retrouvés dans les précédentes recommandations de l'ANAES (57) concernant la prise de drogue, d'alcool ou le surdosage médicamenteux ont été soustraites de cette nouvelle version.

Mais la chambre d'isolement constitue également un risque à plusieurs niveaux. Ces risques secondaires à la mise en chambre d'isolement sont liés au patient lui-même, à sa pathologie psychiatrique et aux thérapeutiques utilisées, notamment sédatives.

Les analyses et/ou examens médicaux sont difficiles à effectuer systématiquement en pratique clinique, souvent par l'intensité de l'agitation et les manifestations de la crise pour le patient.

La rupture de contact possible dans ces situations, ainsi que le danger imminent nécessaire à la décision rendent souvent en pratique secondaire l'examen somatique, qui devra être effectué en deuxième temps après régression d'une partie de la symptomatologie.

« L'isolement ou la contention ne doivent jamais être utilisés pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination, et en aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels. »

Un premier pan de ces préconisations révèle une approche éthique et déontologique nécessaire dans cette pratique délicate, et l'histoire nous a montré à plusieurs reprises qu'un glissement de ces mesures coercitives vers des méthodes punitives voire inhumaines ont eu lieu dans la prise en charge de patients psychiatriques.

On peut également évoquer la prise en charge complexe de patient détenus, sous le mode du D398, ou de sujets irresponsabilisés pénalement, qui peut placer les équipes de soins dans un tiraillement, ou comment le soin peut être appliqué, en se décalant d'un positionnement rigide ou carcéral, pour lesquelles les équipes ne sont pas formées et qui ne présuppose pas une efficacité thérapeutique et remettre au centre la clinique dans la relation avec le patient.

L'évocation même de ces multiples difficultés, sans renforts en personnel et sans avoir pensé la formation laisse entrevoir la détresse et le sentiment d'impuissance auquel le secteur psychiatrique peut ressentir.

d. La mise en chambre d'isolement

Concernant la mise en chambre d'isolement, la décision peut être initiée par les membres de l'équipe, infirmiers ou internes, mais devra être obligatoirement validée dans l'heure par un médecin psychiatre.

A la suite de la décision, le cadre de santé, ainsi que le service de sécurité incendie devront être mis au courant pour éviter un sur-incident.

Quand une situation a été repérée comme nécessitant le recours à la chambre d'isolement, des préconisations permettant de garantir des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins sont évoquées.

Il est recommandé que les professionnels soient formés à la prévention, à la gestion de violence ou aux techniques de désamorçage, exigences qui ne semblent pas assez généralisées au sein des établissements de soin.

Des instructions sont évoquées concernant la préparation de l'équipe, en considérant un nombre suffisant de soignant, de sollicitations de renforts, l'organisation et de coordination de l'équipe, le positionnement face au patient en crise ainsi que les autres patients de l'unité, bien que ces consignes soient assez concises et à risque être interprétées de différentes manières en pratique.

Les recommandations énoncent l'obligation de donner au patient au moment de la mise en isolement des explications claires concernant la raison de la mesure, le déroulé, et les critères pouvant permettre sa levée, comme le préconise l'article 35 du code de déontologie médicale (58), quant au devoir du médecin de fournir lors d'un examen ou un soin « une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose ».

Cependant la nature même du désordre psychiatrique conduisant à la mise en chambre d'isolement suppose une perte de rupture, une absence de dialogue possible et encore moins un consentement éclairé face à la mesure.

Également dans le respect du code de déontologie, il est nécessaire de demander au patient s'il souhaite prévenir sa personne de confiance ou un proche.

Concernant la décision, elle est obligatoire et être détaillée dans le dossier médical :

- l'identité du patient ;
- la date et l'heure de début et de fin de mise en isolement.
- le nom de l'unité, les modalités d'hospitalisation ;
- le motif de la mise en isolement, les risques de violence imminente ou immédiate, non maîtrisable, envers autrui ou envers lui-même, clairement tracés ;
- des précisions sur ce qui a été vainement mis en œuvre préalablement afin de justifier que la mesure est bien prise en dernier recours ;
- la recherche de contre-indications à l'isolement.
- les modalités de dispensation du traitement médicamenteux privilégiant une voie per os chaque fois que possible, en situation d'urgence, en complétant la fiche de traitement ;
- les modalités de surveillance adaptées à l'évaluation des risques somatiques et psychiques ;
- les consignes devant permettre au patient de manger, de boire, d'aller aux toilettes ou de se laver clairement tracées.

Seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés.

De façon exceptionnelle et uniquement dans les situations d'urgence, il peut être possible, à titre dérogatoire, d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un patient en soins libres. La durée de cet isolement doit être la plus courte possible, adaptée et proportionnée au risque, ne pouvant pas dépasser les 12 heures, soit le temps maximum nécessaire à la résolution de la situation d'urgence ou à l'initiation de la transformation de son régime de soins.

e. La prise en charge au sein de la chambre d'isolement

Les modalités de prise en charge au sein de la chambre d'isolement doivent être clairement énoncées au sein du dossier médical.

La mesure est prise pour une durée maximale de 12h, et doit être renouvelées par périodes maximales de 12h si l'état clinique le nécessite, pour une durée maximale de 48h au-delà de laquelle le Juge de la Détention et de la Liberté sera saisi pour délibérer sur la légalité de la mesure.

Au cours de son séjour en chambre d'isolement, le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par 24 heures, ou plus en cas d'inquiétude ou de changement d'état constatée par l'équipe.

Les visites médicales régulières ont pour but d'évaluer l'état physique, son état psychique et son comportement ; et d'évaluer ainsi la nécessité de maintien ou de renouvellement de la mesure, l'évaluation des traitements médicamenteux et des surveillances à effectuer par l'équipe paramédicale.

Les recommandations évoquent les modalités de surveillances comme intensives, par au moins deux membres de l'équipe, avec une surveillance de l'état psychique au moins toutes les heures et puisse aller jusqu'à une surveillance continue, qui devrait permettre de « rétablir un contact, de travailler l'alliance, de prévenir les risques de complications somatiques ».

Ces consignes de surveillances médicales et paramédicales accrues, nécessaires pour le patient, représentent un temps et une organisation considérable.

Les moyens matériels, financiers et humains nécessaires au déroulé de cette mesure sont important à mettre en avant, pour apporter un soutien optimal tout en répartissant au mieux le temps de soin pour ne pas délaissier les autres patients de l'unité.

f. La sortie de la chambre d'isolement

“L'isolement ou la contention mécanique doivent être levés, sur décision médicale, dès que leur maintien n'est plus cliniquement justifié”

La demande de levée de la mesure d'isolement peut s'effectuer à tout moment par l'équipe soignante, qui en théorie ne devrait pas être influencée par des raisons institutionnelle, organisationnelle ou pour répondre à la rareté des professionnels.

Tout comme la décision et le suivi, la raison, l'heure et la date de la levée d'isolement doivent obligatoirement être tracées dans le dossier.

Il est à noter également que depuis la loi de modernisation de la Sécurité Sociale de 2020 (59), les modalités de surveillance des décisions et renouvellement d'isolement ont été durcies avec une surveillance accrue par le Juge des détentions et de la Liberté, pouvant donner lieu, en cas de motif jugé non pertinent ou des vices de procédures, à des mainlevées de la mesure.

En effet, le rapport du ministère de la justice a recensé que si aucune demande de mainlevée de mesure d'isolement ou de contention n'a été effectuée en 2021, le chiffre explose à 3325 en 2022 (60).

g. Et l'après ?

Concernant la suite de la prise en charge après la chambre d'isolement, il existe également des recommandations de bonne pratique clinique détaillées.

Elles préconisent d'effectuer de façon systématique une analyse clinique complète, à retracer dans le dossier médical, dans un travail collaboratif avec le patient et ainsi rechercher :

- *de mobiliser ses aptitudes à l'autocontrôle et d'identifier, avec le patient, les interventions alternatives possibles lors d'épisodes ultérieurs et les facteurs qui peuvent être repérables rapidement pour réduire le risque de nouvel incident ;*
- *d'entendre et de noter les perceptions du patient sur l'épisode d'isolement ou de contention mécanique, et sa relation avec l'équipe soignante ;*

- *de s'assurer que ses droits et son intégrité physique et mentale ont été pris en compte pendant la durée de la mesure. Dès que possible lorsque la mesure d'isolement ou de contention est levée et si le patient est accessible, il est important de l'aider à comprendre les événements récents qu'il a vécus, lors d'un ou plusieurs entretiens qui ont plusieurs objectifs :*
- *soutenir et prendre en charge le patient après l'épisode ;*
- *fournir un soutien émotionnel au patient et valider son ressenti de l'événement : l'aider à mettre des mots sur sa souffrance, son vécu aussi bien avant, pendant et après la crise ;*
- *renforcer le lien avec le patient ;*
- *informer le patient sur l'événement ;*
- *mieux comprendre, avec le patient, l'événement, pour prévenir sa récurrence ;*
- *aider le patient à comprendre, si cela lui est possible, les facteurs internes qui ont conduit à cette crise, et ses symptômes ;*
- *identifier des facteurs contextuels qui ont pu contribuer à la crise ;*
- *commencer ou poursuivre un travail d'éducation thérapeutique visant la reconnaissance de signes avant-coureurs, l'identification des facteurs d'apaisement et des personnes ressources ; et plus particulièrement suite à la levée d'une mesure d'isolement :*
- *identifier ce qui a mal fonctionné, quelle information a été manquée, ce qui aurait pu être fait différemment et ce qu'il faudrait faire à l'avenir pour éviter d'avoir recours à l'isolement ;*
- *discuter avec le patient des stratégies alternatives possibles afin de prévenir la récurrence de l'événement et utiliser les résultats de cette discussion pour faire évoluer le plan de soins et le plan de prévention partagé.*

À l'issue d'une mesure d'isolement, un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle est recommandé, consistant à :

- *faire une première analyse avec une diversité de points de vue ;*
- *cerner la dimension clinique ;*
- *recontextualiser les comportements des patients ;*
- *faire une analyse de l'ensemble des facteurs ; faire la part entre ce qui revient à l'équipe, à l'institution et au patient ;*

- *identifier ce qui aurait pu être évité et/ou ce qui a permis une résolution sans violence ;*
- *permettre aux soignants d'exprimer leurs difficultés face à cette pratique vécue parfois avec culpabilité ; permettre aussi l'expression de la peur ou de la difficulté de prendre soin d'un patient qui a ou qui a eu un comportement violent ;*
- *faire un retour sur ce qui a conduit à la mesure d'isolement et de contention ; l'information sur la mesure d'isolement et de contention ainsi que sur la levée doit être délivrée en toute transparence à l'ensemble de l'équipe, notamment les membres présents le jour de l'événement ;*
- *permettre l'expression des difficultés éprouvées face à un contexte d'exigences contradictoires et de dissonance éthique ;*
- *réfléchir à des alternatives à l'isolement et à la contention : retravailler en équipe la prévention, améliorer la contenance relationnelle*

Qu'il s'agisse de l'expérience du patient ou de celle des soignants, il est rare qu'une situation d'isolement soit systématiquement reprise.

Raphael Carré l'évoque dans son entretien « Enfermement et contention » (61), où il a pu constater par le sondage de patient que la plupart d'entre eux se souvenaient très bien des mesures coercitives qu'ils ont subi, mais qu'il s'agissait parfois de la première fois qu'ils avaient l'occasion d'en reparler librement avec un soignant.

Il s'agit de l'une des pratiques les plus délicates et sujette à controverse dans la discipline, mais il existe malheureusement peu d'espace de parole et de retour sur expérience des situations en isolement, en dehors des situations ayant fait l'objet d'événement indésirables, ou à l'extrême des catastrophes dans la prise en charge du patient.

Faute de temps, d'organisation, d'outils spécifiques, ou d'un tabou difficilement surmontable, les hypothèses empêchant de reprendre en pratique les enjeux de cette pratique singulière sont nombreuses.

Certains outils de préventions tertiaires commencent à émerger, comme la palette des émotions, permettant une exploration individualisée du vécu patient ou soignant lors des différentes phases de la mise en chambre d'isolement, mais sont encore peu utilisées en pratique.

D. Aspects législatifs, politiques et sociétaux.

a. Le cadre réglementaire

Bien que l'histoire de la prise en charge des patients sans leur consentement ou l'isolement soit décrite depuis l'Antiquité, le cadre légal n'a commencé à se mettre en place qu'au 19^{ème} siècle.

Le 30 juin 1838 (15), Esquirol établit la loi sur les « Aliénés », introduisant le premier texte de reconnaissance légale des sujets atteint de maladie mentale.

Il pose ainsi la réglementation des asiles psychiatriques, l'impératif d'un établissement dans chaque département, ainsi que les modalités des différents modes de placement : volontaire, admissions demandées par un membre de la famille, et les placements d'office ordonnés par l'autorité publique.

Ces modes de prises en charge prévoyaient uniquement des possibilités de sorties définitives, jusqu'à la parution de la circulaire du 4 juin 1957 (62) .

Ce texte a ouvert la possibilité de sorties d'essai permettant les premières prises en charge extra hospitalières sans consentement, limitant ainsi la durée des hospitalisations complètes, et de faire sortir progressivement de l'hôpital nombre de malades mentaux au début de la désinstitutionalisation.

Malgré son ancienneté, ce texte d'Esquirol est resté de référence jusqu'à la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 (63).

Relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, elle prévoit deux modes d'hospitalisations sans consentement : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), et l'hospitalisation d'office (HO), tout en légalisant les sorties d'essai et l'hospitalisation libre.

L'article L 3211-36 précise : « Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement (...) les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé ».

Pour se rapprocher de notre sujet, le premier texte l'évoquant la chambre d'isolement sera le la circulaire 48 D.G.S./SP3/ du 19 juillet 1993, dit « circulaire Veil » (64), qui a pour vocation plus spécifique de restreindre le champ de l'utilisation abusive des chambres d'isolement en énonçant l'impératif d'un mode de soins sans consentement pour installer un patient dans un service, ou à fortiori dans une chambre verrouillée.

Aussi, l'atteinte de la liberté d'aller et venir librement ne peut se réaliser que pour des raisons tenant à la sécurité du malade et sur indication médicale.

Mais la première définition consensuelle de la chambre d'isolement proprement dite ne s'est faite qu'en juin 1998, où l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) – aujourd'hui dénommée Haute Autorité de Santé - a publié un audit clinique (65) appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie, définissant sa fonction, ses modalités d'utilisation, ses indications et ses contre-indications.

Ensuite, la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 (66) , révisée par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 (67), a modifié les dispositions relatives aux soins sans consentement.

Elle a introduit au côté de l'hospitalisation complète une nouvelle forme de prise en charge des soins psychiatriques sans consentement : les programmes de soins psychiatriques.

Elle a reformulé également un autre mode d'admission : les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) pour la santé ou la vie de la personne, s'il est impossible de recueillir la demande d'un tiers.

Elle a mis en place un contrôle systématique des hospitalisations complètes sans consentement d'une durée susceptible de dépasser douze jours, par le juge des libertés et de la détention (JLD), lequel contribue de la sorte à garantir les droits fondamentaux des personnes en soins sans consentement.

Plus récemment, la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 (3) de modernisation de notre système de santé.

Rappelant qu'il s'agit d'une pratique de dernier recours, possible uniquement en cas de dommage immédiat pour imminent pour le patient ou autrui, il rajoute l'obligation de procéder à l'isolement d'un patient dans une pièce dédiée, et rend obligatoire le maintien d'un registre des décisions de mise en isolement, dans une politique de limiter son recours et de pratiquer à l'évaluation de sa mise en œuvre.

Et enfin, la récente loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 (59) ou Loi de financement de la sécurité sociale.

Il précise que les seuls concernés par l'isolement sont les patients en hospitalisation complète sous la forme de soins sans consentement.

Elle établit des limites de durée pour les mesures de mise en isolement, limitant à 12h, renouvelable en cas de besoin par tranche de 12h jusqu'à un maximum de 48h, délai au bout duquel le Juge des Libertés et de la Détention sera saisi.

Ce dernier devra alors statuer sur la légalité de la mesure, et décider de son maintien ou de sa mainlevée.

b. Les différents intervenants.

En dehors des équipes soignantes, d'autres acteurs peuvent jouer un rôle dans les rouages de l'organisation complexe autour de la chambre d'isolement et des soins sans consentement.

Le Juge des Libertés et de la Détention (68) est un magistrat spécialement chargé de statuer sur la mise en détention provisoire d'une personne et sur ses demandes de mise en liberté.

Il peut autoriser le parquet à effectuer certains actes dans certaines enquêtes, et a un rôle dans les demandes de prolongation d'hospitalisations psychiatriques sous contrainte ou d'isolement.

En effet il contrôle l'admission en soins psychiatriques sans consentement depuis la loi 2011-803 du 5 juillet 2011 (66), que ces soins aient été décidés à la suite de la demande d'un tiers (SDT), ou des autorités publiques (SDRE), et ainsi peut ordonner la libération d'une personne placée sous hospitalisation après avoir organisé une mesure d'expertise psychiatrique.

Depuis le 15 décembre 2020 (59), la loi instaure qu'il peut être saisi à des fins de mainlevée des mesures d'isolement au-delà d'une décision de quarante-huit heures, mais aussi se saisir d'office à tout moment aux fins de contrôle de ces mesures.

Concernant le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (69), il s'agit d'une autorité indépendante se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines et traitements cruels, inhumains et dégradants.

Adoptés par l'assemblée générale des Nations Unies le 18 décembre 2022, il a été institué par la loi n°2007 - 1545 du 30 novembre 2007 (70) qui lui a conféré le statut d'autorité administrative indépendante.

Ses missions, non exhaustives, sont de pouvoir visiter à tout moment, sur l'ensemble du territoire français, tout lieu où les personnes sont privées de libertés, ce qui concernant dans notre cas les établissements de santé ou unité de soins recevant des personnes hospitalisées sans leur consentement, les chambres sécurisées au sein de ces hôpitaux, les unités pour malades difficiles ou les unités médico-judiciaires.

Le contrôleur veille au respect des droits fondamentaux, et à ce que les personnes privées de liberté soient traitées avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine.

Privés de la liberté d'aller et venir, il est nécessaire de veiller au respect des droits fondamentaux tels que définis par les textes internationaux et nationaux, tels que le droit à la vie, le droit à ne pas être soumis à la torture ou à un traitement dégradant ou inhumain, la protection, de l'intégrité physique et psychique, droits intangibles.

Certains autres droits peuvent être limités pour des raisons tenant à l'ordre public, droit au respect de la vie privée ou familiale, droit au travail et à la formation, liberté d'expression, liberté de conscience et de pensée, droit de vote.

La mission du contrôleur général est triple :

- s'assurer que les droits intangibles inhérents à la dignité humaine sont respectés.
- s'assurer qu'un juste équilibre entre le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté et les considérations d'autres public et de sécurité est établi
- mais aussi et surtout de prévenir toute violation de leurs droits fondamentaux.

Pour cela, il peut choisir librement les établissements qu'il entend visiter, guidé à sa guise par les courriers de saisine.

Ces visites, programmées ou inopinées, ne sont pas contestables, sauf motifs impérieux liés à la défense nationale, à des catastrophes naturelles ou à des troubles sérieux dans les lieux visités.

A l'issue de ses visites, il adresse aux ministres concernés un rapport de visite, puis des recommandations qui sont rendues publiques.

Concernant notre exercice, les rapports du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté peuvent avoir une fonction salutaire, et nous rappeler que les mesures coercitives en psychiatrie ont d'abord une connotation pénale qui n'a rien à voir avec notre rôle médical. (10)

c. Les aspects sociétaux et politiques.

Comme nous l'avons évoqué plus tôt, la psychiatrie ne peut être dissociée de la société dans laquelle elle évolue. Depuis sa création son rôle malgré lui de médiation sociale et de garant de l'ordre ne peut être occulté.

De la même façon, l'évolution de la psychiatrie et de ses pratiques est également tributaire des événements de la société dans laquelle elle évolue. (71)

Sur le plan global, une étude faite par le psychiatre Andrew Molodynski, a été publiée en 2014 dans *Asian Journal of Psychiatry* (72), où il est observé de nombreuses disparités entre pays, car tant les différences culturelles, la place de la famille dans la société, le climat économique que les décisions politiques peuvent avoir une influence. Par exemple, la coercition semble plus utilisée dans les pays à revenu élevé, où l'environnement familial joue difficilement son rôle protecteur du fait notamment de l'urbanisation.

Si l'utilisation de l'isolement et des contentions est pratiquée mondialement, les recherches, semblent, elles, se concentrer dans les pays riches comme en Amérique du Nord ou en Europe occidentale.

Concernant la France, les grands changements et réformes de la psychiatrie se sont souvent effectuées à la suite d'événements marquants, non seulement connus de nos équipes, mais prenant également part dans les médias et donc dans l'imaginaire collectif.

Le circulaire Veil de 1993 (64), a été énoncé à la suite de l'incendie d'une clinique psychiatrique de Bruz, causant 45 victimes et 20 décès, à la suite d'un départ de feu en chambre d'isolement.

Il est étonnant de noter, que dans certains articles de presse relatant la tragédie, l'utilisation du terme "surveillantes", ou "veilleuses de nuit" pour décrire les professionnels présents au moment du drame, pouvant renforcer l'imaginaire carcéral d'un établissement psychiatrique et de la chambre d'isolement, et l'éloigner de la connotation soignante auprès des lecteurs.

Autre exemple, l'allocution de l'ancien président Nicolas Sarkozy en 2008 (73), à la suite du meurtre d'un jeune homme par un patient souffrant de troubles mentaux en fugue de sa structure d'hospitalisation.

Là également, les articles des médias empruntent des mots de l'univers pénitentiaire : "tournant sécuritaire", "multiplication des structures d'enfermement", "dispositifs de géolocalisation" ; ces derniers ne peuvent que faire écho aux bracelet électronique des condamnés.

L'allocution autant que les articles à la tonalité combattante à l'égard des "malades psychiatriques dangereux", a été le point de départ de l'une des rares injection d'argent public pour la psychiatrie, non pas pour étayer la fonction soignante fragilisée, mais pour la création de 200 chambres d'isolement et le renforcement des UMD, pour "patients qui peuvent avoir des accès de violence envers le personnel".

La même année, la loi relative à la rétention de sureté du 25 février 2008, relative à l'usage extensif de la psychiatrie à l'endroit de la déviance sociale, perpète la confusion entre la psychiatrie et la gestion de la délinquance (74).

Cette annonce a pu être critiquée par des membres de la profession.

En réaction à cette évolution vers une logique sécuritaire, le Collectif des 39 (75) s'est constitué dans la volonté d'informer sur la réalité des pratiques en psychiatrie après le discours présidentiel.

Il s'agit de professionnels souhaitant « restituer aux patients leur dignité, leur honneur à l'enseignement et à la recherche, leur éthique à nos pratiques », mais les actions ne peuvent retirer tous les stigmates de tels propos, renforcés par la peur, dans l'imaginaire collectifs et au sein de nos hôpitaux.

Plus récemment, les propos du ministre Gérard Darmanin (76) ont soulevé l'indignation de la profession, évoquant un "ratage psychiatrique du suspect", au sujet de l'attaque au couteau terroriste, sujet qui aurait été par ailleurs atteint de troubles psychiatriques. Le glissement sémantique et idéologique entre les troubles psychiatriques et actes répréhensibles par la loi, rendent la pratique de soin très compliquée, donnant à la psychiatrie une responsabilité pour laquelle elle n'est pas formée, et s'éloignant de son rôle premier qui reste le soin.

Adeline Hazan (77), ancienne contrôleur générale des lieux de privation de liberté, a écrit pendant son mandat : *"Le rôle médical et soignant de protection s'inscrit donc parfois dans un contexte social de plus en plus sécuritaire, où la représentation du malade est celle d'une personne dangereuse plutôt qu'une personne souffrante."*

Mais au sein d'une société où les représentations externes et les projets politiques autour de la psychiatrie sont motivés par la peur du patient, un effort est nécessaire pour se soustraire de ses des idées préconçues.

Dans son rapport sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie (2013), le député Denys Robiliard indiquait que l'augmentation du recours à l'isolement et à la contention dans les hôpitaux psychiatriques « témoigne d'une perte de la culture de la relation humaine dans les établissements » (78).

d. Place dans la culture populaire

Si l'impact des médias peuvent avoir des répercussions sur l'imaginaire collectif on ne peut oublier qu'en amont de son activité professionnelle en psychiatrie, chaque agent est un individu, également susceptible d'avoir été soumis à des représentations autour de la psychiatrie et de l'utilisation de la chambre d'isolement.

En effet, rare sont les personnes commençant leur exercice en psychiatrie, qui n'ont pas déjà une idée, une image, ou une représentation de ce à quoi ressemble cette pièce si particulière et de comment elle est employée.

La place de la célèbre chambre capitonnée dans le cinéma y est sans doute pour quelque chose, qu'elle soit utilisée à visée punitive, sans motif compréhensible, ou pour protéger les « grands fous dangereux ». L'ambiance inlassablement carcérale, punitive, ou injuste de la chambre d'isolement dans le 7^{ème} art pourrait laisser des traces dans les constructions psychiques de chacun.

Sans oublier la place du langage, unité primaire de construction de la pensée, autour duquel l'omniprésence de termes à connotation carcérale (10), dans le langage populaire puis journalistique, et s'étendant jusque dans nos unités de soin.

Au sein des établissements pénitentiaires, la « mise à l'isolement » relève de la plus haute des sanctions.

Le terme « fugue » ou « évasion » est toujours utilisé en pratique pour évoquer un risque de soustraction aux soins. Les « cellules » ou « cachots » sont encore entendus de la part des patients pour désigner la chambre d'isolement.

En l'absence de formation systématique de chaque agent, permettant la déconstruction des clichés et l'harmonisation des connaissances professionnelles, ne laissons-nous pas une trop grande place aux fantasmes cinématographiques ou aux médias anxiogènes d'être notre tuteur dans cette pratique si sensible ?

2. Éthique médicale

A. Histoire de l'éthique médicale

a. Les origines et textes classiques

De l'Antiquité au XX^{ème} siècle, de nombreuses expérimentations à visée de recherche ont été pratiquées sur l'homme sans aucune préoccupation éthique.

Bruno Halioua en témoigne dans son ouvrage « Science et conscience, Histoire de l'éthique médicale » (79) (80).

Il donne pour exemple de nombreuses expériences pratiquées sans le consentement du sujet, occultant l'interdit déontologique qui concernent les recherches dangereuses et sans bénéfice thérapeutique.

Pour citer quelques exemples : le chirurgien du roi Louis XIV, en 1686, s'entraînait sur des patients souffrant du même mal que le souverain et expérimente ainsi différentes techniques chirurgicales ; En 1884, Louis Pasteur désirait tester son vaccin contre la rage sur des condamnés à mort ; ou encore, Au XIX^{ème} siècle, la théorie de l'évolution de Charles Darwin ainsi que les travaux de Mendel ont été utilisés à tort par certains pour justifier des théories racistes, tel F. Galton qui créa la notion d'eugénisme en 1883.

On peut considérer le premier manifeste éthique comme étant la déclaration des droits de l'homme et du citoyen (81) , correspondant au premier recueil de la reconnaissance de l'Homme par l'Homme.

Dans le discours qu'il prononce le 11 décembre 1968 à l'occasion de sa remise du Prix Nobel de la paix, René Cassin présente la Déclaration universelle des droits de l'Homme comme « le premier manifeste d'ordre éthique que l'humanité organisée ait jamais adopté » (81)

Pour la première fois dans l'histoire de l'humanité est mis à disposition un manifeste explicite et cohérent à vocation universelle.

Renvoyant aux aspects les plus concrets des droits de la personne, il permet de procéder à une harmonisation internationale, et d'établir les obligations et valeurs supérieures auxquelles aucun pays ne peut désormais se soustraire.

L'article 30 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme énonce: « Aucune disposition de la présente déclaration ne peut être interprétée comme impliquant pour

un État, un groupement ou un individu un droit quelconque de se livrer à une activité ou d'accomplir un acte visant à la destruction des droits et libertés qui y sont énoncés. ».

b. L'éthique médicale moderne

L'éthique médicale moderne a été créée au lendemain de la Seconde guerre mondiale, après la découverte des expériences atroces perpétrées par des médecins nazi au sein des camps de concentration (17).

Le célèbre procès de Nuremberg et l'étude de ces abominations ont permis la création du code de Nuremberg en 1947 (82), qui énonce donc les 10 règles de l'expérimentation médicale, nécessaire pour conduite des expériences acceptables et éthiques.

L'adaptation et la réécriture par le Comité Consultatif National d'Éthique de 1998 (83) évoque les premières règles de l'éthique médicale, telles que :

- Il est absolument essentiel d'obtenir le consentement volontaire du malade.
- L'essai entrepris doit être susceptible de fournir des résultats importants pour le bien de la société, qu'aucune autre méthode ne pourrait donner.
- L'essai doit être entrepris à la lumière d'expérimentation animale et des connaissances les plus récentes de la maladie étudiée.
- L'essai devra être conçu pour éviter toute contrainte physique ou morale. 5. Aucun essai ne devra être entrepris, s'il comporte un risque de mort ou d'infirmité sauf, peut-être, si les médecins, eux-mêmes, participent à l'essai.
- Le niveau de risque pris ne devra jamais excéder celui qui correspond à l'importance humanitaire du problème posé.
- Tout devra être mis en œuvre pour éviter tout effet secondaire à long terme après la fin de l'essai.
- L'essai devra être dirigé par des personnalités compétentes. Le plus haut niveau de soins et de compétence sera exigé pour toutes les phases de l'essai.
- Pendant toute la durée de l'essai, le malade volontaire aura la liberté de décider d'arrêter l'essai si celui-ci procure une gêne mentale ou physique et si, de quelque autre façon, la continuation de l'essai lui paraît impossible.
- L'expérimentateur doit se préparer à arrêter l'essai à tout moment, s'il a des raisons de croire, en toute bonne foi, et après avoir pris les avis plus compétents, que la continuation de l'essai risque d'entraîner la mort ou une infirmité aux malades.

En 1964, l'Association Médicale Mondiale élabore la déclaration d'Helsinki (84) qui énonce les principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant les êtres humains, évoquant :

- les principes généraux de la recherche
- la pondération nécessaire entre risques, contraintes et avantages
- le choix des populations et des personnes vulnérables
- les critères d'exigence scientifique et de protocole de recherche
- la nécessité d'approbation d'un comité d'éthique de la recherche
- le respect de la vie privée, l'impératif de consentement éclairé
- les modalités d'utilisation du placebo
- les conditions d'accès à l'intervention testée après l'essai clinique
- les enregistrements de données et leurs publications
- ainsi que les interventions non avérées dans la pratique clinique.

Enfin, la déclaration de Tokyo (85) de 1975 établie également par l'Association Médicale Mondiale, complète les grands textes fondateurs et signifie les directives à l'attention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradant en relation avec la détention ou l'emprisonnement.

Rappelant que l'art médical a pour but de servir l'humanité, en rétablissant la santé physique et mentale de tous, sans discrimination, consolant et soulageant les patients.

Le médecin doit garder le respect absolu de la vie humaine dès la conception, même sous la menace et ne devra pas faire usage de ses connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Dans cette Déclaration, la torture est définie comme les souffrances physiques ou mentales infligées à un certain degré, délibérément, systématiquement ou sans motif apparent, par une ou plusieurs personnes agissant de leur propre chef ou sous l'ordre d'une autorité pour obtenir par la force des informations, une confession ou pour toute autre raison.

Ainsi, la déclaration rappelle les médecins à leur responsabilité initiale, et énonce :

- L'impératif de ne jamais participer de quelque façon des actes de torture, traitements cruels, inhumains ou dégradants, quels que soient la faute commise, l'accusation, les croyances ou les motifs de la victime, dans toutes situations, ainsi qu'en cas de conflit civil ou armé.

- Il ne devra fournir de conditions matérielles ou faire usage de ses connaissances pour faciliter de tels actes.
- De maintenir en toute situation le secret médical, même en cas de prise en charge de détenus ou de prisonniers.
- De dénoncer de tels actes en tant qu'exception au secret médical, avec une obligation éthique de signaler les abus, si possible avec le consentement de l'individu ou sans lui en cas d'incapacité d'exprimer pleinement son consentement.
- De ne pas utiliser son savoir et ses connaissances ou des informations de santé pour faciliter l'interrogatoire, légal ou non, d'un sujet.
- De ne pas assister à la menace ou à un acte de torture, de traitement cruel inhumain ou dégradant.
- De maintenir son indépendance clinique pour décider des soins à prodiguer, dans le but de soulager des souffrances, et ne doit pas céder face à un motif d'ordre personnel, collectif ou politique.
- De respecter le droit à la grève de la faim si le prisonnier est en état de formuler un jugement conscient et rationnel.
- L'Association Médicale Mondiale rappelle son soutien en cas de menaces ou de représailles en cas de maintien de son indépendance professionnelle et refus de participer à de tels actes.
- Et finalement d'encourager les médecins à poursuivre leur formation professionnelle et leur éducation sur les droits humains.

En 1946, la Constitution de l'OMS soutenait que : « le plus haut niveau de santé possible est un des droits fondamentaux de chaque être humain, sans distinction de race, de religion, d'opinion politique, d'origine sociale, de fortune ou de naissance » (86) (81).

Le sens et la portée de nos responsabilités procèdent à bien des égards du souci de respecter et de préserver l'Homme dans son existence, et de créer les conditions politiques qui favorisent en pratique cette aspiration.

Bien qu'on ne puisse ignorer la persistance d'infractions aux règles fondamentales de l'Éthique médicale, il est nécessaire de toujours rester préoccupés par ces enjeux dans notre exercice médical, d'assumer ensemble et de relever les défis qui sollicitent notre vigilance, notre bienveillance, et notre sollicitude à l'égard des plus vulnérables.

B. Organisations et instances

a. Association médicale mondiale

L'Association Médicale Mondiale (AMM) (87) est une organisation internationale de médecins.

Fondée le 17 septembre 1947, alors que des médecins de quelques 27 pays se réunissaient à la première assemblée générale à Paris avec pour objectif d'assurer l'indépendance des médecins et les plus hautes normes possibles en matière d'éthique et de soins, préoccupant d'autant plus importante après les découvertes des actes des médecins pendant la Seconde guerre mondiale.

L'Association Médicale Mondiale a toujours été une confédération d'associations professionnelles libres, et constitue pour ses associations membres un forum de libre communication et de coopération active dont le but est de parvenir à un consensus sur les plus hautes normes d'éthique médicale et de compétence professionnelle et de promouvoir l'indépendance professionnelle des médecins.

En facilitant l'accès à des prestations de soins de haute qualité dans un environnement sain, cette association unique permet d'améliorer la qualité de la vie de tous les peuples du monde.

Elle a pour objectif de servir l'humanité en s'efforçant d'atteindre les plus hautes normes internationales en matière d'enseignement médical, de science médicale, d'art médical, d'éthique médicale et de soins de santé pour tous les peuples du monde.

L'organisation, soucieuse de promouvoir les plus hautes normes d'éthique médicale, élabore, sous la forme de déclarations, de résolutions ou de prises de position, des recommandations éthiques pour les médecins, utilisables par les associations médicales nationales, les gouvernements et les organisations internationales du monde entier.

Elle a pour mission de veiller aux droits de l'homme en relation avec la santé, à l'enseignement médical, à la planification des ressources humaines pour les services de santé, à la sécurité du patient, aux projets de santé publique, à la construction de la démocratie pour les nouvelles associations médicales, à la défense des droits du patient et du médecin et à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Elle entretient des relations officielles avec l'Organisation mondiale de la santé. La collaboration avec les associations professionnelles de santé, les agences gouvernementales et non gouvernementales et les associations médicales régionales renforce sa capacité à fournir les meilleurs soins possibles aux patients du monde entier. En particulier, l'Alliance mondiale des professions de santé combine les forces des associations professionnelles de médecins, d'infirmières et de pharmaciens pour défendre les plus hautes normes de santé possible pour tous les peuples du monde.

b. Conseil européen de l'Ordre des Médecins

Le Conseil Européen de l'Ordre des Médecins (88) a pour objet de promouvoir au sein de l'Union européenne et de l'Association européenne de libre-échange l'exercice d'une médecine de qualité, respectueuse des intérêts des patients.

A cette fin, il développe la coopération entre ses organisations participantes et soutient leur action par l'élaboration de standards de qualité et de positions communes relatifs à l'éthique médicale et la déontologie, la libre circulation des professionnels de santé, la démographie médicale, la régulation médicale, la formation professionnelle des médecins et les problèmes de santé publique afférents à ces matières

En 2010, le Comité Européen de l'Ordre des Médecins (89) a souhaité mettre à jour le comité d'éthique médicale de 1987 et de 1995, en distinguant ce qui relève de l'éthique, de la pensée morale et de la déontologie.

- Le médecin défend la santé physique et mentale de l'homme.
- Il soulage la souffrance dans le respect de la vie et de la dignité de la personne humaine sans aucune discrimination, de quelque nature qu'elle soit, en temps de paix comme en temps de guerre.
- Le médecin s'engage à donner la priorité aux intérêts de santé du malade.
- Le médecin donne au malade, sans aucune discrimination, les soins indispensables les plus appropriés.
- Le médecin tient compte du cadre de vie et de travail du patient comme éléments déterminants de sa santé.
- Le médecin est le confident nécessaire du patient. Il trahit sa confiance en révélant ce qu'il a appris de lui.
- Le médecin utilise ses connaissances professionnelles pour améliorer ou maintenir la santé de ceux qui se confient à lui, à leur demande ; en aucun cas il ne peut agir à leur détriment.

- Le médecin fait appel à toutes les ressources des sciences médicales pour les appliquer d'une manière adéquate à son patient.
- Dans le respect de l'autonomie de la personne, le médecin agit selon le principe d'efficacité du traitement en prenant en considération l'utilisation équitable des ressources.
- La protection de la santé s'accompagne de la recherche constante du maintien de l'intégrité de la personne.
- Le médecin n'admet pas des actes de torture ou autre forme de traitements cruels, inhumains ou dégradants quels que soient les arguments, et ce, dans toutes les situations y compris en cas de conflit civil ou militaire. Il n'y assiste jamais, ni n'y participe.
- Le médecin, qu'il intervienne comme simple praticien auprès d'un malade, comme expert ou comme membre d'une institution, veille à la plus grande transparence sur ce qui apparaîtrait comme un conflit d'intérêt et agit en toute indépendance morale et technique.
- Si les conditions morales et techniques ne permettent pas au médecin d'agir en toute indépendance, le médecin en informe le malade. Le droit aux soins du patient doit être garanti.
- Lorsqu'un médecin décide de participer à un refus collectif organisé de soins, il n'est pas dispensé de ses obligations éthiques vis-à-vis des malades à qui il garantit les soins urgents et ceux nécessaires aux malades en traitement.
- Le médecin n'a pas à satisfaire des demandes de soin qu'il n'approuve pas. Cependant, l'exercice de la médecine implique le respect de la vie, de l'autonomie morale et du libre choix du patient.
- Le médecin exerce sa profession envers lui-même et autrui, avec conscience, dignité et indépendance.

c. Le Comité Consultatif National d'Éthique

Le Comité Consultatif National d'Éthique (83), est fondé en 1983 après la naissance par fécondation in vitro du premier bébé éprouvette français.

Cette prouesse de la technologie médicale fit émerger la conscience que tout le champ de la procréation était désormais bousculé. Il apparut essentiel de ne pas laisser les questions du progrès de la science aux seuls scientifiques et médecins et d'ouvrir la

réflexion sur les conséquences des progrès de la science aux juristes, aux philosophes, aux grands corps de l'État ou aux cultes.

Le début des années 80 voit ainsi émerger une nouvelle conscience de la nécessité et de l'urgence que soit menée dans notre pays une réflexion collective nourrie de débats et de confrontations, réflexion éthique qui sera sans cesse renouvelée sur des thématiques en perpétuelle évolution.

De très nombreuses frontières dans la connaissance et la technologie du vivant ont été et continuent à être franchies à un rythme accéléré.

Toutes ces avancées font naître des espoirs de mieux prévenir et prendre en charge des maladies graves et invalidantes, comme celles liées au vieillissement ou au handicap, de vaincre la souffrance, de repousser encore les possibilités de la procréation.

Elles posent aussi la question des limites du pouvoir d'intervention de l'homme sur lui-même, la nature et notre civilisation : jusqu'où peut-on aller et au nom de quoi ? Comment faire la part entre ce qui est possible et ce qui est acceptable pour l'avenir de l'homme et de la planète ?

Le rôle du Comité Consultatif National d'Éthique est de fournir un éclairage utile aux décideurs et au débat public sur les enjeux éthiques de ces progrès.

d. Les comités régionaux

La réflexion éthique est structurée sur le territoire en comité régionaux comme l'Espace de Réflexion Éthique PACA-Corse, référent dans notre région.

Ces structures ont pour but la formation en éthique des professionnels, l'organisation et l'animation de rencontres débats et actions à l'attention du grand public pour sensibilisation et échanges autour de problématiques éthiques comme actuellement les questions de la fin de vie.

Ils sont aussi un centre ressources pour les établissements de santé pour les problématiques d'éthique.

Des commissions spécialisées autour d'une discipline médicale particulière s'organisent au sein de espaces régionaux.

C. Principes de l'éthique médicale.

Selon la citation de D. Sicard, ancien président du CCNE : « L'éthique ne donne pas de recettes. J'ai le sentiment que l'éthique est de l'ordre de l'interrogation, de l'inquiétude. ». Il précise aussi : « Une réflexion éthique qui à un moment donné serait considérée comme close serait par essence non éthique ».

La réflexion éthique suscite le débat, la confrontation des idées, elle pousse à la révision des certitudes, c'est une pensée toujours en mouvement. (80)

Cependant, pour étudier les questionnements d'ordre éthique, une procédure rigoureuse est nécessaire. Des outils et des règles ont donc été créés pour guider les analyses et les débats.

En 1978, Beauchamp et Childress (90) élaborent l'Éthique « principiste » qui donne un nouvel essor à l'éthique médicale et restent une référence structurante dans la réflexion éthique, mettant en avant 4 principes à interroger pour toute question d'ordre éthique : le principe d'Autonomie, le principe de Bienfaisance, le principe de Non-Malfaisance, et le principe de Justice, dont les enjeux seront examinés ci-dessous (91)

Cette démarche d'analyse, vise à s'obliger à s'interroger sur chacun d'entre eux, sans rejeter d'autres principes éthiques qui pourraient s'y rajouter.

Le but n'étant pas que chacun des principes soient respectés à tout prix, mais que leurs intrications soient systématiquement interrogées, et se poser des questions à voir comment et/ou pourquoi ils peuvent s'être dérogés et, auquel cas, comment ils peuvent se compenser.

a. Le Principe d'autonomie

Issu d'une lignée de réflexions philosophiques du 17^{ème} et du 18^{ème} siècle, tel que l'impératif kantien qui nous oblige traiter l'humanité, en sa personne, comme en celle d'autrui jamais simplement comme un moyen, mais toujours comme une fin ; ou encore la théorie cartésienne affirmant la souveraineté de l'esprit sur le corps, condition de la liberté. (80)

Le principe d'autonomie se conçoit donc comme la liberté individuelle d'avoir des préférences, à travers une délibération interne reposant sur une capacité d'analyse, et exige de donc reconnaître en chacun un sujet libre, capable de juger et de se déterminer par lui-même.

Contrairement à la position paternaliste du médecin, où les décisions ont longtemps été mises en œuvre sans l'aval ni même l'information du patient, aujourd'hui la reconnaissance de l'autonomie du patient se traduit par une construction partagée de la décision médicale, ou processus de codécision, imposant donc aux soignants d'informer, de prendre en compte les interrogations, désirs et valeurs du patient.

C'est ainsi que, dans notre système de valeur occidental, le principe d'autonomie occupe une place prédominante, consacrée par la loi du 4 mars 2002 (92)

Il est tout de même important de nuancer l'importance accordée au principe d'autonomie, qui ne devrait pas faire abstraction de l'autre dimension de la condition humaine qu'est la vulnérabilité, spécifiquement dans le domaine du soin.

Le rôle des soignants serait donc alors d'accompagner le patient dans la conquête de l'autonomie en travaillant avec lui sur la perception qu'il a de sa maladie, sur les affects qu'elle produit en lui et les représentations qui leur sont corrélés afin qu'il puisse parvenir à une vision plus lucide de sa situation. (93)

Dépendant de son environnement, de son vécu et de ses représentations antérieures, l'autonomie ne peut donc se concevoir indépendamment de la dimension pédagogique de la relation de soin en prenant surtout soin de faire en sorte que les mêmes mots signifient les mêmes choses pour le soignant et pour le patient.

Il est donc nécessaire, en matière de décision principalement, de mieux cerner les motivations du malade et de tenter de pénétrer, autant que faire se peut, son univers représentatif et surtout l'imaginaire qui s'est construit en son esprit autour de la maladie, en établissant avec lui un authentique dialogue.

L'autonomie doit être reconnue, mais non prise comme un absolu, ce qui reviendrait à abandonner les patients en perte d'autonomie ou dont le jugement est altéré temporairement ou définitivement, et donc aller à l'encontre des autres principes de l'éthique médicale.

b. Le Principe de bienfaisance

Le principe de bienfaisance d'inspiration utilitariste repose sur la nécessité de contribuer au bonheur de tous. Il peut être interprété sous un jour à la fois déontologique et conséquentialiste. Il relève, en effet, d'un devoir moral envers autrui, mais il ne peut se réduire à simple intention indépendante des conséquences qu'entraîne son application (93)

Il fait référence non seulement à l'objectif d'amélioration de la santé, mais aussi à la promotion de la qualité de vie, soit le bien être, le plaisir ou le bonheur.

Il s'agit donc réfléchir l'action médicale ayant pour finalité le bien, insinuant le caractère naturellement bon de la médecine, qui pour vocation la diminution de la souffrance, apportant donc des soins pertinents, et donc leur bénéfice est validé par les dernières données de la science.

Mais au-delà du bienfait purement thérapeutique, il s'agit surtout de veiller à apporter un bénéfice reconnu comme tel par le patient.

L'importance ici n'est pas d'apporter un bénéfice tel que l'imagineraient les soignants, ou en fonction des souhaits des proches du malade, mais de chercher à apporter du bien être au patient tel qu'il le conçoit personnellement.

Ce principe englobe donc tous les aspects compassionnels, de bienveillance, de proximité, et de personnalisation de la prise en charge pour apporter une prise en charge optimale.

Déjà, en comparaison avec le principe précédent, on peut entrevoir les potentiels conflits de réflexion éthique, si la bienfaisance peut parfois l'emporter sur le respect de l'autonomie lorsque, dans les situations de vulnérabilité et de détresse, l'indépendance du jugement du patient risque de se retrouver compromise (94).

c. Le Principe de non-malfaisance

Souvent évoqué de pair avec le principe de bienfaisance, il comprend une tout autre dimension.

Issu de la tradition médicale dans sa conception hippocratique "*primum non nocere*", il impose au médecin de ne pas utiliser ses connaissances pour apporter un quelconque préjudice à ses patients.

Ce principe repose donc sur l'idée qu'il est pire de nuire à autrui que de ne pas agir pour lui venir en aide. Son importance est d'ailleurs confirmée par la place fondamentale qu'il occupe dans le code de Nuremberg qui définit un ensemble de règles internationales en réponse aux expériences effectuées par les médecins nazis sur des êtres humains (93)

Sans aller à de telles extrémités, il impose aux soignants de prendre constamment la mesure du bénéfice et des risques de toute situation, et de ne pas céder à la pression et de prendre le risque de mettre en danger la santé ou la vie d'une personne pour obtenir une guérison plus rapide.

Il s'agit de toujours avoir à l'esprit les intérêts du malade et de les faire passer avant ceux des soignants.

La considération de la notion risque ne se résume pas à celui de l'échec potentiel de la thérapeutique, le soignant étant tenu par l'obligation de moyen et non de performance, ni même de l'existence d'effets indésirables inéluctable à la prescription d'un traitement. Il s'agit de de mettre à l'écart tout acte entraînant une souffrance inutile ou qui diminue sans aucune contrepartie les capacités du malade peut être considéré comme nuisible à ses intérêts.

Pour cela, la réflexion et la pondération de chaque acte est nécessaire, le mal n'étant pas seulement celui causé intentionnellement, mais pouvant également être commis involontairement, par négligence ou légèreté dans l'évaluation.

Aussi, la non-malfaisance ne s'applique pas uniquement au choix de l'introduction d'une thérapeutique ou d'une pratique, mais également à son maintien ou à son arrêt, nécessaire en cas de constatation de modification de la balance bénéfice risque, ou d'échec thérapeutique, la science médicale ne pouvant pas lutter indéfiniment contre la nature du corps humain, comme l'a consacré la loi de Clays-Leonetti (95), condamnant l'obstination déraisonnable de soins.

d. Le Principe de Justice

Concernant le Principe de justice, il découle d'un idéal collectif, qui peut varier d'un système à l'autre.

Dans notre société, il entend un ensemble de concept dont la non-discrimination, l'universalité et l'accès aux soins pour tous ainsi que la solidarité.

Il s'agit d'un concept large, ouvert et évolutif, ce qui peut également entraîner de fortes tensions éthiques car empreint d'une forte connotation de morale personnelle : ce qui semble juste pour certains pourra être considéré comme illégitime pour d'autres.

Avant tout un acte démocratique, la réflexion autour de ce principe est lien avec la société et les choix politiques dans lesquels nous évoluons.

Il questionne la notion de distribution des soins, du aux nombreuses inégalités entre les pays ou entre les populations, mais aussi intégrer les contraintes du système de santé en prenant compte le critère du coût des soins administrés au patient, la répartition des ressources monétaires, de moyens matériels et humains et de temps, face à que l'accroissement continu de la demande de soins.

Ne pouvant se réduire à une égalité purement arithmétique, il la distinction entre justice commutative qui consiste à attribuer la même chose à chacun, et la justice distributive, qui consiste à définir ce qui revient aux uns ou aux autres en fonction de leurs mérites ou de leurs besoins (94)

D. Éthique médicale et psychiatrie

Concernant le domaine de la psychiatrie, la préoccupation autour de l'éthique médicale est indispensable, l'objet de soin ou d'étude dans cette discipline est un être humain rendu vulnérable par ses troubles. (96)

Si la psychiatrie institutionnelle, créée en parallèle de l'éthique médicale moderne, a permis une réflexion sur une prise en charge plus humaine des sujets atteints de maladie mentale, loin de l'enfermement et des dérives asilaires ; la prise en charge de l'intimité et de la vulnérabilité psychique doit rester l'objet de toutes attentions (97) (98).

D'autant plus que la psychiatrie peut être perçue comme une discipline médicale différente des autres.

Les diagnostics psychiatriques sont par définition des diagnostics d'élimination de toute autre atteinte somatique, la clinique dans notre discipline doit se passer des technologies modernes paracliniques, de biologie ou d'imagerie pour étayer son analyse.

La démarche clinique et l'accompagnement au processus de guérison ont pour objectif l'investigation approfondie de la personnalité, et au-delà de la pathologie la prise en compte de la singularité de chaque patient.

Mais sans outils paracliniques objectifs, la notion de clinique est bien la rencontre d'un « Je et d'un Tu ».

Le travail thérapeutique n'est donc pas de l'introspection où l'individu s'analyse lui-même, ni du béhaviorisme où l'individu est effacé derrière ses comportements, il s'agit d'une rencontre, d'un échange entre individus avec leurs subjectivités, leurs vécus et leurs représentations. (96)

En 2016, Catherine Guibet Lafaye, docteur en philosophie, a publié dans *Ethique et Santé* un article qui, au travers d'entretiens semi-directifs, montre bien que les médecins abordent leurs pratiques avec ce regard éthique mais de manière assez diverse et globalement riche (99).

Pour autant, si l'héritage de la psychiatrie institutionnelle a sans doute permis d'avoir aujourd'hui une dimension éthique dans les soins, les interrogations théoriques ne leur semblaient plus suffisants pour balayer le champ de pratique de la psychiatrie et résoudre les difficultés éthiques actuelles, notamment lorsque sont engagées les libertés fondamentales et la dignité du patient.

Éthique et psychiatrie ne peuvent s'appuyer uniquement sur des critères d'impartialité scientifique, et se fondent sur la partie sensible du sujet et de ses ressentis pour construire progressivement un enseignement à universaliser, comme le montre Pierre LE COZ dans son article les intrications entre les émotions et la réflexion éthique (94).

Il souligne que les décisions difficiles se déroulent toujours sur fond d'angoisse, qui peut nous être bénéfique dans la mesure où elle nous incline à aller vers les autres, à consulter leur point de vue.

Cependant, pour porter ses fruits, la délibération ne doit pas être improvisée.

Elle nécessite un cadre normatif, évitant à la discussion de se disperser, devant la multiplicité de normes de tous ordres (impératifs moraux, codes déontologiques, textes législatifs...), rigueur méthodologique pouvant être apportée par l'éthique principiste.

Ce seraient les émotions qui nous révéleraient le mieux la valeur que nous attachons aux principes éthiques, sans lesquels nous serions incapables de savoir quelle valeur nous accordons à l'importance de notre vie.

Bien que chaque émotion n'ait pas une portée éthique, leur exploration, tant qu'elles ne sont pas intenses au point d'empêcher leur pondération par d'autres, peut être au service de l'éthique, tel que le respect valoriserait l'autonomie, la compassion sensibiliserait à la bienfaisance, la crainte permettrait l'attention sur la non-malfaisance, et l'angoisse alertant d'un cas de conscience

L'éthique est une réflexion provoquée par un conflit entre les valeurs auxquelles nous tenons et que formalisent les quatre principes de l'éthique biomédicale.

Si le débat sur la hiérarchisation des principes face à un sujet fait appel à nos capacités d'argumentation, elle n'est cependant pas purement rationnelle.

Non comparable à une démonstration mathématique, l'argumentation éthique mobilise les ressources de la sensibilité, où les sentiments et émotions jouent un rôle déterminant.

E. Réflexions éthiques autour de la chambre d'isolement

L'utilisation de la chambre d'isolement est une pratique courante dans les services de psychiatrie mais soulève pourtant questions et critiques.

L'intensité des affects et des différents débats au fil de l'histoire de la pratique soulève l'importance du dilemme éthique autour de cette pratique donc la psychiatrie a du mal à s'affranchir.

En effet, cette pratique doit continuer d'être questionnée car elle peut aller à l'encontre des 4 principes de l'éthique médicale. Le vécu des patients a été sondée par Nicole Cano dans son article publié dans l'Encéphale (32), utilisant pour son analyse les principes de l'éthique.

Tout d'abord, s'agissant d'une privation de liberté, l'autonomie du sujet n'est pas respectée.

Même si les pratiques obéissent à un cadre règlementaire toujours plus contraignant elles restent soumises au contrôle du Juge de la Liberté et de la Détention au même titre, par exemple, que des sujets incarcérés jugés coupables de crimes.

La grande majorité des sujets estimaient ne pas avoir reçu d'information lors de leur séjour en chambre d'isolement, sans explication claire, loyale et adaptée à la situation. L'utilisation volontaire et libre de la chambre d'isolement est rare en pratique, et l'on peut se poser la question du caractère libre ou éclairée de la demande, par l'habitude et la banalisation de la pratique même par le patient, et en l'absence d'alternatives accessibles.

L'atteinte au principe d'autonomie est renforcée par la qualité des locaux, où 73% des patients sondés ne jugeaient pas la chambre d'isolement « *habitable* » ou « *vivable* », privés de la liberté de circuler mais également d'autres libertés avec par exemple l'impossibilité d'accéder à du divertissement.

Concernant le principe de bienfaisance, les patients inclus dans l'enquête n'ont pas ressenti le bénéfice d'une prise en charge intensive de la part des soignants, avec l'impression « *qu'on ne les écoutait pas* », ou « *qu'on ne répondait pas à leurs questions* ».

Pour le principe de non-malfaisance, l'expérience traumatique et difficile pour les patients est soulevée pour la majorité des patients, avec la crainte d'aggravation de leur état ou de séquelles, accentué par un vécu d'injustice ou de châtement subit : « *pour eux ce n'était pas une punition, pour moi oui* ».

Le principe de justice peut également être impacté dans cette pratique, comme montré dans les données épidémiologiques récentes (55), où l'on peut voir la prépondérance de sujets masculins, jeunes, de faible niveau socio-économique, nous interrogeant sur la possibilité de stigmatisation en fonction de ces critères.

III. Étude de l'approche éthique du vécu soignant face à la chambre d'isolement

1. Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude descriptive monocentrique effectuée au sein du Centre Hospitalier Valvert à Marseille.

S'agissant d'une « recherche n'impliquant pas la personne humaine, études et évaluations dans le domaine de la santé », elle a été construite en accord avec la méthodologie de recherche MR004.

Pour notre enquête, nous avons un questionnaire diffusé via le site framaforms.org, site recensé pour un meilleur respect concernant le Règlement Général de Protection des données que sur d'autres plateformes.

Par convention, il s'agit d'un questionnaire anonyme, sur la base du volontariat.

Le questionnaire a été diffusé par mail, durant du mois de février 2024, après accord de la direction de l'établissement du Centre Hospitalier Valvert, du directeur des soins et de la présidente de la Commission Médicale d'Établissement.

Il a été transmis aux agents via le mailing list de l'établissement, l'adresse IP commune de l'hôpital permettant de garantir l'impossibilité de retracer l'origine des réponses des sondés.

La population cible concerne l'ensemble des professionnels employés du Centre Hospitalier Valvert, toute profession incluse, exerçant en intra hospitalier dans le secteur de psychiatrie adulte.

Cette sélection a été pensée pour regrouper l'ensemble des professionnels qui peuvent être acteurs ou spectateurs d'une mise en chambre d'isolement, que ce soit dans leur liste de fonction au sein de leur service ou au hasard d'un déplacement au sein des différents services.

Les différents aspects étudiés dans l'étude seront les différentes émotions induites par l'idée de la chambre d'isolement, l'adhésion aux principes de l'éthique médicale envers les patients puis à l'égard des pratiques professionnelles, ainsi que des questionnements généraux sur l'utilisation de la chambre d'isolement.

2. Le terrain de l'étude : le Centre Hospitalier Valvert

Le Centre Hospitalier Valvert (100) a été créé en 1975 à une période charnière de l'histoire de la psychiatrie contemporaine, celle où le secteur s'impose comme principe organisateur de la psychiatrie publique.

Le système d'organisation des soins est celui de la psychiatrie de secteur. Il vise à dispenser aux usagers des soins pertinents au plus près de leur domicile, en assurant une continuité de prise en charge.

Il prend en charge les patients du 11^{ème} et 12^{ème} arrondissements de Marseille, les communes d'Aubagne, Cuges-les-Pins, Gemenos, Auriol, Belcodène, La Bouilladisse, Gréasque, Saint Savournin, La Destrousse, Peypin, Roquevaire, La Penne sur Huveaune, La Ciotat, Ceyreste, Roquefort la Bédoule, Cassis, Carnoux, Cadolive, les cantons d'Allauch et Plan de Cuques et le 10^{ème} arrondissement de Marseille pour la pédopsychiatrie.

Partisan du concept l'hôpital ouvert (101), le Centre Hospitalier se distingue d'autres établissements psychiatriques par la promotion du libre accès des patients, quel que soit leur mode d'hospitalisation, libre ou sous la forme de soins sans consentements. L'établissement a une volonté globale de promouvoir la réflexion sur l'ouverture des espaces, facilitant l'accès et travaillant à restreindre les frontières et les portes séparant le dedans du dehors, et les clivages historiques entre l'hôpital et la cité.

Suivant la philosophie globale de Valvert, la volonté du moindre recours à la chambre d'isolement a été inscrite au projet d'établissement 2021 – 2025, s'inscrivant en cohérence avec les préoccupations nationales et internationales.

La réforme des dispositions légales sur les conditions d'accueil des patients en soins sans consentement : l'article 84 de la Loi n°2020-1717 du 28/12/2020 (59) et son décret d'application en date du 30 avril 2021 ont rappelé que les mesures d'isolement et de contention sont des pratiques de dernier recours, devant faire l'objet d'une surveillance et traçabilité strictes, désormais soumises au contrôle du juge des Libertés et de la Détention.

Alors que le Centre Hospitalier Valvert ne pratique aucune contention, il a également entrepris une politique volontariste de réduction et d'alternative à l'isolement.

Actuellement, l'hôpital Valvert dispose de 4 unités d'entrée de 24 lits, disposant chacune de 2 chambres d'isolement.

Toutefois, l'unité d'entrée pour les personnes âgées de plus de 65 ans, le service d'hospitalisation de longue durée « la Calanque » et le Centre d'Accueil de Crise et de Consultation ne sont pas équipés de chambre d'isolement.

En 2019, le rapport d'activité annuel faisait état de 293 mesures d'isolement dont 83 % concernaient des personnes hospitalisées sans consentement.

Lors de sa visite, en 2018, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (102) a relevé des chiffres relativement élevés concernant l'utilisation de la chambre d'isolement, contrastant avec les résultats jugés remarquables des équipes médico-soignantes du Centre Hospitalier Valvert en matière de respect des droits des patients ainsi que les particularités de notre établissement.

En effet, selon son rapport, il se distingue dans le paysage français de la psychiatrie notamment par l'interdiction de l'usage de contention mécanique, et le maintien de toutes les unités « ouvertes », fruit d'efforts permanents des équipes médico-soignantes.

Depuis cette visite, un groupe d'analyse des pratiques a engagé une réflexion sur les soins sans consentement pour continuer à améliorer l'accueil et le respect de la dignité des patients. Cela va dans le sens de la réflexion soignante et éthique antérieure des équipes du Centre Hospitalier Valvert afin que ces mesures demeurent exceptionnelles.

Ainsi, la réflexion autour du moindre recours à la chambre d'isolement a été choisie comme axe structurant pour la déclinaison à 5 ans du projet d'établissement, la réflexion autour des modalités de diminution au maximum et, dans l'idéal, de suppression à terme des mesures d'isolement.

Passant par la création de groupes de travail mensuels accessibles aux professionnels, usagers et famille de patient, ainsi que des groupes de recherche sur les alternatives à l'utilisation de la chambre d'isolement, la mise en œuvre opérationnelle de cet objectif pourrait passer par des expérimentations in situ, la mise en place de nouveaux locaux et matériel adaptés à l'apaisement, le renforcement des temps soignants et des formations complémentaires pour les équipes.

3. Le questionnaire

Le questionnaire a été réalisé dans le but d'effectuer une réflexion éthique à propos du vécu soignant face à la chambre d'isolement.

Pour éviter des biais dans les réponses, il n'a pas été fait mention des principes de l'éthique dans le questionnaire.

Une première section a été réalisée, reportant les aspects généraux, soit l'âge, l'ancienneté dans le secteur psychiatrique, le sexe, la profession, l'exercice diurne ou nocturne, ainsi que les critères d'inclusion, soit l'exercice intra-hospitalier et l'exercice au sein du pôle adulte.

La deuxième section reprend le lien de l'agent avec la chambre d'isolement, la connaissance ou non de la chambre d'isolement avant sa prise de fonction en psychiatrie, la fréquence ou les modalités de recours à chambre d'isolement dans sa pratique, ainsi que l'étude de l'accès à des formations spécifiques, des retours sur expériences, ou la participation à des groupes de travail sur le moindre recours à la chambre d'isolement proposés par l'établissement.

Par la suite, nous avons sondé les émotions en lien avec l'idée de la chambre d'isolement, sentiments susceptibles de nous informer sur les principes éthiques en jeu, allant de l'émotion à la connotation la plus positive à la plus négative.

Le reste du questionnaire suit la trame des principes éthiques, sans qu'ils soient énoncés comme tels pour éviter les potentiels biais de réponses.

Chaque principe, d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice, est exploré en 2 temps, d'abord la conception de l'agent en fonction du patient, puis à l'égard des pratiques professionnelles.

Enfin, une dernière partie est un sondage global sur la chambre d'isolement, et recherche l'opinion des agents sur la diminution, la suppression et les alternatives à l'isolement.

De plus, des sections libres pour donner des commentaires personnels sont disponibles à deux reprises, en lien avec les émotions et plus globalement en fin de questionnaire.

Les hypothèses de recherche sont l'influence potentielle de l'âge, de l'ancienneté, du sexe, de la profession, de l'exercice de jour ou de nuit ou encore de la participation ou non aux groupes de travail sur le moindre recours à l'isolement sur les émotions susceptible de mettre en lumière des enjeux éthiques, ou aux affirmations évaluant le rapport à la chambre d'isolement en fonction des 4 principes de l'éthique médicale.

L'intégralité du questionnaire se situe en annexe, ainsi que le formulaire d'information délivré aux professionnels interrogés en complément du questionnaire.

4. Résultats

Il s'agit d'une analyse descriptive univariée, étudiant les différentes questions en fonction des variables étudiées, avec l'utilisation du test de Chi2 préférentiellement, ou d'un test exact de Fisher en cas de variable ayant un sous-groupe comportant un nombre insuffisant de sujet.

Concernant la population cible, il s'agissait du personnel exerçant au sein du pôle de psychiatrie adulte en intra-hospitalier, toute profession confondue, représentant donc 348 salariés.

121 questionnaires ont été soumis - dont 14 exclus car employés exerçant en extra hospitalier ou en secteur pédopsychiatrique, soit 107 questionnaires analysables représentant donc un taux de réponse analysables de 30,75%.

Concernant les caractéristiques de la population de l'étude :

Critères		n (%)
Age	20– 29	24 (22%)
	30 – 39	30 (28%)
	40 – 49	25 (23%)
	50– 59	22 (21%)
	>60	6 (5.6%)
Ancienneté dans le domaine psychiatrique	0 – 4	32 (30%)
	5 – 9	20 (19%)
	10 – 19	29 (27%)
	20 – 29	20 (19%)
	>30	6 (5.6%)
Sexe	Féminin	73 (68%)
	Masculin	33 (31%)
	Ne se prononce pas	1 (0.93%)
Profession	Infirmier	50 (47%)
	Médecin	24 (22%)
	Cadre de santé	10 (9.3%)
	Psychologue	6 (5.6%)
	Assistante sociale	5 (4.7%)
	Agent administratif	4 (3.7%)
	Autre	4 (3.7%)
	Secrétaire	3 (2.8%)
	ASH	1 (0.93%)
	Type d'exercice	De jour
De nuit		11 (10%)

Tableau 1. Caractéristiques générales de la population.

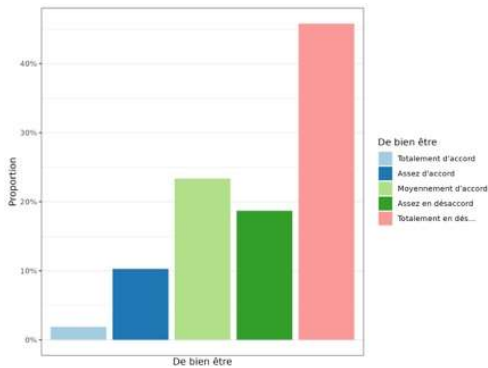
Concernant les critères spécifiques à la chambre d'isolement :

Critères		N (%)
Connaissez-vous l'existence de la chambre d'isolement avant votre exercice en psychiatrie ?	Oui	90 (84%)
	Non	17 (16%)
Travaillez-vous actuellement dans un service équipé d'une chambre d'isolement ?	Oui	50 (47%)
	Non	57 (53%)
Avez-vous déjà travaillé dans un service sans chambre d'isolement ?	Oui, service psychiatrique sans CI	48 (45%)
	Oui, service somatique sans CI	18 (17%)
	Non	41 (38%)
Avez-vous déjà été amené à assister / participé à la mise d'un patient en chambre d'isolement	Oui, au sein de mon service	72 (67%)
	Oui en tant que renfort	12 (11%)
	Oui, sans y participer activement	9 (8,4%)
	Non	14 (13%)
Avez-vous déjà eu une formation spécifique concernant la chambre d'isolement ?	Oui	10 (9,3%)
	Non	97 (91%)
Avez-vous déjà participé à un staff / retour sur expérience retraçant une situation clinique de mise en chambre d'isolement ?	Oui	58 (54%)
	Non	49 (46%)
Avez-vous déjà assisté à un groupe de travail concernant le moindre recours à la chambre d'isolement ?	Oui	61 (57%)
	Non	46 (43%)

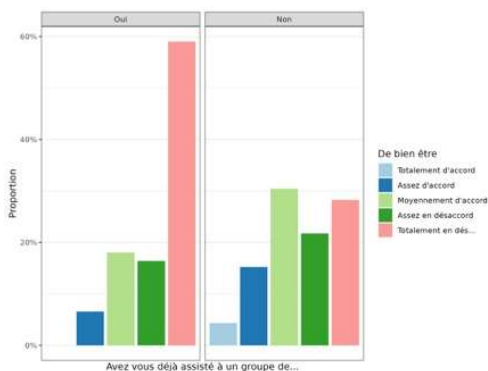
Tableau 2. Caractéristiques spécifiques à la chambre d'isolement

A. Les émotions en lien avec les principes éthiques

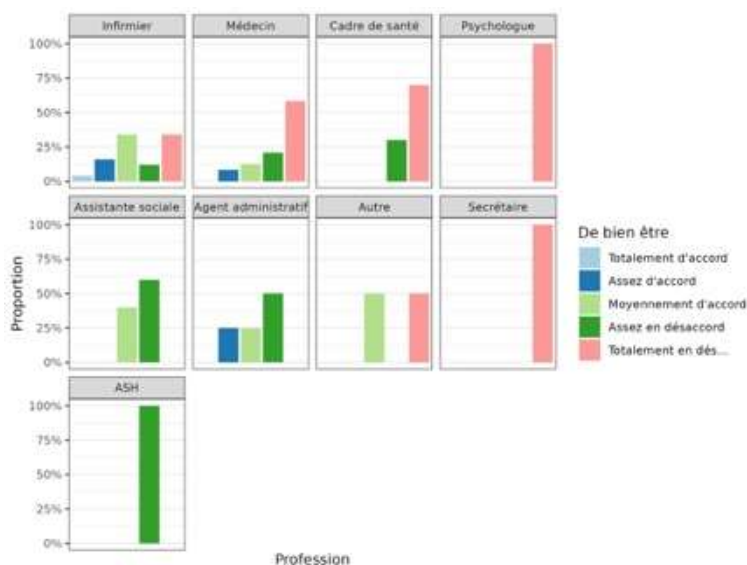
Le bien être



Concernant le sentiment de bien-être rapporté à la chambre d'isolement, la population étudiée est majoritairement « Totalement en désaccord » (n = 49, 46%)

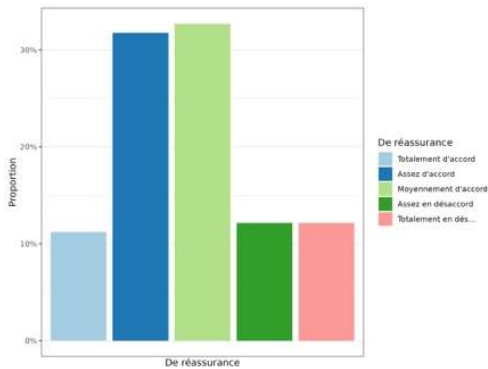


Le premier facteur impactant significativement les réponses est la participation ou non au groupe de moindre recours à l'isolement ($p= 0,012$), notamment sur la réponse « totalement en désaccord », à 56% chez les participants sont 28% chez les non participants.

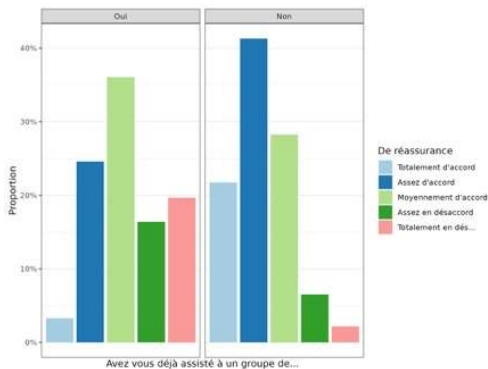


La profession est également un facteur d'influence ($p < 0,01$), avec des réponses plus fortement négatives chez les psychologues, secrétaires, alors que les réponses sont plus modérées chez les infirmiers, assistantes sociales, agents administratifs et ASH.

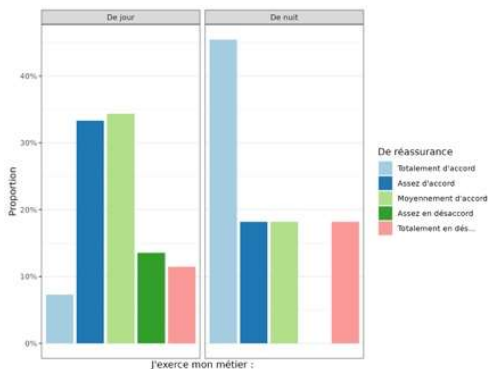
Réassurance



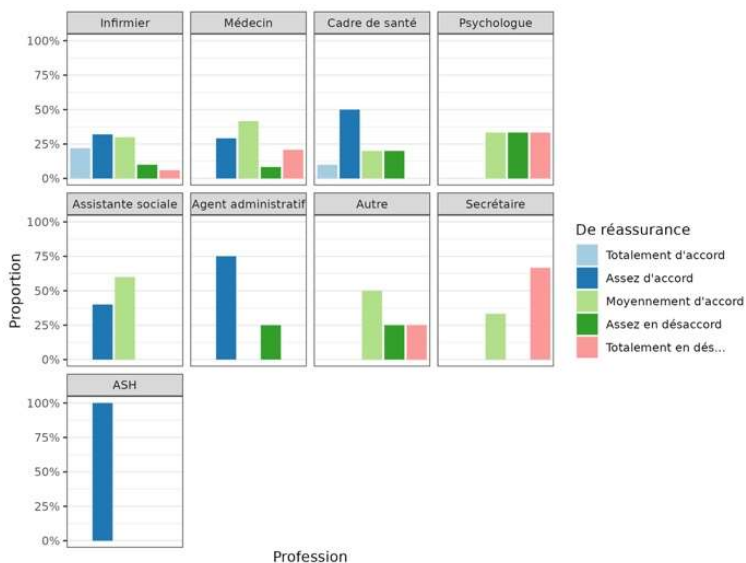
Concernant la réassurance que procurerait la chambre d'isolement, les professionnels sondés sont mitigés, entre les sujets « moyennement d'accord » (n=35, 33%) et les sujets « assez d'accord » (n=34, 32%)



D'autant plus que les réponses sont significativement différentes en fonction de la participation aux groupes de moindre recours à l'isolement ($p < 0,001$), avec dans le groupe des non participant 66% de sujets en accord forte ou modérée, contre 28,3% dans le groupe de participant.

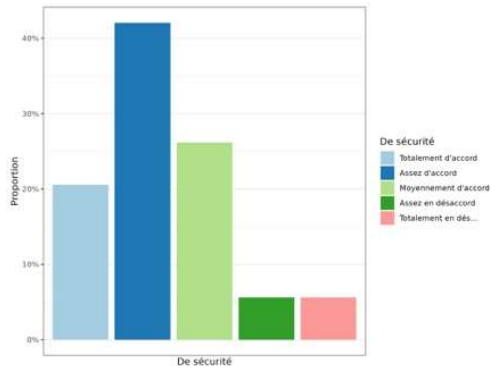


La répartition est également différente entre les professionnels de jour et de nuit ($p = 0,01$), avec 45% de totalement d'accord dans le groupe nuit contre 7,3% dans le groupe jour.

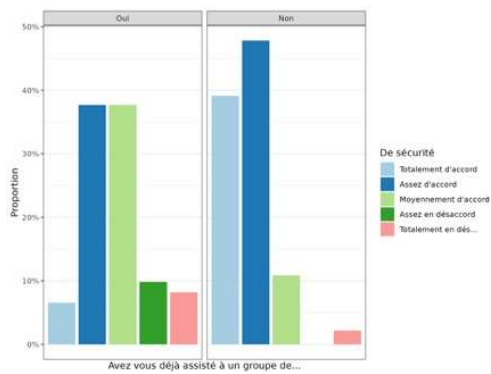


La profession influe également ($p = 0,03$), avec plus d'accordance dans les groupes de cadre, assistante sociale, et agent administratif, et plus de désaccord dans les groupes de psychologues ou de secrétaires.

Sécurité

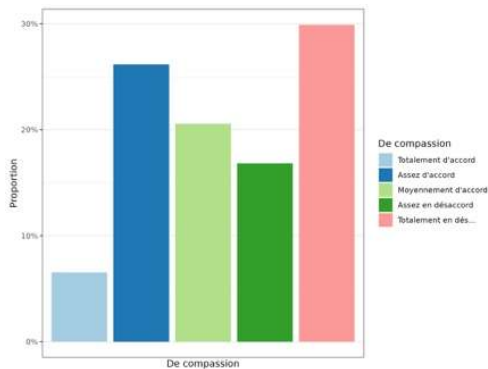


Concernant le sentiment de sécurité en lien avec la chambre d'isolement, la majorité de sondés sont assez d'accord (n= 45, 42%)

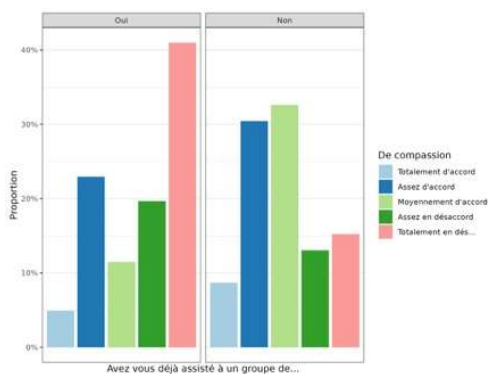


Les réponses assez d'accord et totalement d'accord sont surreprésentées chez les répondants qui n'ont jamais participé aux groupes de moindre recours à l'isolement (<0,001)

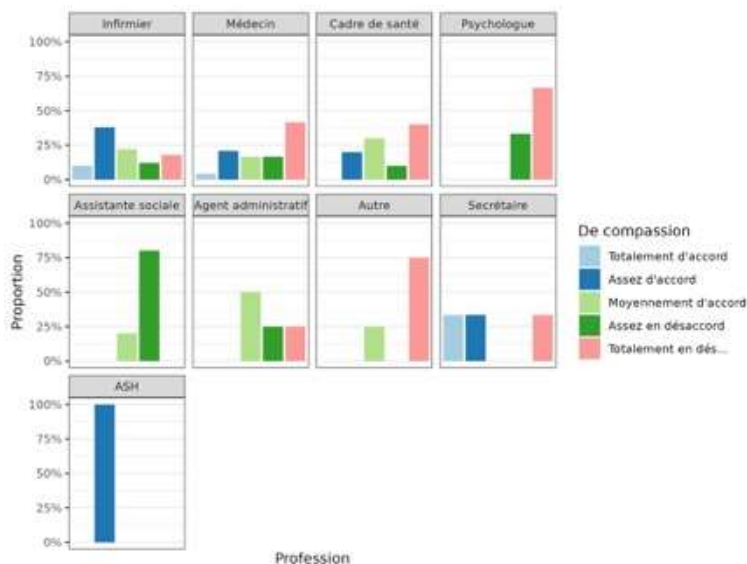
Compassion



Les réponses concernant le sentiment de compassion ont une répartition plus inégale, avec 30% (n=32) de totalement en désaccord contre 26% (n=29) d'assez d'accord.

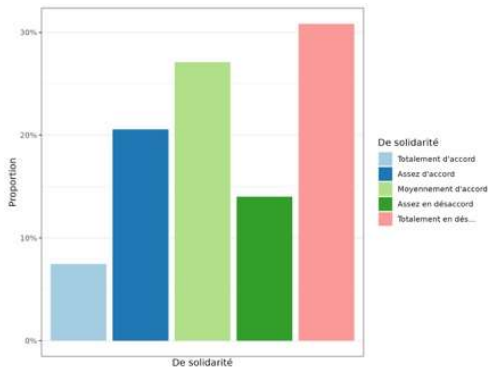


La répartition est significativement différente entre la participation ou non aux groupes de moindre recours à l'isolement ($p < 0,01$), où les participants sont plus fortement en désaccord au contraire des non participants plus enclins à être moyennement à assez en accord.

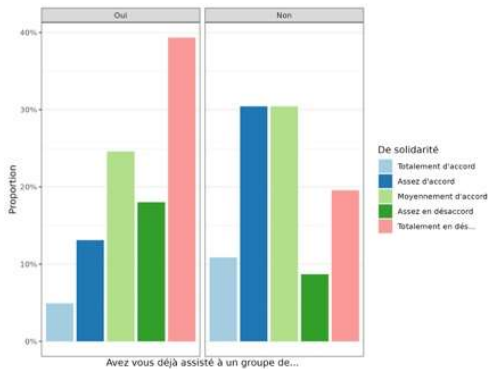


La profession influe aussi ($p = 0,04$), avec plus de désaccord dans les professions de psychologues, d'assistantes sociales ou le groupe « autres »

Solidarité

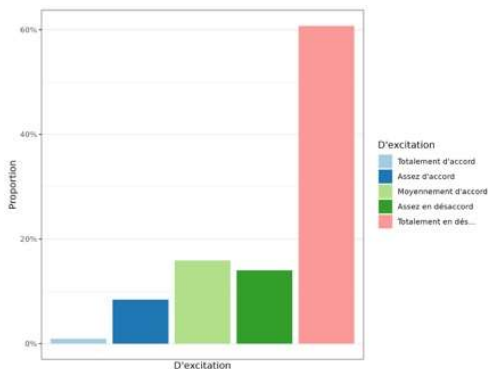


Là aussi l'évocation du sentiment de solidarité ne fait pas l'unanimité dans les réponses, avec une majorité de « totalement en désaccord » (n=33, 31%), mais rapidement suivis par les « moyennement d'accord » (n=29, 27%)

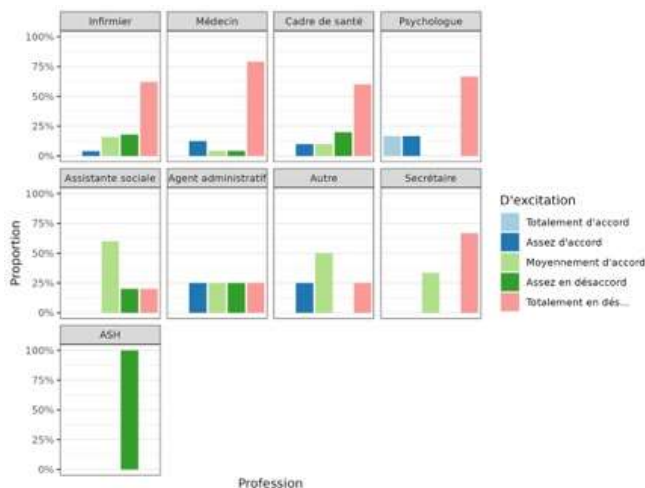


Les participants au groupe de moindre recours sont généralement plus fortement en désaccord que leurs collègues n'y ayant pas participé (p=0,034)

Excitation

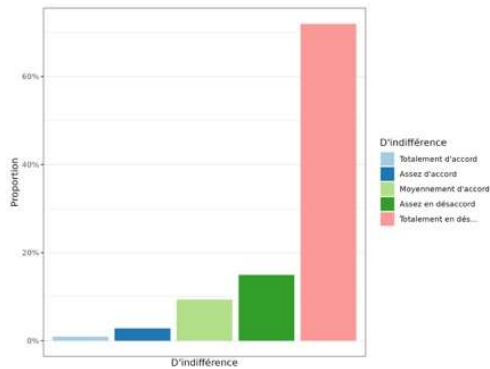


Concernant l'excitation rapportée à l'utilisation de la chambre d'isolement, le panel est très majoritairement fortement en désaccord (n=65, 61%).

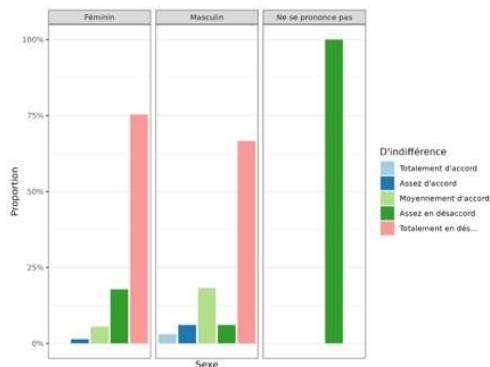


Les différences entre les professions (p=0,015), concerneront plutôt les métiers d'infirmier, de médecin, de cadre, de psychologues ou de secrétaire qui seront très fortement en désaccord, alors que leurs collègues d'autres corps de métiers seront plus mitigés dans leur opinion.

Indifférence

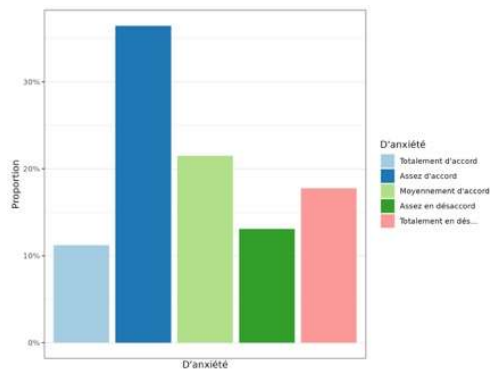


L'échantillon étudié se dit majoritairement très fortement en désaccord concernant l'indifférence à la chambre d'isolement (n=77, 72%)

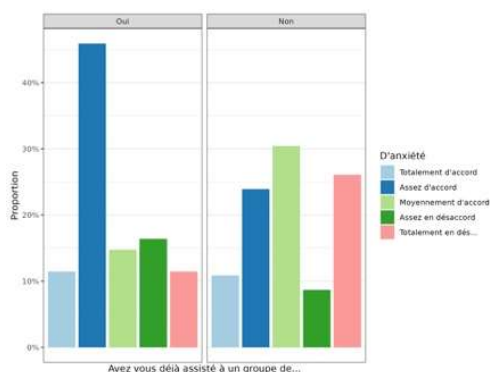


L'analyse statistique a retrouvé un critère de différence significative en fonction du sexe (p=0,014), notamment pour les réponses modérément d'accord.

Anxiété

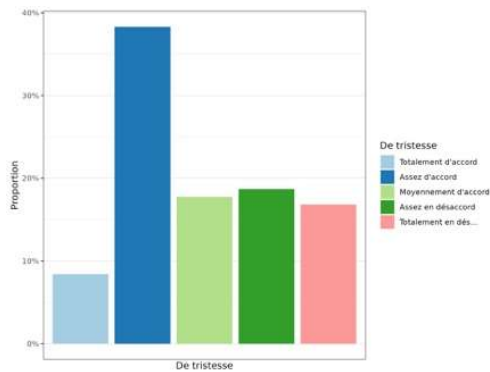


La majorité des sondés sont assez d'accord avec l'énoncé tel que la chambre d'isolement les renvoie à un sentiment d'anxiété (n=42, 38%).

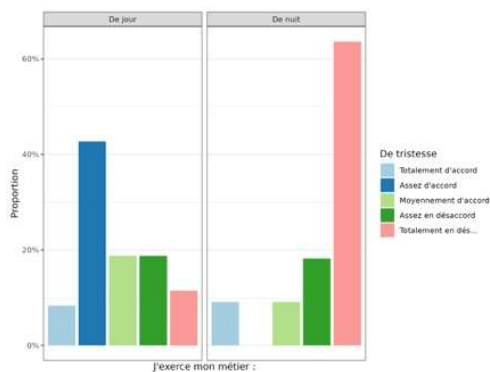


Cependant, on retrouve une répartition inégale chez les sujets n'assistant pas aux groupes de moindre recours à l'isolement (p=0,029), avec un taux quasiment similaire de personnes totalement en désaccord (26%) que de personnes assez d'accord (24%)

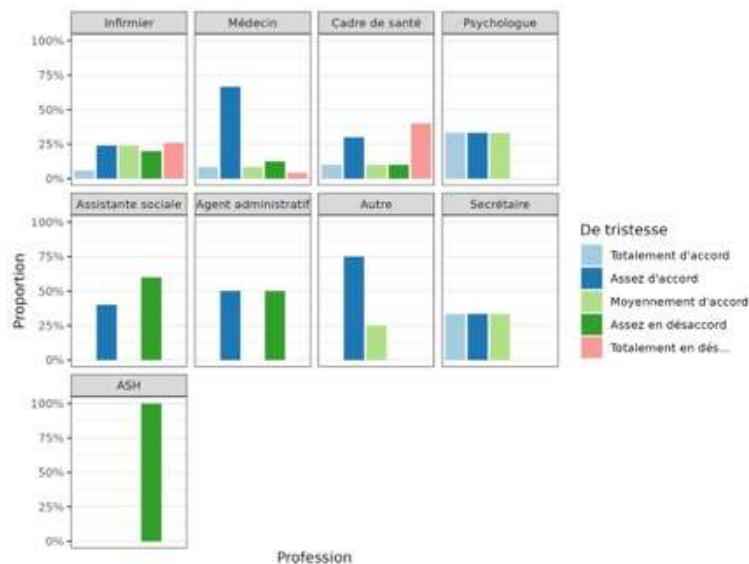
Tristesse



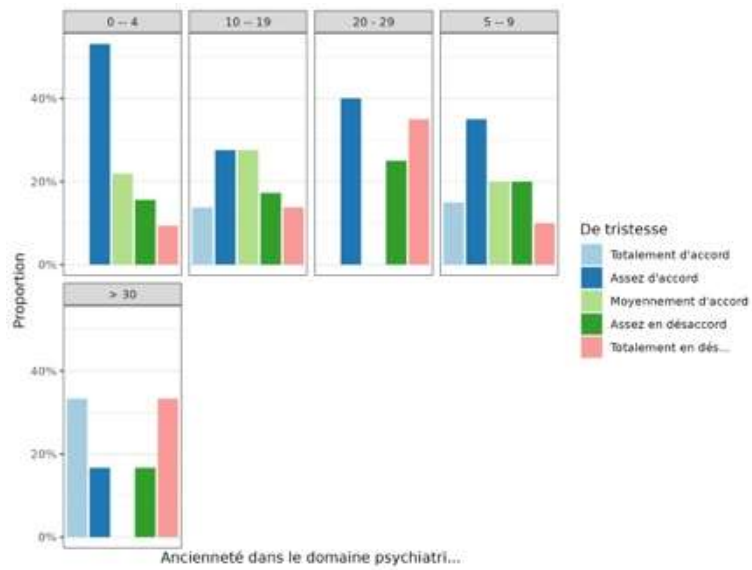
Ici la grande majorité des réponses sont « assez d'accord » (n=41, 38%) concernant la tristesse qui provoquerait l'utilisation de la chambre d'isolement.



Il existe des répartitions de réponses assez différentes entre les équipes de jour ou de nuit ($p < 0,001$), où la nuit les sujets sont majoritairement très en désaccord.

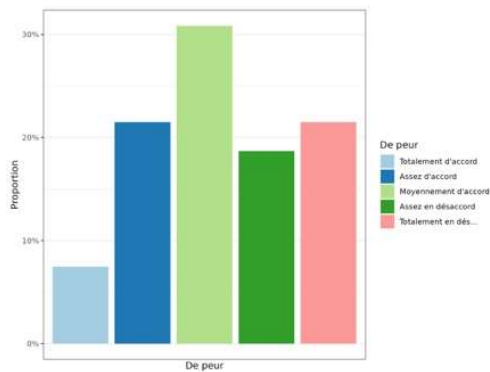


La profession influe également ($p < 0,014$), avec la profession médicale et le groupe « autre » qui sont plus enclins à être assez d'accord, contrairement aux autres groupes de métier dont les réponses sont plus disparates.

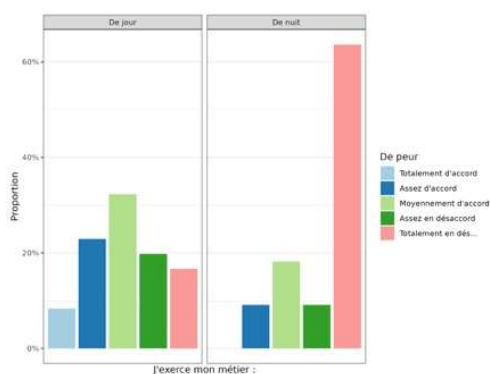


Aussi, en fonction de l'ancienneté ($p=0,016$), où les employés avec plus de 30 ans d'expérience plus fortement en désaccord.

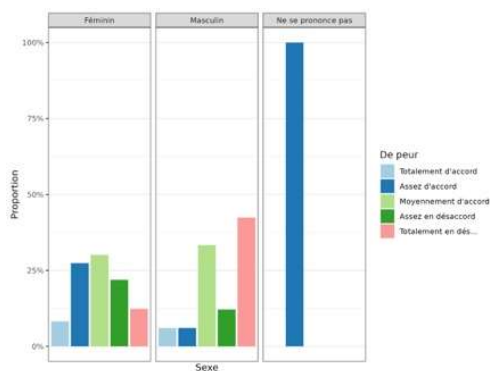
Peur



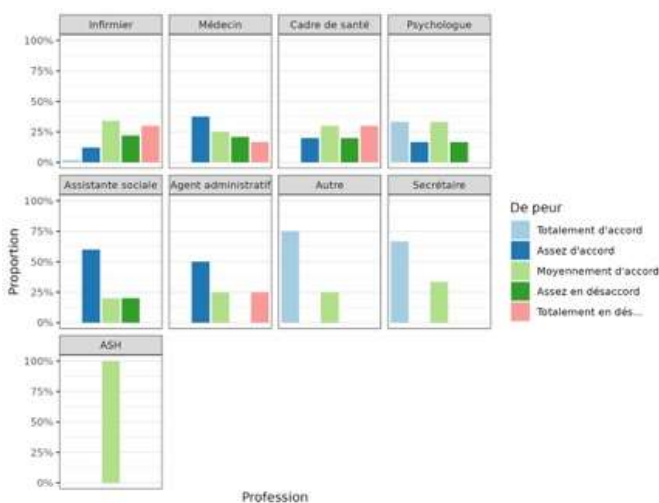
Concernant le sentiment de peur, les réponses sont assez diversifiées, avec tout de même une majorité de personnes moyennement d'accord (n=33, 31%)



Les travailleurs de nuit sont beaucoup plus fortement en désaccord ($p = 0,03$).

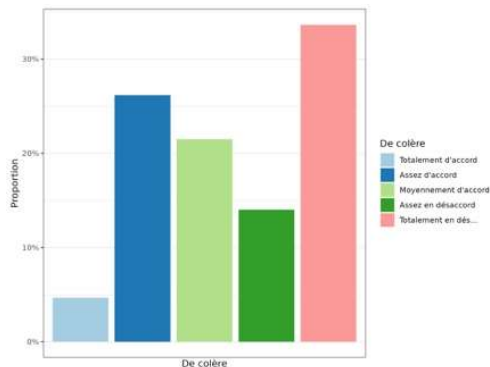


Le sexe influe avec une plus forte proportion de réponses fortement négatives chez les hommes ($p < 0,01$).

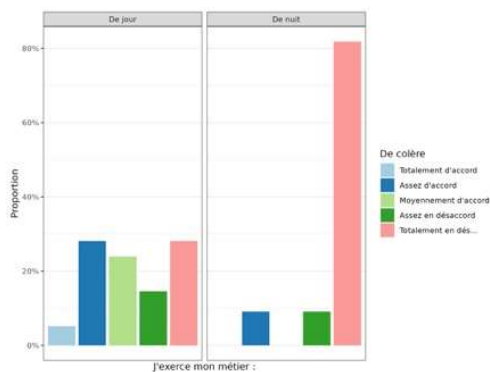


On retrouve aussi un impact de la profession ($p < 0,01$) avec une répartition assez disparate, sauf chez les secrétaires, les assistantes sociales et le groupe autre plus enclins à être d'accord.

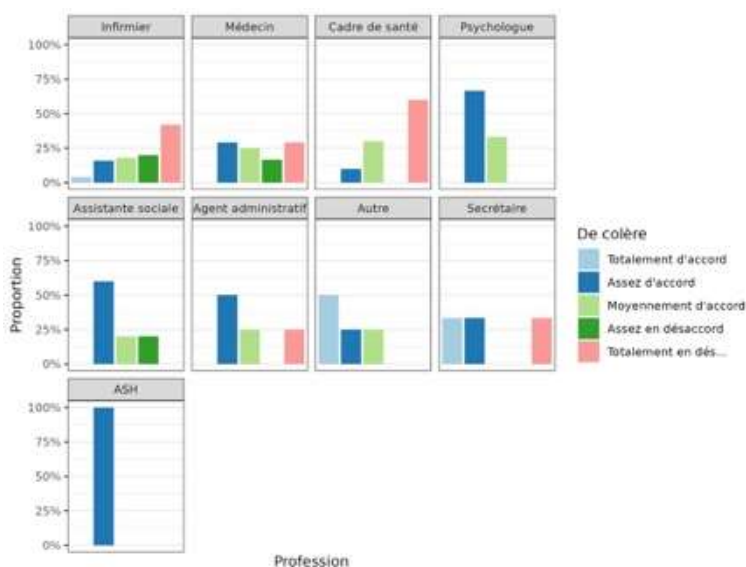
Colère



Concernant le sentiment de colère, les employés sont fortement en désaccord (n=36, 34%), malgré une répartition assez variée des réponses suivantes.

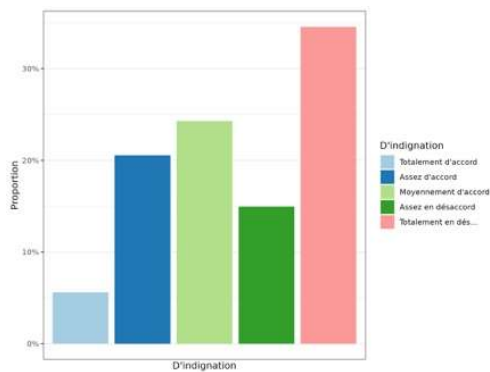


Les professionnels exerçant de nuit sont très fortement en désaccord (p= 0,016).

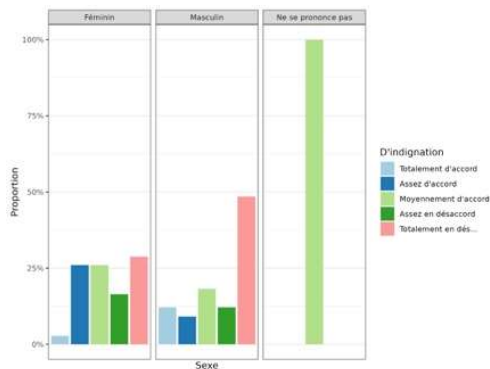


Concernant les disparités de réponses en fonction des métiers, les psychologues, assistantes sociales et ASH sont plus enclines à être assez d'accord (p<0,001).

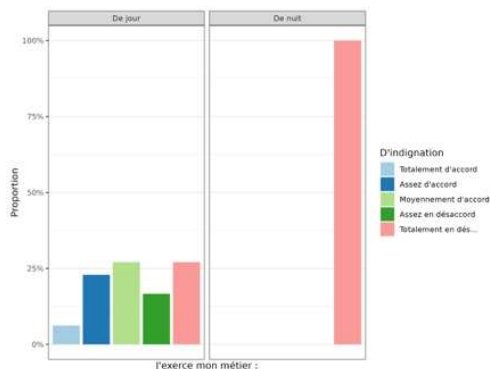
Indignation



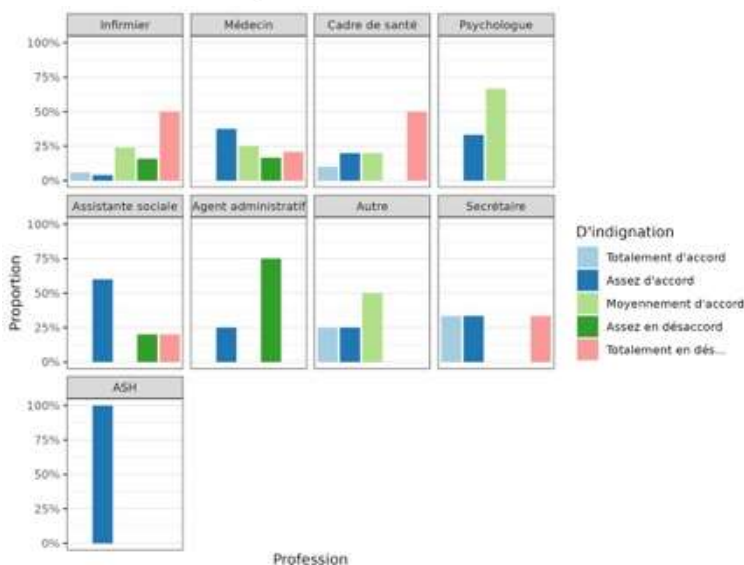
Pour l'indignation que renverrait l'idée de la chambre d'isolement, la plupart des sondés sont fortement en désaccord (n=37, 35%).



Les influences significatives seront le sexe ($p=0,045$) avec une légère tendance des sujets masculins plus en désaccord.

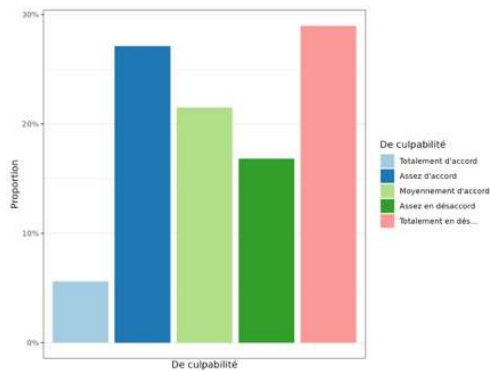


Les travailleurs de nuit répondent à l'unanimité être fortement en désaccord ($p<0,001$)

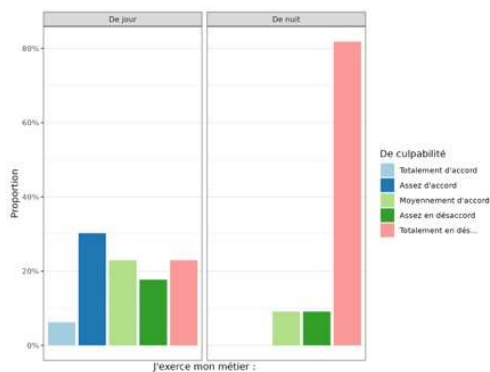


Pour la profession ($p<0,001$), les assistantes sociales et les ASH sont plus en accord dans le sondage.

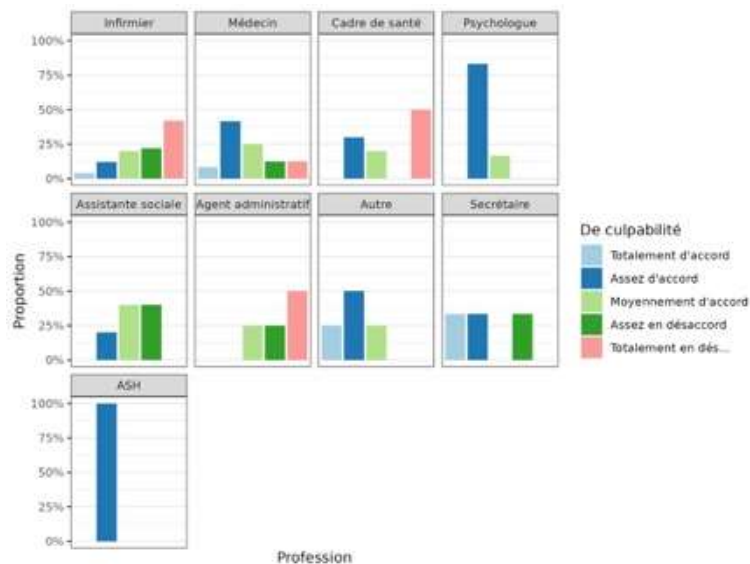
Culpabilité



Le sentiment de culpabilité divise avec deux tendances contradictoires, les totalement en désaccord (n=31, 29%), suivis immédiatement des assez en désaccord (n=21, 27%)

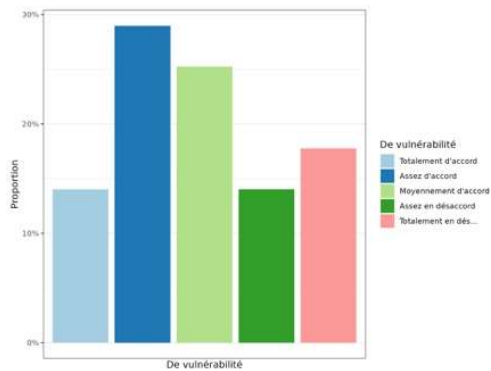


Les agents exerçant de nuit sont significativement plus fortement en désaccord ($p < 0,01$).

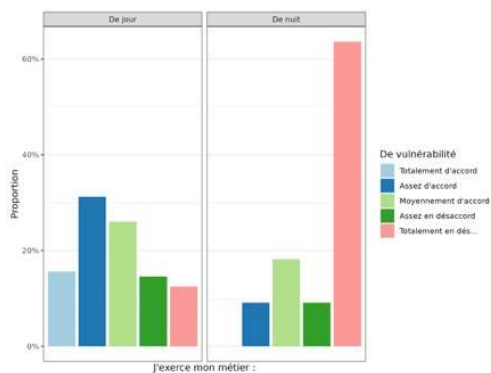


Concernant les métiers on peut constater que les psychologues, les ASH, le groupe autre et les médecins sont plus en accord ($p < 0,01$)

Vulnérabilité

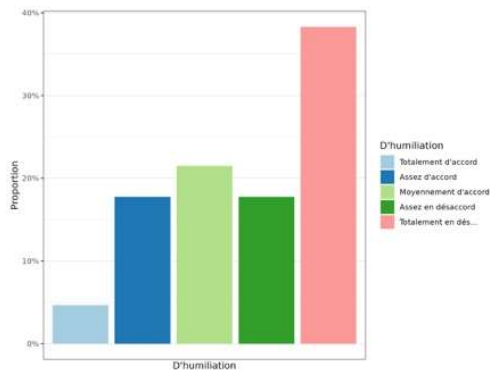


Concernant le sentiment de vulnérabilité en lien avec l'utilisation de la chambre d'isolement, la plupart des réponses sont assez d'accord (n=31, 29%).

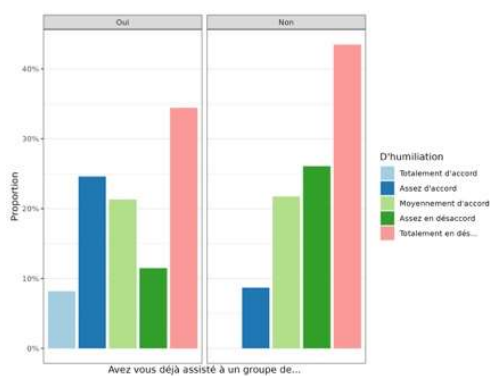


Cependant, les équipes de nuit sont très majoritairement fortement en désaccord ($p < 0,01$), avec 64% de désaccord total, contre 9,1 % de leurs collègues de journée.

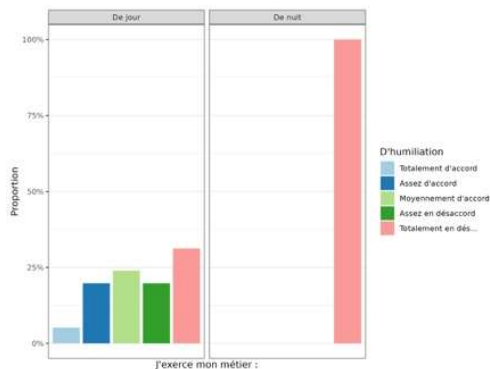
Humiliation



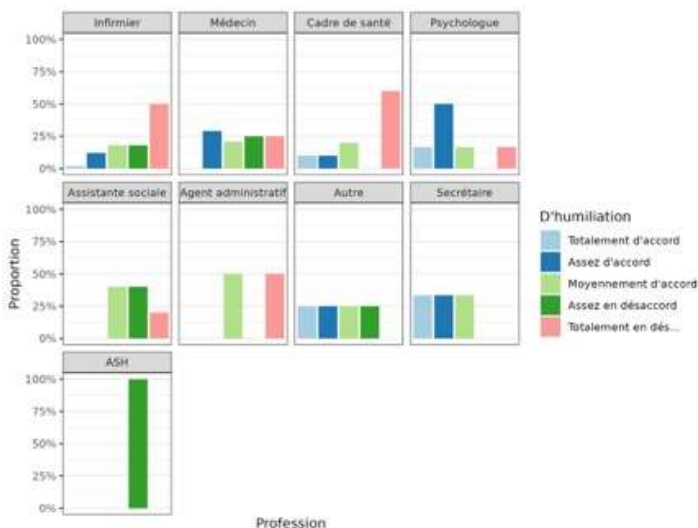
Pour le sentiment d'humiliation en lien avec l'idée de la chambre d'isolement, la majorité des sondés seront totalement en désaccord (n=41, 38%).



Les personnes participant aux groupes de moindre recours à l'isolement ont plus tendance à être d'accord (p=0,022).

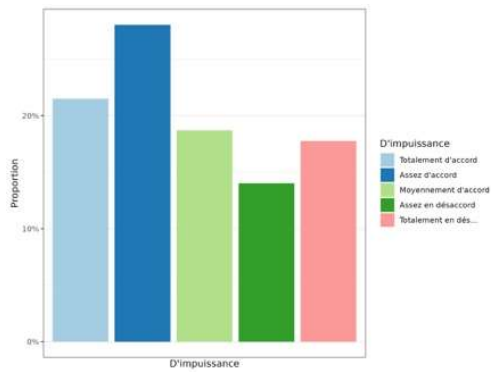


Les agents travaillant de nuit auront l'unanimité de réponses en désaccord total (p<0,001)

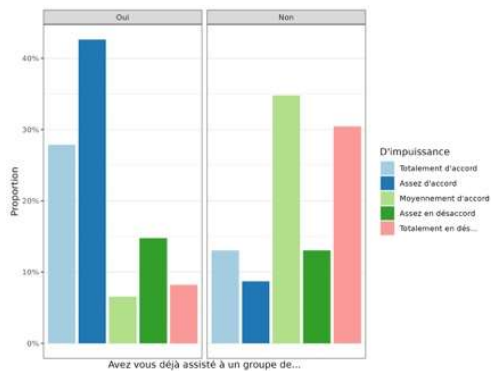


Concernant les corps de métiers, les psychologues, secrétaire, groupe autres ou médecin auront plus tendance à être d'accord ou modéré dans la réponse (p=0,012)

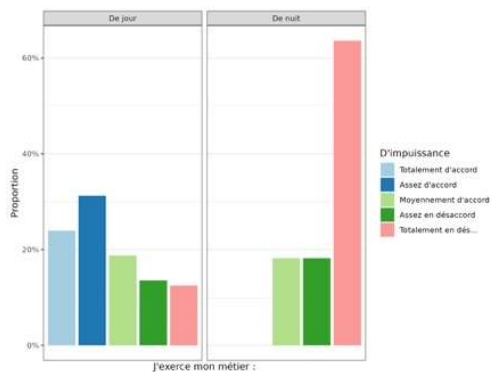
Impuissance



Pour le sentiment d'impuissance renvoyé à l'utilisation de la chambre d'isolement, le panel est totalement mitigé.



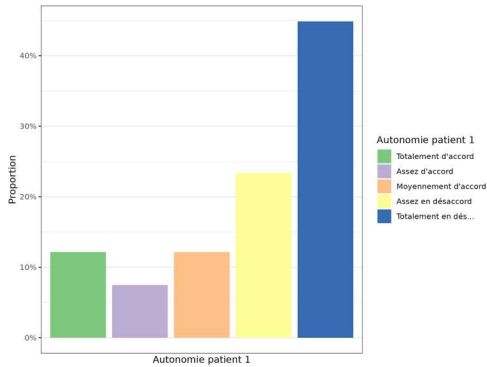
Parmi les sous-groupes étudiés, les agents n'assistant pas au groupe de moindre recours ($p < 0,001$).



Les professionnels de nuit ($p < 0,001$) auront tendance à être plus fortement en désaccord

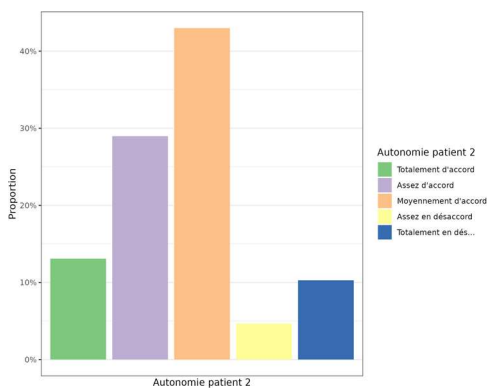
B. Principe d'autonomie à l'égard du patient.

En chambre d'isolement, le patient est l'égal du soignant.

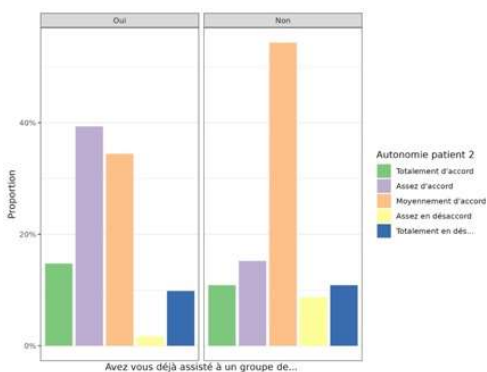


Une grande partie du panel se retrouve fortement en désaccord ($n = 48$, 45%), allant même jusqu'à une franche majorité ($n = 73$, 68%) en comprenant les sujets assez en désaccord, sans facteur d'influence significatif.

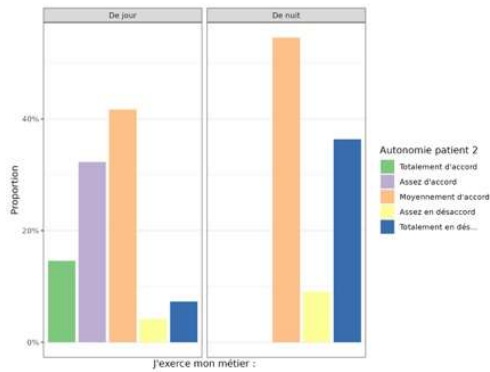
L'avis du patient est à prendre en compte pour la mise en chambre d'isolement.



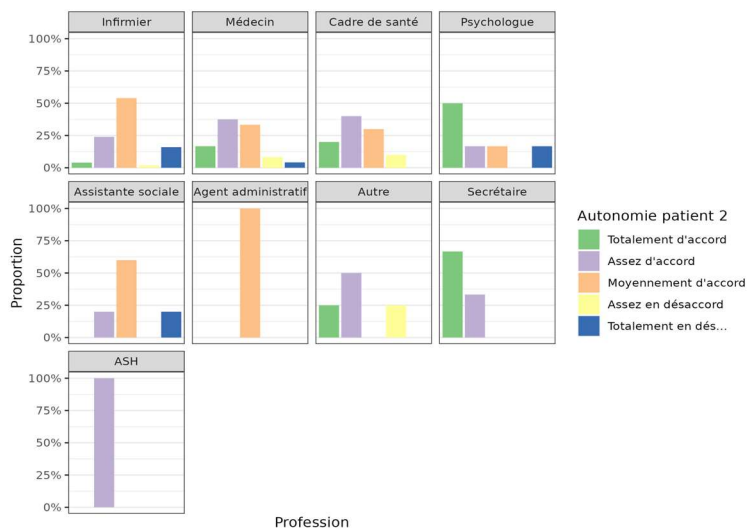
Le panel est plus intermédiaire, avec une majorité de réponse "moyennement d'accord" ($n = 46$, 43%).



On retrouve des différences significatives de réponses en fonction la participation ou non aux groupes de moindre recours à l'isolement ($p = 0,024$),

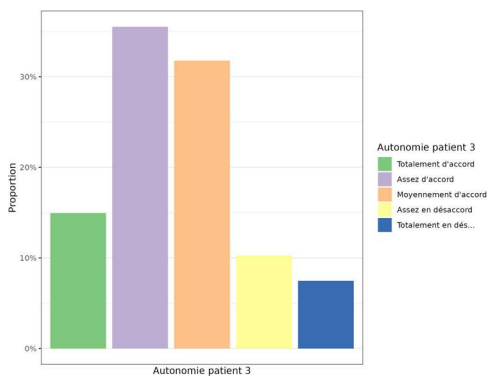


L'exercice nocturne a également une influence, où les sondés sont plus fortement en désaccord ($p < 0,01$)

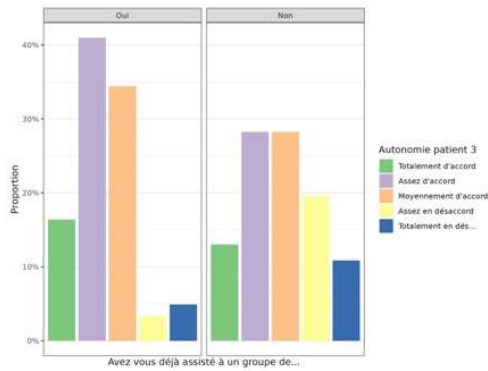


L'analyse en fonction des différents métiers montre des répartitions différentes chez les sous-groupes de psychologues, de secrétaires ou dans le groupe « autre » ($p = 0,016$)

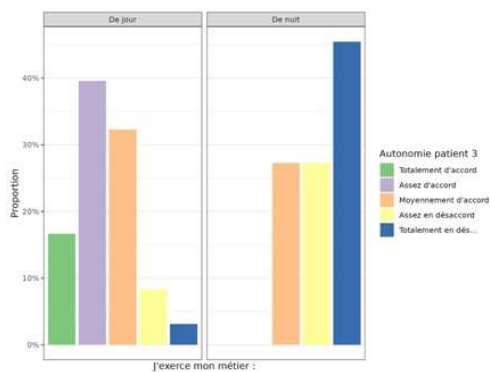
L'avis du patient est à prendre en compte concernant le traitement médicamenteux en chambre d'isolement



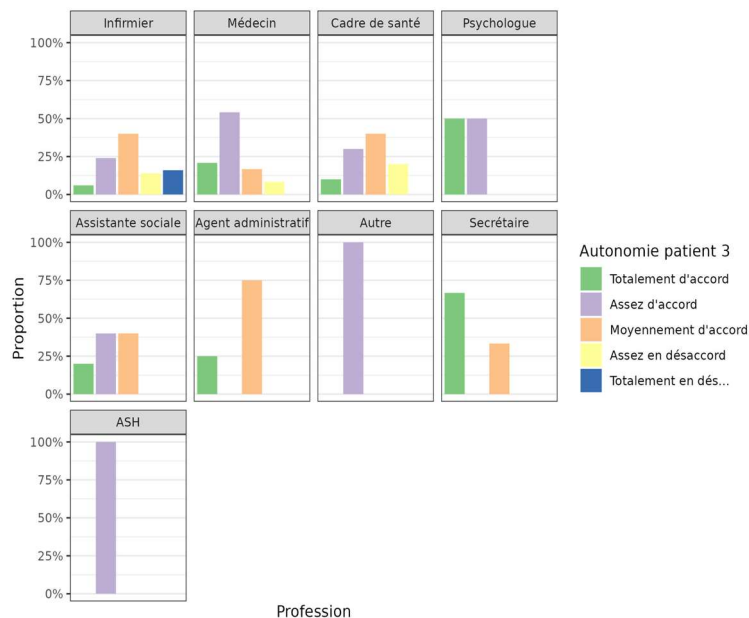
Le panel est assez mitigé entre les sujets assez d'accord ($n = 38, 36\%$) et moyennement d'accord ($n = 34, 32\%$).



Les facteurs d'influence selon les réponses seront la présence ou non aux groupes de moindre recours à l'isolement ($p=0,046$), où les non participants sont plus mitigés.

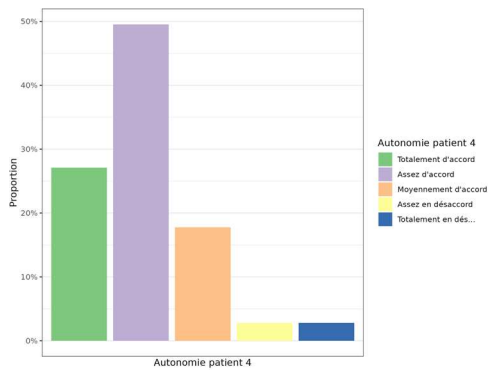


Le travail diurne ou nocturne influe aussi ($p<0,01$), où le personnel de nuit est très fortement en désaccord.

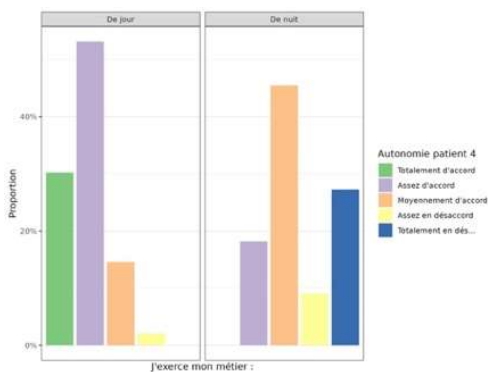


La répartition est aussi inégale en fonction des professions ($p=0,036$), avec des courbes de réponses différentes de la majorité, où les sous-groupes de psychologues ou de secrétaires sont plus fortement en accord.

L'avis du patient est à prendre en compte concernant le déroulé au sein de la chambre d'isolement (Hygiène, alimentation, sorties séquentielles, divertissement autorisé etc.).

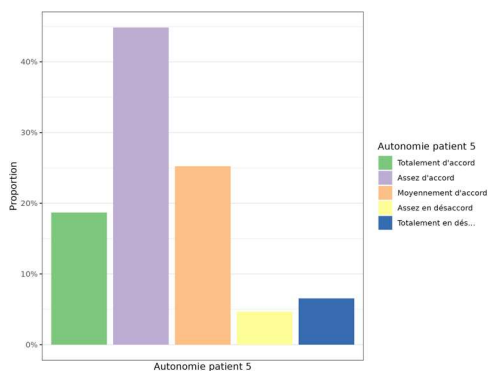


Ici la grande majorité est d'accord (n=53, 50%) ou fortement d'accord (n=29, 27%), totalisant 77% d'adhésion.

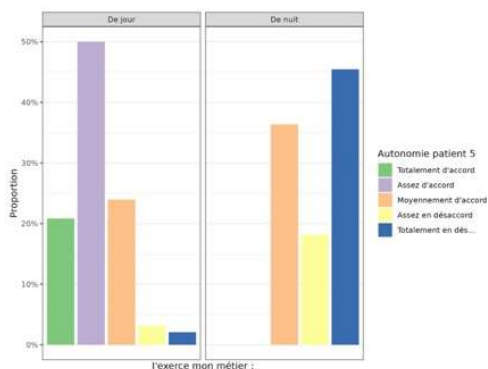


On retrouve des disparités significatives entre les travailleurs de jour et de nuit ($p < 0,01$), avec une proportion minimale de désaccord chez les agents de journée, proportion plus représentée chez les agents de nuit.

L'avis du patient est à prendre en compte concernant la décision de clôture de l'isolement.



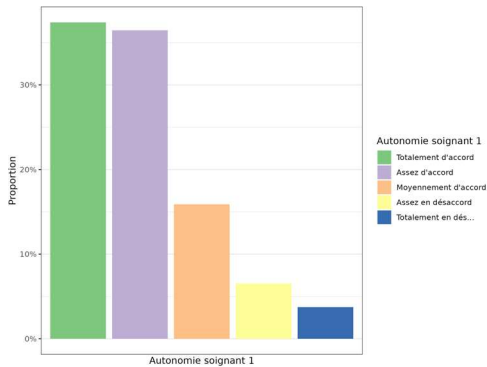
Le panel sondé est assez d'accord (n=48, 45%) concernant cet énoncé.



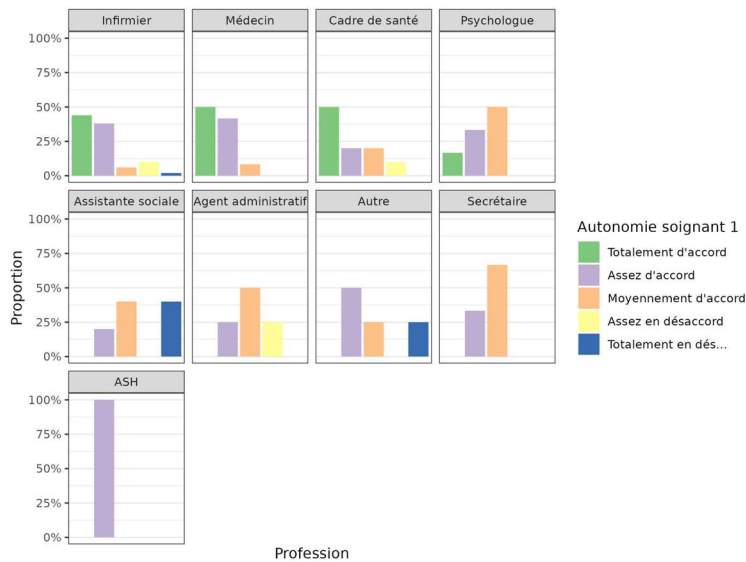
Il existe une disparité significative entre le personnel de journée et celui de nuit ($p < 0,01$), qui sont eux majoritairement fortement en désaccord.

C. Principe d'autonomie à l'égard des soignants

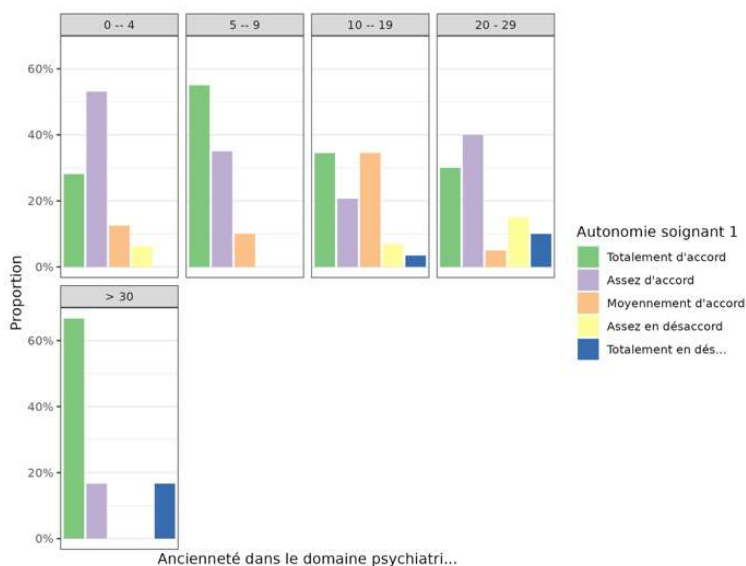
Je suis libre de donner mon avis sur une indication de mise en isolement.



Les employés sondés expriment leur accord à 73%, total (n=40, 37%) ou suffisant (n=39, 36%).

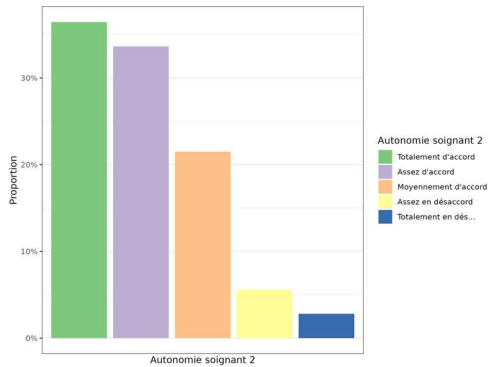


Les variables influant l'accord total à l'annonce seront la profession ($p < 0,01$), où les réponses des assistantes sociales, des psychologues, des agents administratifs, des secrétaires ou du groupe « autre » s'éloignent des réponses générales.

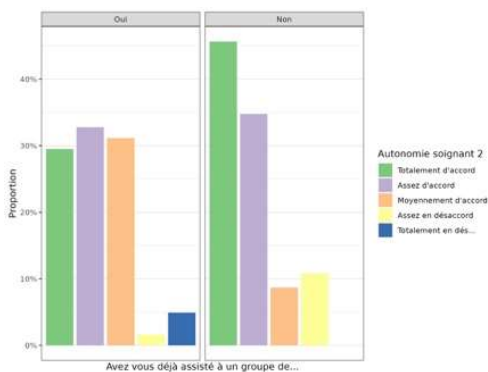


L'ancienneté influe aussi, ($p = 0.025$), où la tranche des 5-9 ans et des plus de 60 ans sont plus fortement totalement en accord.

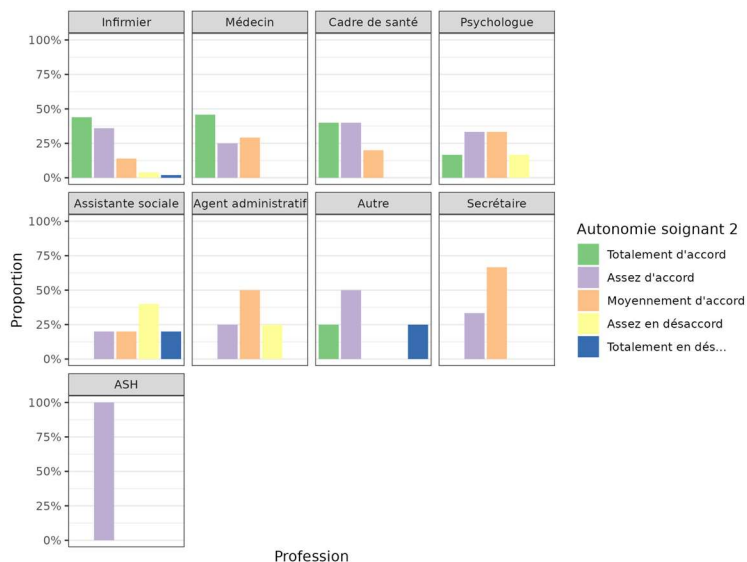
Je suis libre de donner mon avis sur les modalités de travail au sein de la chambre d'isolement



Là aussi l'adhésion est calculée à 70%, en étant totalement d'accord (n=39, 36%) et assez d'accord (n=36, 34%).

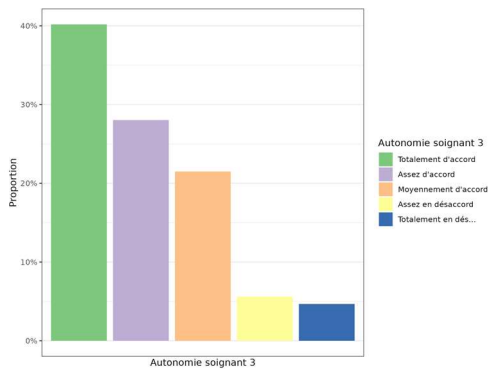


Les réponses sont différentes en fonction de la participation ou non aux groupes de moindre recours à l'isolement ($p < 0,01$), où les participant sont plus modérés.

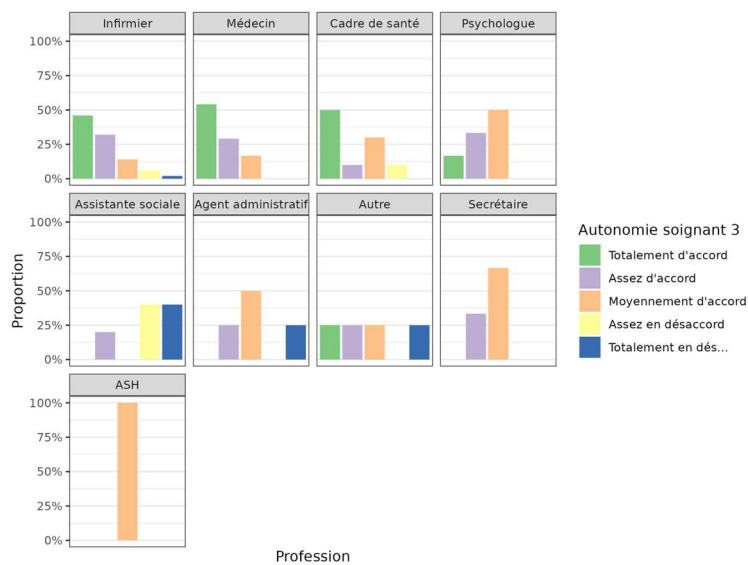


Aussi, les réponses sont influencées par la profession ($p=0,036$), où la profession médicale, infirmier ou cadre sont généralement plus en accord.

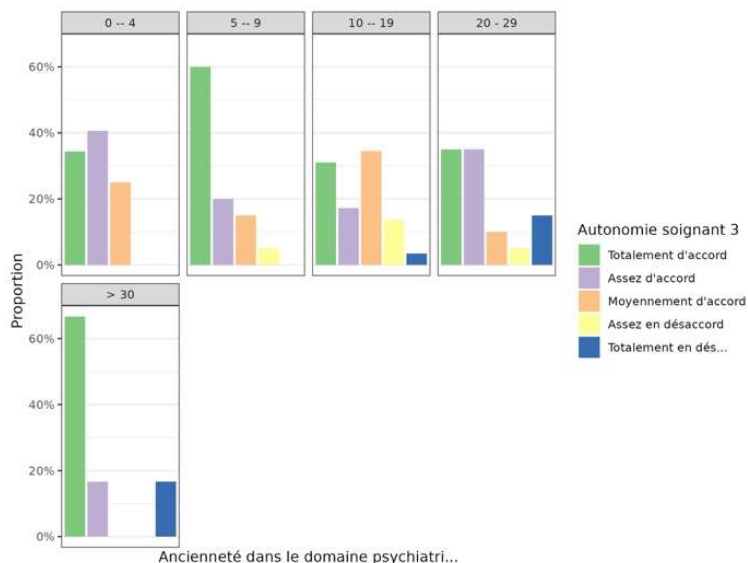
Je suis libre de donner mon avis sur une indication de sortie de chambre d'isolement



De la même façon, l'adhésion à la proposition est positive à 68%, en étant totalement d'accord (n=43, 40%), ou assez d'accord (n=30, 28%),



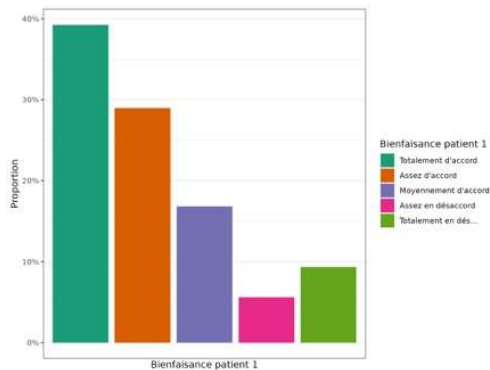
On retrouve un impacté significativement par la profession ($p < 0,01$), avec plus d'accord fort dans les professions d'infirmière, de médecin ou de cadre par rapport aux autres corps de métier.



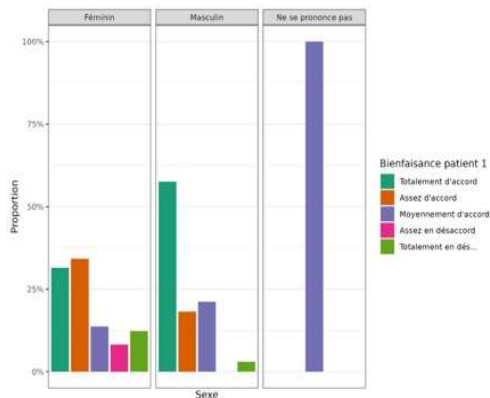
L'ancienneté influe aussi ($p = 0.034$), où la tranche des 5-9 ans et des plus de 60 ans sont plus fortement totalement en accord.

D. Principe de bienfaisance à l'égard des patients

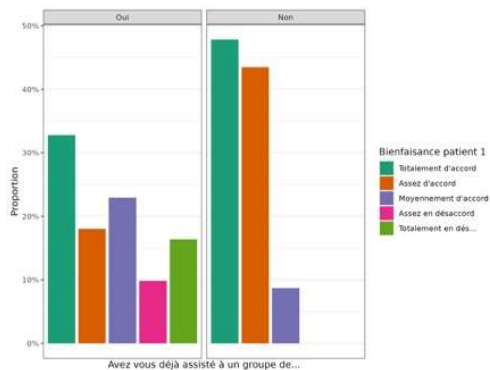
La chambre d'isolement est un outil thérapeutique



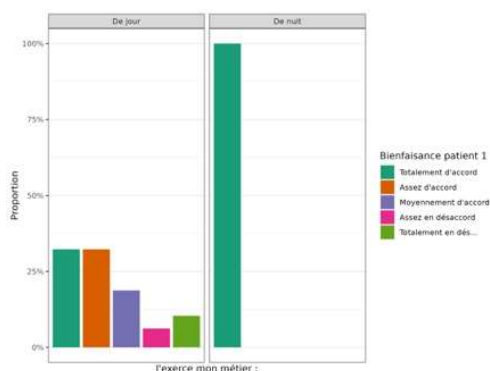
L'accordance s'élève à 68%, comprenant les sondés totalement d'accord (n=42, 39%) et les sujets assez d'accord (n=31, 29%).



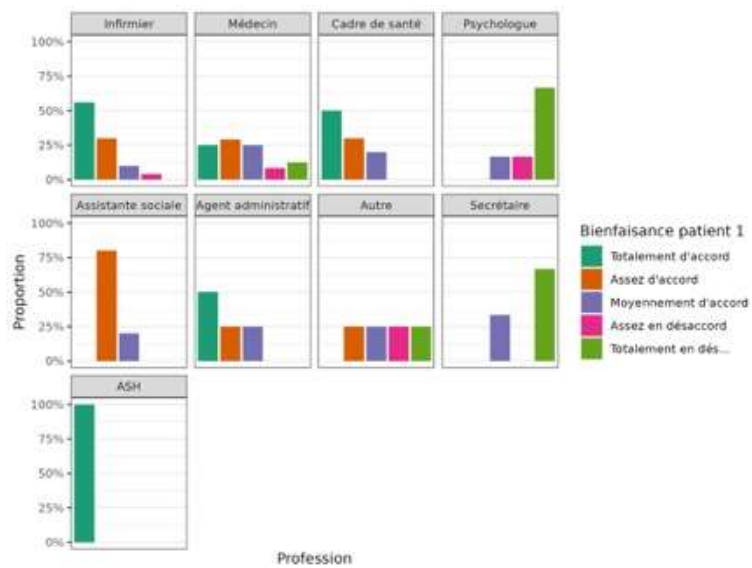
On retrouve un facteur d'influence par le sexe (p=0,018), avec les sujets masculins plus fortement en accord.



La participation au groupe de moindre recours à l'isolement influe aussi (p<0,001), où l'on constate que les participant sont plus mitigés sur les réponses malgré une majorité restant fortement en accord.

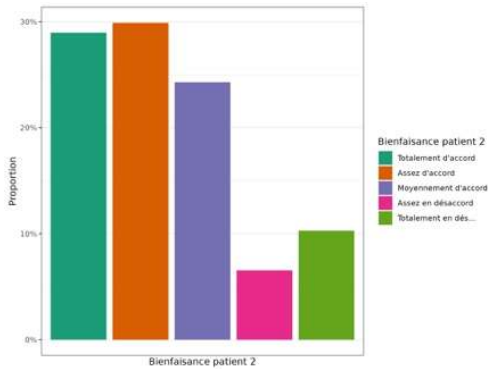


On retrouve l'unanimité chez les soignants exerçant de nuit (100%, p>0,01).

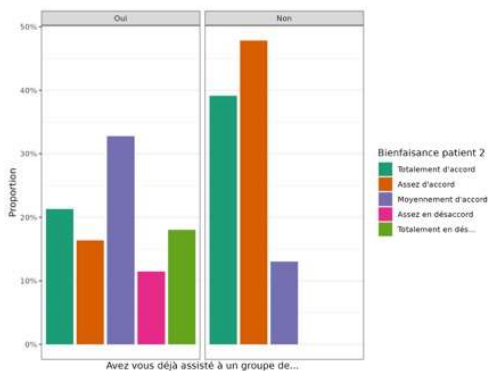


Concernant la profession, on peut constater que les psychologues et les secrétaires sondées sont plus fréquemment totalement en désaccord.

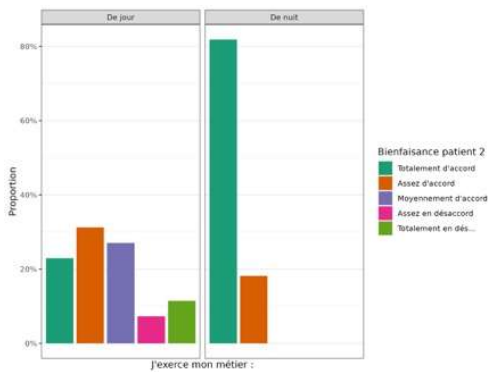
En tant que telle, la chambre d'isolement est bénéfique pour le patient isolé



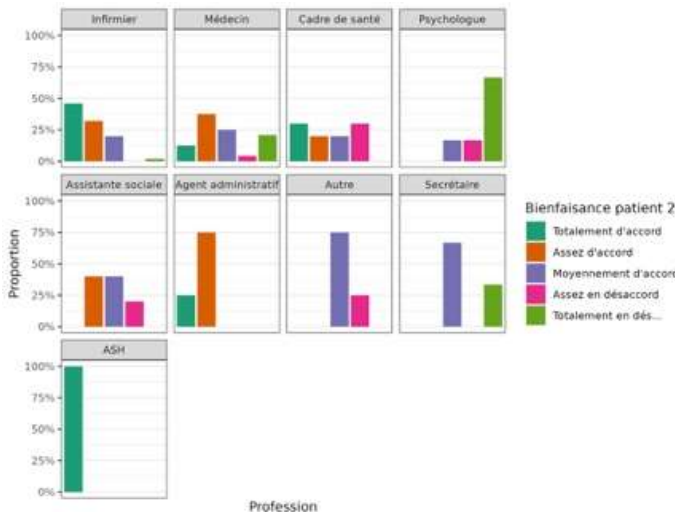
Là aussi l'accordance est importante. Le groupe assez d'accord (n=32, 30%) est quasiment égal au groupe totalement d'accord (n=31, 29%), s'élevant ensemble à 69%.



Les résultats sont significativement différents en fonction de la participation au groupe de moindre recours à l'isolement ($p < 0,001$), avec des réponses beaucoup plus nuancées dans le groupe participant.

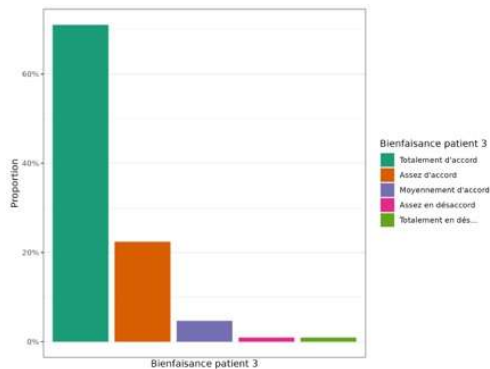


Cette tendance aussi retrouvée dans le groupe d'employés de jour ($p < 0,01$)

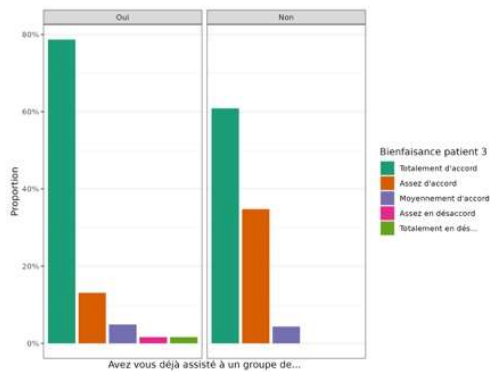


Concernant la profession ($p < 0,001$), on retrouvera des différences notamment chez les psychologues et secrétaires plus fortement en désaccord.

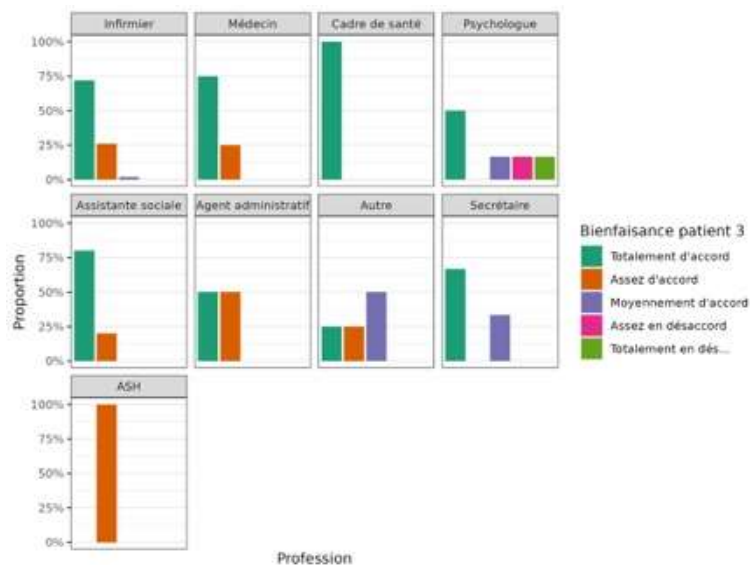
Il est important de rechercher le confort du patient en chambre d'isolement



Ici les sondés sont très fortement d'accord (n=76, 71%).

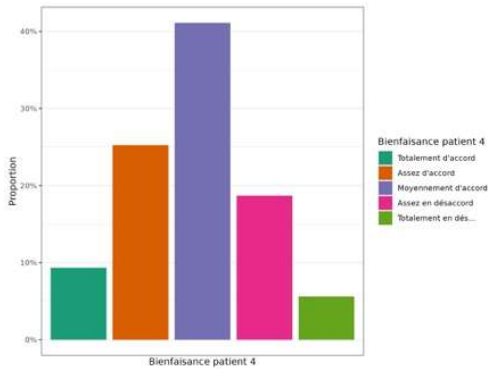


La participation aux groupes de moindre recours à l'isolement influence significativement, mais moins fortement en accord chez les non participant. (p=0,04).

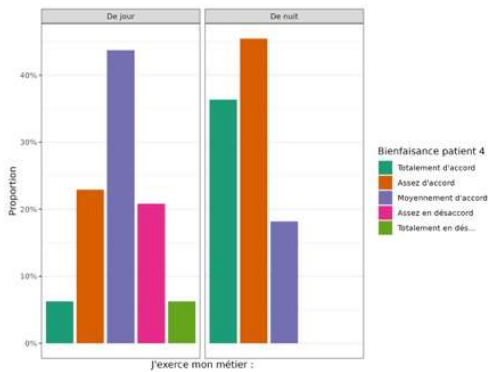


On retrouve une influence en fonction de la profession (p<0,01), avec les psychologues plus en désaccord.

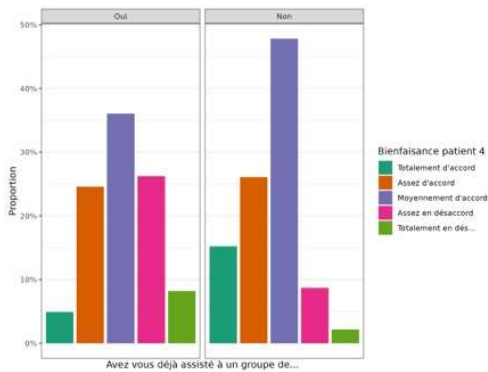
Les conditions d'emploi de la chambre d'isolement sont dignes pour le patient



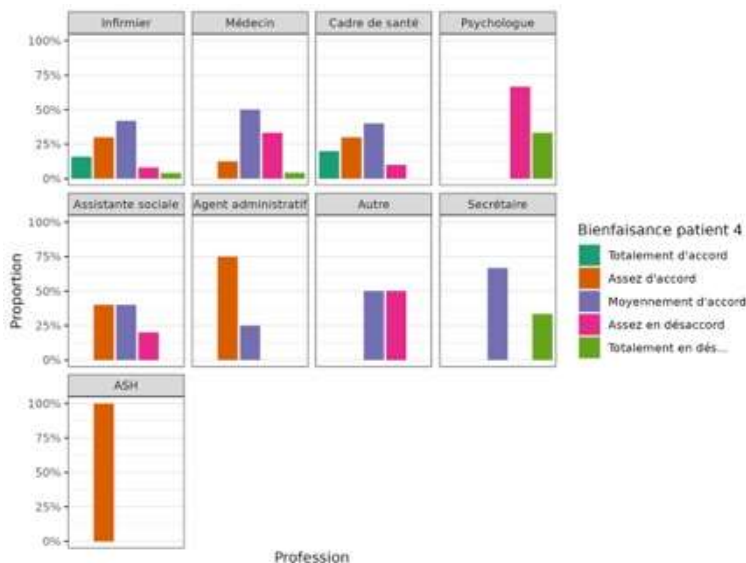
Concernant la notion de dignité, le panel est assez modéré, avec 41% des sondés moyennement d'accord (n=44).



Les professionnels exerçant la nuit sont essentiellement d'accord ou fortement d'accord ($p < 0,01$)

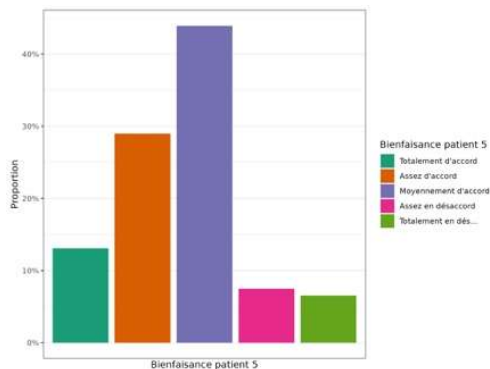


Les participant aux groupes de moindre recours à l'isolement auront plus de sujets en désaccord ($p = 0,041$)

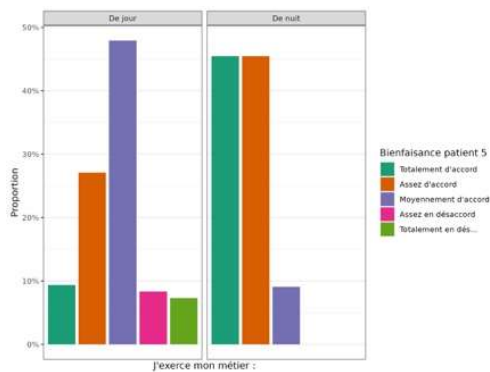


Les facteurs d'influence sont la profession ($p < 0,01$), où on voit que les psychologues sont plus en désaccord.

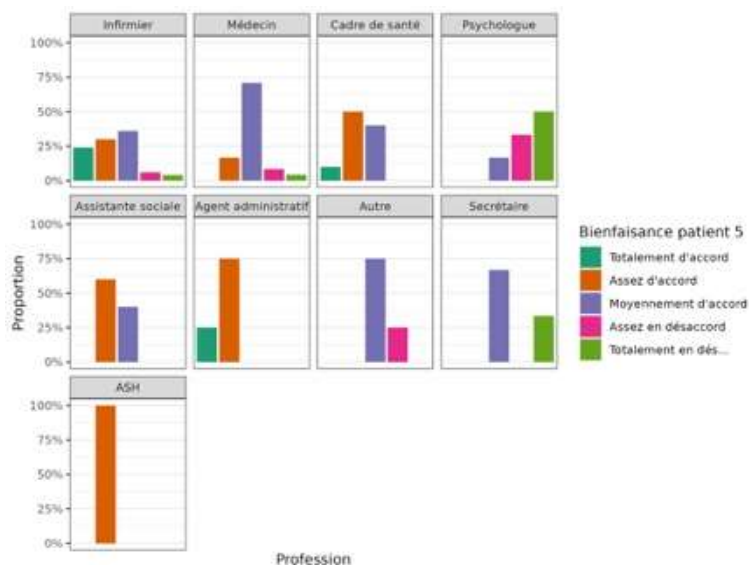
Les conditions d'emploi de la chambre d'isolement sont respectueuses du patient



Là aussi, les réponses sont plus modérées, avec 44% de sondés moyennement d'accord (n=47).

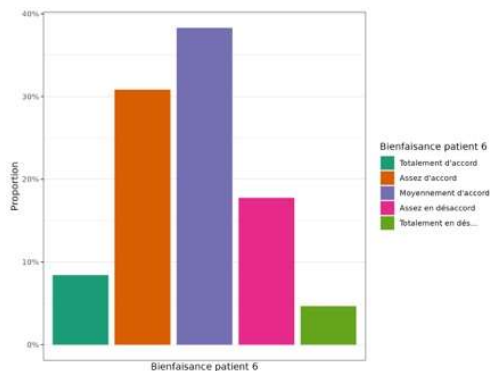


Les agents de nuit seront beaucoup plus en accord ou fortement en accord ($p < 0,01$)

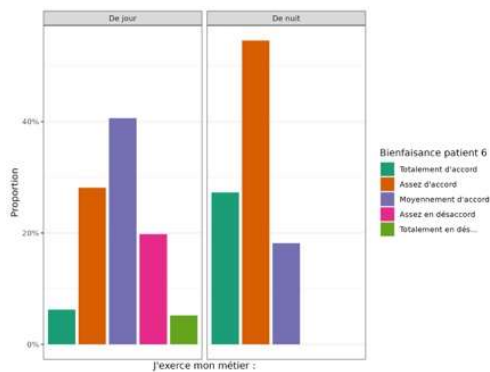


L'autre facteur d'influence significatif est la profession ($p < 0,001$) où cette fois encore les psychologues et les secrétaires se distinguent par plus de réponses fortement négatives que leurs collègues.

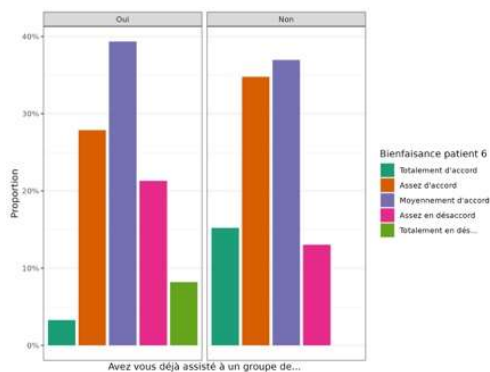
Les conditions d'emploi de la chambre d'isolement sont humaines.



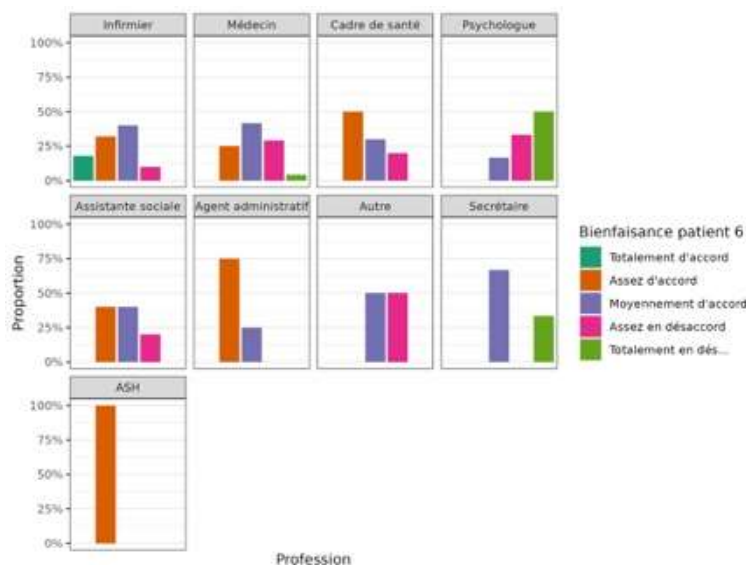
Ici les sondés ont des opinions disparates, la majorité étant moyennement d'accord (n=41, 38%), mais un second groupe de personnes assez d'accord (n=33, 31%), s'en rapproche.



Les agents de nuit auront une plus grande tendance à être d'accord ou fortement d'accord (p<0,01)

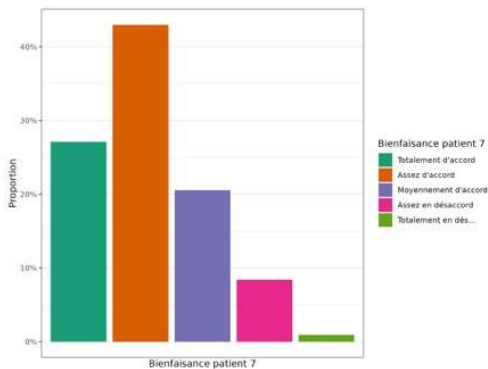


Les participants au groupe d'isolement seront eux plus nombreux à être fortement en désaccord (p=0,014)

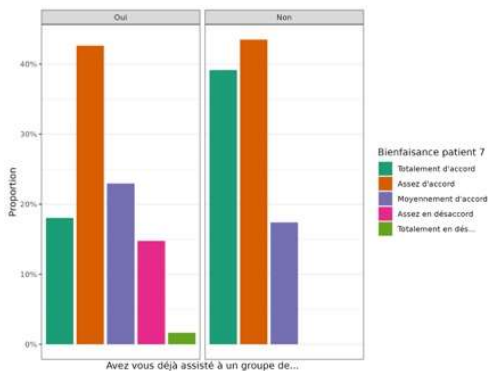


Concernant les professions (p<0,01), on note la même propension à être en fortement en désaccord des psychologues et secrétaires

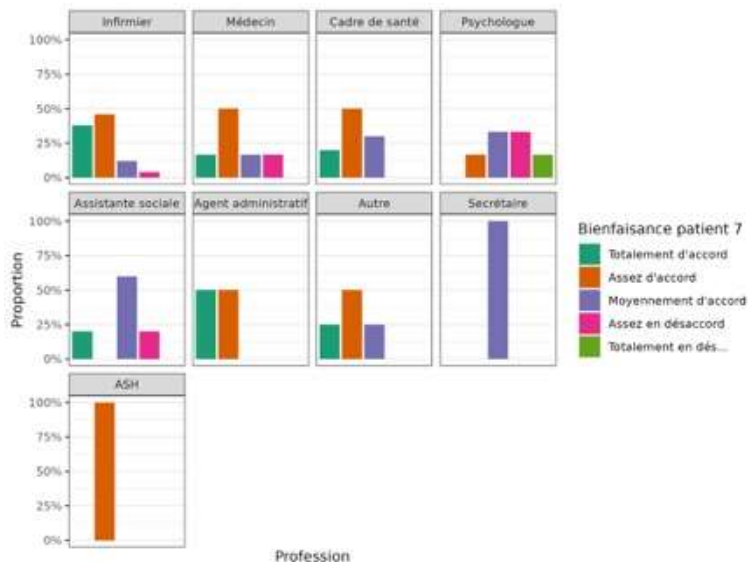
L'emploi de la chambre d'isolement est utile pour protéger les autres patients (hors chambre d'isolement).



Concernant cet item, les agents sont majoritairement assez d'accord (n=46, 43%).



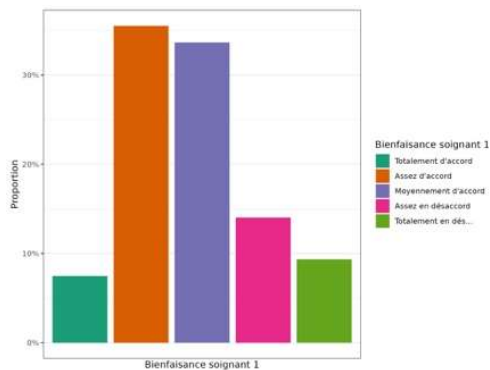
Les non participants aux groupes de moindre recours à l'isolement ($p < 0,01$) seront plus susceptibles d'être fortement d'accord.



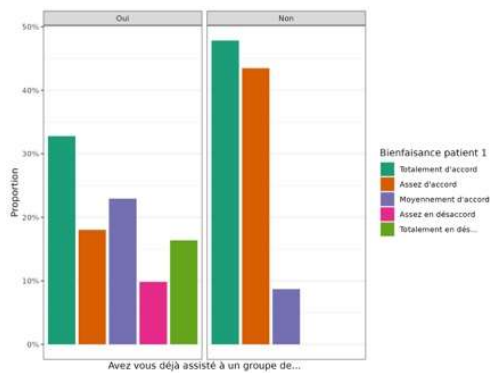
Sur le plan professionnel ($p < 0,01$) les psychologues se démarquent encore par des réponses en désaccord.

E. Principe de bienfaisance à l'égard des soignants

L'utilisation de la chambre d'isolement aide à accomplir correctement son travail

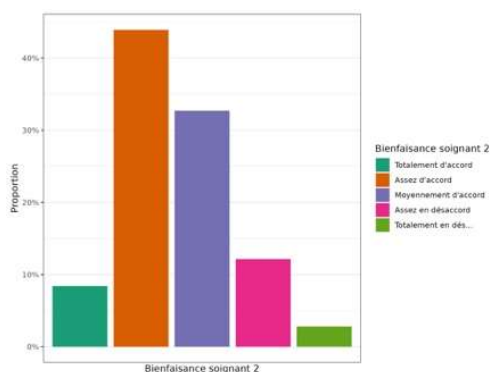


La majorité des sondés est assez d'accord (n= 38, 36%).

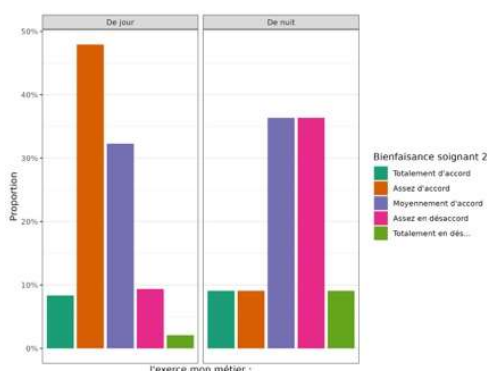


On retrouve comme unique facteur d'influence le fait de ne pas avoir participé aux groupes de moindre recours à l'isolement (41% $p > 0,01$), rendant plus susceptible de répondre en fortement en accord.

L'utilisation de la chambre d'isolement est rassurante pour les soignants

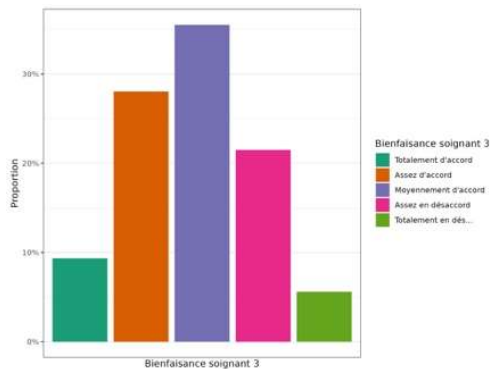


Ici aussi, la plupart des professionnels sondés sont assez d'accord (n=47, 44%).



On retrouve comme facteur d'influence le fait de travailler de nuit, où les réponses seront plus en désaccord ($p = 0,012$)

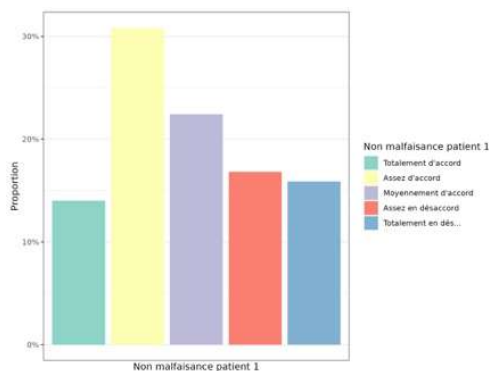
L'utilisation de la chambre d'isolement permet de protéger les soignants



Ici les réponses sont majoritairement "moyennement d'accord" (n=38, 36%) de façon uniforme en fonction des variables étudiées.

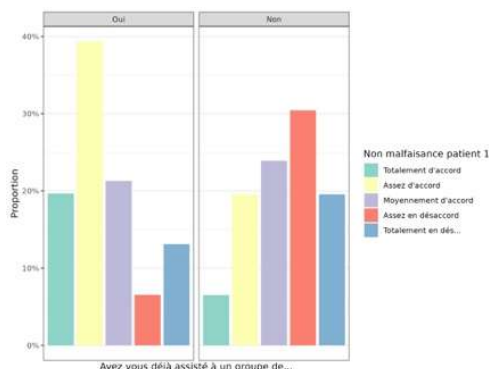
F. Principe de non-malfaisance à l'égard des patients

La chambre d'isolement est une atteinte aux libertés fondamentales du patient.

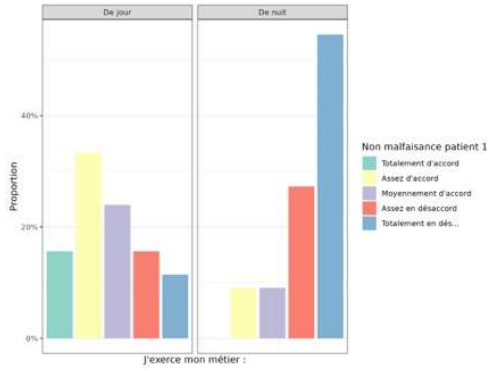


Les professionnels interrogés sont assez en d'accord (n=33, 31%).

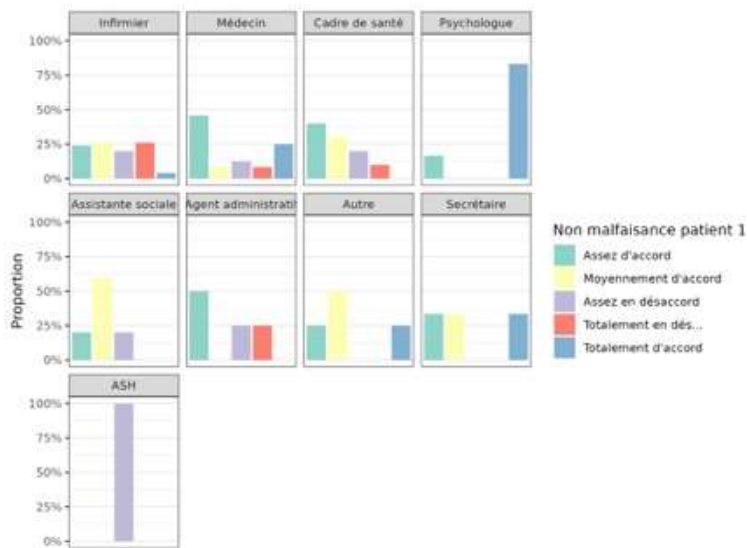
Cependant on retrouve de nombreuses différences significatives en fonction des variables étudiées.



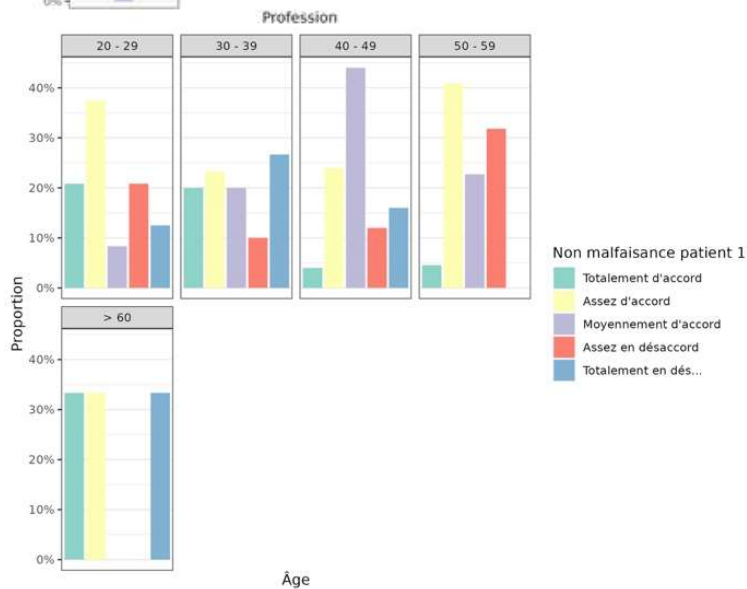
Les agents qui n'ont jamais participé aux groupes de moindre recours à l'isolement ont des réponses plus en désaccord (p<0,01)



Les professionnels de nuit sont plus enclins à être en forte désapprobation avec l'énoncé ($p < 0,01$)

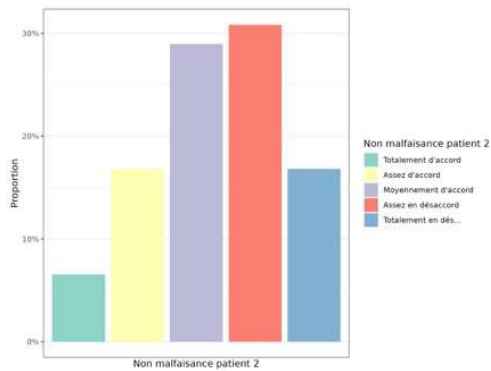


La profession influe également, avec un désaccord plus massif des psychologues ($p < 0,01$)

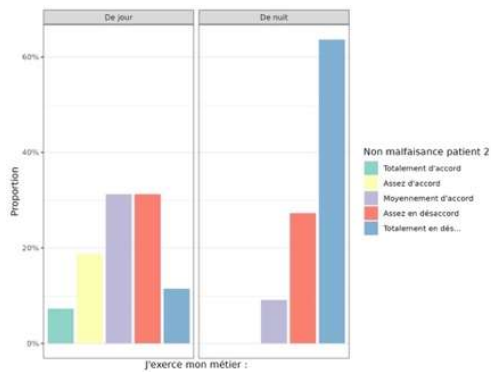


L'âge est source aussi de différences ($p = 0,013$).

L'utilisation de la chambre d'isolement présente un danger physique pour le patient

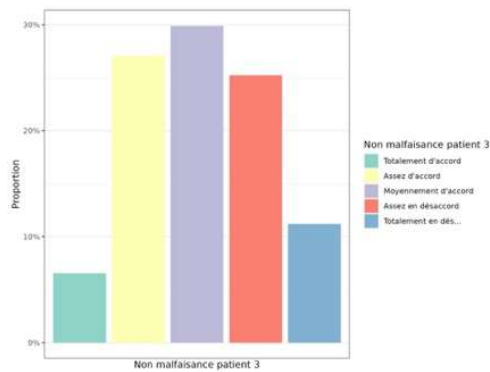


Les réponses sont peu tranchées, avec autant des taux semblables d'employés assez en désaccord (n=33, 31%) et de moyennement d'accord (n=31, 29%).

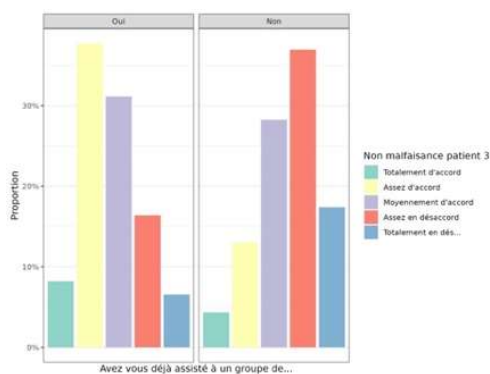


Cependant, on retrouve une nette majorité de sujets totalement en désaccord dans le groupe de nuit ($p < 0,01$)

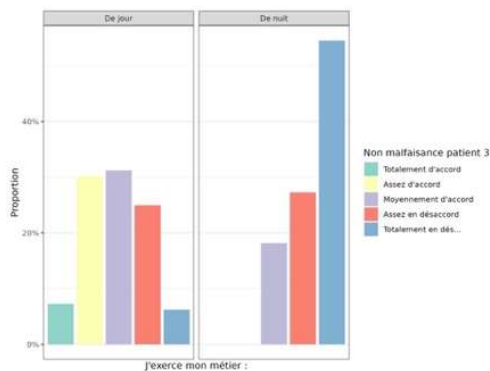
L'utilisation de la chambre d'isolement présente un danger pour l'intégrité psychique du patient



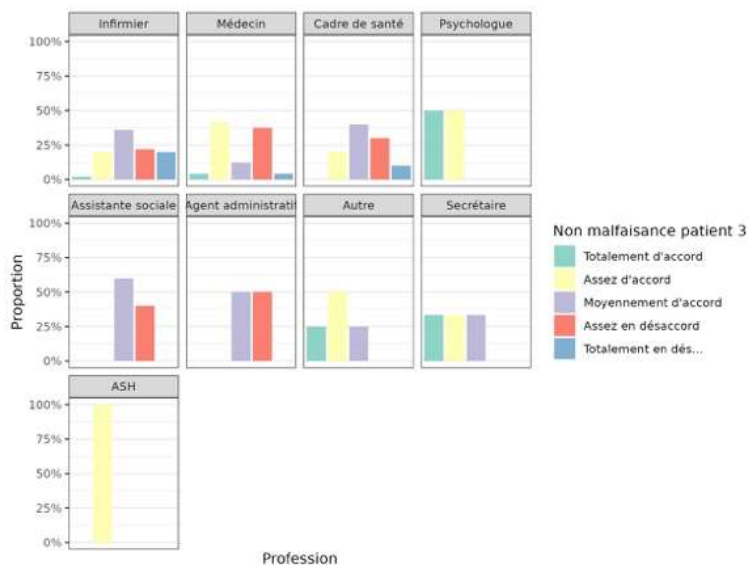
Ici également l'énoncé divise le panel, avec des agents moyennement d'accord (n=32, 33%), assez d'accord (n=29, 27%) et totalement en désaccord (n=27, 25%) avec des pourcentages similaires.



Dans les sous-groupes, on retrouve des répartitions différentes en fonction de la participation aux groupes de moindre recours à l'isolement, avec les non participants plus en désaccord ou fortement en désaccord ($p < 0,01$), en miroir des réponses des participants qui sont plutôt d'accord.

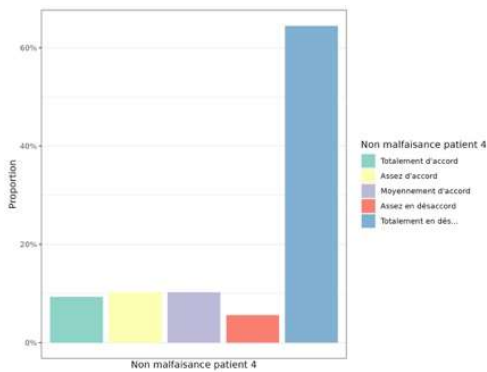


Les agents de nuit sont très fortement en désaccord ($p < 0,01$).

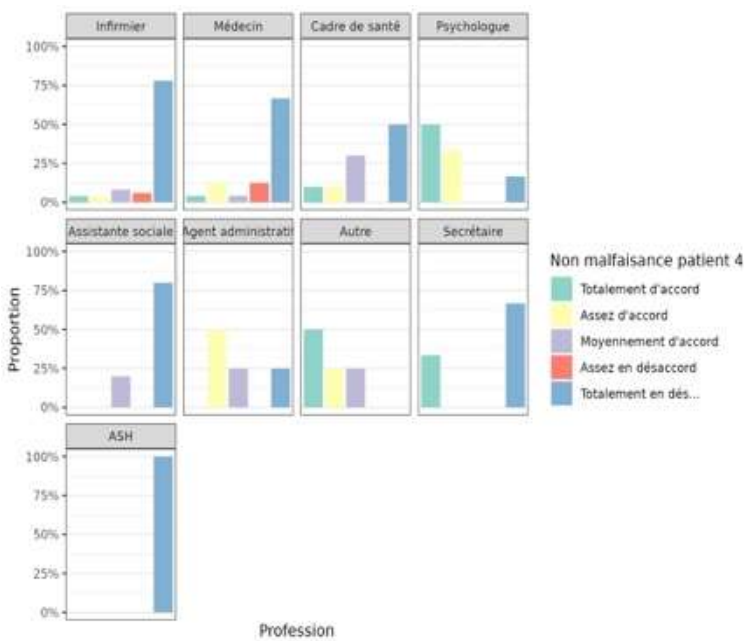


Concernant la profession (0,01), on retrouve les psychologues et les secrétaires qui sont plus fortement en accord que les autres corps de métier

La chambre d'isolement peut être un outil punitif

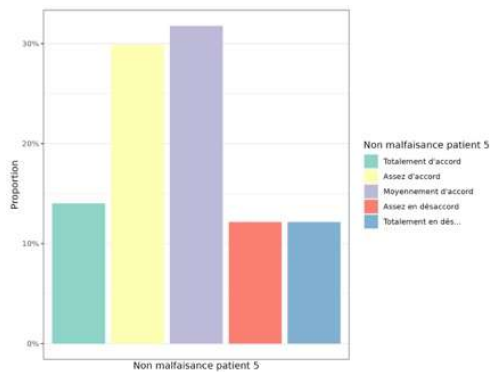


Très majoritairement totalement en désaccord (n=68, 64%),

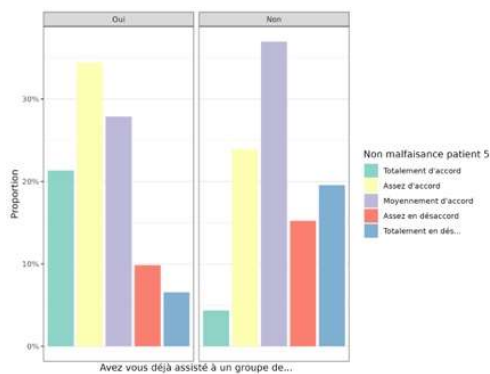


On retrouve une influence de la profession ($p < 0,01$), où les agents administratifs, le groupe autre et les psychologues auront un avis plus en accord.

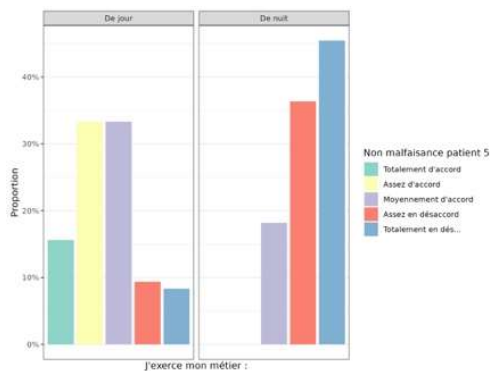
L'utilisation de la chambre d'isolement peut détériorer la relation thérapeutique



Concernant cette question, nous avons des résultats similaires entre le groupe moyennement d'accord (n=34, 32%) et le groupe assez d'accord (n=32, 30%)



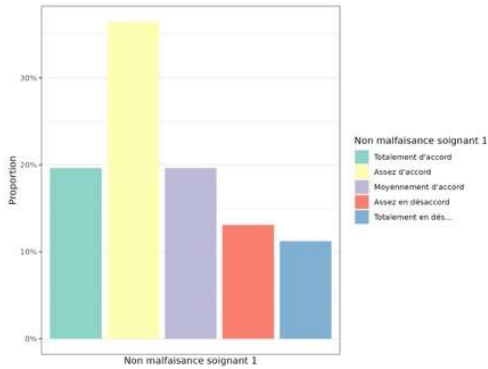
Les non-adeptes du groupe de moindre recours à l'isolement seront plus en en désaccord (p=0,23),



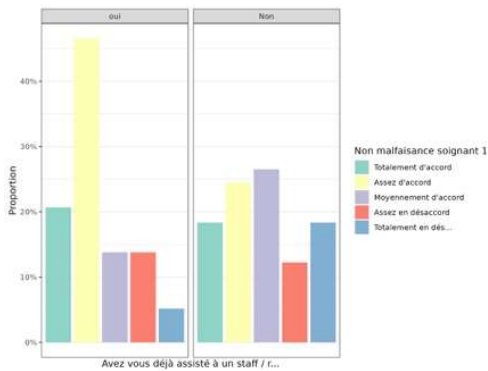
La même tendance retrouvée chez les professionnels travaillant de nuit (p<0,001), qui sont plus fortement en désaccord que leurs collègues de journée.

G. Principe de non-malfaisance à l'égard des soignants

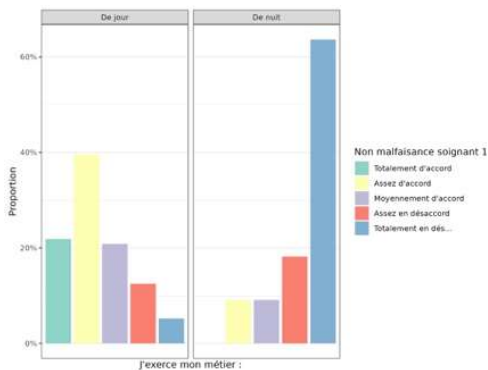
L'utilisation de la chambre d'isolement entraîne une pénibilité du travail



Les travailleurs interrogés sont globalement assez d'accord (n=39, 36%).

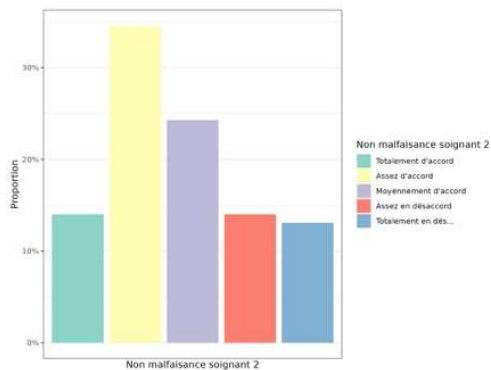


Le groupe n'ayant pas participé au groupe de moindre recours à l'isolement auront des réponses plus disparates (p=0,041).

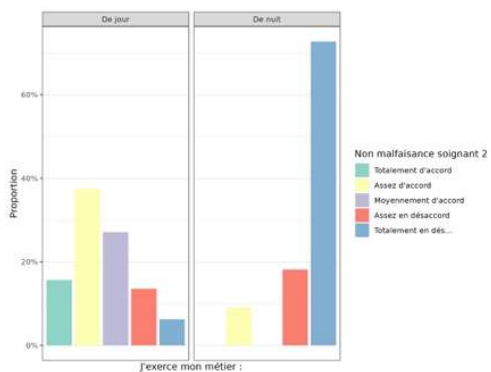


Quant au groupe de nuit, les réponses sont plus fortement en désaccord (p<0,001)

L'utilisation de la chambre d'isolement entraîne un risque d'épuisement professionnel

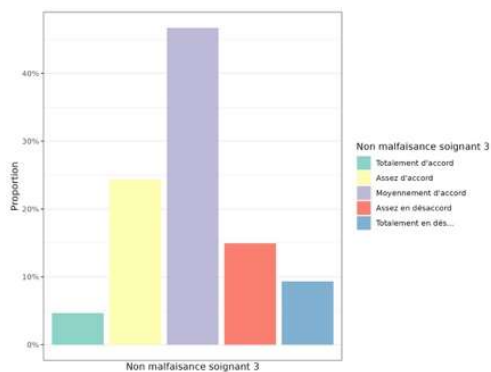


La plus grande partie des sondés est assez d'accord (n=37, 35%).

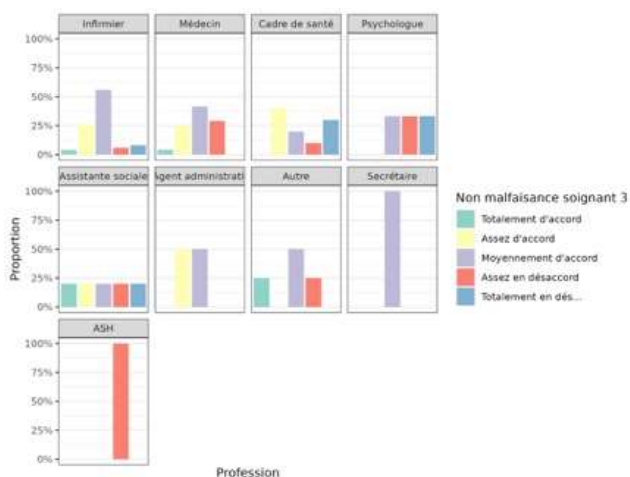


Mais on retrouve des réponses très franchement différentes chez les agents de nuit, dont la grande majorité est fortement en désaccord (p<0,001)

La chambre d'isolement diminue le risque d'agression sur les soignants



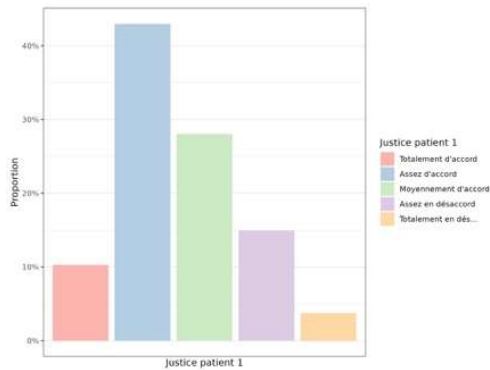
Presque la moitié des sondés sont moyennement d'accord (n=50, 47%).



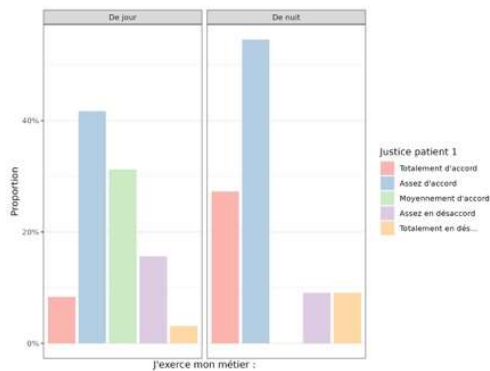
Concernant la profession (p = 0,024, les psychologues et les ASH seront plus en désaccord avec l'affirmation.

H. Principe de justice à l'égard des patients

L'utilisation de la chambre d'isolement permet de mieux prendre en charge le patient isolé

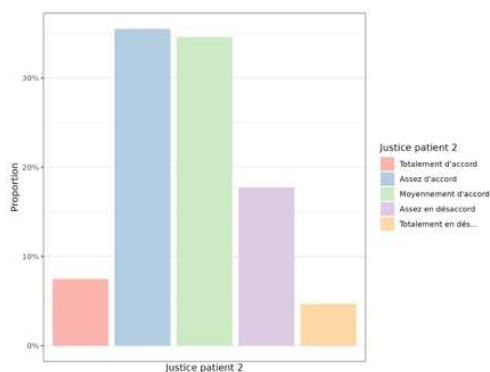


Les professionnels sont majoritairement assez d'accord (n=46, 43%),



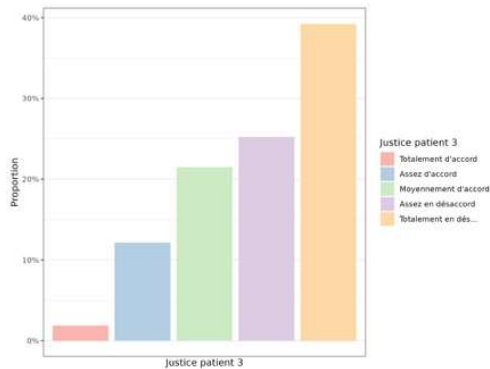
L'accordance est renforcée chez les travailleurs exerçant la nuit (p = 0,03).

L'utilisation de la chambre d'isolement permet de mieux prendre en charge les autres patients de l'unité

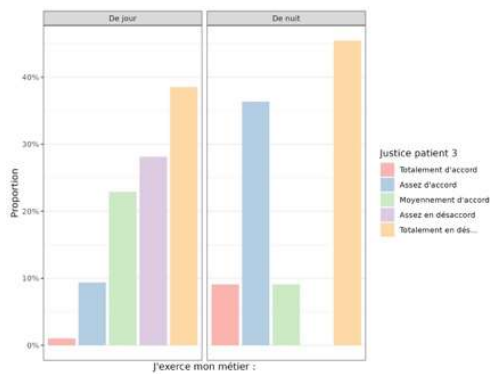


Deux groupes de réponses ont des résultats similaires, le groupe assez d'accord (n=38, 36%), quasiment égal à celui des moyennement d'accord (37, 35%), sans facteur d'influence retrouvé.

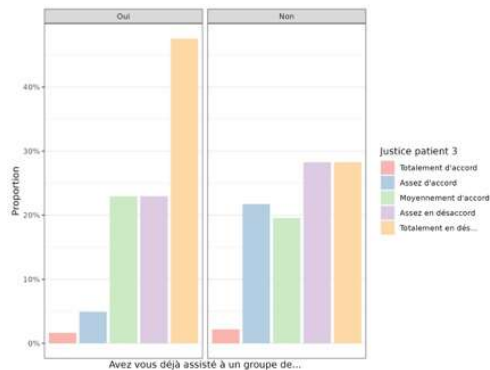
L'utilisation de la chambre d'isolement permet de réduire la durée, et donc le coût d'une hospitalisation



La majorité des sondés sont totalement en désaccord (n=42, 39%)

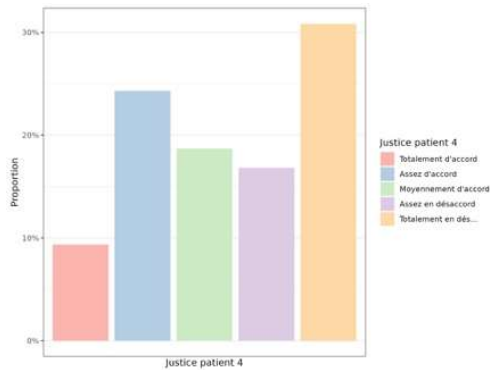


Parmi le personnel de nuit ($p < 0,01$), deux tendances s'opposent, avec en parallèle d'une majorité de totalement en désaccord, une forte proportion de personnes assez en accord.

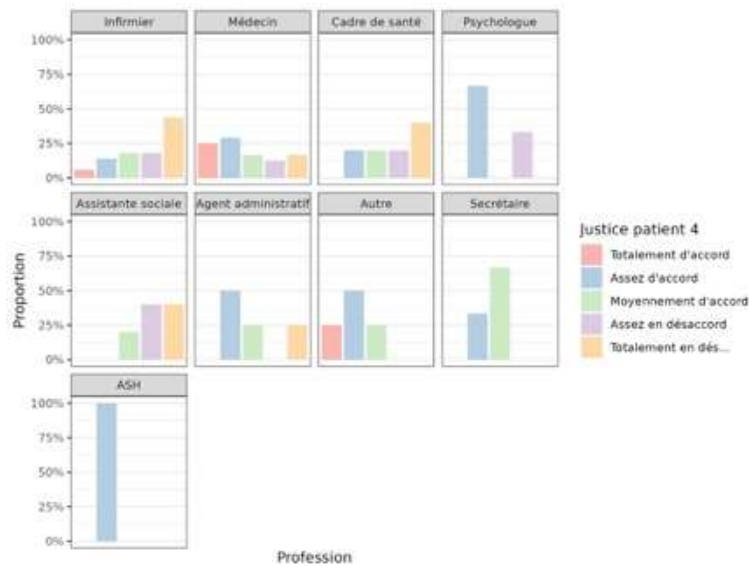


Les personnes n'ayant pas participé aux groupes de moindre recours à l'isolement sont aussi plus partagées concernant l'énoncé ($p = 0,043$)

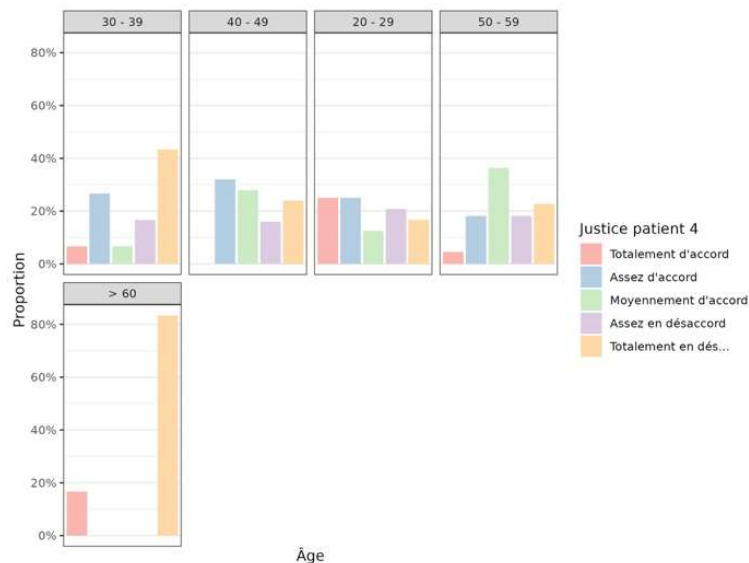
Des préjugés en fonction du diagnostic psychiatrique du patient influencent la mise en chambre d'isolement d'un patient



La réponse majoritaire est "totalement en désaccord" (n=33, 31%).

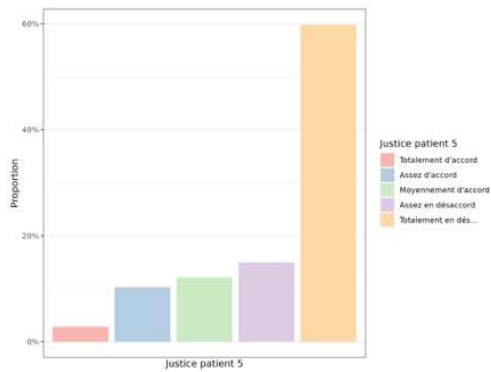


Les réponses sont assez disparates en fonction des métiers (p=0,047) avec des profils de réponses très disparates en fonction des différentes professions.



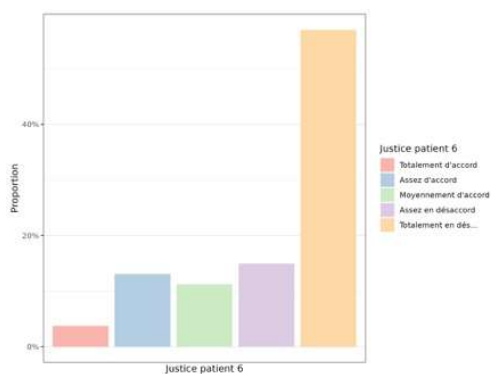
On retrouve aussi des différences entre les tranches d'âge (p=0,02), notamment chez les plus de 60 ans où la réponse est plus tranchée en faveur du désaccord total.

Des préjugés en fonction de l'origine ethnique, du niveau socio-économique ou des croyances du patient influencent la mise en chambre d'isolement d'un patient



Ici les travailleurs sont très majoritairement totalement en désaccord (n=64, 60%), sans variable distinguant les différents sous-groupes.

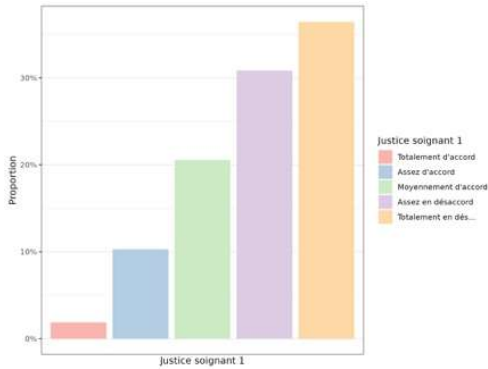
Des préjugés en fonction du sexe du patient influencent sa mise en chambre d'isolement.



Ici aussi les sujets sondés sont majoritairement totalement en désaccord (n=61, 57%), de façon uniforme en fonction des sous-groupes étudiés.

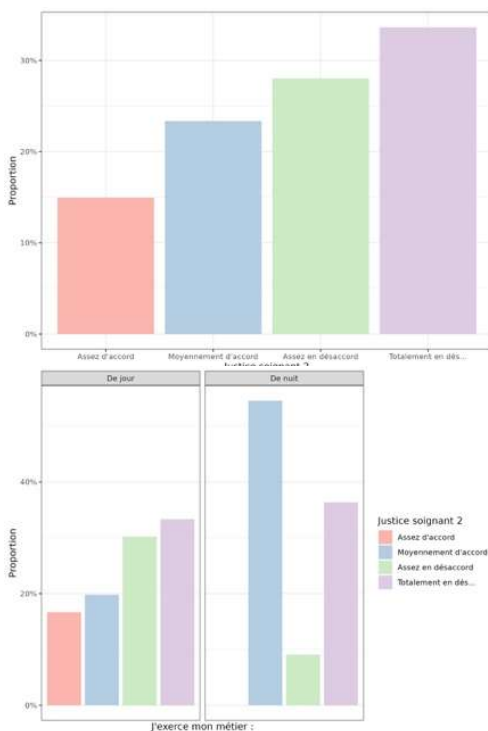
I. Principe de justice à l'égard des soignants

L'utilisation de la chambre d'isolement permet de mieux gérer le temps de travail



Les sondés sont globalement en désaccord (67%), comptant les totalement en désaccord (n=39, 36 %) et les désaccords (n=33, 31%).

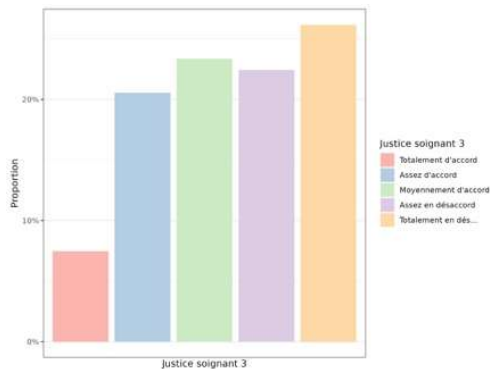
L'utilisation de la chambre d'isolement permet de répartir plus justement le temps de soins entre chaque patient.



Plus de la moitié des sondés sont en désaccord, avec le groupe Totallement en désaccord (n=36, 34%) suivi du groupe assez en désaccord (n=30, 28%)

Cependant dans le groupe exerçant de nuit (p=0,046), la majorité des répondant sont assez d'accord avec l'affirmation.

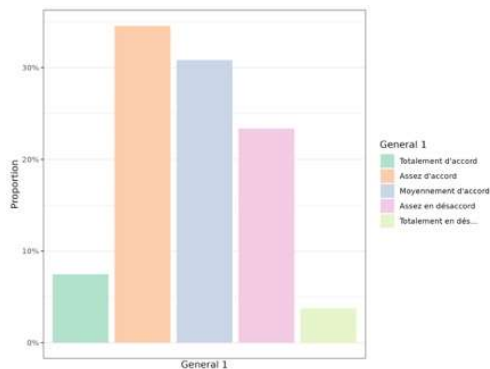
Les employés hommes et femmes sont égaux face à l'utilisation de la chambre d'isolement.



Là les réponses sont plus disparates, bien que la tendance cumulée des sous-groupes tende au désaccord, avec le groupe “totalément en désaccord” (n=28, 26%) celui “Moyennement en désaccord” (n=25, 23%), assez en désaccord (n=24= 22%), suivi du groupe assez d'accord (n=22, 21%)

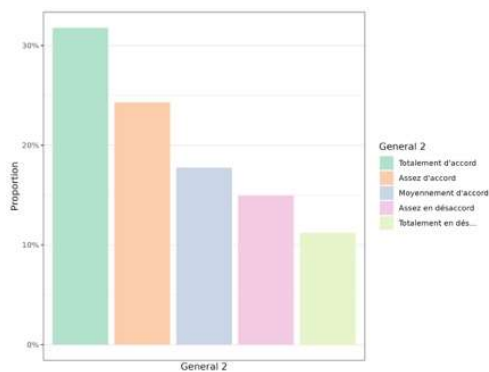
J. Idées générales

Je suis satisfait des pratiques actuelles concernant l'utilisation de la chambre.

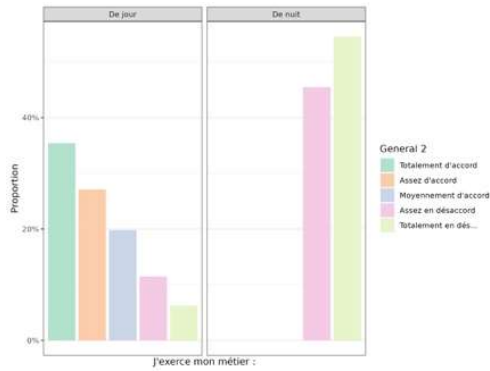


La majorité des sondés est assez d'accord (n=37, 35%), suivie de près par les « moyennement d'accord (n=33, 31%), sans différence significative retrouvée entre les sous-groupes.

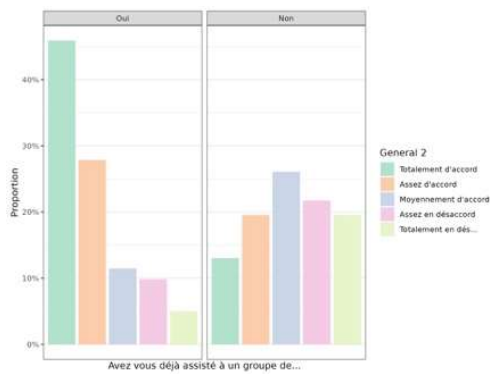
Je suis pour une réduction de l'utilisation de la chambre d'isolement.



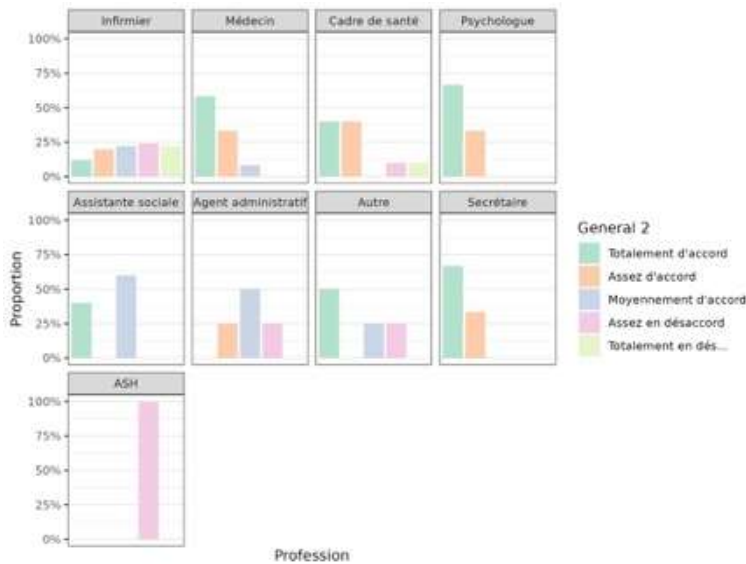
La plupart du panel est totalement d'accord (n=34, 32%) ou d'accord.



Cependant, les employés de nuit sont eux majoritairement en désaccord avec cette hypothèse ($p < 0,001$).

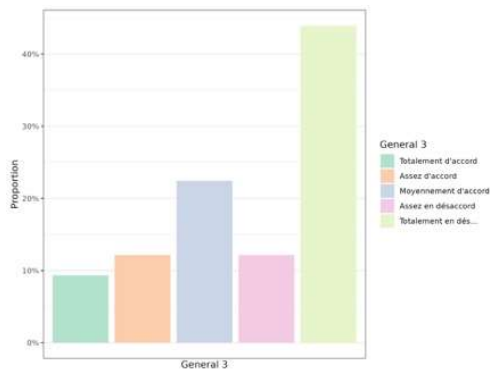


Les employés qui ne participent pas aux groupes de moindre recours à l'isolement ont des réponses moins positives ($p < 0,001$).

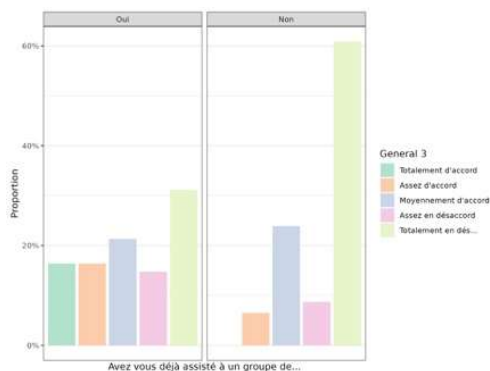


La répartition des réponses en fonction des professions ($p > 0,001$) diffère, avec le groupe ASH assez en désaccord et le groupe infirmier globalement mitigé entre les réponses.

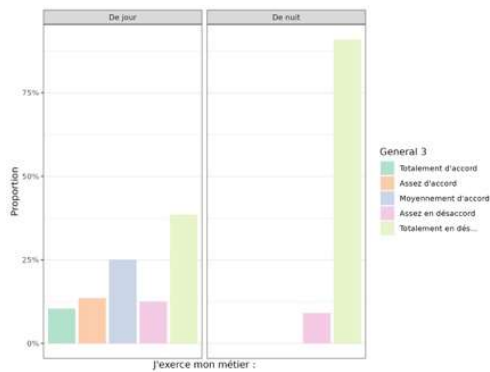
Je suis pour la suppression des chambres d'isolement.



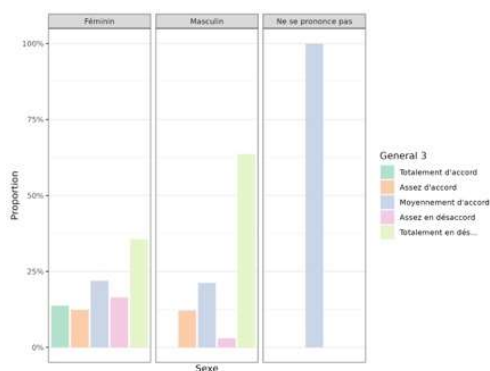
Concernant la suppression des chambres d'isolement, si la majorité des sondés est totalement en désaccord (n=47, 45%), on retrouve de nombreuses disparités en fonction des sous-groupes.



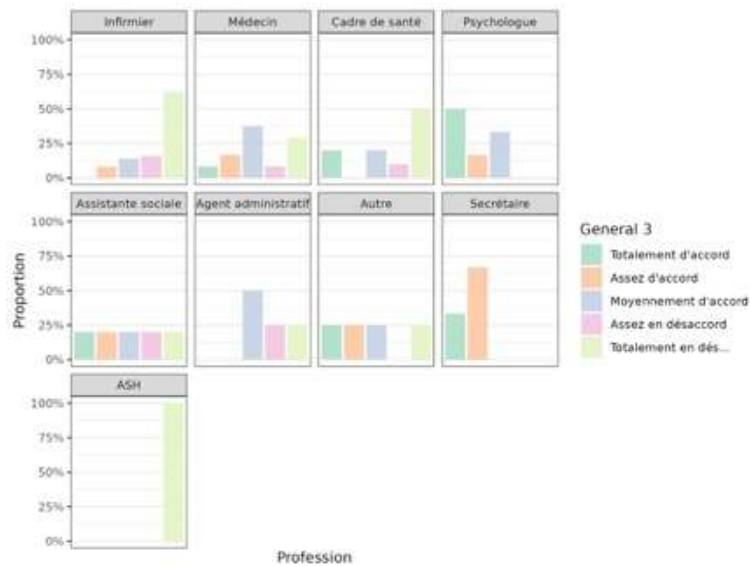
D'abord, les employés d'assistant pas aux groupes de moindre recours à l'isolement sont plus fortement en désaccord ($p < 0,01$).



La même tendance est retrouvée chez les professionnels exerçant de nuit ($p = 0,024$)

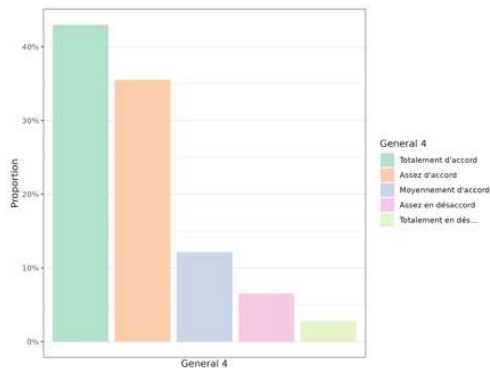


Le sexe influe aussi significativement, avec moins de disparités dans les réponses et un plus fort désaccord chez les sujets masculins ($p = 0,015$),

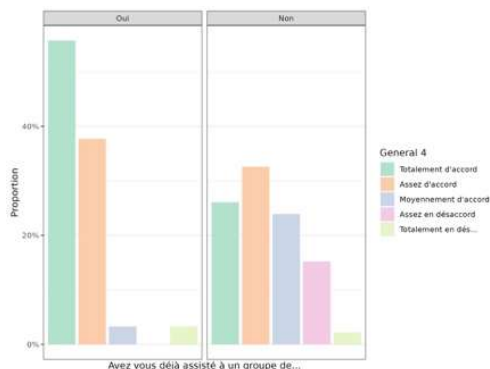


Concernant la profession, les psychologues et les secrétaires sondées sont plus enclines à cette idées que les autres corps de métier ($p < 0,001$)

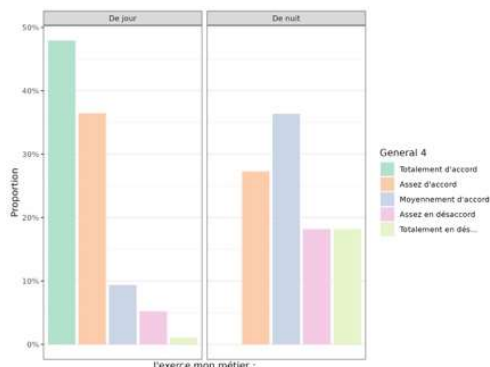
Je suis pour le développement des chambres d'apaisement.



La majorité des sondés est soit totalement d'accord ($n=46$, 43%) ou assez d'accord ($n=38$, 36%).

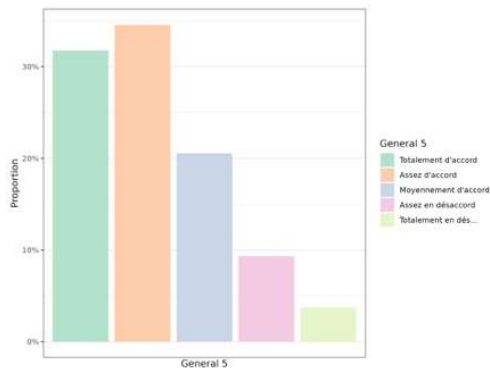


Les groupes d'employés qui ne participent pas au groupe de moindre recours à l'isolement sont plus mitigés ($p < 0,001$),

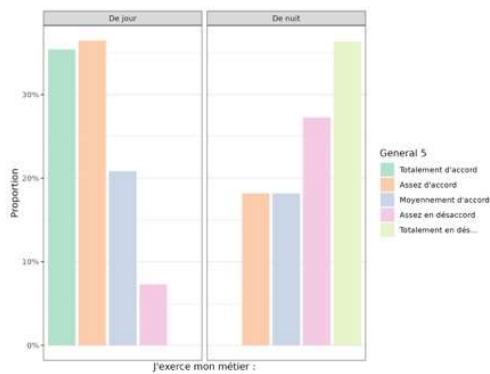


Les mêmes différences sont trouvées chez les employés de nuit avec des réponses plus modérées ou en désaccord ($p < 0,001$)

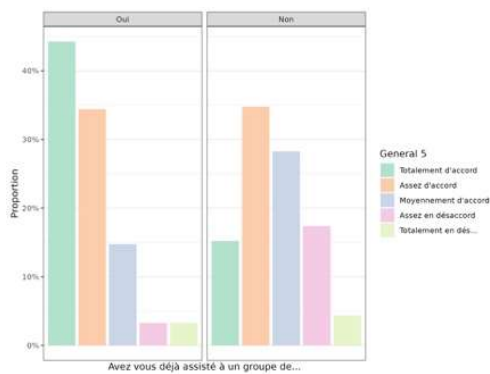
L'avis des patients devrait être pris en compte sur les modalités d'utilisation de la chambre d'isolement.



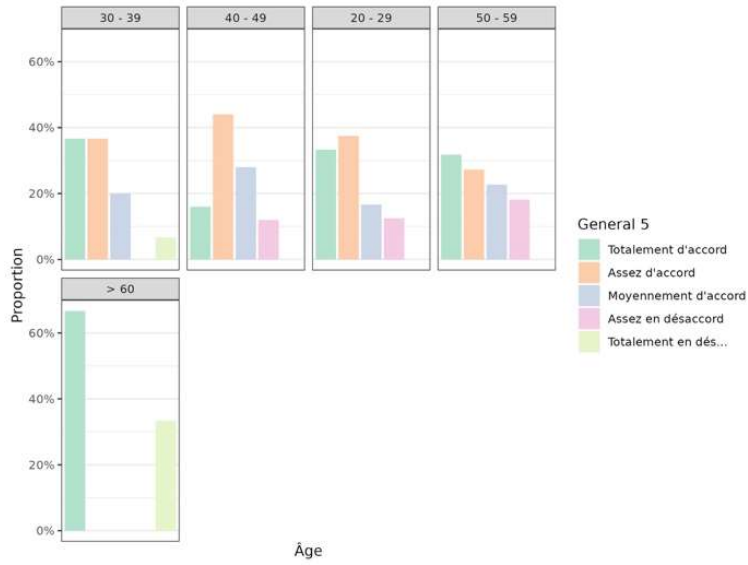
Si l'accordance globale est très élevée (67%), on retrouve de fortes disparités en fonction des variables.



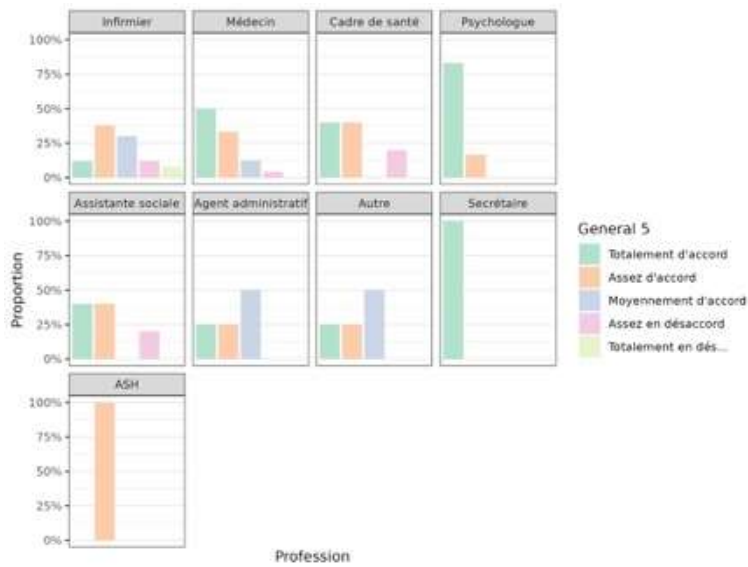
On retrouve une disposition presque en miroir entre les sondés de jour et de nuit, ces derniers étant majoritairement en désaccord ($p < 0,001$)



Le personnel n'assistant pas aux groupes de moindre recours à l'isolement est plus mitigé ($p < 0,01$)

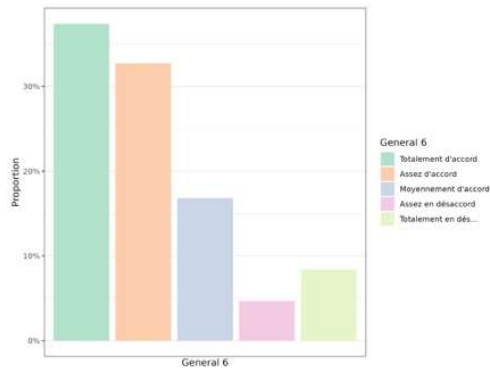


On retrouve également des disparités de répartition en fonction de l'âge ($p=0,041$).

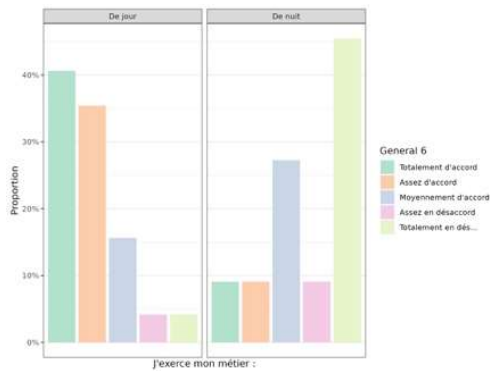


Des différences sont aussi retrouvées en fonction de la profession ($p=0,03$).

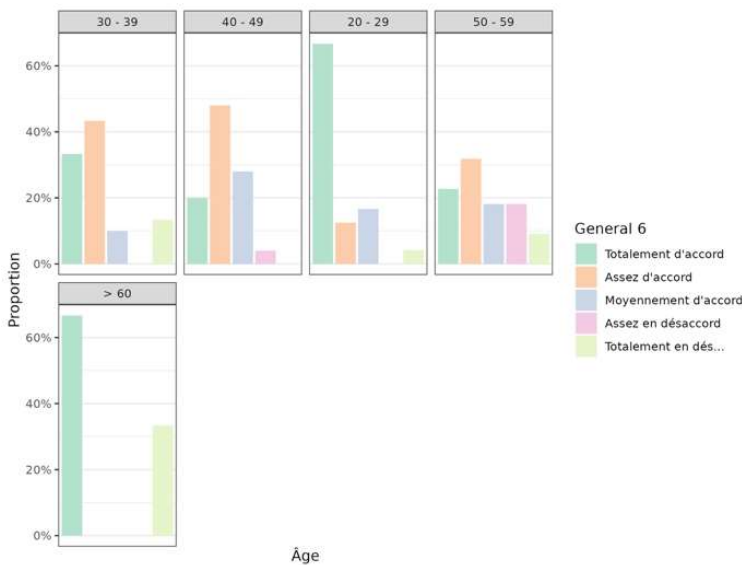
L'avis de l'ensemble du personnel de l'hôpital devrait être pris en compte sur les Modalités d'utilisation de la chambre d'isolement.



Concernant cette affirmation, on retrouve la même tendance que précédemment, avec une majorité de sujets totalement d'accord ou d'accord (70%).



On retrouve une répartition contradictoire entre les agents de jour et ceux de la nuit ($p < 0,001$).



Aussi, la répartition diffère en fonction des âges, avec la tranche 50-59 plus mitigée, et un plus fort taux de désaccord total chez les > 60 ans.

IV. Discussion

Forces et faiblesses de l'étude

Concernant les forces de l'étude, nous pouvons souligner que, à contrario des études similaires qui ciblent uniquement les professions médicales ou infirmières, notre travail propose un sondage global de l'ensemble des corps de métier.

Tous ont pu, sous couvert d'anonymat, avoir la possibilité d'exprimer leur opinion sur ce débat encore trop peu libre en pratique.

Ce travail contribue donc à enrichir la réflexion générale en intégrant tous les membres de l'institution.

Le nombre de participant, représentant 1/3 de la population cible permet d'avoir des réponses assez significatives, d'autant que l'échantillon est totalement représentatif de la population générale des salariés hospitalier dans le secteur public en termes d'âge et de sexe.

Les faiblesses principales seraient le caractère monocentrique de l'étude, ainsi qu'un biais de sélection de cet établissement où un travail institutionnel a déjà été entamé depuis plusieurs années.

Le rapport de la Contrôleuse Générale des Lieux de Privation de Liberté de 2018, avec son rapport qui a salué les pratiques globales, mais a critiqué des mauvais chiffres concernant l'utilisation de la chambre d'isolement.

Sa déclaration a permis d'enclencher la réflexion visant à la diminution des pratiques collectives, qui commence à se ressentir au sein de l'établissement, avec une nette diminution du nombre de recours à l'isolement entre 2021 et 2022 (56). Ainsi, ce travail, bien qu'instructif pour poursuivre la réflexion au sein de l'établissement, ne saurait refléter la question de l'isolement à un niveau national

Malgré l'ouverture à l'ensemble des corps de métier, la répartition des groupes de professionnels n'est pas représentative des hôpitaux publics, avec dans le panel sondé une sur-représentation des infirmiers et des médecins, et une sous-représentation des autres corps de métiers.

Certains sous-groupes avec de très faibles effectifs amené à réduire la puissance statistique, obligeant à réaliser certains tests statistiques avec un test exact de Fisher au lieu d'un Chi 2 qui aurait été préférable.

Discussion

Concernant les caractéristiques globales de la population, le panel est assez représentatif pour le critère du sexe, avec 73% d'agents féminins dans l'étude contre 78% de femmes travaillant au sein de la fonction publique hospitalière. (103).

L'âge est également en accord avec la population générale, avec une moyenne étude à 40,5 ans (11,5 années d'écart type), contre en moyenne 42 ans en population générale. (104).

La répartition des professions n'est pas représentative de population des agents hospitaliers, les professions infirmières et médicales étant sur-représentées par rapport à la démographie moyenne d'un hôpital public, alors que les autres corps de métier sont sous représentés.

Bien qu'il semble compréhensible d'avoir des taux de réponses supérieures de ces groupes professionnels, étant plus à proximité des chambres d'isolement, ou des discussions cliniques des patients, il aurait été intéressant d'obtenir un sondage plus multidisciplinaire pour obtenir les avis généraux, et mieux comprendre ce qui constitue les représentations collectives autour de la chambre d'isolement au sein de l'établissement.

A propos des caractéristiques spécifiques à la chambre d'isolement, on peut voir que 84% des sondés avaient déjà connaissance de la chambre d'isolement avant leur exercice en psychiatrie, laissant penser donc comme évoqué plus tôt qu'un agent n'arriverait pas à l'hôpital psychiatrique naïf de toute représentation politique, sociale ou culturelle autour de la chambre d'isolement.

Cependant, uniquement 9,3 % des sondés ont bénéficié d'une formation spécifique concernant la chambre d'isolement, formation qui serait nécessaire à la déconstruction d'idées préconçues, et à une harmonisation de la base de connaissance des professionnels concernant la chambre d'isolement.

La formation devrait pourtant être un prérequis exigé aux soignants pratiquant la mise en isolement de patients selon les recommandations de 2017 (54).

De la même façon, le débriefing des situations cliniques autour de la mise en chambre d'isolement avec l'ensemble des professionnels impliqués devrait selon les recommandations être systématiquement effectuée et retracée dans le dossier.

Mais seulement 54% des agents interrogés y ont eu recours, évoquant l'hypothèse que le reprise de la situation avec le patient est encore moins systématique en pratique, question qui pourrait être intéressante à poser dans un questionnaire ultérieur.

La majorité des personnes interrogées (57%) ont participé aux groupes de travail autour du moindre recours à la chambre d'isolement.

Ce pourcentage permet d'effectuer une comparaison intéressante avec le sous-groupe n'y participant pas, mais pourrait représenter un biais quant aux réponses recueillies, avec des agents qui sont déjà sensibles à la question du moindre recours à la chambre d'isolement, et ont déjà aiguisé leur opinion sur le sujet.

Les groupes de travail ont réuni de façon mensuelle depuis 2021 les soignants et les patients avec pour seul axe de travail : « la chambre d'isolement : parlons en ensemble. ». D'abord, les échanges ont donné l'occasion à chacun de pouvoir déposer devant tous son expérience et ses émotions autour de l'emploi de la chambre d'isolement ainsi que leurs opinions générales.

L'intensité des premiers débats a rendu compte de la généralité des dilemmes que procurent l'utilisation de la chambre d'isolement, qui n'est pas uniquement l'apanage des patients.

Les soignants ont également eu l'occasion d'échanger avec les principaux intéressés de ce qui peut se passer de l'autre côté, créant un terrain inédit propice à remettre de l'humanité et de la communication productive autour de ce sujet qui semblait si tabou. Progressivement, le groupe s'est structuré, se décalant du simple groupe de parole, pour établir un vrai groupe de travail et de discussion éthique, dont les règles sont rappelées en début de chaque session.

Depuis l'année dernière, pour approfondir ce travail engagé, chaque session est réfléchie et préparée autour d'une thématique particulière en lien avec la chambre d'isolement, permettant d'enrichir le débat, de toucher d'autres participants, et de continuer à réfléchir ensemble, de façon théorique ou plus pratique, aux alternatives possibles à la chambre d'isolement et à la requestionner nos pratiques.

Les effets de ce groupe sont intéressants à observer, permettant de mettre des chiffres sur les effets ressentis en pratique, d'autant plus que la littérature scientifique est en faveur de l'effet positif des groupes de travail concernant le moindre recours aux mesures coercitives dans les établissements étudiés. (52)

Concernant l'analyse statistique, elle a pour intention de rechercher l'influence potentielle de l'âge, de l'ancienneté dans le secteur psychiatrique, du sexe, de la profession, de l'exercice professionnel de jour ou de nuit, ou la participation ou non aux groupes de travail sur le moindre recours à la chambre d'isolement, sur les émotions qui peuvent révéler un enjeu éthique, ou sur l'adhésion aux principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice concernant l'utilisation de la chambre d'isolement.

Ainsi, peut voir que sur les 16 émotions proposées et 41 affirmations réfléchies autour des différents principes de l'éthique médicale, l'intégralité des émotions et 34 énoncés sur 41 ont fait l'objet de réponses significativement différentes en fonction d'au moins un sous-groupe étudié, révélant donc la très grande disparité d'opinions autour de ce sujet sensible.

Le sous-groupe étudié retrouvant le plus de différences significatives est tout d'abord l'exercice professionnel en journée ou de nuit, où les réponses divergent concernant 23 citations sur les 41 et 9 émotions sur 16.

Ensuite on retrouve des différences importantes en fonction des différents groupes professionnels, avec des résultats significativement différents pour 20 affirmations et 10 émotions.

Enfin, la participation ou non au groupe de travail sur moindre recours à l'isolement influe également de façon importante, avec des disparités significatives concernant 20 affirmations sur les 41 proposées, et la moitié des émotions énoncées.

Le sexe, l'âge et l'ancienneté n'influent que de façon anecdotique sur les réponses du sondage.

Le désordre des émotions

Concernant l'analyse des émotions renvoyant à l'idée de la chambre d'isolement, et pouvant mettre en lumière un enjeu éthique, nous pouvons d'abord noter que les agents ne sont absolument pas indifférents au sujet de la chambre d'isolement (72%).

Concernant les sentiments à valences positives, même si le panel est majoritairement totalement en désaccord concernant l'excitation (61%), bien être (46%), la compassion (30%) ou le sentiment de solidarité (31%), on peut tout de même constater de franches disparités dans les résultats avec des pourcentages proches ou des résultats contradictoires.

L'influence du groupe de moindre recours à l'isolement est importante, avec 4 distributions significativement différentes sur les 5 émotions, avec des réponses plus nuancées ou mitigées chez les personnes n'ayant pas assisté aux groupes de réflexion.

La profession influe à la même proportion, avec les groupes non directement au contact de la chambre d'isolement (assistante sociale, agent administratif, groupe autre) avec des réponses plus pondérées.

Concernant les émotions à évoquant la fonction de protection, telles que la sécurité ou la réassurance, le panel global est tout de même assez d'accord.

Ici le facteur d'influence prépondérant sera le travail de nuit et les sujets qui n'ont pas participé au groupe de moindre recours à l'isolement, avec une très franche majorité de sujet totalement d'accord.

Concernant les émotions primaires négatives, les réponses divergent.

Alors que les agents ont répondu être assez d'accord avec les sentiments de tristesse (38%) et d'anxiété (36%), ils sont très en désaccord avec le sentiment de colère (34%). Aussi, les sondés sont mitigés concernant la peur où les réponses sont assez disparates.

Ici également les sous-groupes se distinguent significativement en fonction de la profession, mais surtout concernant les professionnels exerçant de nuit, avec parfois des courbes de réponses diamétralement opposées de leurs collègues de journée, étant globalement en désaccord avec les émotions négatives à l'égard de la chambre d'isolement.

L'indignation, émotion de la lutte, reçoit un accueil majoritairement désapprobateur (35%), réponse rapportée de façon unanime chez les agents travaillant de nuit, mais avec des avis plus nuancés chez les travailleurs de jours.

Ensuite, nous avons étudié le rapport aux les émotions négatives plus complexes, renvoyant à un impact potentiel de la pratique sur son jugement de soi, telles que la culpabilité, le sentiment de vulnérabilité ou d'humiliation.

Ces sentiments divisent le personnel sondé, mais avec toujours un très fort désaccord quasiment unanime des agents de nuit, face à leurs collègues de jour aux réponses plus disparates voire en accord.

Le sentiment d'humiliation est lui majoritairement rejeté par le panel (38%), sauf pour les personnes ayant participé aux groupes de moindre recours à l'isolement qui sont plus en l'adhésion à cette émotion.

Ainsi, on peut voir que les émotions en lien avec la chambre d'isolement sont très divisées déjà dans le panel global

Mais on constate surtout des différences majeures entre certaines professions, mais essentiellement entre les agents exerçant de jour ou de nuit et l'impact du groupe de travail sur le moindre recours à l'isolement.

L'autonomie soignante affirmée, celle des patients jusqu'à une certaine mesure.

Concernant la perception de l'autonomie professionnelle, le panel est majoritairement « fortement en accord » avec le sentiment de pouvoir exprimer son avis professionnel sur les différentes étapes de la mise en chambre d'isolement.

Cependant, sans surprise, on voit un facteur d'influence significatif en fonction de la profession, et de l'ancienneté de l'agent.

De façon plus surprenante, on retrouve un sentiment d'autonomie plus grand concernant les modalités de travail au sein de la chambre d'isolement chez les sondés n'ayant jamais effectué de groupe de moindre recours à l'isolement (46% du sous-groupe, $p < 0,01$).

A propos de l'autonomie du patient, le fondement même de ce principe, soit la considération d'une égalité entre soignant et soigné, n'est considérée comme juste, avec 45% de désaccord total.

Cependant, le panel reste assez d'accord avec la considération de certains pans de l'autonomie du patient, notamment concernant la prise en compte de son avis pour son admission en chambre d'isolement (29%), les modalités de déroulé du séjour (50%) et du traitement médicamenteux nécessaire (36%) ou de décision de sortie (45%).

Les facteurs d'influence sont d'ordre professionnels, avec sans surprise les formations médicales ou infirmières plus encline à être à proximité du patient isolé, et à devoir effectuer une réévaluation régulière pour ouvrir progressivement ses libertés.

Il existe également une différence significative entre les sondés ayant participé à un groupe de moindre recours à l'isolement, ces derniers qui auraient pu recevoir le témoignage de la vision des patients face à la chambre d'isolement, ou d'enrichir leur pratiques professionnelles par l'échange avec les agents d'autres unités, permettant peut-être de s'ouvrir à un autre regard sur la capacité de décisions du patient pour lui-même, même au sein de la crise, et de se détacher de modes de fonctionnement qui ne font parfois plus sens.

L'hypothèse concernant les désaccords entre des professionnels exerçant de jour ou de nuit, pourrait être induit par des modes d'utilisation différents.

Les initiations de chambre d'isolement la nuit pourraient répondre à un besoin plus rapide de faire céder la crise, décision qui est parfois même prise en amont de l'admission du patient en fonction de son profil de description clinique.

La formalisation des modalités de mises en isolement ou possibilités de sortie du patient sont habituellement repoussées pour être requestionnées de jour, après réévaluation médicale.

La nuit pourrait également permettre moins de possibilité de souplesse ou d'initiatives vis-à-vis des potentielles alternatives, par l'organisation des soins et le manque d'effectif global.

La bienfaisance : l'isolement considérée comme un soin malgré lui.

Concernant l'importance accordée au principe de bienfaisance, la majorité des sondés est assez en accord ou totalement d'accord avec le caractère thérapeutique de la chambre d'isolement (68%) et son bénéfique en tant que tel (59%), malgré qu'il ne soit jamais fait mention de son caractère thérapeutique dans les recommandations.

Les sondés ont déclaré avoir à cœur d'accorder du confort au patient (71%) au sein de la chambre d'isolement, cependant, concernant l'autre versant du principe de bienfaisance qui fait référence à des notions de bien être, de qualité de vie les répondants sont à des sont beaucoup plus réservés.

A propos de l'aspect du bénéfique ressenti comme tel par le patient face à la chambre d'isolement, soit les conditions de dignité, de respect, et d'humanité dans cette pratique, les répondant sont en général moyennement d'accord, pouvant faire imaginer qu'il s'agisse d'énoncés clivant, à propos de ce « mal nécessaire » décrit régulièrement, tiraillant les opinions.

Concernant la bienfaisance potentielle de la chambre d'isolement à l'égard des soignants, la fonction de protection chez les soignants moins tranchée avec plus d'avis modérés, ce qui interroge car le sentiment de sécurité avec une assez bonne adhésion lors du sondage des émotions.

La réponse est-elle atténuée face à une mise à l'imagination d'une situation pratique, rendant compte du dilemme face à une mise en situation ?

La reconnaissance à plusieurs vitesses de la malfaisance potentielle.

Bien que la majorité des répondants avouent la potentielle atteinte aux libertés fondamentales du patient que représente la chambre d'isolement (31%), l'étude en fonction des sous-groupes montre un fort désaccord chez les sujets de nuit ou ne participant pas aux groupes de moindre recours à l'isolement, ou de certains groupes professionnels comme les psychologues sondés.

Concernant le danger physique ou psychique pour le patient ou de détérioration de la relation thérapeutique les réponses sont assez mitigées en général, mais on retrouve encore une fois un très fort désaccord du personnel de nuit, ou n'effectuant pas des groupes de moindre recours à l'isolement.

Ces risques ou atteintes aux libertés des patients sont pourtant bien reconnus, par les instances internationales, la politique de réduction des pratiques coercitives en psychiatriques figurant à l'agenda politique international de 2023 de l'Organisation Mondiale de la Santé.

La dépréciation du risque psychique ou physique pour les patients interroge sur la mise à distance ou un phénomène de blindage psychologique pour éviter une remise en question couteuse de cette pratique, dépassant notre mission première de soin.

La chambre d'isolement n'est pas envisagée comme un moyen punitif (78%), ce qui est rassurant quand on se rappelle l'histoire psychiatrique avec ses nombreuses dérives et son développement trop longtemps en parallèle de l'environnement carcéral.

Concernant la non-malfaisance qu'apporterait l'utilisation de la chambre d'isolement à l'égard des soignants, même si la majorité des sondés y voient une pénibilité au travail, ou un risque d'épuisement professionnel, d'autant plus, que le sondage général reste

assez réservé quant à sa fonction de diminution de risque d'agression sur les soignants.

Cependant, on retrouve la même dichotomie avec le personnel de nuit qui reste fortement en désaccord avec la perception de ces risques.

La justice tenue à cœur, rassemble les soignants.

Concernant le principe de justice, il s'agit du principe avec le moins de différences significatives entre en fonction des sous-groupes étudiées.

Les professionnels sont d'accord concernant la fonction d'utilité de la chambre d'isolement pour s'occuper aussi bien du patient isolé (43%) que des autres patients de l'unité (36%), et donc ne pas négliger les autres sujets vulnérables face au sujet en crise.

Le personnel sondé est majoritairement en désaccord total (39%) avec l'approche budgétaire que la chambre d'isolement diminuerait le cout d'une hospitalisation par la diminution de sa durée. Serait-ce par refus de considérer les aspects inhérents aux finances du système de santé limités, ne souhaitant pas les mettre dans l'équation de la décision soignante ?

Concernant les préjugés potentiels, les agents sondés globalement totalement en désaccord sur l'hypothèse d'une influence du diagnostic (31%), du sexe (57%), d'autres critères socio-économiques ou culturels (64%) sur la mise en isolement, contrairement à ce qui a été constatée dans l'étude récente montrant que les sujets jeunes, hommes avec de faibles revenus sont plus fréquemment mis en chambre d'isolement. (55)

Concernant le principe de justice à l'égard des pratiques soignantes, l'utilisation de la chambre d'isolement ne permettrait pas de mieux gérer son temps de travail (36%), ni de mieux répartir le temps de soin entre chaque patient (36%).

La question de l'inégalité entre les sexes divise le panel étudié, sans réponse se distinguant franchement des autres, malgré qu'on puisse entendre souvent en pratique la pénibilité supérieure des hommes face à la chambre d'isolement, souvent appelés en renfort et se confrontant d'avantage aux situations d'agitation à risque.

Oui pour la diminution, mais pas n'importe comment.

Concernant le sondage général, la plupart des gens sont pour la diminution du recours à la chambre d'isolement (56%), mais très fortement en désaccord sur l'idée de sa suppression (44%), bien que les personnes assistant aux groupes de moindre recours à l'isolement soient plus ouverts à cette éventualité.

Cela traduit l'effort collectif réflexif et pratique bien ancré au sein de l'établissement, mais une probable angoisse d'une idée de la suppression dans l'état actuel, sans moyens ou alternatives supplémentaires.

Concernant l'idée du sondage global de tous les usagers (67%) ou professionnels de l'établissement psychiatrique (70%), même si la majorité montre son accord, le personnel de nuit ou n'assistant pas au groupe de moindre recours à l'isolement semblent plus en désaccord avec le sondage généralisé, pouvant traduire la crainte que leur avis, ou leurs inquiétudes justifiées ne se fondent et disparaissent dans l'opinion globale.

Les commentaires libres, témoins des divergences du débat.

Bien qu'ils n'aient pas été intégrés à l'étude statistique, il me semblait important d'évoquer les commentaires libres, car ils renvoient à la multiplicité d'opinions concernant ce débat si houleux.

Dans l'encadré avec possibilité d'énoncer d'autres émotions, les plus souvent cités sont tantôt un « soin intensif », tantôt un « échec » de la prise en charge.

Les autres émotions évoquent de la bienveillance, avec le sentiment de « répondre à un besoin », un « soulagement » pour le patient, « de la contenance » ou même la comparaison entre la chambre d'isolement avec une « chambre de méditation ».

D'autres membres du personnel vont évoquer des sentiments très négatifs, de « frustration », de « vision coercitive de la psychiatrie », de « punition », d'« injustice », vers l'extrême avec la « maltraitance » ou la « torture ».

La pertinence du sondage des sentiments a été également plusieurs fois remise en question, certains agents considérant que cela n'était « pas approprié », car s'agissant « d'un soin prescrit et administré au patient ».

La mise à distance des émotions potentielle peut questionner, surtout en psychiatrie où l'exploration émotionnelle est aussi bien l'enjeu du travail thérapeutique qu'un outil à part entière.

La normativité d'un acte par la prescription médicale, paralysant la remise en question et pouvant rappeler la célèbre expérience de Milgram, est importante à interroger. La promotion la pensée critique de chacun étant impérative pour prodiguer un soin de qualité et le plus adapté à chaque patient.

Concernant les commentaires personnels, on peut voir l'intensité de l'inquiétude que cette question soulève, avec des agents clamant qu'il s'agit d'un « OUTIL DE SOIN INDISPENSABLE », voire qu'il serait « dangereux » ou « maltraitant » de supprimer la chambre d'isolement.

L'inquiétude quant aux dérives de « punition » est mentionnée à plusieurs reprises, montrant la connaissance de potentielles failles mais surtout l'attention permanente nécessaire pour éviter d'y tomber.

Il est également souvent fait mention du sentiment d'impossibilité pour le moment, sans « moyens humains, financiers ou de formation » d'avancer, malgré une volonté de « réflexion »

Plusieurs critiques ont été faites sur la forme du questionnaire, certains le jugeant trop « général », et d'autres au contraire déplorant des possibilités de réponses « trop binaires », y voyant une « orientation » des réponses ou de la réflexion, allant même jusqu'à déclarer que le questionnaire a été conçu pour « diaboliser la chambre d'isolement » et « culpabiliser » le personnel en faveur de son utilisation.

Cette position défensive face à l'interrogation de la pratique montre la poursuite nécessaire des efforts pour continuer le travail de débat, de sensibilisation, et d'ouverture du dialogue autour de cette pratique.

V. Conclusions

Nous pouvons finalement conclure ce travail d'étude de l'approche éthique du vécu soignant face à la chambre d'isolement.

Concernant le choix de cette thématique, il s'est effectué devant la constatation d'abord personnelle d'importantes divergences d'utilisation, d'opinions et de représentations en lien avec chambre d'isolement au sein des différents services visités.

Au fil de l'internat, nous avons la chance de pouvoir côtoyer différents lieux d'exercices, s'enrichissant de différentes orientations thérapeutiques, et permettant d'affiner progressivement notre sensibilité notre façon de concevoir la prise en charge du patient.

Mais ce manque d'harmonie entre les pratiques des différents établissements de soins interroge face à cette pratique délicate, soumise à de nombreuses critiques voire à de l'indignation de la part des usagers de la psychiatrie qui y ont été confrontés.

Pourtant, la pratique de l'isolement est retracée depuis l'Antiquité, et l'usage des chambres d'isolement telles que nous les connaissons aujourd'hui date du 19^{ème} siècle.

L'exploration de l'histoire de cette pratique contient son lot d'ambivalence, rappelant les mouvements de va-et-vient avec entre mesures coercitives assumées ou le maintien de son utilisation à contre-cœur par les équipes soignantes, sans jamais pouvoir se détacher de son usage.

L'analyse de la littérature psychanalytique permet de dégager certaines hypothèses sur la fonction de la chambre d'isolement sur la réorganisation psychique du patient, telles que le pare-excitation de Freud, les ondes alpha de Bion, ou la contenance de Winnicott, devenue omniprésente dans notre jargon clinique.

D'autres auteurs peuvent assimiler des théories sur la fonction de la limitation spatiale, de dimensions plus palpables et physiques, telles que la seconde peau musculaire de Bick, le moi peau d'Anzieu, ou d'autres concepts selon lesquels les murs de la chambre d'isolement permettraient un rassemblement du patient dispersé par l'intensité de la crise qu'il traverse.

Mais ces nombreuses théories sont accessibles à de nombreuses critiques, et il n'est pas possible d'établir un consensus théorique sur la fonction thérapeutique de la chambre d'isolement pour le patient.

Concernant les pratiques professionnelles, la fonction pour les soignants de la chambre d'isolement doit être interrogée face à ce manque de validité conceptuel.

On peut ainsi évoquer le rôle de soin et l'envie d'apaiser rapidement les souffrances ou la nécessité d'intervenir face à un patient en détresse à risques d'actes de violence.

Cette violence présupposée ou réelle rejoint la notion de risque en psychiatrie, qui ne peut être occultée. En effet, il s'agit de la spécialité médicale recensant le plus de déclarations de violences envers le professionnel, devant les services d'urgences ou les EHPAD. Le risque physique d'agressions, mais également les enjeux psychiques avec l'épuisement professionnel progressif face aux patients difficiles sont à prendre en considération dans leur ensemble.

Cependant l'orientation vers une clinique non risquée suppose de se détourner de la prise en charge du patient au profit de la gestion de son comportement et de la crainte qu'il suscite. Le risque serait aussi donc de « se blinder », de s'éloigner de la sensibilité et de la souplesse nécessaire pour reconstruire un contact et une alliance de qualité avec lorsqu'il n'est plus capable de l'entreprendre par lui-même.

La relation patient-soignant n'est pas isolée, elle s'inscrit au sein d'un organisme, d'une institution mais aussi du système de santé, dont les enjeux administratifs ou gouvernementaux peuvent également avoir un impact sur la fréquence ou les modalités d'utilisation de la chambre d'isolement.

L'impératif dicté de ne pas céder aux contraintes administratives, aux difficultés institutionnelles ou par manque de moyens en tout genre, semble ironique quand on considère les diminutions croissantes de moyens humains, matériels, financiers et techniques dans le domaine de la psychiatrie publique.

Les intrications sociétales et politiques ne peuvent non plus être camouflées. Tout d'abord, la législation concernant l'utilisation de la chambre d'isolement a mis longtemps à être structurées dans notre pays malgré l'histoire ancestrale de son utilisation.

Des recommandations de bonne pratique clinique et des lois dissuasives autour de l'utilisation de la chambre d'isolement ont été mises en place devant la constatation d'utilisations trop importantes, allant à l'encontre des réglementations nationales et internationales concernant le respect des droits des hommes et des citoyens ou des droits des patients.

Ces avancées, nécessaires, ont permis de faire évoluer les pratiques depuis ces dernières années, mais il existe toujours d'importantes disparités d'utilisation en fonction des territoires, qui ne peuvent être seulement expliquées uniquement par des géographies ou des groupes de populations différents.

Aussi, la construction de la psychiatrie a toujours été intimement liée à la société dans laquelle elle évolue.

Comme le lien étroit avec l'univers carcéral, où la prise en charge des malades mentaux ayant été mêlés à celle des criminels jusqu'au 19^{ème} siècle. Cette construction en parallèle dans l'histoire peut créer des confusions au sein de la population générale, avec ce rôle malgré nous de médiateur social qui nous est souvent rappelé, mais ces raccourcis peuvent se retrouver également dans nos services.

La place de la sémantique entendue dans les couloirs des services de psychiatrie n'est pas anodine, avec l'évocation de « cellule », de « cachots », de risque de « fugue » ou « d'évasion ».

On peut citer l'impact des faits divers, pouvant conduire à la promulgation de nouvelles lois sécuritaires, ou aux articles de presse perpétuant le vocabulaire pénitentiaire autour de la psychiatrie ou des chambres d'isolement.

Cependant, face à l'absence de formation systématique lorsque nous débutons notre exercice en milieu psychiatrique, on peut se demander jusqu'à quel point ces représentations antérieures persistent et impactent nos pratiques.

Nous voyons donc que patients, mais aussi soignants font face à une impasse complexe face à cet acte courant, mais dont le caractère thérapeutique n'est évoqué nulle part dans les recommandations et textes officiels.

Et pour interroger ce sujet, source de dilemme moraux et déontologiques importants, l'éthique médicale a toute son utilité.

Science du doute, cette discipline permet une réflexion profonde et complète sur nos actions en vue d'établir une doctrine, et de tenter d'apporter une dimension théorique aux principes d'action.

L'éthique médicale moderne a été créée au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale, après la découverte des abominables expérimentations perpétrées par les médecins nazis dans les camps de concentration.

Face à l'horreur révélée, il a paru nécessaire d'établir des conventions et des règles permettant de circonscrire les actes et expérimentations médicales acceptables.

Différentes instances se sont progressivement structurées sur le plan international, national et local, dans le but de toujours poursuivre la réflexion et de veiller à toujours avoir pour but d'atteindre les plus hautes normes possibles en matière de respect des droits de l'Homme en relation avec sa santé.

Pour permettre une interrogation productive, une méthodologie rigoureuse est nécessaire, telle que l'éthique principiste instaurée par Beauchamp et Childress.

Elle consiste à évaluer une situation en fonction des quatre principes, tels que le principe d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice, non pas pour les respecter à tout prix, mais pour approfondir la réflexion, analyser leurs intrications, les hiérarchiser et en comprendre la dialectique.

Le champ de la psychiatrie, par la spécificité de son sujet de soin qu'est un sujet dont l'intimité psychique est rendue vulnérable par ses troubles, est d'autant plus propice au maintien d'une attention de chaque instant, et ainsi au recours à la réflexion éthique.

D'autant plus que l'éthique et la psychiatrie peuvent se rassembler, car évoluant dans le domaine de la pensée, sans pouvoir s'appuyer totalement sur l'impartialité des outils scientifiques, ils doivent rendre compte de leur part sensible, et ainsi pouvoir avoir recours à l'analyse des émotions, qui peuvent aussi bien se révéler dans le travail transférentiel, que nous alerter sur un enjeu éthique.

Le sujet de la chambre d'isolement est d'autant plus intéressant à analyser sous la lumière des principes de l'éthique, car la transgression de chaque principe semble évidente.

C'est ainsi que nous avons conçu le questionnaire de thèse, soit « l'analyse du vécu soignant face à la chambre d'isolement à travers les principes de l'éthique médicale ».

Il s'agit donc d'une étude monocentrique au Centre Hospitalier Valvert de Marseille, dont la population cible était l'ensemble du personnel intra hospitalier exerçant au sein du pôle adulte.

Le questionnaire a été construit en 5 parties, une première partie sur les caractéristiques générales du professionnel, puis sur caractéristiques spécifiques en lien avec l'utilisation de la chambre d'isolement, l'analyse des émotions pouvant rendre compte d'un enjeu éthique, puis des énoncés concernant la perception soignante des enjeux éthiques pour les patients et à l'égard des pratiques professionnelles, et enfin des questions générales sur leur opinions autour de l'utilisation de la chambre d'isolement.

Les hypothèses de travail sont de rechercher l'influence sur l'adhésions aux principes de l'éthique face à la chambre d'isolement de 6 sous-groupes, soit de l'âge, de l'ancienneté, du sexe, de la profession, de l'exercice de jour et de nuit, ou la participation ou non aux groupes de travail de moindre recours à l'isolement qui ont été établi depuis quelques années au sein de l'établissement.

Concernant les résultats, 1/3 de l'effectif du pôle adulte intra-hospitalier a répondu, avec une bonne représentativité en termes d'âge et de sexe par rapport à la population générale du personnel hospitalier public. Les différents groupes professionnels étaient déséquilibrées, avec une surreprésentation des réponses d'infirmiers ou de médecins, et les autres corps de métiers sous représentés.

Les informations spécifiques à la chambre d'isolement ont révélé que 84% avaient déjà connaissance de l'existence de la chambre d'isolement avant leur exercice, mais que 91% des sujets n'ont jamais eu de formation spécifique concernant celle-ci, prérequis pourtant indispensable selon les recommandations.

Également seulement 54% des agents interrogés ont participé à un staff ou retour d'expérience concernant une situation clinique de mise en chambre d'isolement, qui devrait pourtant être systématique après chaque mise en isolement avec le patient et l'équipe pluridisciplinaire.

Concernant le corps du questionnaire, les réponses sont globalement assez disparates, rendant compte de l'absence d'harmonie des représentations autour de la chambre d'isolement. Sur les 16 émotions proposées et 41 affirmations réfléchies

autour des différents principes de l'éthique médicale, l'intégralité des émotions et 34 énoncés sur 41 ont fait l'objet de réponses significativement différentes en fonction d'au moins un sous-groupe étudié.

L'étude des questions en lien avec les émotions montre que les sujets ne sont absolument pas indifférents face à la chambre d'isolement. Ils sont majoritairement en désaccord avec les sentiments à connotation positive, assez d'accord avec les émotions à fonction de protection, ou les émotions primaires négatives, mais les émotions négatives complexes divisent plus le panel.

Il existe cependant de fortes disparités en fonction des sous-groupes : de façon assez attendue en fonction des différentes professions, n'ayant pas la même fonction ou le même positionnement face au patient, mais de façon plus surprenante et tranchée entre les professionnels exerçant de nuit, ou les personnes n'ayant pas assisté aux groupes de travail concernant le moindre recours à l'isolement, où les sondés sont globalement en désaccord avec les émotions négatives concernant l'idée de la chambre d'isolement.

Concernant les principes de l'éthique renvoyant à l'utilisation de la chambre d'isolement, à propos de l'autonomie des pratiques professionnelles, elle est globalement affirmée, avec des employés qui se sentent libre d'exprimer leur opinion sur les indications ou les modalités d'utilisation. Si la globalité du panel considère important l'autonomie et la concertation du patient face à la chambre d'isolement, les résultats sont beaucoup moins favorables chez les agents exerçant de nuit, ou les personnes n'ayant pas assisté aux groupes de travail.

Concernant la bienfaisance, les agents sondés considèrent la chambre d'isolement comme un moyen thérapeutique, apportant un bénéfice en tant que tel pour le patient. Ils ont globalement à cœur de d'apporter du confort au patient, mais émettent des incertitudes concernant les conditions de dignité, de respect ou d'humanité de la pratique.

Le manque de respect de la non-malfaisance est partiellement reconnue par le sondage général, avec des avis mitigés concernant les dangers psychiques ou physiques potentiels. Le caractère potentiellement punitif de la chambre d'isolement est lui très fortement rejeté par le panel.

Concernant les pratiques soignantes, la globalité des répondants est en accord avec le caractère pénible de l'utilisation de la chambre d'isolement, pouvant entraîner un risque d'épuisement professionnel, d'autant plus qu'ils sont mitigés quant à sa fonction de diminution des agressions sur le personnel.

Ces deux principes de l'éthiques retrouvent la même tendance de différences significatives en fonction des professions, mais surtout en fonction de l'exercice de nuit ou de la non-participation aux groupes de travail sur le moindre recours à la chambre d'isolement, soit d'être très fortement en désaccord avec le côté potentiellement néfaste ou l'entrave de la chambre d'isolement aux principes de l'éthique.

Concernant le principe de justice, il est le principe qui présente le moins de différences significatives en fonction des sous-groupes étudiés. Selon les sondés, la chambre d'isolement permettrait de mieux prendre en charge aussi bien le patient isolé que les autres patients de l'unité, mais serait une pratique intensive qui ne permettrait pas de mieux gérer son temps de travail.

Le personnel est fortement en désaccord avec les préjugés potentiels sur le diagnostic, le sexe ou les critères socio-économiques qui influencerait la mise en isolement d'un patient, malgré les interrogations des données épidémiologiques constatant qu'il s'agit de patients plus fréquemment mis en isolement.

A propos des idées générales sur la chambre d'isolement, le panel est globalement en accord avec l'idée de la diminution du recours à la chambre d'isolement ou du développement des chambres d'apaisement, mais fortement réticent à la suppression de cet outil, bien que les professionnels qui assistent aux groupes de travail sur le moindre recours à la chambre d'isolement sont plus ouverts à cette éventualité.

Cela traduit l'effort collectif réflexif et pratique bien ancré au sein de l'établissement, mais une probable angoisse d'une idée de la suppression dans l'état actuel, sans moyens ou alternatives supplémentaires.

Concernant l'idée du sondage global de tous les patients ou professionnels de l'établissement psychiatrique même si la majorité montre son accord, le personnel de nuit ou n'assistant pas au groupe de moindre recours à l'isolement sont plus en désaccord que le sondage général, pouvant traduire la crainte que leur avis, ou leurs inquiétudes justifiées ne se fondent et disparaissent dans l'opinion globale.

L'ensemble de ces résultats traduisent l'intensité des disparités d'opinions et la vivacité du dilemme que son utilisation suscite chez les soignants. Mais ils nous donnent quelques axes de réflexion sur les perspectives d'avancées du débat.

Ce travail a pour force d'englober l'ensemble des professionnels inclus au sein de l'établissement, et non pas uniquement les médecins ou les infirmiers dans la plupart des études similaires. Il est représentatif en termes d'âge et de sexe.

Cependant, il comporte des faiblesses, notamment le caractère monocentrique, dans un établissement où un travail de réflexion engagé autour de la diminution du recours à la chambre d'isolement s'est effectué, et ne peut donc pas être représentatif de l'ensemble du territoire national.

Il existe également des sous-groupes professionnels avec de faibles effectifs, réduisant la puissance statistique.

Contrairement à l'âge, à l'ancienneté ou au sexe, qui n'influencent que très anecdotiquement les réponses, on peut observer que l'appartenance à différents groupes professionnels, l'exercice de jour et de nuit, ainsi que la participation ou non aux groupes de travail sur le moindre recours à l'isolement a un impact important sur les réponses, avec souvent des avis en total désaccord de la globalité des sondés.

Concernant les perspectives, dans un premier temps la restitution du travail à l'établissement sera intéressante pour recueillir les retours face à l'importance des différences significatives entre les sous-groupes, et pouvoir ainsi interroger les raisons profondes de ces divergences.

On ne peut ici qu'émettre des hypothèses, mais si l'on sent une telle différence entre la conception de la chambre d'isolement entre les travailleurs de jour et de nuit, on peut imaginer l'impact des spécificités du travail de nuit, avec moins de personnel et moins d'échanges cliniques pluridisciplinaires, moins de temps d'échanges ou de réflexion autour des alternatives, un « vase clos » qui ne ferait que renforcer des positions plus sécuritaires, face à la prise en charge des mêmes patients.

Il est impératif de se poser la question de la formation systématique et pluridisciplinaire des agents sur cette pratique si délicate, mais également d'interroger la communication entre les équipes pour permettre une avancée globale, et permettre d'harmoniser les

réflexions puis les prises en charges et éviter des pertes de chances psychiques, physiques ou relationnels pour les patients sur des facteurs évitables par un enseignement adapté.

La participation aux groupes de moindre recours à la chambre d'isolement semble également porter ses fruits sur la réflexion des agents, avec des avis souvent plus mesurés, rappelant le doute nécessaire à la réflexion éthique, alors que leurs confrères qui n'y participent pas ont des avis souvent plus tranchés. Comme nous l'évoque le Pr LE COZ, les émotions sont des outils pertinents pour la réflexion éthique, tant qu'elles ne sont pas intenses au point d'empêcher leur pondération par d'autres. Cette mesure de tout instant doit être réfléchie et cultivée, dans cette discipline où les arguments d'impartialité scientifique ne sont pas suffisants pour guider la clinique.

L'extension de ce travail au reste de l'établissement pourrait également être pertinente, au pôle pédopsychiatrique qui peut avoir recours à des chambres d'apaisement ou d'isolement, ou aux professionnels exerçant en extrahospitaliers, qui ont également une place prépondérante dans la prévention de la crise.

Mais également il pourrait être intéressant de l'étendre à d'autres structures de soins, plus ou moins avancées sur leur travail réflexif autour de la chambre d'isolement, et permettre peut-être de déceler d'autres enjeux qui contribuent à la perpétuation de cet outil à travers le temps.

VI. Bibliographie

1. française A. isolement | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9I2174>
2. française A. chambre | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9C1538>
3. Article L3222-5-1 - Code de la santé publique - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042686162
4. française A. soignant, -ante | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9S1941>
5. vivre | Dictionnaire de l'Académie française | 8e édition. Disponible sur: <https://www.dictionnaire-academie.fr/article/A8V0685>
6. française A. éthique | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9E2876>
7. française A. morale | Dictionnaire de l'Académie française | 9e édition. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9M2786>
8. Fraisse A. Soigner la folie dans l'Antiquité ? Le témoignage de Celse. *Vita Latina*. 2016;193(1):106-20.
9. Geleitei P. Chambre d'isolement et libertés individuelles. *Droit, Déontologie & Soin*. 1 sept 2006;6(3):293-320.
10. Giloux N. Interroger les mesures coercitives en psychiatrie. *L'information psychiatrique*. 2018;94(3):195-202.
11. Foucault Michel. Histoire de la folie à l'âge classique par Michel Foucault. 1972.
12. Pinel P (1745 1826) A du texte. *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou La manie / par Ph. Pinel,*. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k432033>
13. Esquirol E. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Tircher; 1838. 862 p.
14. Article 64 - Code pénal (ancien) - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006490631
15. Loi Esquirol sur les aliénés du 30 juin 1838 -. Disponible sur: <https://psychiatrie.crupa.asso.fr/1838-06-30-Loi-Esquirol-sur-les-alienes-du-30-juin-1838>
16. Fernández VI, Karavokyros S, Lagier F, Bauer L, Védie C. Soigner sans contention physique, quels enjeux psychiques ? De la contention à la contenance. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 sept 2019;84(3):435-50.
17. Ternon Y. L'Aktion T4. *Revue d'Histoire de la Shoah*. 2013;199(2):37-59.
18. von Buelzingsloewen I. Les « aliénés » morts de faim dans les hopitaux psychiatriques français sous l'Occupation. *Vingtième Siècle Revue d'histoire*. 2002;76(4):99-115.
19. Cano N. Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle. *L'Encéphale*. 1 avr 2006;32(2):205-12.
20. Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.
21. Freud S. Au delà du principe du plaisir. 1920. 75 p.
22. Mellier D. La fonction contenante, une revue de la littérature. *Perspectives Psy*. 2005;44(4):303-10.

23. Pheulpin MC, Martineau F, Marcel JL. Du lien sans les liens. De l'enfermement à la contenance psychique. *Perspectives Psy.* 2021;60(4):318-25.
24. Winnicott DW. De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot; 1969. 369 p.
25. Bion WR. Aux sources de l'expérience. 1962. 137 p.
26. Delion P. Du souci du corps au soin psychique. Un détour par le packing. *Enfances & Psy.* 2002;20(4):102-10.
27. Ciccone A, Lhopital M. Chapitre 15. La formation « seconde peau ». In: Naissance à la vie psychique. Paris: Dunod; 2019 p. 345-55. (Psychismes; vol. 3e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/naissance-a-la-vie-psychique--9782100761807-p-345.htm>
28. Ciccone A. Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique.* 2001;17(2):81-102.
29. Anzieu Didier. Le Moi-peau 1974. Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/moi-peau-0>
30. Mancini R. " La pensée clinique " d'André Green. *Revue française de psychanalyse.* 2004;68(1):287-98.
31. Thom R. Théorie des catastrophes. 1972 Disponible sur: <https://www.universalis.fr/encyclopedie/theorie-des-catastrophes/>
32. Cano N. L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. Disponible sur: Google Drive
33. Morello R, Morel P, Riou M, Thouin A. Les chambres d'isolement en milieu psychiatrique. *Revue d'épidémiologie et de santé publique (RESP).* 1996;(vol. 44, n° 3):214-20.
34. Morisset J. Isolement et contention en psychiatrie, facteurs d'influence et alternatives. *Recherche en soins infirmiers.* 2018;132(1):78-90.
35. Guibet Lafaye C. Se soucier de l'autre, le contraindre et le contenir ? *Pratiques en santé mentale.* 2014;60e année(4):17-20.
36. Leboucher A, Fleury-Perkins C. Les méthodes de contention en psychiatrie: état de l'art.
37. Ray R, Perkins E, Meijer B. The evolution of practice changes in the use of special observations. *Arch Psychiatr Nurs.* avr 2011;25(2):90-100.
38. Mérineau-Côté J, Morin D. Restraint and seclusion: the perspective of service users and staff members. *J Appl Res Intellect Disabil.* sept 2014;27(5):447-57.
39. Guivarch J. Retour de la contention en psychiatrie : perception des patients et soignants et considérations éthiques. *Éthique & Santé.* 1 déc 2016;13(4):209-14.
40. Happell B, Koehn S. Impacts of Seclusion and the Seclusion Room: Exploring the Perceptions of Mental Health Nurses in Australia. *Archives of psychiatric nursing.* 1 avr 2011;25:109-19.
41. Oxfoz. Recommandations en urgence relatives au centre psychothérapique de l'Ain (Bourg-en-Bresse). 16 mars 2016; Disponible sur: <https://www.cgjpl.fr/2016/recommandations-en-urgence-relatives-au-centre-psychotherapique-de-lain-bourg-en-bresse/>
42. Azria É. Le soignant et la standardisation des pratiques médicales. *Laennec.* 2013;61(3):32-41.
43. DGOS. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2019. Les rapports annuels - violence et santé de l'ONVS. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-sante/dgos-onvs-rapports-annuels>
44. Berrios GE. Le risque en psychiatrie. 2019. 131-146 p.

45. Happell B, Koehn S. Seclusion as a necessary intervention: the relationship between burnout, job satisfaction and therapeutic optimism and justification for the use of seclusion. *J Adv Nurs.* juin 2011;67(6):1222-31.
46. Piel, Roelandt. De la psychiatrie vers la sante mentale | Rapport Piel et Roelandt. 2001. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/rapport/24799-de-la-psychiatrie-vers-la-sante-mentale>
47. Gerace A, Muir-Cochrane E. Perceptions of nurses working with psychiatric consumers regarding the elimination of seclusion and restraint in psychiatric inpatient settings and emergency departments: An Australian survey. *Int J Ment Health Nurs.* févr 2019;28(1):209-25.
48. Happell B, Harrow A. Nurses' attitudes to the use of seclusion: a review of the literature. *Int J Ment Health Nurs.* juin 2010;19(3):162-8.
49. Brophy LM, Roper CE, Hamilton BE, Tellez JJ, McSherry BM. Consumers and Carer perspectives on poor practice and the use of seclusion and restraint in mental health settings: results from Australian focus groups. *Int J Ment Health Syst.* 6 févr 2016;10:6.
50. Trauma for all: a pilot study of the subjective experience of physical restraint for mental health inpatients and staff in the UK - PubMed. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12164909/>
51. Kuosmanen L, Makkonen P, Lehtila H, Salminen H. Seclusion experienced by mental health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* juin 2015;22(5):333-6.
52. Mann-Poll PS, Smit A, van Doeselaar M, Hutschemaekers GJM. Professionals' attitudes after a seclusion reduction program: anything changed? *Psychiatr Q.* mars 2013;84(1):1-10.
53. Palazzolo J. Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie. Elsevier Masson; 2002. 244 p.
54. HAS. Haute Autorité de Santé. 2017. Isolement et contention en psychiatrie générale. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale
55. E TB, C G, M C, A E, S S, Plaid-Care C. Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements. *Questions d'économie de la santé Irdes.* févr 2024;(286). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2024/qes-286-isolement-et-contention-en-psychiatrie-en-2022.html>
56. Toy-Riont S, Gaini F, Monteil C, Pariggi M, Védie C. Une loi folle peut-elle être un mal nécessaire ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* 1 oct 2021;179(8):740-3.
57. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé SE en établissements de santé. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie : juin 1998 / Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Service évaluation en établissements de santé ANAES; 1998. 1 vol. (111 p.); 30 cm. (Évaluation en établissements de santé). Disponible sur: <https://bibliotheque.univ-catholille.fr/Default/doc/SYRACUSE/309630/evaluation-des-pratiques-professionnelles-dans-les-etablissements-de-santee-l-audit-clinique-appliqu>
58. Article R4127-35 - Code de la santé publique - Légifrance Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000025843586
59. Article 84 - LOI n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 (1) - Légifrance. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042665379

60. Références Statistiques Justice 2022 | Ministère de la justice. 2023 Disponible sur: <https://www.justice.gouv.fr/documentation/etudes-et-statistiques/references-statistiques-justice-2022>
61. Morlhon L, Ponet B. Enfermement et contention. *Empan*. 2019;114(2):16-21.
62. Circulaire du 4 juin 1957 sur l'organisation des sorties d'essai dans les hôpitaux psychiatriques. *Journal Officiel* 1957; Disponible sur: https://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/2010/01/circulaire_sorties_essai_hopitaux_psychiatriques_19570604.pdf
63. 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 (1). *Journal Officiel*. 30 juin 1990;(150). Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SPSX8900129L>
64. Circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 : (Circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux. 1993. Disponible sur: <http://www.requa.fr/documents/projets/circulaire-veil--1317213535.pdf>
65. Sante Andede, Jean-Louis T, C C, P F. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé : l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie. Paris: ANAES; 1998. 111 p. (Evaluation en Etablissements de Santé).
66. 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. *Journal Officiel*. 6 juill 2011;(155). Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&dateTexte=&categorieLien=id>
67. Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la 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. *JOURNAL OFFICIEL* . 29 sept 2013;(227). Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027996629&dateTexte=&categorieLien=id>
68. Qu'est-ce qu'un juge des libertés et de la détention (JLD) ? | *vie-publique.fr* . 2023. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/fiches/38261-quest-ce-quun-juge-des-libertes-et-de-la-detention-jld>
69. Oxfoz. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/>
70. Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté (1).
71. Morisset J. Isolement et contention en psychiatrie, facteurs d'influence et alternatives. *Recherche en soins infirmiers*. 2018;132(1):78-90.
72. Molodynski A, Turnpenney L, Rugkåsa J, Burns T, Moussaoui D. Coercion and compulsion in mental healthcare—An international perspective. *Asian Journal of Psychiatry*. 1 avr 2014;8:2-6.
73. Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony. Le texte officiel du discours présidentiel. *Journal français de psychiatrie*. 2010;38(3):25-7.
74. Cano N, Boyer L. Évolution des pratiques institutionnelles : questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement. *L'information psychiatrique*. 2011;87(7):589-93.
75. Quelle hospitalité pour la folie? | *Le Collectif des 39*. 2024 . Disponible sur: <https://www.collectifpsychiatrie.fr/>

76. Prononcé le 4 décembre 2023 - Gérald Darmanin 04122023 attaque terroriste à Paris | vie-publique.fr . 2023. Disponible sur: <http://www.vie-publique.fr/discours/292314-gerald-darmanin-04122023-attaque-terroriste-paris>
77. Hazan A. L'isolement entre soin et sanction. Santé mentale. 2016;((210)):30-5.
78. 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. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1662.asp>
79. Halioua Bruno. Science et conscience. 2004 . Disponible sur: <https://www.lianalevi.fr/catalogue/science-et-conscience/>
80. Bouaziz N, BouSSION S, Benadhira R, Braha S, Wojakiewicz A, Januel D. L'éthique de la recherche en psychiatrie adulte. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 1 juill 2011;169(6):367-72.
81. Déclaration universelle des droits de l'Homme : « le premier manifeste d'ordre éthique » | editorial | Espace éthique/Ile-de-France. Disponible sur: <https://www.espace-ethique.org/ressources/editorial/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-le-premier-manifeste-dordre>
82. Ambroselli C. L'éthique médicale et les droits fondamentaux à Nuremberg (I). Le Monde Juif. 1996;156(1):105-36.
83. Page d'accueil | Comité Consultatif National d'Ethique Disponible sur: <https://www.ccne-ethique.fr/fr>
84. WMA - The World Medical Association-Déclaration d'Helsinki de l'AMM – Principes éthiques applicables à la recherche médicale impliquant des êtres humains. Disponible sur: <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-dhelsinki-de-lamm-principes-ethiques-applicables-a-la-recherche-medicale-impliquant-des-etres-humains/>
85. WMA - The World Medical Association-Déclaration de Tokyo de l'AMM Directives à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants en relation avec la détention ou l'emprisonnement. Disponible sur: <https://www.wma.net/fr/policies-post/declaration-de-tokyo-de-lamm-directives-a-lintention-des-medecins-en-ce-qui-concerne-la-torture-et-autres-peines-ou-traitements-cruels-inhumains-ou-degradants-en-relation-avec-la-detention-ou-l/>
86. Nations U. United Nations. United Nations;. Charte des Nations Unies (version intégrale) | Nations Unies. Disponible sur: <https://www.un.org/fr/about-us/un-charter/full-text>
87. WMA - The World Medical Association-History Disponible sur: <https://www.wma.net/who-we-are/history/>
88. Présentation du CEOM | C.E.O.M. Disponible sur: <https://www.ceom-ecmo.eu/fr/presentation-du-ceom>
89. Site du Comité Européen de l'Ordre des Médecins . Disponible sur: <https://www.ceom-ecmo.eu/fr>
90. Les Principes de l'éthique biomédicale - Tom Beauchamp, James Childress . 1978. Disponible sur: <https://www.lesbelleslettres.com/livre/9782251430157/les-principes-de-l-ethique-biomedicale>
91. Principes et fondements de l'éthique médicale et de l'argumentation éthique d'une décision - EREN. 2020 Disponible sur: <https://www.espace-ethique-normandie.fr/9531/>, <https://www.espace-ethique-normandie.fr/9531/>
92. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1) - Légifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015>

93. Delassus E. Analyse critique du principisme en éthique biomédicale. 2017. Disponible sur: <https://hal.science/hal-01486803>
94. Le Coz P. Les principes éthiques et les émotions dans la décision médicale. Médecine thérapeutique / Pédiatrie. 1 nov 2009;12(6):383-90.
95. travail M du, solidarités de la santé et des, travail M du, solidarités de la santé et des. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. 2024 Comprendre la loi Claeys-Léonetti de 2016. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/les-soins-palliatifs-et-la-fin-de-vie/la-prise-en-charge-palliative-et-les-droits-des-personnes-malades-et-ou-en-fin/article/comprendre-la-loi-claeys-leonetti-de-2016>
96. Boyer H. Clinique, réflexion éthique et psychiatrie. VST - Vie sociale et traitements. 2010;108(4):83-8.
97. Cano N. Pratiques psychiatriques et perspectives éthiques.
98. Cano N. Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle.
99. Guibet Lafaye C. Le sens de l'éthique en psychiatrie. Par delà Beauchamp et Childress. Éthique & Santé. 1 déc 2016;13(4):200-8.
100. Valvert CH. Centre Hospitalier Valvert . Histoire du Centre Hospitalier Valvert. Disponible sur: <https://www.ch-valvert.fr/decouvrir-valvert/histoire>
101. Lagier F, Fernández VI, Védie C. L'ouverture des services en psychiatrie : effets et paradoxes. L'Évolution Psychiatrique. 1 juin 2023;88(2):225-35.
102. Rapport de visite du CH Valvert - CGLPL. Disponible sur: <https://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2019/06/Rapport-de-visite-du-centre-hospitalier-Valvert-%C3%A0-Marseille-Bouches-du-Rh%C3%B4ne.pdf>
103. Égalité femmes-hommes : la fonction publique réaffirme ses engagements | Le portail de la fonction publique. Disponible sur: <https://www.fonction-publique.gouv.fr/toutes-les-actualites/egalite-femmes-hommes-la-fonction-publique-reaffirme-ses-engagements>
104. Colin S, Pons Y. Caractéristiques des agents de la fonction publique en 2020. 2020; Disponible sur: <https://www.fonction-publique.gouv.fr/>

VII. Annexes

Thèse de psychiatrie : Enquête concernant le vécu soignant face à la chambre d'isolement

Prévisualisation du formulaire

--- Généralités ---

(Les champs ci-dessous seront affichés sur une nouvelle page)

Âge *

Ancienneté dans le domaine psychiatrique (en années) *

Sexe *

- Masculin
- Féminin
- Ne se prononce pas

Profession *

- Médecin
- Infirmier
- Cadre de santé
- Psychologue
- ASH
- Assistante sociale
- Secrétaire
- Agent administratif
- Autre

Si autre : précisez

J'exerce en intra-hospitalier *

- Oui
- Non

J'exerce au sein du pôle psychiatrique adulte *

- Oui
- Non

J'exerce mon métier : *

- De jour
- De nuit

--- Page 1 ---

(Les champs ci-dessous seront affichés sur une nouvelle page)

Connaissiez vous l'existence de la chambre d'isolement avant votre exercice en psychiatrie ? *

- Oui
- Non

Travaillez vous actuellement dans un service équipé d'une chambre d'isolement ? *

- Oui
- non

Avez vous déjà travaillé dans un service sans chambre d'isolement *

- Oui, service psychiatrique sans chambre d'isolement
- Oui, service somatique sans chambre d'isolement
- Non

Avez vous déjà été amené à assister / participer à l'intégration d'un patient dans une chambre d'isolement ? *

- Oui, au sein de mon service
- Oui, en tant que renfort
- Oui, sans y participer activement
- Non

Avez vous déjà eu une formation spécifique concernant la chambre d'isolement *

- oui
- Non

Avez vous déjà assisté à un staff / retour sur expérience retraçant une situation clinique de mise en chambre d'isolement ? *

- oui
- Non

Avez vous déjà assisté à un groupe de travail concernant le moindre recours à la chambre d'isolement ? *

- Oui
- Non

--- Page 2 ---

(Les champs ci-dessous seront affichés sur une nouvelle page)

De mon point de vue de professionnel, l'idée de la chambre d'isolement me renvoie à un sentiment : (possibilité de rajouter autre émotion dans l'encadré)

De bien être *

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totalement en désaccord

De réassurance *

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totalement en désaccord

De sécurité *

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totalement en désaccord

De compassion *

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totalement en désaccord

De solidarité *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

D'excitation *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

D'indifférence *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

D'anxiété *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

De tristesse *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

De peur *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

De colère *

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totalement en désaccord

D'indignation *

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totalement en désaccord

De culpabilité *

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totalement en désaccord

De vulnérabilité *

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totalement en désaccord

D'humiliation *

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totalement en désaccord

D'impuissance *

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totalement en désaccord

(Les champs ci-dessous seront affichés sur une nouvelle page)

En chambre d'isolement, le patient est l'égal du soignant *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

L'avis du patient est à prendre en compte pour la mise en chambre d'isolement *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

L'avis du patient est à prendre en compte concernant le traitement médicamenteux en chambre d'isolement *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

L'avis du patient est à prendre en compte concernant le déroulé au sein de la chambre d'isolement (Hygiène, alimentation, sorties séquentielles, divertissement autorisé etc.) *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

L'avis du patient est à prendre en compte concernant la décision de clôture de l'isolement *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

Je suis libre de donner mon avis sur une indication de mise en isolement *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

Je suis libre de donner mon avis sur les modalités de travail au sein de la chambre d'isolement *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

Je suis libre de donner mon avis sur une indication de sortie de chambre d'isolement *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

--- Page 4 ---

(Les champs ci-dessous seront affichés sur une nouvelle page)

La chambre d'isolement est un outil thérapeutique *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

En tant que telle, la chambre d'isolement est bénéfique pour le patient isolé *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

Il est important de rechercher le confort du patient en chambre d'isolement *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

Les conditions d'emploi de la chambre d'isolement sont dignes pour le patient *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

Les conditions d'emploi de la chambre d'isolement sont respectueuses du patient *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

Les conditions d'emploi de la chambre d'isolement sont humaines. *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

L'emploi de la chambre d'isolement est utile pour protéger les autres patients (hors chambre d'isolement) *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

L'utilisation de la chambre d'isolement aide à accomplir correctement son travail *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

L'utilisation de la chambre d'isolement est rassurante pour les soignants *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

L'utilisation de la chambre d'isolement permet de protéger les soignants *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

--- Page 5 ---

(Les champs ci-dessous seront affichés sur une nouvelle page)

La chambre d'isolement est une atteinte aux libertés fondamentales du patient *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

L'utilisation de la chambre d'isolement présente un danger physique pour le patient *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

L'utilisation de la chambre d'isolement présente un danger pour l'intégrité psychique du patient *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

La chambre d'isolement peut être un outil punitif *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

L'utilisation de la chambre d'isolement peut détériorer la relation thérapeutique *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

L'utilisation de la chambre d'isolement entraine une pénibilité du travail *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

L'utilisation de la chambre d'isolement entraine un risque d'épuisement professionnel *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

La chambre d'isolement diminue le risque d'agression sur les soignants *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

--- Saut de page ---

(Les champs ci-dessous seront affichés sur une nouvelle page)

L'utilisation de la chambre d'isolement permet de mieux prendre en charge le patient isolé *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

L'utilisation de la chambre d'isolement permet de mieux prendre en charge les autres patients de l'unité *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

L'utilisation de la chambre d'isolement permet de réduire la durée, et donc le coût d'une hospitalisation *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

Des préjugés en fonction du diagnostic psychiatrique du patient influencent la mise en chambre d'isolement d'un patient *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

Des préjugés en fonction de l'origine ethnique, du niveau socio-économique ou des croyances du patient influencent la mise en chambre d'isolement d'un patient *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

Des préjugés en fonction du sexe du patient influencent sa mise en chambre d'isolement *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

L'utilisation de la chambre d'isolement permet de mieux gérer le temps de travail *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

L'utilisation de la chambre d'isolement permet de répartir plus justement le temps de soin entre chaque patient *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

Les employés hommes et femmes sont égaux face à l'utilisation de la chambre d'isolement *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

--- Page 6 ---

(Les champs ci-dessous seront affichés sur une nouvelle page)

Je suis satisfait des pratiques actuelles concernant l'utilisation de la chambre d'isolement *

- Totallement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totallement en désaccord

Je suis pour une réduction de l'utilisation de la chambre d'isolement *

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totalement en désaccord

Je suis pour la suppression des chambres d'isolement *

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totalement en désaccord

Je suis pour le développement des chambres d'apaisement *

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totalement en désaccord

L'avis des patients devrait être pris en compte sur les modalités d'utilisation de la chambre d'isolement *

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totalement en désaccord

L'avis de l'ensemble du personnel de l'hôpital devrait être pris en compte sur les modalités d'utilisation de la chambre d'isolement *

- Totalement d'accord
- Assez d'accord
- Moyennement d'accord
- Assez en désaccord
- Totalement en désaccord

--- Page 7 ---

(Les champs ci-dessous seront affichés sur une nouvelle page)

Commentaire personnel si souhaité

[Approche éthique du vécu soignant face à la chambre d'isolement]

Centre Hospitalier Valvert – Kelli PADGETTE

Cette note d'information a pour objectif de vous expliquer le but de cette étude afin que vous puissiez décider d'y participer ou non. Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Cette étude, réalisée dans le cadre d'une thèse d'exercice, est encadrée par la méthodologie de référence MR-004. Elle est inscrite au registre des activités de traitement du Centre Hospitalier Valvert. Prenez le temps de lire cette note d'information et n'hésitez pas à poser des questions à l'investigateur de l'étude pour avoir des renseignements complémentaires.

Le but de la recherche

Cette recherche porte sur l'approche éthique du vécu soignant face à la chambre d'isolement. Cette étude a pour but de sonder l'opinion du personnel du Centre Hospitalier Valvert concernant l'utilisation de la chambre d'isolement, avec une méthodologie issue de la recherche en éthique médicale.

Le principal bénéfice attendu à cette étude est connaître l'avis d'un maximum de soignant concernant les modalités d'utilisation actuelle de la chambre d'isolement, pour permettre d'orienter de façon adaptée le débat concernant le moindre recours à la chambre d'isolement, projet d'établissement du Centre Hospitalier Valvert 2021-2025.

Quelles données sont recueillies, pourquoi et comment ?

Vous êtes sollicité car vous vous êtes employé du Centre Hospitalier Valvert, et vous exercez dans le pôle adulte en intra-hospitalier.

Cette recherche portera sur l'analyse de vos données à partir de la date à laquelle 12/02/2024. Aucune donnée à caractère personnel directement identifiante ne sera collectée dans le cadre de cette étude. L'investigateur de cette étude s'engage à traiter uniquement les données pertinentes, de manière loyale et licite. Les données nécessaires pour la conduite de la recherche comprennent notamment : âge, sexe, poste professionnel, ancienneté, affectation etc..

Confidentialité des données

Les données collectées vous concernant seront anonymes. Elles seront ensuite transmises aux investigateurs de la recherche et aux coordinateurs. La base de données ainsi créée sera conservée pendant la durée de réalisation de l'étude et jusqu'à deux ans après la dernière publication des résultats de l'étude.

Comment cette recherche est-elle encadrée ?

Le responsable de la recherche, a pris toutes les mesures pour mener cette recherche conformément à la loi française aux dispositions de la Loi Informatique et Liberté applicables aux recherches n'impliquant pas la personne humaine (CNIL loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée) et européenne (Règlement européen n° 2016/679 relatif à la protection des données - RGPD). Une attestation de conformité à la méthodologie de référence MR-004 a été déposée à la CNIL.

Informations pratiques

Le Responsable de traitement est la Directrice du Centre Hospitalier Valvert.

Le CH Valvert a désigné une déléguée à la protection des données. Son adresse mail est la suivante : dpo@ch-valvert.fr En application du Règlement général sur la protection des données et de la loi n° 78-17 modifiée, vous disposez des droits d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation et d'opposition. Si vous estimez que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation par courrier postal à l'adresse suivante : Commission nationale de l'informatique et des libertés - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. ou, en ligne, sur : <http://www.cnil.fr>

Fait à : Marseille Le : 06 février 2024

Signature du responsable de la recherche

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Approche éthique du vécu soignant face à la chambre d'isolement

Introduction : La chambre d'isolement est un outil quasiment omniprésent des services de psychiatrie, mais son utilisation est source de clivage et de nombreuses interrogations. Par l'analyse de l'histoire, des données théoriques, des recommandations pratiques et du lien avec la société, nous tenterons d'appréhender le vécu soignant face à la chambre d'isolement à travers la méthodologie de l'éthique médicale.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude monocentrique, sous la forme d'un questionnaire quantitatif ciblant l'ensemble du personnel intra-hospitalier, toute profession incluse, exerçant au sein du pôle adulte du Centre Hospitalier Valvert à Marseille.

Résultat : Les résultats sont très hétérogènes dans le sondage global, montrant l'importance du dilemme éthique en lien avec l'utilisation de la chambre d'isolement. On retrouve un respect général des principes de l'éthique chez les soignants. Cependant, on soulève l'impact significatif des sous-groupes de métiers, de l'exercice professionnel de jour et de nuit, et la participation ou non à des groupes de travail sur le moindre recours à l'isolement sur la perception de la chambre d'isolement au regard des différents principes de l'éthique médicale.

Conclusion : Les différences significatives entre les sous-groupes montrent l'intensité des divergences et du débat. Face aux inégalités de représentations multifactorielles responsables de disparités de pratiques, il est essentiel de promouvoir la réflexion et la formation de l'ensemble des professionnels pour permettre des modifications significatives plus en accord avec le respect des principes de l'éthique médicale.

Mots-clés : psychiatrie, chambre d'isolement, éthique médicale, vécu, soignant.