



---

# LES OCCUPATIONS DES PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRENIE EN ISOLEMENT THERAPEUTIQUE

---

Mémoire d'initiation à la recherche







## Charte anti-plagiat de la Direction régionale et départementale de la Jeunesse, des sports et de la Cohésion sociale de Normandie

La Direction Régionale et Départementale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation. Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social, de l'animation et du sport. C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

### Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source<sup>i</sup> ».

### Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

### Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducation<sup>ii</sup> et du Code pénal<sup>iii</sup>, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRDJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

### Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

*Je soussigné-e ..AUVRAY Laura.....*

*atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS de Normandie et de m'y être conformé-e.*

*Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte*

Fait à ..Evreux.....

Le ..05/05/2019..... signature

<sup>i</sup> Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

<sup>ii</sup> Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

<sup>iii</sup> Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.







## Remerciements

Avant de débiter ce mémoire de fin d'étude, je tenais à remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à son élaboration.

Je tiens à remercier particulièrement Audrey PRIGENT pour ses encouragements, ses précieux conseils, son implication et sa disponibilité tout au long de l'année.

Je souhaite remercier tous les ergothérapeutes ayant participé à l'élaboration de ce sujet d'étude. Et je remercie plus singulièrement Gaëlle RIOU, ergothérapeute en psychiatrie ayant rédigé un article sur la privation occupationnelle en établissement de soins psychiatriques, pour avoir enrichi ce travail et m'avoir inspirée.

Je tiens à exprimer mes remerciements à l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation de la Musse pour la qualité de leur enseignement et leur accompagnement pendant mon parcours de formation.

Enfin, je remercie de tout mon cœur ma famille et mes amis pour leur soutien, leur motivation, leur aide et leur réconfort pendant mes 3 ans d'études.





## Sommaire

<b>1</b>	<b>Introduction</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Cadre conceptuel</b> .....	<b>3</b>
2.1	L'isolement thérapeutique : une mesure complexe utilisée en psychiatrie .....	3
2.1.1	La mise en place progressive de la législation sur l'isolement .....	3
2.1.2	Les patients placés en isolement thérapeutique : des usagers de la psychiatrie ..	6
2.1.3	L'expression clinique de la schizophrénie : un handicap psychique.....	8
2.2	L'ergothérapie : une discipline fondée sur les sciences de l'occupation .....	11
2.2.1	L'ergothérapie en psychiatrie .....	11
2.2.2	Quel est le lien entre l'ergothérapie et les sciences de l'occupation ? .....	14
2.2.3	Un exemple d'une journée en isolement thérapeutique .....	15
2.2.4	L'absence et/ou la modification des occupations pour les patients schizophrènes en isolement thérapeutique : .....	16
2.3	Question de recherche et hypothèses : .....	18
<b>3</b>	<b>Dispositif méthodologique et expérimental</b> .....	<b>19</b>
3.1	Le choix de la méthode de recherche.....	19
3.1.1	Le choix d'un outil de recherche .....	19
3.1.2	La population cible .....	19
3.2	Le questionnaire.....	20
3.2.1	Principes généraux .....	20
3.2.2	La création du questionnaire .....	21
3.2.3	Déroulement et modalités .....	22
3.3	Présentation et analyse des résultats.....	22
3.3.1	Analyse des participants au questionnaire .....	23
3.3.2	Analyse de la pratique de l'isolement thérapeutique dans les établissements ....	24
3.3.3	Analyse de l'isolement thérapeutique selon les sciences de l'occupation .....	27
3.3.4	Analyse de l'accompagnement en ergothérapie .....	28
3.4	Discussion.....	33
3.4.1	Retour sur les hypothèses de recherche .....	33
3.4.2	Limites et biais méthodologiques .....	34
3.4.3	Projections professionnelles.....	35
3.4.4	Perspectives envisagées.....	36
<b>4</b>	<b>Conclusion</b> .....	<b>37</b>
	Liste de références .....	
	ANNEXES .....	



## 1 Introduction

Ma démarche de recherche émane d'un constat fait au cours d'une expérience professionnelle d'animatrice en séjour adapté lors de mes vacances scolaires de 2<sup>ème</sup> année en ergothérapie. Un soir, un vacancier souffrant de handicap psychique a présenté une crise psychotique s'exprimant par de l'angoisse, une crispation extrême, et des troubles du comportement, ici une agressivité verbale et des gestes brusques. Face à cette situation, notre équipe d'animation a été amenée à réfléchir au comportement à adopter afin d'accompagner au mieux cette personne, c'est-à-dire afin de la rassurer et de l'aider à se calmer. Les différentes méthodes utilisées ont échoué. Ce n'est que le lendemain matin que son état clinique s'est amélioré grâce à la prescription d'anxiolytiques réalisée par un médecin. Puis, nous avons contacté sa famille d'accueil afin de la prévenir de l'incident et d'avoir des informations sur les conduites à tenir dans l'éventualité où la situation se reproduirait. La famille nous a expliqué que lors de ses crises, il était parfois nécessaire de l'isoler en chambre, c'est-à-dire de l'enfermer à clé et d'enlever les objets pouvant être dangereux, afin de le protéger et de protéger son entourage. A la suite de cet événement, des lectures m'ont permis de mieux définir ce qu'est l'isolement, et d'enrichir mes questionnements sur ce concept.

En France, l'isolement thérapeutique est une pratique courante en psychiatrie. Il est défini comme « *une mesure de sécurité et de protection dans un espace fermé, paisible, à l'écart des autres patients* » (Giloux, 2017). Cette notion d'isolement thérapeutique est complexe et peut avoir de lourdes conséquences, c'est pourquoi il est nécessaire d'en limiter la pratique. Or, en France, en 2017, son taux d'utilisation était élevé. En effet, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) indiquait pour cette année-là que 36 000 patients minimum ont passé au moins une journée en isolement sur 341 000 patients hospitalisés à temps complet (chiffres clés en psychiatrie ; 2017). La fiabilité de ces chiffres reste approximative à cause de la difficulté des autorités sanitaires à quantifier de manière précise le recours à cette méthode.

Afin de poursuivre mon questionnement, mes connaissances théoriques et expérimentales en ergothérapie (« occupational therapy » en anglais) m'ont amenée à m'intéresser aux occupations des personnes en situation de handicap. Elles sont définies comme les activités humaines au sens large, comprenant ainsi « *toutes les activités que réalise une personne pour s'épanouir à travers un projet de vie*

*personnel* » (ANFE, 2017). Ces dernières « *comprennent ce que les gens ont besoin de faire, ce qu'ils veulent faire et ce qu'on attend d'eux* » (WFOT, 2012). L'ergothérapeute est « *un professionnel de santé centré sur le patient et soucieux de promouvoir la santé et le bien-être par l'occupation. Son but premier est de permettre aux personnes de participer aux activités de la vie quotidienne* » (WFOT, 2012, traduit de l'anglais). C'est donc au travers d'une vision basée sur les sciences de l'occupation que j'ai décidé de poursuivre mon cheminement. Pour cela, j'ai axé mes recherches sur les conditions dans lesquelles se déroulent les occupations des patients en chambre d'isolement. J'ai alors constaté, à l'aide de mes recherches bibliographiques, qu'elles se trouvaient modifiées voire supprimées par rapport aux habitudes de vie des patients. En s'appuyant sur les propos de la World Federation of Occupational Therapists (WFOT), cette limitation de participation à des occupations peut constituer une atteinte aux Droits de l'Homme.

Pour ces raisons, il paraît primordial de s'intéresser aux questions suivantes : Existe-t-il une limitation de participation aux occupations des patients souffrant de maladies mentales placés en chambre de soins intensifs (ou chambre d'isolement) ? Quelles sont les conséquences de cette limitation de participation sur le patient et sur son accompagnement en ergothérapie ?

Afin de répondre à ces questionnements, un recueil de données bibliographiques sera élaboré avant de réaliser une enquête de terrain. Dans un premier temps, les concepts clés de ce mémoire de recherche seront abordés en commençant par le recours à l'isolement thérapeutique pour les usagers de la psychiatrie, puis en développant l'utilisation d'une approche occupationnelle, pour les ergothérapeutes, concernant l'isolement thérapeutique et en terminant par exposer la question de recherche et ses hypothèses. Dans un second temps, le dispositif méthodologique et expérimental s'intéressera à la démarche de recherche choisie, à la présentation et l'interprétation des résultats de recherche, à la discussion autour des résultats et à la conclusion de ce sujet.

## 2 Cadre conceptuel

### 2.1 L'isolement thérapeutique : une mesure complexe utilisée en psychiatrie

#### 2.1.1 La mise en place progressive de la législation sur l'isolement

De l'Antiquité aux Temps modernes, soit de la découverte de la « folie » (Salbreux, 2004) aux premiers fondements de la psychiatrie comme discipline médicale, les courants de pensées autour de la maladie mentale n'ont cessé d'évoluer en fonction de la culture, de la religion, et des avancées scientifiques. Cette découverte s'est accompagnée de réflexions autour du traitement des maladies psychiques. Dès l'Antiquité, apparaît alors dans la littérature, des écrits faisant allusion à des mesures de soins intensives telles que l'isolement et la contention. En effet, certains médecins de l'époque prônaient « *qu'un traitement brutal avait pour effet de faire sortir, par la peur, le malade de sa maladie* » (Friard, 2004). En s'appuyant notamment sur les écrits d'Esquirol (médecin considéré comme le père fondateur de la psychiatrie), Giloux (2017) a décrit ce type de méthode comme : « *la soustraction à l'environnement habituel du malade, jugé pathogène et générateur des troubles, des stratégies psychodramatiques destinés à faire peur au malade pour soumettre le délire à l'empire de la raison et désarçonner l'erreur, et un environnement entièrement structuré par l'autorité médicale permettant de mettre de l'ordre dans les pensées* ». Par la suite, les théories autour du traitement des malades psychiques vont évoluer au cours des siècles mais ce n'est qu'au XIX<sup>ème</sup> siècle qu'elles vont être révolutionnées notamment grâce aux « *premières descriptions nosographiques [de ces] maladies* » (ANFE, 2016). Sans bannir l'utilisation de celles-ci, les avancées médicales sur la santé mentale vont amener à une autre manière de penser le soin et donc à la diminution de ces mesures coercitives.

De plus, des organismes nationaux et internationaux questionnent également la pratique de l'isolement, participent ainsi à la réduction et à la diminution de son utilisation. Tout d'abord, deux circulaires, publiées par le gouvernement français, vont venir encadrer l'utilisation de l'isolement par des indications. La première circulaire, celle du 15 mars 1960, recommande la création de chambres protégées, c'est-à-dire d'un espace dédié, afin de permettre l'isolement momentané d'un patient (Pechberty, 2018). La deuxième circulaire, celle du 19 juillet 1993, impose pour la mise en œuvre d'un protocole d'isolement thérapeutique que le patient soit placé en mesure d'hospitalisation sous contrainte, dans la mesure où il « *doit y avoir une adéquation*

*entre des soins portant atteinte à la liberté et les modalités d'hospitalisation* » (HAS, 2017). Puis, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) a rédigé en 1998 des recommandations afin de préciser les indications et contre-indications à la mise en place de l'isolement (cité par Pechberty, 2018). Les médecins et les établissements de santé pouvaient s'y référer afin d'encadrer le recours à l'isolement dans leurs institutions. Ensuite, deux organismes européens ont rédigé des notes afin d'alerter l'Europe sur la vigilance à apporter lors du recours à ces pratiques.

- Le Conseil de l'Europe en 2004 a publié un avis relatif « *à la protection des droits de l'Homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux* » indiquant que ces personnes « *devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement disponible le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement disponible le moins restrictif [...], tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui* ».
- À la suite de sa visite effectuée en France en 2010, le Comité Européen pour la prévention de la Torture et des Peines ou Traitements Inhumains a appelé les autorités françaises à appliquer ces précédentes recommandations. Celles-ci visaient à ce que « *tout recours à l'isolement et à la contention soit consigné dans un registre spécial dans chaque service* » (HAS, 2017). Dans ce registre, devrait figurer notamment : « *l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée* » (HAS, 2017).

Grâce à ces différentes étapes, le 26 janvier 2016, la loi de modernisation de notre système de santé donne un cadre juridique aux pratiques d'isolement et de contention en insérant un nouvel article au sein du Code de la santé Publique : l'article 72. Cet article de loi précise qu'il est nécessaire de limiter le recours à ces mesures : « *Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée* ». Elle ajoute que sa « *mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé* ». D'après les recommandations officielles de l'Haute Autorité de Santé (HAS) en 2017, le psychiatre doit prescrire l'isolement thérapeutique dans un premier temps sur une durée de 12h, et si l'état de santé le nécessite, il pourra alors le prolonger avec une prescription de 24h à chaque fois. Durant cette période, il réalise des visites médicales pour évaluer l'état clinique du patient au minimum deux fois par 24h. Ce dernier doit informer le patient et l'équipe

soignante des conditions de l'isolement, de la surveillance qui sera apportée, et des soins à mettre en place pour accélérer la levée d'isolement en vue d'un mieux-être pour le patient. Toutes les mesures d'isolement utilisées et leurs protocoles doivent être mentionnés dans un registre. Celui-ci servira à l'établissement pour réaliser un rapport annuel rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement, de la politique définie pour diminuer son utilisation et de l'évaluation de sa mise en œuvre.

Pour résumer, il est indispensable de s'appuyer sur les recommandations de bonnes pratiques sur l'isolement et l'argumentaire scientifique de la HAS (2017). Y sont exposés les indications et contre-indications de l'isolement, les modalités de mise en œuvre, le rôle de l'équipe pluriprofessionnelle, les conditions, les modalités de levée de la mesure d'isolement et les mesures alternatives à cette démarche. L'HAS y définit l'isolement comme 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 [...]. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté* » (HAS, 2017). Elle y précise cependant qu'il est nécessaire de limiter le recours à cette pratique parce que son utilisation « *représente un processus complexe, de dernier recours, [qui doit être] justifié par une situation clinique* ». Pour autant, il est parfois nécessaire comme l'illustre cette citation : « *le désordre psychique, conséquence des pathologies [psychiatriques], est tel qu'il amène la personne à ressentir une souffrance souvent intense, récurrente ou aiguë* » (Morisset, 2018). D'après ce même auteur, cette souffrance fait que « *la relation à soi-même, à l'autre ou à l'environnement, [devient] une source d'angoisse majeure et donc quelque chose de potentiellement dangereux, d'insupportable, d'incompréhensif* ». Il écrit enfin les conséquences de cette problématique : « *Il n'est pas rare qu'un patient manifeste alors, en réponse à cette souffrance, un désir de mise à l'écart, de fuite ou de passage à l'acte agressif voire violent* » (Morisset, 2018). Un placement en espace d'isolement peut alors être prescrit par le médecin dans un objectif de traitement et de protection du patient et de l'entourage.

Dans ce travail de recherche, je me suis intéressée particulièrement au séjour en isolement thérapeutique de longue durée, c'est-à-dire allant de plusieurs jours à plusieurs semaines. En effet, selon une étude de 2004 de l'ANAES, en France, 50% des patients seraient placés en isolement pour une durée supérieure à 5 jours, et selon les données actuelles de l'ATIH (2018), la durée de prise en charge en isolement thérapeutique est stable autour de 15 jours par patient en 2017.

### 2.1.2 Les patients placés en isolement thérapeutique : des usagers de la psychiatrie

La psychiatrie est une spécialité médicale s'intéressant au diagnostic, au traitement, et à la prévention des troubles mentaux, incluant les troubles comportementaux, cognitifs et affectifs. Les soins psychiatriques sont assurés par des prises en charge à temps complet, à temps partiel et des prises en charge en ambulatoire. Seuls les patients hospitalisés à temps complet peuvent être placés en isolement thérapeutique notamment dans des structures d'hospitalisation à temps plein. Les différentes structures sont réparties selon des secteurs d'environ 70 000 habitants afin d'organiser au mieux l'offre de soins et de pouvoir répondre au mieux aux besoins de la société. Les modalités d'admission en service de psychiatrie sont particulières. En effet, 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, relate deux modes d'admissions existants : le principe de soins libres et celui de soins sans consentement. Ce dernier comprend l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT), en structure en cas de péril imminent sans tiers (SPI) et l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE). Si l'état clinique du patient nécessite des soins immédiats, et une surveillance régulière, mais que son jugement n'est pas objectif, un recours aux soins sans consentement peut être demandé. Comme déterminé par la législation, pour avoir recours à l'isolement les patients devront être hospitalisés selon le principe de soins sans consentement.

En France, 12 millions de personnes sont concernées par les maladies mentales, ce qui représente une personne sur cinq selon Leboyer (2018). Ces maladies comprennent l'ensemble des troubles affectant le comportement, les émotions ou la pensée d'un individu. Les pathologies principales sont : la « *dépression (7 à 10% de la population), les troubles bipolaires (1,2 à 5,5%), la schizophrénie (1%) et les troubles du spectre de l'autisme (1 %)* La majorité [...] *[apparaissent] entre 15 et 25 ans mais sont insuffisamment dépistées et traitées* ». (Leboyer et al., 2018). En 2017, d'après les chiffres de l'ATIH dans le document « *chiffres clés* », 420 000 patients ont été hospitalisés en psychiatrie. Les deux catégories de diagnostics principaux les plus fréquents étaient les troubles de l'humeur avec 135 200 patients pour 6,02 millions de journées de présence en service d'activité temps plein ou partiel et les troubles schizophréniques avec 96 400 patients pour 8,32 millions de journées de présence dans les mêmes conditions. Parmi ces hospitalisations, 341 000 patients souffrant de troubles mentaux ont été pris en charge à temps complet et 81 000 patients ont été



admis en soins psychiatriques sans consentement. Ces chiffres montrent que les personnes atteintes de schizophrénie ou apparentés représentent le tiers des journées de présence en service de psychiatrie. C'est l'une des raisons pour laquelle mon sujet de recherche sera ciblé sur cette population. De plus, la schizophrénie est décrite dans la littérature comme la pathologie prédominante à être placée en isolement thérapeutique. Le tableau MAPSY 2017 de l'ATIH (cf. annexe I) indique la prévalence des personnes le plus souvent placées en isolement thérapeutique selon leur pathologie principale ; et la schizophrénie y apparaît comme telle. Un récapitulatif de ce tableau regroupant une partie des chiffres a été réalisé, il est présenté ci-dessous. Il montre que 7857 patients atteints de schizophrénie ont été placés en isolement thérapeutique en 2017.

CODE CIM 10	Nombre de séjours	Nombre de journées d'isolement	Nombre de patients
F20-F29 : Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	16146	205 431	14 304
	Dont schizophrénie (F20) : 9003	Dont schizophrénie (F20) : 124 126	Dont schizophrénie (F20) : 7857
F30-F39 : Troubles de l'humeur (affectifs) dont épisodes dépressifs et troubles bipolaires	6859	59963	6 302
F60-F69 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	4977	52 775	4219
F70-F79 : Retard mental	1931	51 909	1520
Autres catégories évoquées dans le tableau MAPSY	2109	18 914	627
<b>TOTAL</b>	<b>32 022</b>	<b>388 992</b>	<b>26 972</b>

**Tableau récapitulatif des indicateurs de l'isolement thérapeutique de 2017 en lien avec les principales pathologies mentales**

Ce tableau s'appuie sur la Classification Internationale des Maladies (CIM) : outil créé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour regrouper, et décrire entre autres les maladies, les symptômes, et les causes. Cette classification comprend un chapitre sur les troubles mentaux et du comportement (OMS, 2015).

### 2.1.3 L'expression clinique de la schizophrénie : un handicap psychique

Selon les données de l'INSERM, en 2014, 0,7% de la population mondiale souffrirait de schizophrénie, ce qui correspond à 23 millions de personnes dans le monde, dont 600 000 personnes en France. Cette maladie représente l'une des dix maladies les plus invalidantes selon l'OMS. Ce handicap peut concerner « *des activités complexes telles que la prise des médicaments, les activités domestiques, les déplacements, les loisirs, l'exercice d'une profession, et bien sûr, les interactions sociales. Il peut également entraver des activités plus élémentaires comme l'hygiène, l'alimentation et l'habillement* » (Danion, 2012).

La description clinique de cette maladie mentale est encore récente. En effet, le terme schizophrénie signifiant en grec *schizen* (fendre), et *phren* (esprit) a été employé pour la première fois par le psychiatre suisse Eugen Bleuler en 1908, contestant le concept de « *démence précoce* » (Crocq, 2012) utilisé jusqu'alors. Bleuler rédigea les premières descriptions de cette psychose chronique dont l'expression clinique varie d'un individu à l'autre tant par sa forme que par ses symptômes.

La schizophrénie est caractérisée par des « *altérations importantes de la réalité et des modifications du comportement* » prenant la forme de symptômes positifs « *tels que des délires et des hallucinations persistantes, une pensée et un comportement désorganisés* » et de symptômes négatifs « *tels que l'affaiblissement brutal ou progressif de la volition [c'est-à-dire de l'engagement dans une action], et des troubles psychomoteurs* » (ICD-11, 2019, traduit de l'anglais). Dans la littérature, il existe différentes classifications des symptômes de la schizophrénie selon les époques et les auteurs. Cet écrit s'appuiera sur la configuration développée notamment par Andreasen qui structura les symptômes schizophréniques en dimensions positives et négatives, auxquelles, peuvent s'ajouter les symptômes de désorganisation et autres comorbidités. Amad & al., dans l'article *Schizophrénie chez l'adulte* (2012), décrivent les différents symptômes de cette pathologie, il évoque :

Les symptômes positifs (ou productifs) de la schizophrénie comprenant le délire et les hallucinations. Le délire « *est l'objet d'une conviction inébranlable, inaccessible au raisonnement ou à la contestation par les faits. Il s'agit d'une « évidence interne », pouvant être plausible ou invraisemblable, mais qui n'est généralement pas partagée par le groupe socioculturel du sujet* ». Les délires se caractérisent dans la schizophrénie par :

- Leur organisation : le délire n'est pas systématisé, il est « *flou et marqué par l'illogisme et l'incohérence* ».
- Leurs thèmes : ils sont polymorphes et hétérogènes, et peuvent, par exemple, être de « *persécution, mégalomaniaque, mystique, de filiation [...], hypo-condriaque, érotomaniaque, d'influence* ».
- Leurs mécanismes : les plus fréquents sont : « *les hallucinations, l'intuition définie par la révélation immédiate d'une vérité sans élément objectif, l'interprétation qui correspond à l'attribution d'un sens erroné à un fait réel, et l'imagination.* »

Les symptômes négatifs (ou déficitaires) de la schizophrénie comprennent cinq entités distinctes :

- L'éroussement des affects se traduisant par « *l'absence de nuance émotionnelle dans l'expression du visage, dans l'intonation de la voix, [...], le corps paraît figé.* »
- La pauvreté du discours
- L'avolition : correspondant à la « *diminution de la capacité à mettre en œuvre et maintenir une activité nécessitant un engagement dans l'action* ».
- L'anhédonie et le retrait social signifiant la « *perte de capacité à éprouver du plaisir et une perte de l'intérêt social.* »
- Le déficit de l'attention

Les symptômes de désorganisation se définissent comme le « *reflet de la perte d'unité psychique* » et se rapportent par exemple aux troubles du cours de la pensée et du langage, et aux troubles du comportement et des affects.

D'autres symptômes comme les troubles de l'humeur et les troubles anxieux se retrouvent fréquemment dans la schizophrénie.

Afin de poser le diagnostic de schizophrénie, les psychiatres peuvent s'appuyer sur le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V (DSM-V) (cf. annexe II) qui décrit six critères. La personne doit exprimer au moins deux des symptômes suivants au cours d'une période d'un mois : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs. La schizophrénie se déclare généralement chez l'adolescent ou le jeune adulte, en moyenne entre 15 et 25 ans, et peut apparaître de manière brutale ou de manière insidieuse. Lorsque la phase de début est brutale, elle peut s'apparenter à une bouffée délirante aiguë, les symptômes positifs seront alors au premier plan. Les patients sentent un sentiment de « *malaise grandissant marqué par de la fatigue, des*

*difficultés de concentration, des conduites d'évitements, des angoisses et des moments de détresse avec une peur de perdre le contrôle, des instants de déréalisation ou de dépersonnalisation et parfois des idées suicidaires* » (Amad & al., 2012). Lorsque la phase de début est insidieuse, les symptômes négatifs s'installent progressivement, et la personne va avoir tendance à s'intéresser subitement et de façon exclusive au mysticisme. Puis, le sujet montrera « *une agressivité, une hostilité envers les proches ou au contraire une indifférence le conduisant à s'isoler ou se réfugier dans des rêveries donnant souvent une impression globale de bizarrerie* » (Amad & al., 2012). Dans les deux situations présentées ci-dessus, la personne atteinte de schizophrénie se sentira parfois en extrême souffrance, pouvant l'amener ainsi à adopter des comportements agressifs, dont la majorité seront auto agressifs. En effet, la prévalence sur la vie entière des décès par suicide et des tentatives de suicide pour ces patients est « *nettement plus élevée que dans la population générale, soit 5 à 10 % pour les décès et entre 25 et 50 % pour les tentatives de suicide. Par comparaison, le suicide représente 1,9 % des causes de décès en France* » (Terra, 2012). Or, l'isolement est utilisé pour prévenir « *d'une violence imminente du patient ou [en] réponse à une violence immédiate, non maîtrisable [...] et avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui* » (HAS, 2017). C'est pour cette raison que la mise en chambre d'isolement peut être nécessaire. Celle-ci aura plusieurs fonctions d'après la théorie de Gutheil (1978, cité dans Pechberty, 2018) :

- Une fonction contenant dans un espace sécurisant, délimité, et restreint où le patient se sentirait rassuré.
- Une fonction hypo-stimulante en mettant le patient à l'abri des stimulations sensorielles extérieures pouvant le perturber, et le fatiguer.
- Une fonction d'isolement physique du patient de son entourage et de son environnement pouvant lui permettre de revenir à la réalité, d'arrêter d'alimenter ses délires et hallucinations avec par exemple ses interprétations des actes et paroles d'autrui.

Pour conclure sur cette partie décrivant l'isolement thérapeutique et son utilisation dans les services de psychiatrie, la mise en place d'un protocole cadré d'isolement permet au patient de s'apaiser, et de prévenir le risque de danger pour lui et son entourage. Cependant, cette mesure est imposée au patient souffrant de schizophrénie et peut être mal vécue par ce dernier pour différentes raisons. L'une de ces raisons concerne l'absence et la modification des occupations du patient en

chambre d'isolement, soit la limitation de participation à ses occupations. L'occupation et les limitations de participation à celles-ci tiennent une place centrale dans la pratique de l'ergothérapie en s'appuyant sur les preuves apportées par la science de l'occupation.

## 2.2 L'ergothérapie : une discipline fondée sur les sciences de l'occupation

### 2.2.1 L'ergothérapie en psychiatrie

L'ergothérapie est une discipline paramédicale réglementée par les articles L4331-1 et R4331-1 du Code de la Santé et par l'arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute. Etymologiquement, ergothérapie vient du mot « ergon » qui traduit le lien entre l'agir et l'être, et « therapeia » qui signifie prendre soin, soigner. Elle s'intéresse donc au lien entre l'activité humaine, ou occupation, et la santé en prenant en compte les interactions entre la personne, l'environnement et l'occupation. Son objectif est de « maintenir, restaurer et de permettre les activités humaines [des personnes] de manière sécurisée, autonome et efficace » (ANFE).

Chaque thérapeute a une approche professionnelle différente selon l'enseignement reçu, le modèle conceptuel utilisé, l'institution où il exerce, le patient qu'il accompagne, etc. ; cependant les valeurs de l'ergothérapie sont semblables. Elles se centrent « *autour de l'autonomie, de l'accompagnement, du maintien de la particularité de chacun, aussi bien ergothérapeute que patient, de la créativité comme réalisation de son être, l'engagement dans la relation avec l'autre, l'écoute, le respect, la tolérance, l'humilité et l'humanité* » (Klein, 2014). L'ergothérapeute utilise une approche systémique centrée sur la personne. Cette pratique est « *fondée sur la collaboration et le partenariat, utilisée pour promouvoir l'occupation auprès [...] des individus* » (Meyer, 2013). Le thérapeute démontre « *du respect pour [les individus], les encourage à participer au processus décisionnel, défend leurs droits et leurs besoins et reconnaît la valeur de leurs expériences et de leurs connaissances* » (Meyer, 2013). Son accompagnement doit donc être adapté à chaque patient, à ses besoins, à ses capacités, à sa maladie, à son projet de vie et il doit s'inscrire dans le projet de soins du patient proposé par l'équipe interdisciplinaire. Afin de permettre une prise en soins interdisciplinaire cohérente et adéquate, l'ergothérapeute va collaborer avec tous les professionnels gravitant autour du patient, qu'ils soient médicaux, paramédicaux, éducatifs, et/ou sociaux.

L'ergothérapeute est formé à l'accompagnement de la personne : dans l'identification et l'analyse des occupations pour lesquelles elle se trouve en situation de handicap ; dans l'évaluation, par le biais d'activités ou de mises en situation, des leviers et également des freins entravant ces occupations; et dans l'adaptation de ces dernières, grâce à la récupération de ses capacités ou grâce à des moyens de compensation, afin d'optimiser la performance, la participation de la personne dans ses occupations et donc dans sa vie quotidienne.

Il intervient dans tous les domaines où des personnes se trouvent en situation de handicap ou en perte d'autonomie. Le handicap étant défini par la loi de 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées comme : « *toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison [de l'] altération [...] d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». Il exerce donc auprès de différents publics (enfants, adultes, personnes âgées) et principalement dans les secteurs suivants : dans les centres de rééducation et de réadaptation, dans les institutions d'hébergement et structures médico-sociales, dans les cabinets libéraux, et dans les services de psychiatrie.

#### Les objectifs de l'ergothérapie en psychiatrie

En psychiatrie, l'accompagnement de l'ergothérapeute s'axera autour des problématiques des patients atteints de maladies mentales afin que les personnes accompagnées retrouvent une autonomie dans leurs occupations. Elle s'intéressera alors au « *lien que la personne entretient avec son environnement, avec elle-même, son histoire, la nature et la qualité de ce lien* » (Klein, 2014). En accord avec cet objectif, la mission de l'ergothérapeute, selon F. Klein, en 2016, vise à :

- « *Permettre au patient la restauration d'un réseau relationnel [...]*
- *Lui donner un sentiment d'appartenance à un groupe [...]*
- *L'aider à maîtriser son angoisse (ou à s'en accommoder)*
- *L'inciter à reprendre confiance en ses propres capacités [et à] recouvrer une certaine estime de soi*
- *Susciter un minimum de dynamisme vital, un désir de vie*
- *Lutter contre le fonctionnement psychotique qui est de détruire, de rompre les liens, et donc de gérer le conflit [interne du malade] qui revêt parfois la forme d'une agressivité »*

## Les moyens de l'ergothérapeute pour parvenir à ses objectifs

Pour parvenir à ses objectifs, l'ergothérapeute utilise l'activité, la relation et le cadre thérapeutique comme le montre cette citation. En effet, « *c'est dans le cadre d'une relation thérapeutique et par l'intermédiaire d'activités adaptées [...] que l'ergothérapeute intervient* » (ANFE, 2019).

Dans un premier temps, afin d'impliquer le patient dans son accompagnement, une collaboration entre le patient et le thérapeute doit se créer. Le thérapeute apportera son expertise professionnelle et le patient apportera son expérience et sa connaissance de sa maladie à travers son vécu. Le patient est donc au cœur de la prise en soins en ergothérapie. Pour cela, l'accompagnement centré sur la personne doit s'appuyer « *sur une relation de partenariat avec le patient, ses proches, et le professionnel ou une équipe pluriprofessionnelle* » (HAS, 2015). Cette relation de partenariat est également connue sous le nom de relation thérapeutique. Selon Nasielski (2012), la relation thérapeutique se compose de deux notions importantes : l'alliance thérapeutique et la distance thérapeutique. Cet auteur définit l'alliance thérapeutique comme « *la combinaison suffisante de proximité et de similitude que le thérapeute affiche avec le client pour que ce dernier lui accorde la confiance nécessaire* » au bon déroulement du suivi en ergothérapie. Afin que l'alliance thérapeutique soit juste, il faut l'associer à une distance thérapeutique mesurée garantissant le maintien de la vie privée du thérapeute et du patient et donc l'instauration d'une relation strictement professionnelle. L'alliance et la distance thérapeutique permettent d'« *aboutir à la construction ensemble d'une option de soins, au suivi de sa mise en œuvre et à son ajustement dans le temps* » (HAS, 2015).

En ergothérapie, la relation entre l'ergothérapeute et le patient se construit par l'intermédiaire d'une médiation, le terme de « relation médiatisée » peut être employé. La médiation se définit comme un « *intermédiaire entre deux ou plusieurs choses* », ou par « *l'intervention d'un tiers pour faciliter la circulation d'information, éclaircir ou rétablir les relations* » (Berney, 2018). La médiation utilisée en ergothérapie est l'activité thérapeutique. En effet, selon les propos de Di Rocco, en 2018, « *l'activité joue le rôle d'un cadre qui crée et contrôle l'interaction entre le soignant et le soigné* », elle correspond alors à une médiation pouvant servir d'intermédiaire à la relation. Une activité est la « *capacité à réaliser une performance qui trouve sa source dans les fonctions physiques et mentales de la personne* » (Meyer, 2013). Elle peut s'apparenter à « *n'importe quelle action proposée à un patient en ergothérapie pour autant qu'il puisse y être actif* » (Meyer, 2013). Une activité est thérapeutique lorsqu'elle

permet de lutter contre la maladie, de mener au rétablissement ou de préserver la santé. L'analyse d'activité « est l'un des instruments [...] permettant aux [ergo]thérapeutes d'employer des activités comme moyen de traitement » (Meyer, 2013). Elle est définie par cette même auteure comme : « la mise en évidence des composantes de l'activité qui influencent la manière dont elle est choisie, organisée et réalisée en interaction avec l'environnement ». Afin de proposer des activités thérapeutiques au patient et d'atteindre les objectifs fixés en amont, l'ergothérapeute va définir le cadre thérapeutique de l'activité choisie. En effet, ce dernier est « déterminé par l'ergothérapeute, au début de la prise en charge [...]. Il comporte un certain nombre de caractéristiques propres » (Klein, 2016). Il va notamment déterminer les règles de l'activité, ses fonctions, et son cadre spatio-temporel de l'activité.

## 2.2.2 Quel est le lien entre l'ergothérapie et les sciences de l'occupation ?

Comme évoqué précédemment, les ergothérapeutes sont des professionnels de santé fondant leur pratique sur les liens entre les occupations des personnes et leur santé. Les sciences de l'occupation, elles, « s'intéresse[nt] à l'étude de l'être humain en tant qu'être occupationnel » (Meyer, 2018). D'après Hocking (2000, cité par Meyer en 2018), elles étudient :

- La structure, la fonction, les caractéristiques culturelles, l'expérience subjective, et l'environnement des occupations
- Le processus occupationnel, défini comme la manière de réaliser des occupations
- L'importance de l'occupation pour d'autres phénomènes comme la santé, l'adaptation, le développement de l'enfant et la qualité de vie

Les sciences de l'occupation permettent ainsi de développer la recherche en ergothérapie concernant, entre autres, le lien entre santé et occupation. Différents constats et hypothèses ont été formulés concernant le lien entre occupation et santé. Tout d'abord, selon Pierce (2016), il existerait un besoin réel des personnes pour l'occupation. Ce besoin se traduirait par « diverses formes de participation – faire, être ou devenir par le biais d'occupations [qui] sont essentielles pour promouvoir la santé, le bien-être et l'inclusion sociale » (Townsend & A.Wilcock 2004). Ensuite, favoriser l'occupation contribue à développer l'estime de soi, ses interactions sociales, et son empowerment, c'est-à-dire l'augmentation de « son sentiment de compétence et [de] son pouvoir d'action sur son environnement » (Livre Blanc sur l'ergothérapie en Santé mentale, 2016). Ce paragraphe met en évidence la nécessité des occupations par leur



impact fondamental sur la personne. Ce sont bien nos occupations qui permettent de nous définir comme des êtres actifs, de construire notre identité. Ces éléments permettent d'identifier l'une des raisons pour laquelle l'occupation est considérée comme un droit humain fondamental.

### 2.2.3 Un exemple d'une journée en isolement thérapeutique

Une chambre de soins intensifs doit être dédiée et adaptée uniquement à ce cadre. Elle doit respecter certains critères recommandés par l'HAS dans son argumentaire scientifique paru en 2017, comme :

- Être suffisamment grande pour accueillir le patient et un nombre suffisant de soignants
- Bénéficier d'un accès aux toilettes et à la douche
- Être pourvue d'équipements ne présentant pas de danger pour le patient
- Être équipée de moyens d'orientation temporelle : heure, date, informations...
- Être située à proximité du bureau infirmier pour permettre une surveillance rapprochée
- Être équipée d'un dispositif d'appel accessible au patient

En pratique, grâce à des discussions avec des professionnels et à des situations de stage, j'ai appris que la chambre de soins intensifs est souvent équipée d'un dispositif d'appel, d'un affichage temporel, d'un lit rivé au sol sans oreiller, ni traversin, d'un cabinet de toilette, et rarement séparé de la chambre. Selon Meyer & Keller, en 2007, le placement dans cette chambre peut être décidé soit après un temps de réflexion permettant ainsi la préparation psychologique du patient, soit en urgence à la suite d'évènements nécessitant la mise en place de ce protocole. Dans les deux situations, l'accompagnement est réalisé par un nombre de soignants suffisant. Ils effectuent ensuite un examen minutieux de la chambre, du patient et de ses effets personnels car l'expérience montre que tout objet peut constituer une arme pour soi ou pour autrui : « *briquets, stylo, peigne, brosse à dents, lunettes* » (Meyer & Keller, 2007).

Au cours de la journée, le médecin, ayant été averti de la mise en isolement, va venir confirmer ou non le maintien de l'isolement grâce à son examen médical. Il réalisera une prescription en y précisant les conditions (la tenue vestimentaire du patient, la prise des repas, la possibilité de sortir, et autres précautions éventuelles), et les modalités de surveillance. Le patient recevra la visite régulière de soignants afin de s'assurer de sa sécurité, de lui donner ses traitements, de prendre ses constantes, de l'accompagner dans ses soins d'hygiène, et d'apporter ses repas. Pour la réalisation

des différentes activités de vie quotidienne, une présence continue de soignants est nécessaire et les activités doivent être adaptées aux conditions de l'isolement. Par exemple, lors des repas, « *l'usage de vaisselle en carton* » (Meyer & Keller, 2007) et/ou de bouteille d'eau sans bouchon est souvent préféré et adopté par les équipes soignantes. De plus, les patients ne disposent d'aucune forme de distraction en chambre : télévision, radio, visites, cigarettes, livres, ou autres activités et n'ont pas la possibilité d'ouvrir la fenêtre (selon les services et les soignants).

En effet, la mise en place d'un protocole de protection et de surveillance du patient impacte ses « *activités signifiantes* » (ayant du sens pour la personne) et « *significatives* » (ayant du sens pour l'environnement) comme ses activités de vie quotidienne, de soins personnels, de loisirs, etc. définies dans le Livre Blanc de l'Ergothérapie en Santé Mentale, 2016. L'individu ne peut donc pas réaliser toutes ses activités au sens large, qui sont également définies par le terme anglo-saxon « *occupation* » signifiant « *groupe d'activités, [...] qui ont une valeur personnelle et socioculturelle et qui sont le support de la participation à la société* » (Meyer, 2013). Ce sont donc les activités que les personnes « *font en tant qu'individus, au sein des familles et des communautés pour occuper du temps et donner un sens et un but à leur vie* » (WFOT, 2019).

#### 2.2.4 L'absence et/ou la modification des occupations pour les patients schizophrènes en isolement thérapeutique :

En s'appuyant sur les théories développées dans les sciences de l'occupation, plusieurs termes peuvent correspondre à cette absence d'occupation vécue par les patients schizophrènes en isolement thérapeutique.

Tout d'abord, le concept de privation occupationnelle (« *occupational deprivation* ») pourrait convenir à la situation. En effet, elle correspond à un « *état d'empêchement prolongé de l'engagement dans des occupations nécessaires et/ou ayant du sens à cause de facteurs indépendants de la volonté de l'individu* » (Whiteford, 2003, traduit de l'anglais). Il précise cependant qu'un état interne, comme une maladie, ne peut causer une situation de privation occupationnelle. Comme explicité dans ce cadre conceptuel, le patient est isolé en chambre de soins intensifs majoritairement contre sa volonté en raison de ses symptômes positifs, de ses troubles du comportement, et de son anxiété. Dans cette chambre, il ne peut réaliser ses occupations habituelles, et ne peut sortir d'isolement librement. Parler de privation occupationnelle semble alors convenir à la situation vécue en isolement thérapeutique par les patients atteints de

schizophrénie. Cependant, ce concept parle d'état d'empêchement prolongé, or le placement d'un patient en isolement thérapeutique se doit d'être le plus court possible et est limité en termes de durée. Pour cette raison, le terme « rupture occupationnelle » semble être plus approprié.

En effet, ce concept est proche de la privation occupationnelle mais il insiste sur l'aspect temporaire de ce changement occupationnel et sur le contrôle de la situation par l'individu. Il est déterminé par un « *état temporaire, caractérisé par une rupture significative de l'identité [occupationnelle] associée à des changements dans la quantité et/ou la qualité de ses occupations après un événement significatif de la vie, une transition, une maladie ou une blessure* » (Nizzero & al., 2017, traduit de l'anglais). L'isolement correspond à un état temporaire de privation pour le patient, et ce sont les actions de ce dernier qui détermineront la durée effective de l'isolement.

Cette rupture occupationnelle se produit la plupart du temps dans un contexte d'urgence où le patient se retrouve brutalement privé de ses occupations pour arriver dans un environnement calme, contenant psychiquement et sans danger pour lui. Ce nouvel environnement peut entraîner des conséquences : le patient peut ressentir les effets de l'ennui à la suite d'un isolement prolongé, ce qui provoquera des émotions négatives. Il peut ressentir une impression de déconnexion, de vide, d'incertitude. En clair, l'isolement thérapeutique peut être un « *bouleversement émotionnel* » (Nizzero & al., 2017) pour le patient qui aura vécu la « *perte [temporaire] d'occupations significatives, d'interactions sociales, ou des deux* » (traduit de l'anglais). Meyer, dans sa revue publiée en 2018, évoque non seulement la perte d'occupations mais également « *la perte du partage de l'occupation avec d'autres* ».

Au-delà des conséquences pendant l'isolement, la rupture occupationnelle vécue en isolement peut avoir une influence sur le patient à la sortie de l'isolement. Cette influence peut être positive et/ou négative. Par exemple, lorsque « *la rupture occupationnelle a eu des répercussions sur la personne, [...], il peut y avoir un changement dans la façon dont elle s'engageait ou performait dans ses occupations significatives* » (Nizzero & al., 2017, traduit de l'anglais). Cette citation amène à se questionner sur l'engagement et la performance des patients à la sortie d'un isolement supérieur à 5 jours dans leurs occupations et lors de leur accompagnement en ergothérapie. L'engagement occupationnel désigne le « *sentiment de participer, de choisir, de trouver un sens positif et de s'impliquer tout au long de la réalisation d'une activité ou d'une occupation* » (Meyer, 2013). Il « *correspond non seulement à un ensemble de performances physiques observables mais aussi à une expérience*

émotionnelle [...]. Ainsi, l'individu engagé ressent du plaisir, de la compétence, de la motivation, de l'autonomie, de la liberté » (Meyer, 2013).

### 2.3 Question de recherche et hypothèses :

Au regard de ces concepts et de ce cheminement, la problématique de l'étude est la suivante : **Comment la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique par des patients atteints de schizophrénie influence l'accompagnement en ergothérapie ?**

Une approche hypothético déductive a permis d'émettre les hypothèses suivantes à partir du cadre conceptuel et de la question de recherche :

- Hypothèse 1 : La rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique augmente l'engagement occupationnel du patient en séance d'ergothérapie
- Hypothèse 2 : La rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique diminue l'engagement occupationnel du patient en séance d'ergothérapie

## 3 Dispositif méthodologique et expérimental

### 3.1 Le choix de la méthode de recherche

La première partie de ce mémoire a abordé les notions théoriques du sujet d'étude, et cette seconde partie s'intéressera à l'influence concrète de ces notions dans la pratique française de l'ergothérapie en se ciblant sur les deux hypothèses énoncées ci-dessus.

#### 3.1.1 Le choix d'un outil de recherche

Afin de valider ou d'invalider les différentes hypothèses, il est nécessaire de s'appuyer sur un outil de recherche répondant à certains critères. En effet, cet outil doit permettre d'établir un recueil de données sur l'engagement occupationnel du patient atteint de schizophrénie. Dans cet objectif, le questionnaire est l'outil d'enquête le plus pertinent afin de rassembler des informations qualitatives et quantitatives sur les expériences professionnelles de l'ensemble de la population cible. De plus, il favorise l'obtention d'un grand nombre de réponses grâce à la rapidité de passation du questionnaire et à la facilité pour contacter un grand nombre de professionnels.

#### 3.1.2 La population cible

La population cible de cette étude a été définie selon des critères d'inclusion et d'après le cadre conceptuel et la question de recherche exposés précédemment. Elle correspond donc aux ergothérapeutes français diplômés d'Etat travaillant (ou ayant travaillé) en psychiatrie auprès de patients souffrant de schizophrénie ayant vécu un isolement thérapeutique pendant une durée supérieure à 5 jours. Les ergothérapeutes ciblés devront tous avoir travaillé dans un établissement de santé mentale pourvu d'une ou plusieurs chambres d'isolement thérapeutique. Ce critère comprend notamment les ergothérapeutes travaillant en centre d'hospitalisation à temps complet, en centre d'urgences psychiatriques, et/ou en unité pour malades difficiles. Sont exclus de la population cible les personnes connaissant le sujet d'étude et les hypothèses de recherche. La population d'étude est en accord avec le cadre de la loi « Jardé ». Afin d'objectiver les résultats de l'enquête, le nombre de participants répondant au questionnaire doit être le plus grand possible.

## 3.2 Le questionnaire

### 3.2.1 Principes généraux

Un questionnaire doit être structuré et s'appuyer sur des principes généraux « *afin de réduire la source de biais et d'obtenir des données les plus fiables possibles* » (Parizot, 2012).

Tout d'abord, l'introduction permet d'énoncer le contexte de l'étude, le sujet de l'étude, la population cible, le nombre de questions et une estimation du temps nécessaire pour y répondre. Cette introduction doit donner envie aux enquêtés de répondre au questionnaire.

Ensuite, les questions doivent être organisées et hiérarchisées en commençant par les questions générales pour arriver aux questions les plus pointues. Elles peuvent, par exemple, être rassemblées en différentes thématiques « *afin de préserver une certaine logique dans le questionnement* » (Parizot, 2012). Toutes les questions doivent avoir une utilité et un objectif pour l'enquêteur. Les objectifs des questions détermineront la forme et le contenu de la question.

Les questions peuvent être de différentes formes :

- Elles sont majoritairement fermées à réponse unique ou à réponses multiples permettant d'avoir des données quantitatives
- Ouvertes permettant de recueillir des données qualitatives

Au niveau du contenu, la formulation des questions est primordiale et doit être réfléchie. Tout d'abord, il semble important de privilégier « *un vocabulaire au plus grand nombre* » (Parizot, 2012) et d'être précis afin d'éviter toute polysémie. Il peut être nécessaire de définir un terme précis afin que les réponses soient pertinentes « *lorsque l'emploi de termes techniques est inévitable* » (Parizot, 2012). Ensuite, il est primordial de rester le plus neutre possible dans la formulation de la question afin de ne pas influencer la réponse de la population et donc de « *minimiser l'effet de suggestion* » (Parizot, 2012). Enfin les réponses proposées doivent refléter toutes les opinions envisageables, dans le cas contraire, il est nécessaire d'ajouter les propositions du type « ne sait pas », « ne se prononce pas », et/ou « autres ». Les dernières questions doivent concerner les données socio-démographiques de la population qui décrit la personne et se rapporte aux données standard en lien avec l'âge, l'éducation, le secteur géographique.

A la fin du questionnaire, il paraît pertinent de remercier les personnes qui ont pris du temps pour y répondre et qui ont ainsi contribué à ce travail de recherche, puis de leur demander si elles ont des commentaires ou des remarques à ajouter.

### 3.2.2 La création du questionnaire

La matrice du questionnaire a été réalisée sur un éditeur de formulaire en ligne : Google Forms. Celui-ci offre des avantages en termes de création et de mise en forme du questionnaire ; de diffusion du questionnaire en envoyant le lien du formulaire au public cible ; et de préanalyse automatique des résultats. Google Forms permet de répondre simplement aux questions sur internet, d'enregistrer et synchroniser automatiquement les réponses. Un questionnaire a été préétabli puis a été envoyé à plusieurs camarades de promotion pour s'assurer de la correction et de la vérification de plusieurs critères : orthographe, syntaxe, pertinence du questionnaire en lien avec les hypothèses de recherche, clarté des questions posées, temps nécessaire pour répondre au questionnaire, autres remarques. Les réponses ont permis d'ajuster le questionnaire, de l'ordonner, de le simplifier et d'ajouter un temps approximatif de passation. La référente de ce sujet de mémoire a également vérifié de nombreux critères avant de valider l'envoi du questionnaire.

Le questionnaire définitif (cf. annexe III) commence par une introduction comprenant la description de l'enquêteur avec notamment son statut d'étudiant, le sujet de son mémoire de fin d'études, la description brève du questionnaire et la population ciblée, le délai d'accessibilité au questionnaire, les remerciements, ainsi que le contact de l'enquêteur pour toutes questions ou renseignements des enquêtés. Puis, afin de garantir la confidentialité des répondants, il a été précisé en fin d'introduction que celui-ci était anonyme.

Le questionnaire est composé de douze questions réparties en quatre thèmes. Le premier thème introduit le sujet de l'isolement thérapeutique avec une définition de ce dernier, deux questions d'expériences sur les contextes pour lesquels ils ont été confronté à une/des situation(s) d'isolement thérapeutique (établissement et fréquence), ainsi qu'une question d'opinion sur les bénéfices et les risques de l'isolement thérapeutique. Cette dernière permet de recueillir l'avis des thérapeutes sur l'isolement. Les deux questions du deuxième thème sont relatives à la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique. Son objectif est de s'assurer de la cohérence entre la littérature et l'avis des praticiens interrogés, puis d'obtenir des

précisions afin d'alimenter les concepts de ce mémoire. Le troisième thème aborde l'accompagnement en ergothérapie en s'intéressant à la pratique des sciences de l'occupation et à l'influence de la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique pour des patients atteints de schizophrénie. Il se compose de trois questions dont une grille de cases à cocher reprenant les différentes composantes de l'engagement occupationnel. L'objectif de cette grille est de savoir si la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique augmente, diminue, ou n'a pas d'influence sur les caractéristiques de l'engagement occupationnel du patient en ergothérapie. Les six composantes de l'engagement occupationnel ont été définies grâce au cadre conceptuel, elles correspondent à l'implication, la motivation, la productivité, la concentration, l'intérêt, et le plaisir. Cette question contribuera à répondre aux hypothèses posées. Les quatre dernières questions concernent les données socio-démographiques des personnes interrogées. Elles permettent de recueillir le sexe et l'âge de la personne, son secteur d'activité, et son nombre d'année(s) d'expérience en psychiatrie. La majorité des questions posées correspond à des questions fermées et à des réponses à choix multiples avec la possibilité de justifier sa réponse pour certaines ou de répondre « autre », ou « ne se prononce pas » pour d'autres.

Le questionnaire se termine par des remerciements, par la demande de l'adresse mail afin de pouvoir transmettre ce mémoire une fois terminé, et par la possibilité de laisser des commentaires et remarques libres au sujet du questionnaire.

### 3.2.3 Déroulement et modalités

Afin d'obtenir un maximum de réponses, plusieurs modalités de distribution ont été utilisées. Dans un premier temps, le questionnaire a été envoyé aux différentes écoles d'ergothérapie pour qu'ils relayent à leurs anciens étudiants, et à une quinzaine d'adresses mail d'ergothérapeutes, correspondant aux critères de sélection, obtenues lors de mes stages ou grâce à des contacts. Dans un second temps, le questionnaire a été publié sur deux forums Yahoo, l'un axé sur les sciences de l'occupation, l'autre sur l'ergothérapie en psychiatrie, puis sur cinq groupes Facebook concernant l'ergothérapie. Le questionnaire a été accessible pendant 18 jours.

## 3.3 Présentation et analyse des résultats

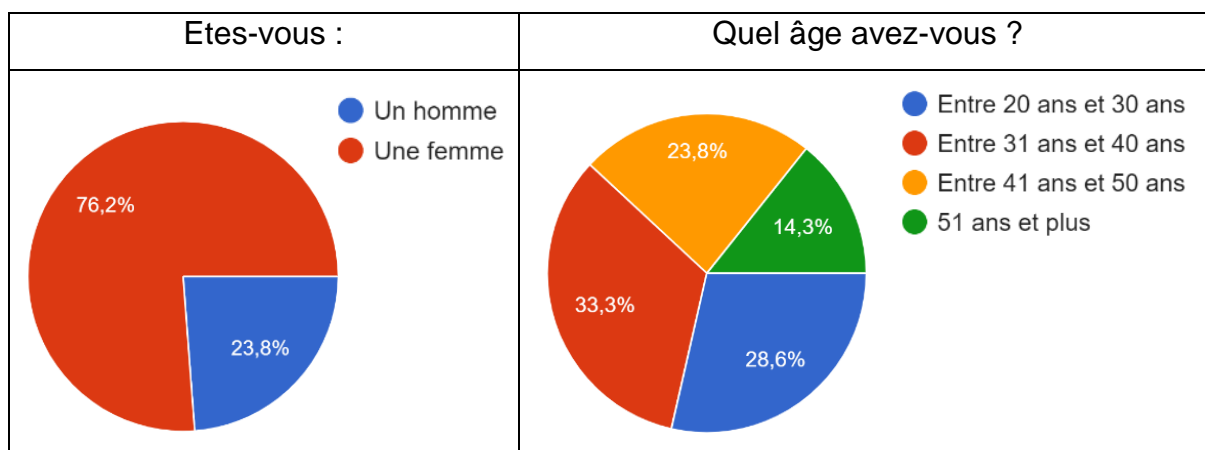
Vingt-deux personnes ont répondu au questionnaire en ligne. Un des questionnaires reçus n'est pas exploitable parce que la personne a répondu qu'elle n'avait jamais



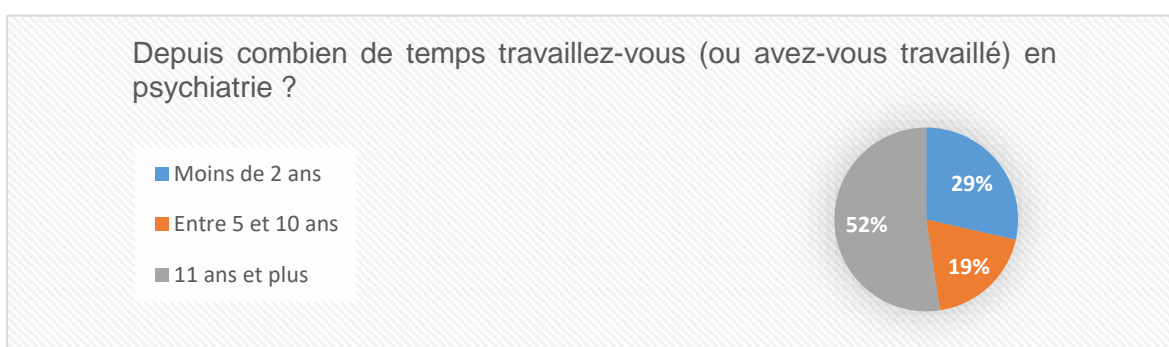
accompagné de patients atteints de schizophrénie ayant été placés en isolement thérapeutique sur une durée supérieure à 5 jours. La personne en question ne correspond pas à la population ciblée précédemment, donc sa réponse ne sera pas prise en compte dans l'analyse suivante. Le traitement des informations a été réalisé dans différents tableaux (cf. annexe IV). Cette partie traitera les informations recueillies dans les questionnaires en suivant les différents thèmes du questionnaire : l'isolement thérapeutique, la rupture occupationnelle, l'accompagnement en ergothérapie, et les données socio-démographiques.

### 3.3.1 Analyse des participants au questionnaire

La première partie de cette analyse aborde le profil de l'échantillon d'ergothérapeutes diplômés ayant répondu au questionnaire. Elle s'appuie sur les données socio-démographiques recueillies dans la dernière partie du questionnaire.



La totalité des répondants à ce questionnaire exerce actuellement en psychiatrie soit à temps complet, ou à temps partiel. Les réponses obtenues font donc état de la situation actuelle de l'isolement thérapeutique en France.

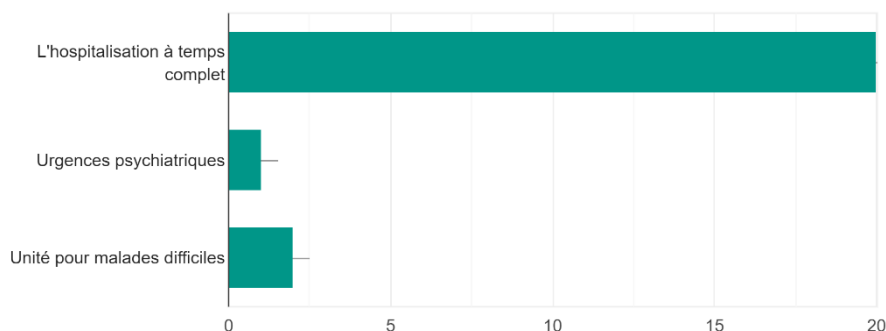


Les répondants au questionnaire exercent actuellement en psychiatrie avec une expérience de 11 ans et plus pour 52% de l'échantillon. Les éléments rapportés par

l'échantillon permettent donc le recueil des pratiques en psychiatrie selon des ergothérapeutes ayant de l'expérience en psychiatrie.

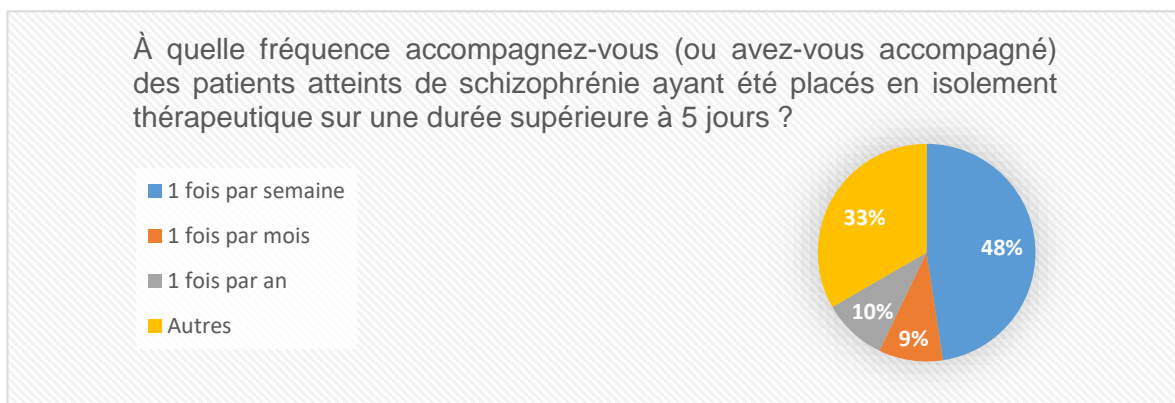
### 3.3.2 Analyse de la pratique de l'isolement thérapeutique dans les établissements

La première question interroge les ergothérapeutes sur les établissements dans le(s)quel(s) ils ont rencontré une situation d'isolement thérapeutique supérieure à 5 jours. La majorité des répondants ont été confrontés à des situations d'isolement thérapeutique dans une structure d'hospitalisation à temps complet comme le montre le graphique ci-dessous.



Plusieurs raisons peuvent expliquer que vingt sur vingt et une personnes de l'échantillon ont rencontré une situation d'isolement en hospitalisation à temps complet. En effet, il existe un nombre important de structures d'hospitalisation à temps complet en France, où il est plus fréquent d'avoir recours à l'isolement. Et le nombre d'ergothérapeutes qui travaillent dans ces établissements est plus important qu'en urgences psychiatriques par exemple.

La deuxième question traite de la fréquence pendant laquelle les ergothérapeutes ont accompagné des patients atteints de schizophrénie ayant été placés en isolement thérapeutique.



Ces données montrent que, concernant le recours à l'isolement, il existe des disparités entre les établissements où les ergothérapeutes travaillent. Ce graphique prouve également que le recours à un isolement thérapeutique supérieur à 5 jours pour les patients atteints de schizophrénie est fréquent dans les établissements de soins. En effet, 48% de l'échantillon accompagne une fois par semaine un patient atteint de schizophrénie ayant été placé en isolement thérapeutique sur une durée supérieure à 5 jours. Et, sur les personnes ayant répondu « autres », la moitié des personnes accompagne les patients ayant été placés en isolement thérapeutique plus d'une fois par semaine. L'autre moitié des professionnels ayant répondu « autres » accompagne ces patients de manière irrégulière ou plusieurs fois par an.

La troisième question recueille l'opinion des ergothérapeutes au sujet des bénéfices et des risques de l'isolement thérapeutique pour un patient atteint de schizophrénie. Les propos des ergothérapeutes à cette question ont été traités et regroupés par catégorie. Tout d'abord, les ergothérapeutes ont décrit cinq bénéfices principaux de l'isolement thérapeutique.

- Pour treize répondants, l'isolement favorise la diminution des symptômes de la schizophrénie. L'élément majeur relevé par les ergothérapeutes est qu'il permet de diminuer l'anxiété et permet l'« *apaisement psychique* » après une « *crise / bouffée délirante* ».
- Pour douze ergothérapeutes, cette mesure a une fonction de protection et de sécurité pour le patient et son entourage, elle permet de prévenir le risque d'auto et d'hétéro-agression comme le montrent leurs commentaires : « *réduction du risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif* » ; « *C'est une mesure de protection pour le patient pour les autres patients et pour le personnel* » ; « *Protéger de lui-même et de son environnement très angoissant* ».
- Pour neuf des personnes interrogées, ce protocole a une fonction « *contenante* » autant physiquement que psychiquement, elle pourrait amener le patient à se rassembler, se recentrer et donc à « *lutter contre le morcellement* ». Un répondant explique que l'isolement permet « *une contenance physique qui étaye une contenance psychique devenue impossible* ».
- Pour cinq personnes ayant répondu au questionnaire, cette mesure offre un espace « *coupée de[s] simulations extérieures* » pouvant être angoissantes pour le patient comme le montre ce propos : « *l'isolement permet l'apaisement des crises par le*

*fait qu'il y ait moins de sollicitations, car souvent le pare-excitation des personnes est déficient ».*

- Trois personnes ont abordé la notion de prise en soins et de « *suivi rapproché* » comprenant l'évaluation du « *risque de passage à l'acte, [de la] présence de délires* », une « *surveillance plus régulière* », le « *maintien du lien* » et la « *mise en place du traitement avec un suivi rapproché* ».

Puis, les ergothérapeutes interrogés ont décliné les risques en 3 thématiques :

- Cinq d'entre eux ont évoqué le risque de rupture de l'alliance thérapeutique instaurée entre le patient et les soignants et le risque de perte de confiance du patient dans les soins. Une de ces six personnes précise : « *perte de l'alliance thérapeutique si la mesure n'est pas comprise par la personne* ».
- Cinq personnes ont observé dans leurs pratiques que l'isolement pouvait majorer certains symptômes comme les « *troubles du comportement* » et l'« *agressivité* », le « *repli sur soi* », le délire et les « *hallucinations* », le « *sentiment de persécution* », et l'« *angoisse* ».
- Cinq ergothérapeutes ont mis en lumière l'utilisation parfois injustifiée de l'isolement dans les établissements et donc le « *risque de dérive* » associé. Dans ces dérives, quatre personnes ont parlé de l'utilisation de l'isolement comme une « *punition* ».

Tous ces risques et dangers de l'isolement thérapeutique pour le patient peuvent entraîner un « *vécu traumatique* ». Cette notion a été explicitée par cinq ergothérapeutes avec par exemple l'idée « *d'expérience du vide* », et de « *privation d'activités et donc le risque que le délire soit la seule activité qui reste au patient, qui ne peut plus inscrire son espace psychique dans un objet médiateur* ».

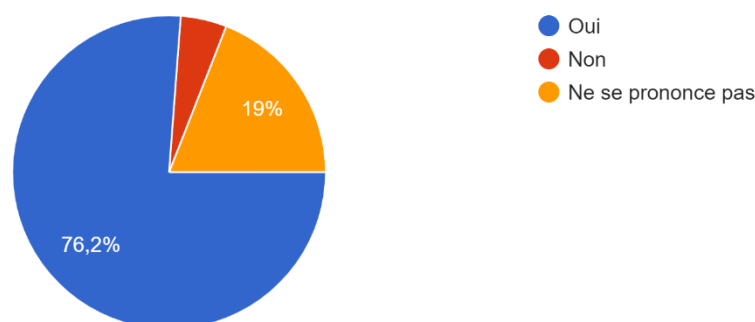
Enfin, les ergothérapeutes ont évoqué deux notions qui viennent nuancer les propos énoncés ci-dessus tant les bénéfices et risques peuvent être variables selon le contexte, les objectifs visés, et le protocole utilisé et tant la notion de temps peut impacter le protocole de mise en chambre de soins intensifs.

Cette question recueillant l'opinion des ergothérapeutes sur les bénéfices et les risques de l'isolement thérapeutique montre que l'aspect occupationnel est abordé seulement par deux ergothérapeutes de l'échantillon.

### 3.3.3 Analyse de l'isolement thérapeutique selon les sciences de l'occupation

Dans cette deuxième partie du questionnaire, les questions permettent de réfléchir sur les concepts des sciences de l'occupation, notamment la rupture occupationnelle, en lien avec l'absence et la modification des occupations en isolement thérapeutique. Pour rappel, la rupture occupationnelle correspond à un état d'empêchement temporaire d'exercer des occupations significatives et/ou signifiantes en raison de facteurs indépendants de la volonté de l'individu d'après les propos de Pierce et Townsend & A.Wilcock.

La première question de cette partie s'intitule : « Selon vous, peut-on parler de rupture occupationnelle quand un patient est placé en chambre d'isolement sur une durée supérieure à 5 jours ? ». Les réponses obtenues ont été analysées grâce au graphique suivant :



La question suivante permettait aux répondants de justifier leurs réponses. Les 16 ergothérapeutes ayant répondu « oui » ont relevé plusieurs points montrant la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique. Tout d'abord, 10 personnes de l'échantillon ont attesté de l'absence d'occupation des patients placés en chambre d'isolement et de l'état d'empêchement à des occupations qu'ils subissent. Ils ont, par la même occasion, relevé certaines activités auxquelles les patients n'ont pas accès durant l'isolement thérapeutique : « *activités de loisirs* », « *fumer* », « *soins personnels* », « *activités thérapeutiques* », « *activités signifiantes* », « *rencontres et échanges* », « *sortir, avoir des visites, avoir accès aux différents paramédicaux, avoir accès aux activités* », « *occupations habituelles* », « *occupation signifiante/significatives* ». Un des 10 ergothérapeutes affirme que le patient se trouve dans l'impossibilité de s'engager dans des occupations à cause des symptômes de la schizophrénie, et donc que ces derniers entraînent une rupture occupationnelle. Puis, quatre des personnes interrogées ont évoqué le manque de contrôle de l'individu sur la situation d'isolement thérapeutique. Selon trois personnes de l'échantillon, la notion de temps fait partie des caractéristiques de la rupture occupationnelle. Pour attester de cette rupture,

l'isolement doit durer « *plus de quelques heures* ». Enfin, selon les personnes interrogées les conséquences de la rupture occupationnelle sont les suivantes : « dépendance », perte du « *profil occupationnelle* », « *risque que le délire soit la seule activité qui reste au patient* », « *perte de contact avec une occupation* ».

La personne ayant répondu « non » à la question a avancé l'argument suivant : « *Le lien relationnel thérapeutique suffit pour réenvisager le processus d'activité* ».

Les 4 ergothérapeutes restants ont répondu qu'ils « ne se prononçaient pas » sur cette question principalement parce que dans certains établissements le patient a la possibilité de sortir d'isolement thérapeutique en « *séquentiel* » accompagné par des soignants afin d'effectuer certaines activités comme prendre le « *goûter* » et boire une « *tisane* » par exemple. Cependant, une des personnes ayant évoqué l'isolement séquentiel a attesté de la rupture occupationnelle du patient placé en isolement strict. La dernière personne à avoir répondu « ne se prononce pas » s'accorde à dire qu'il y a bien une rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique mais que celle-ci est due aux symptômes de la maladie, et serait donc « *thérapeutique* ».

Pour conclure cette deuxième partie du questionnaire, il me semblait intéressant de mettre en lumière la remarque d'un ergothérapeute ayant répondu au questionnaire. Ce dernier se questionne sur l'utilisation du terme de « rupture occupationnelle » pour parler de la situation d'isolement thérapeutique vécue par les patients. Il serait plus juste, selon cet ergothérapeute, de parler de « privation occupationnelle » dans la « *mesure où le manque d'accès à des occupations significantes est induit par une contrainte institutionnelle et architecturale* ». Deux autres personnes ont abordé la notion de « *privation* » dans le questionnaire. Et une personne trouve que le terme « rupture occupationnelle » est « *fort [et] violent* ».

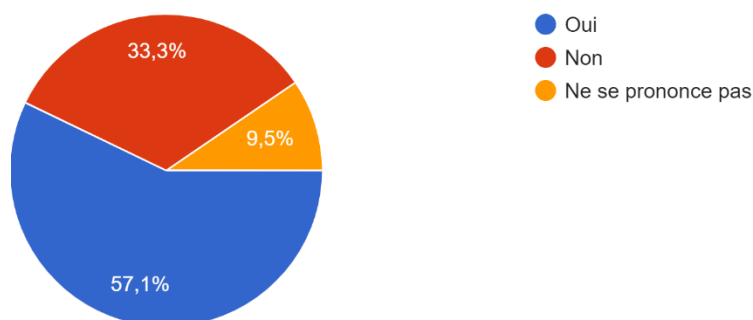
#### 3.3.4 Analyse de l'accompagnement en ergothérapie

Cette troisième partie du questionnaire s'intéresse à l'accompagnement en ergothérapie de patients souffrant de schizophrénie ayant été placé en isolement thérapeutique sur une durée supérieure à 5 jours.

##### Accompagnement en ergothérapie / Science de l'occupation

La première question est la suivante : Dans votre accompagnement utilisez-vous une approche basée sur les sciences de l'occupation ? Elle permet d'objectiver les

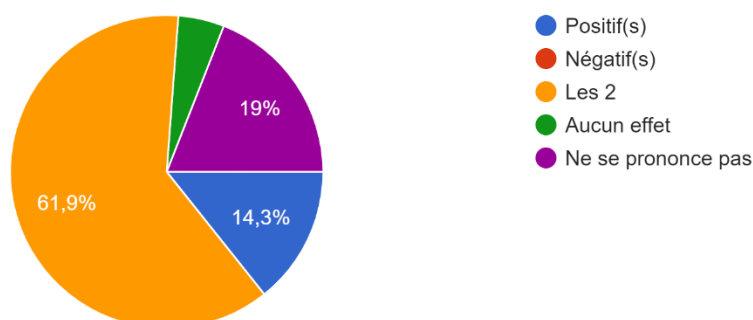
réponses apportées par les ergothérapeutes quant à l'isolement thérapeutique selon une approche occupationnelle. Les résultats obtenus sont les suivants :



Comme le montre le graphique ci-dessus, 57% des personnes utilisent dans leur pratique une approche basée sur les sciences de l'occupation. Ces ergothérapeutes s'intéressent alors à l'aspect occupationnelle des patients schizophrènes en séance d'ergothérapie et notamment à leur engagement occupationnel. Leurs réponses seront plus objectives et s'appuieront sur des constats de terrain. Les personnes, ayant répondu « ne se prononce pas », peuvent ne pas connaître les concepts théoriques de cette approche, mais en utiliser les principes généraux.

#### Influence de la rupture occupationnelle vécue en isolement sur l'engagement occupationnel en ergothérapie

La première question intitulée « Quel(s) effet(s) la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique a(ont) sur l'accompagnement en ergothérapie ? » met en évidence que, pour 62% des personnes interrogées, la rupture occupationnelle vécue en isolement a des effets à la fois positif(s) et négatif(s) sur l'accompagnement en ergothérapie.



Les commentaires des répondants à cette question relèvent les effets positifs et négatifs de la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique sur l'accompagnement en ergothérapie. Concernant les effets positifs, les ergothérapeutes ont observé dans leurs pratiques :

- Une amélioration de l'état clinique du patient après une rupture occupationnelle. Celle-ci rend « *la personne plus accessible à l'accompagnement en ergothérapie* » d'après une personne de l'échantillon.

- Une « *prise de conscience du patient* » entraînant une attitude différente du patient en séance d'ergothérapie.
- Une augmentation de la « *motivation [du patient] à venir en activité* », de l'« *investissement [du patient] dans les médiations proposées* », du plaisir du patient à « *faire une activité [...] à agir sur la réalité* ».

Les effets négatifs relatés par les ergothérapeutes sont :

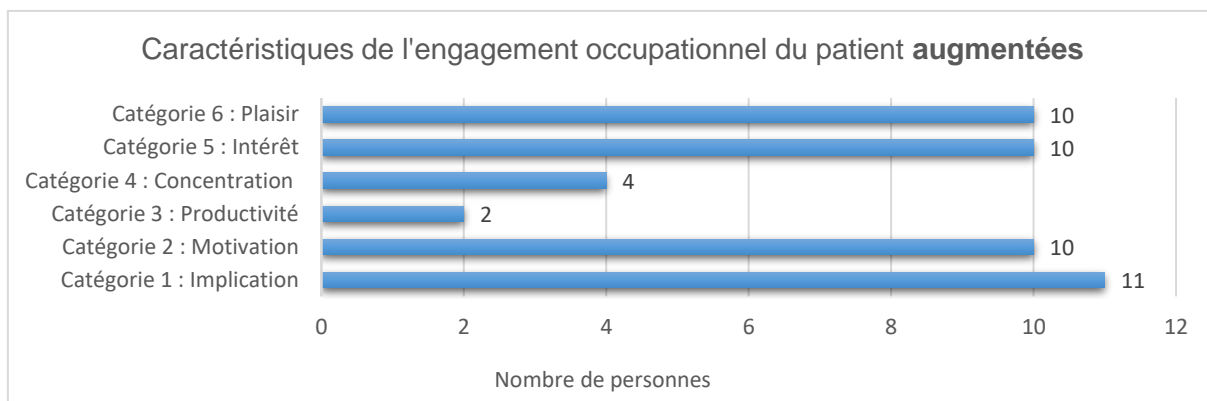
- La perte de l'alliance thérapeutique créée entre le patient et le soignant avant la mise en place de l'isolement thérapeutique.
- Des difficultés dans l'accompagnement du patient qui a vécu l'isolement thérapeutique comme un traumatisme.
- La diminution de la volition du patient à « *s'engager dans une action* ».

La question suivante est une grille de cases à cocher concernant l'influence de la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique sur l'engagement occupationnel du patient en ergothérapie. Pour rappel, l'engagement occupationnel comprend six caractéristiques principales : l'implication, la motivation, la productivité, la concentration, l'intérêt, et le plaisir. Dans l'analyse suivante des résultats, trois graphiques vont être présentés. Le premier graphique concerne les caractéristiques de l'engagement occupationnel du patient en ergothérapie augmentées à la suite de la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique. Le deuxième s'intéresse aux caractéristiques diminuées de l'engagement occupationnel du patient en ergothérapie. Le troisième présentera les caractéristiques n'ayant pas d'influence sur l'engagement occupationnel du patient. Et le quatrième présentera les résultats des personnes ne se prononçant pas sur la question. Dans ces différents graphiques, les catégories correspondent aux caractéristiques de l'engagement occupationnel du patient en ergothérapie :

- Catégorie 1 : Le degré d'implication du patient dans son accompagnement en ergothérapie
- Catégorie 2 : La motivation de la personne à venir en séance d'ergothérapie
- Catégorie 3 : La productivité du patient en séance
- Catégorie 4 : La concentration du patient lors des séances
- Catégorie 5 : L'intérêt que le patient porte à l'activité
- Catégorie 6 : Le plaisir pris par le patient dans la réalisation de l'activité

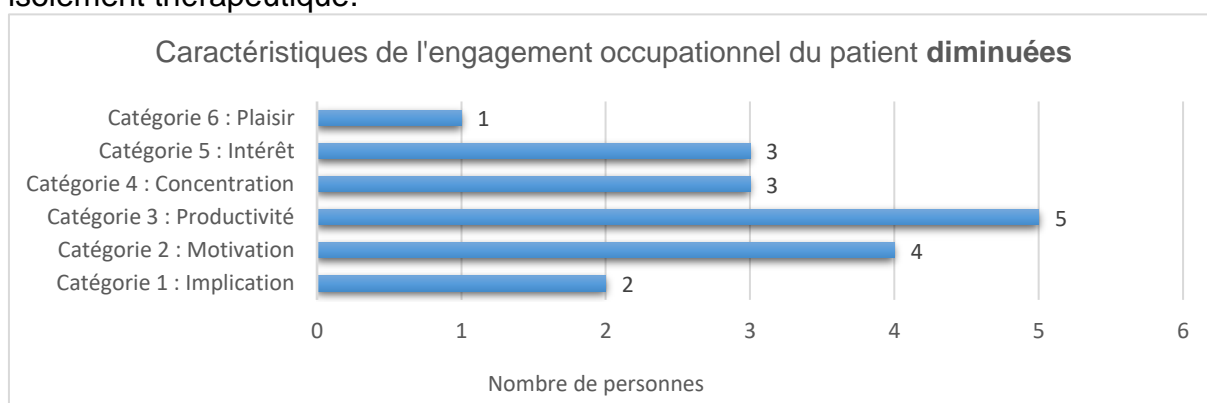


Le graphique ci-dessous s'intéresse aux caractéristiques de l'engagement occupationnel du patient en ergothérapie augmentées à la suite de la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique.



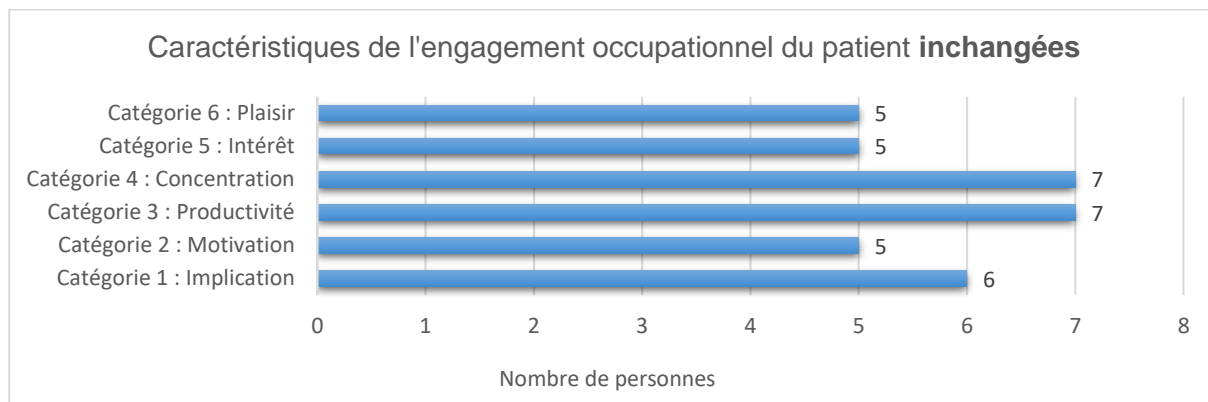
Approximativement dix personnes de l'échantillon sur vingt-et-un pensent que l'implication du patient en ergothérapie, sa motivation à venir en séance, son intérêt pour l'activité et le plaisir pris par le patient dans la réalisation de l'activité sont augmentés à la suite de la rupture occupationnelle vécue par le patient en isolement thérapeutique. Quatre des six caractéristiques définissant donc l'engagement occupationnel seraient augmentés. Quant à la productivité et la concentration du patient en séance d'ergothérapie, les symptômes de la schizophrénie, et les traitements peuvent influencer les séances d'ergothérapie ; la rupture occupationnelle n'aura alors que peu d'influence comme le montre ce commentaire laissé par un ergothérapeute : « *La difficulté à se concentrer peut venir du fait que le patient étant moins exposé aux stimulations devient plus fatigable quand il y en a mais cela peut être tout simplement à cause des traitements. [Il en est de] même pour la productivité* ».

Le graphique suivant présente les caractéristiques de l'engagement occupationnel du patient en ergothérapie diminuées à la suite de la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique.



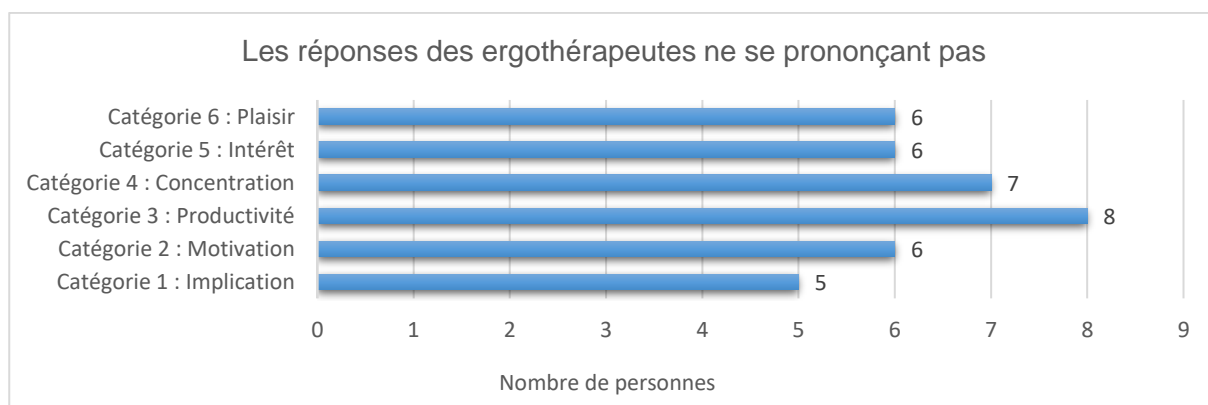
Sur les vingt et une personnes interrogées, au maximum cinq personnes pensent que la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique diminue l'engagement du patient en séance d'ergothérapie.

Le graphique suivant donne les caractéristiques de l'engagement occupationnel du patient inchangées à la suite de la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique.



Au maximum sept ergothérapeutes sur vingt-et-un pensent que la rupture occupationnelle n'influence pas l'engagement occupationnel du patient en ergothérapie. Ce graphique montre également que la concentration et la productivité du patient en séance d'ergothérapie sont les deux caractéristiques de l'engagement occupationnel pour lesquels la rupture occupationnelle a le moins d'influence pour sept des ergothérapeutes.

Le dernier graphique présente les réponses des ergothérapeutes ne se prononçant pas sur la question donnée.



Huit personnes maximums de l'échantillon ne se sont pas prononcées par rapport à l'influence de l'engagement occupationnel des personnes atteintes de schizophrénie en ergothérapie à la suite de la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique.

Les commentaires des répondants à la suite de cette question font état de leur difficulté à se positionner concernant l'influence de la rupture occupationnelle sur l'engagement occupationnel. En effet, ces derniers rapportent plusieurs éléments :

- Il n'est pas possible de faire de généralités sur le sujet car la réaction du patient à la suite de la rupture occupationnelle vécue en isolement est variable d'un patient à l'autre et d'autres paramètres. En effet, l'engagement d'un patient en ergothérapie peut augmenter, par exemple quand l'état clinique du patient s'améliore, et peut également diminuer, par exemple quand le patient est dans la « *revendication ou rejette les différents soins* », ou dans le « *déni de la maladie* ».
- Il est complexe pour les ergothérapeutes de se positionner sur la question soit par manque de « *recul* » sur le sujet, soit parce qu'il est « *difficile de dissocier l'impact* » de la rupture occupationnelle, de l'isolement thérapeutique, et/ou des traitements mis en place pendant cette période.

### 3.4 Discussion

#### 3.4.1 Retour sur les hypothèses de recherche

La première hypothèse supposait que la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique augmentait l'engagement occupationnel du patient en séance d'ergothérapie. Cette hypothèse ne peut être ni validée, ni invalidée même si approximativement dix ergothérapeutes de l'échantillon ont relevé une augmentation de l'engagement occupationnel dans certaines situations.

La seconde hypothèse suggérait que la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique diminuait l'engagement occupationnel du patient en séance d'ergothérapie. Cette hypothèse tend à être invalidée par la majorité des ergothérapeutes ayant répondu au questionnaire.

Cependant, les ergothérapeutes n'affirment pas, non plus, que la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique n'influence pas l'engagement occupationnel du patient en ergothérapie.

La conclusion des résultats serait que les ergothérapeutes n'identifient pas la rupture occupationnelle comme la cause d'un changement dans l'engagement occupationnel du patient en ergothérapie et que la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique ne peut être isolée des autres éléments impactant également l'engagement occupationnel du patient en ergothérapie. Les variables impactant l'engagement occupationnel du patient en ergothérapie à la suite de mise en chambre

d'isolement thérapeutique selon les personnes de l'échantillon seraient : l'état clinique du patient, les changements de traitements mis en place pendant l'isolement avec parfois des traitements sédatifs, la durée entre la sortie d'isolement thérapeutique et la mise en place de séances d'ergothérapie. Il paraît donc difficile d'observer uniquement les conséquences de la rupture occupationnelle dans des situations d'isolement thérapeutique.

### 3.4.2 Limites et biais méthodologiques

#### Les limites du sujet

Plusieurs éléments ont rendu ce travail de recherche difficile.

Tout d'abord, l'isolement thérapeutique est un sujet sensible, qui fait, encore aujourd'hui, polémique au sein de la communauté psychiatrique française. De plus, les protocoles de mise en chambre d'isolement et les pratiques associées sont très variables d'un établissement à l'autre notamment concernant la fréquence de recours à l'isolement, l'adaptation des chambres d'isolement, la raison de l'admission du patient en isolement thérapeutique et la surveillance mise en place par le personnel médical. Il est donc difficile de généraliser la situation.

Ensuite, la pratique centrée sur les occupations pour les ergothérapeutes en France est en plein essor. Cependant ces derniers ne sont pas encore tous sensibilisés à cette approche comme le montrent les résultats du questionnaire. Cet élément peut constituer un biais à mon étude. De plus, rares sont les publications portant sur l'isolement thérapeutique selon une approche occupationnelle. Un des biais de mon étude concerne donc le manque de littérature professionnelle et scientifique relative à l'isolement thérapeutique et aux sciences de l'occupation. La confrontation entre les définitions et les conditions de l'isolement thérapeutique avec les concepts développés en sciences de l'occupation ont permis de réduire l'impact de ce biais sur la recherche. Enfin, l'ergothérapeute est un professionnel de santé intervenant peu en isolement thérapeutique et qui est peu sensibilisé à la pratique de l'isolement. Il aurait alors pu être pertinent de s'intéresser à l'interdisciplinarité et au rôle de chaque professionnel dans l'accompagnement ainsi qu'à la sortie du patient de l'isolement thérapeutique.

#### Les biais concernant l'outil de recherche

Même si le questionnaire est un outil permettant de recueillir les informations d'un plus grand échantillon par rapport à d'autres outils, l'échantillon des personnes interrogées n'est pas représentatif du nombre d'ergothérapeutes travaillant en service de

psychiatrie au contact de patients isolés. De plus, 31,8 % des personnes interrogées ne s'appuient pas, dans leur pratique, sur les concepts théoriques développés dans les sciences de l'occupation. Ces personnes ne s'étaient alors pas appropriées les termes employés dans le questionnaire avant de répondre à celui-ci. Enfin, lors de la définition de la population cible, aucune indication de durée entre la sortie de l'isolement thérapeutique du patient et les séances en ergothérapie n'a été précisée. Pour ces raisons, les résultats obtenus au questionnaire permettent uniquement de réfléchir à la situation et non d'obtenir des résultats significatifs et transposables.

Ensuite, l'outil de recherche utilisé ne permet pas de reformuler une question si le répondant ne la comprend pas. Certaines formulations de questions, ou termes ont pu être incomprises par les répondants, ce qui les rend difficilement analysables. Pour compenser ce biais, certaines définitions de concepts ont été ajoutées dans le questionnaire. En premier lieu, il n'était pas précisé dans le questionnaire qu'il était question d'isolement strict uniquement, et que la recherche ne s'intéressait donc pas à l'isolement séquentiel. Puis, la question 2 intitulée « À quelle fréquence accompagnez-vous (ou avez-vous accompagné) des patients atteints de schizophrénie ayant été placés en isolement thérapeutique sur une durée supérieure à 5 jours ? » a été mal comprise pour certains répondants. Ces ergothérapeutes ont alors répondu qu'ils n'accompagnaient pas de patients présents en chambre d'isolement mais que l'accompagnement se poursuivait à la sortie de l'isolement, ce qui constitue un biais.

### 3.4.3 Projections professionnelles

Ce mémoire de fin d'étude m'a permis d'appréhender la méthodologie à employer dans un travail de recherche ainsi que, globalement, l'importance pour la pratique en ergothérapie de mener des travaux de recherche scientifique. Par exemple, j'ai pu comprendre, par ce travail, que pour pouvoir tester une variable, celle-ci doit pouvoir être isolée des autres.

Puis, il m'a permis d'aller au-delà des compétences acquises lors de mon parcours de formation en ergothérapie et d'acquérir de nouvelles connaissances. En effet, j'ai pu approfondir les concepts développés dans les sciences de l'occupation, concernant entre autres les injustices occupationnelles que sont la privation et la rupture occupationnelle. Ainsi, j'ai pu élaborer un questionnement sur l'isolement thérapeutique en psychiatrie, sur son intérêt et ses limites.

Dans la continuité de ce travail de recherche, j'envisage de poursuivre ma réflexion sur les concepts évoqués précédemment et de les appliquer à d'autres situations d'injustice occupationnelle. Ces situations pourraient concerner, par exemple, des restrictions de participation des personnes dans leurs occupations à la suite d'un déménagement, à une maladie, à une institutionnalisation.

Enfin, appliquer les principes d'une approche occupationnelle participera à promouvoir les bienfaits de l'occupation pour la santé et donc l'ergothérapie auprès des professionnels de santé et au sein de la structure dans laquelle j'exercerai prochainement.

#### 3.4.4 Perspectives envisagées

Le sujet de ce mémoire d'initiation à la recherche a fait émerger plusieurs perspectives de recherche.

Le premier axe de recherche qu'il pourrait être intéressant de développer concerne les facteurs liés à l'isolement thérapeutique pouvant influencer l'accompagnement en ergothérapie. Par exemple, il pourrait être pertinent de se pencher sur l'influence de l'isolement thérapeutique sur l'alliance thérapeutique entre le patient et le thérapeute, comme il a été mentionné par des ergothérapeutes interrogés dans cette étude.

Puis, le retour sur les hypothèses a mis en avant différentes variables de l'isolement thérapeutique pouvant influencer l'engagement occupationnel du patient en séance d'ergothérapie, voire même à l'extérieur de l'atelier. Poursuivre les recherches autour de cette thématique permettrait aux ergothérapeutes de prendre conscience de cette influence sur l'accompagnement et de pouvoir adapter les séances et les objectifs ergothérapeutiques en conséquence. De plus, les ergothérapeutes interrogés ont montré un grand intérêt pour mon sujet de recherche et aimeraient pouvoir en ressortir des éléments à intégrer dans leurs pratiques.

Enfin, afin de vérifier et d'objectiver la présence d'une influence de la rupture occupationnelle sur l'engagement occupationnel, une étude sur ces deux variables pourrait être réalisée dans une configuration, autre que l'isolement thérapeutique, où la variable « rupture occupationnelle » pourrait être isolée.

## 4 Conclusion

L'isolement thérapeutique est utilisé, depuis l'Antiquité, comme moyen de traitement et de protection des personnes souffrant de maladies mentales notamment pour les personnes atteintes de schizophrénie. En effet, la schizophrénie est décrite comme la pathologie qui entraîne le plus de placements en isolement thérapeutique en raison des symptômes positifs, négatifs, de désorganisation et autres comorbidités de la maladie. Cette mesure leur permet d'être dans un espace calme, sans danger et coupés des stimulations extérieures. L'isolement thérapeutique est encadré par la loi de modernisation de notre système de santé et par les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Leur objectif est de limiter le recours à cette pratique dans les établissements de santé tant elle peut être restrictive pour la personne et porter atteinte à sa dignité et à ses droits notamment à son droit de participer à des occupations significatives et signifiantes. En effet, lorsque le patient se trouve en isolement strict, ses occupations se trouvent modifiées voire supprimées. Cet état d'empêchement d'accès à leurs occupations peut correspondre au concept de rupture occupationnelle développé dans les sciences de l'occupation.

L'objectif de ce travail de recherche a été de présenter une approche occupationnelle de l'isolement thérapeutique pour les ergothérapeutes. L'intérêt était plus particulièrement de mettre en valeur l'influence de la rupture occupationnelle vécue par le patient en isolement thérapeutique sur l'accompagnement en ergothérapie et précisément sur l'engagement occupationnel du patient en séance. Selon les résultats de l'enquête, l'engagement occupationnel du patient en ergothérapie semble être impacté par la rupture occupationnelle qu'il a vécu en isolement thérapeutique. Cependant, il a été difficile pour les ergothérapeutes de se positionner sur le sujet étant donné que la rupture occupationnelle est associée à d'autres variables telles que le changement de traitement et l'impact de l'isolement thérapeutique lui-même. Afin d'observer l'influence de la rupture occupationnelle du patient sur son engagement dans ses occupations et son accompagnement en ergothérapie, il est impératif d'isoler la variable de la rupture occupationnelle. Cette nouvelle approche centrée sur les occupations et les injustices occupationnelles comme la rupture occupationnelle permettrait aux ergothérapeutes de développer des pratiques professionnelles différentes basées sur des concepts reconnus scientifiquement.





## Liste de références

### Ouvrages

1. Klein, F. (2016). Ergothérapeute, pour quoi faire ? Dans *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation* (2ème édition, p. 37-53). Paris : De Boeck Supérieur.
2. Leboyer, M., Llorca, P.-M., & Durand-Zaleski, I. (2018). *Psychiatrie : l'état d'urgence*. Paris : Fayard.
3. Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. Paris : De Boeck : Solal.
4. Pierce, D. (2016). *La science de l'occupation pour l'ergothérapie*. Paris : De Boeck Supérieur.
5. Whiteford, G. (Éd.). (2003). *Introduction to occupation: the art and science of living: new multidisciplinary perspectives for understanding human occupation as a central feature of individual experience and social organization* (2nd ed), chapter 12. Upper Saddle River, N.J: Pearson.

### Articles

1. Amad, A., Bubrovsky, M., Maitre, E., & Thomas, P. (2012). 10. Schizophrénie chez l'adulte. *Pathologies schizophréniques*, 96-111. <https://doi.org/10.3917/lav.daler.2012.01.0096>
2. Berney, S. (2018). Médiations. *Psychothérapies*, 38(2), 73-74. <https://doi.org/10.3917/psys.182.0073>
3. Crocq, M.-A. (2012). 1. La schizophrénie – histoire du concept et évolution de la nosographie. *Pathologies schizophréniques*, 5-17. <https://doi.org/10.3917/lav.daler.2012.01.0005>
4. Danion, J.-M. (2012). 7. Schizophrénie et sciences humaines et sociales. *Pathologies schizophréniques*, 67-74. <https://doi.org/10.3917/lav.daler.2012.01.0067>
5. Giloux, N. (2017). Isolement en psychiatrie : rien n'est jamais acquis. *L'information psychiatrique*, me 93(10), 837-839. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1717>
6. Klein, F. (2014). Préambule. *Être ergothérapeute en psychiatrie*, 9-16. <https://doi.org/10.3917/eres.klein.2014.01.0009>
7. Meyer, S. (2018). Quelques clés pour comprendre la science de l'occupation et son intérêt pour l'ergothérapie. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), 13-28. <https://doi.org/10.13096/rfre.v4n2.116>

8. Nasielski, S. (2012). Gestion de la relation thérapeutique : entre alliance et distance. *Actualités en analyse transactionnelle*, 144(4), 12-40. <https://doi.org/10.3917/aatc.144.0012>
9. Nizzero, A., Cote, P., & Cramm, H. (2017). Occupational disruption: A scoping review. *Journal of Occupational Science*, 24(2), 114-127. <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1306791>
10. Parizot, I. (2012). 5 – L'enquête par questionnaire. S. Paugam, *L'enquête sociologique*, 93-113. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0093>
11. Riou, G., & Le Roux, F. (2017). L'hospitalisation en psychiatrie : de la privation occupationnelle au soin. *VST - Vie sociale et traitements*, 135(3), 104-110. <https://doi.org/10.3917/vst.135.0104>
12. Salbreux, R. (2004). 4. Les limites du champ de la psychiatrie et la notion de handicap. *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 31-43. <https://doi.org/10.3917/puf.diatk.2004.01.0031>
13. Terra, J.-L. (2012). 12. Suicide et schizophrénie. *Pathologies schizophréniques*, 120-124. <https://doi.org/10.3917/lav.daler.2012.01.0120>
14. Townsend, E., & A. Wilcock, A. (2004). Occupational justice and Client-Centred Practice: A Dialogue in Progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(2), 75-87. <https://doi.org/10.1177/000841740407100203>

### Textes officiels

1. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT). (2010). *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le CPT*. Consulté à l'adresse <http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2012i13iinifra.htm>
2. Conseil de l'Europe. (2004, septembre 22). *Recommandations du Conseil de l'Europe aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux*. Consulté à l'adresse [https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08\\_Psychiatry\\_and\\_human\\_rights\\_en/Rec\(2004\)10%20EM%20F.pdf](https://www.coe.int/t/dg3/healthbioethic/Activities/08_Psychiatry_and_human_rights_en/Rec(2004)10%20EM%20F.pdf)
3. HAS. (2015). Haute Autorité de Santé - Démarche centrée sur le patient : information, conseil, éducation thérapeutique, suivi. Consulté 3 mai 2019, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2040144/fr/demarche-centree-sur-le-patient-information-conseil-education-therapeutique-suivi)

4. HAS. (2017, février). *Argumentaire Scientifique sur l'isolement et les contentions en psychiatrie générale*. Consulté à l'adresse [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement et contention en psychiatrie generale - argumentaire 2 2017-03-15 10-33-36 53.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-03/isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_argumentaire_2_2017-03-15_10-33-36_53.pdf)
5. HAS (2017) *Isolement en psychiatrie générale*. Consulté à l'adresse [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201708/isolement\\_synthese\\_v3.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201708/isolement_synthese_v3.pdf)
6. LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées., 2005-102 § (2005).
7. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge., 2011-803 § (2011).
8. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 72., 2016-41 § (2016).

### Sitographie

1. ANFE. (2017, juin 16). Déontologie. Consulté 14 janvier 2019, à l'adresse [https://www.anfe.fr/index.php?option=com\\_content&view=article&catid=121:recherche-documentaire&id=63:la-has&Itemid=178](https://www.anfe.fr/index.php?option=com_content&view=article&catid=121:recherche-documentaire&id=63:la-has&Itemid=178)
2. ANFE. (2019, février 1). La profession. Consulté 14 mai 2019, à l'adresse <https://www.anfe.fr/l-ergotherapie/la-profession>
3. *ATIH; Chiffres clés en psychiatrie; 2017.pdf*. Consulté à l'adresse [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih\\_chiffres\\_cles\\_psychiatrie\\_2017.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2554/atih_chiffres_cles_psychiatrie_2017.pdf)
4. ATIH. (2018). *Analyse de l'activité hospitalière - 2017* (p. 24). Consulté à l'adresse [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3478/synthese\\_aah\\_2017.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3478/synthese_aah_2017.pdf)
5. Di Rocco, V. (2018, mars). Des activités et des soins en psychiatrie. *Santé mentale : Le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie*, (226), p. 24-31. Consulté à l'adresse <https://fr.calameo.com/read/0033457722930dc20e21d>
6. Friard, D. (2004). *Revue Santé Mentale - N° 86 - Mars 2004 - Attacher n'est pas contenir*. Consulté 8 septembre 2018, à l'adresse Santé Mentale web site : <https://www.santementale.fr/boutique/acheter-numero/numero-86-mars-2004.html>

7. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics. (2019, avril). Consulté 12 janvier 2019, à l'adresse <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f405565289>
8. Inserm. (2014, mai 1). Schizophrénie. Consulté 18 avril 2019, à l'adresse Inserm - La science pour la santé web site. Consulté à l'adresse <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie>
9. *Livre Blanc sur l'ergothérapie en Santé Mentale, 2016*. Consulté à l'adresse [http://www.unafam.info/23/img/ErgotherapieenSanteMentale\\_Livre%20blanc.pdf](http://www.unafam.info/23/img/ErgotherapieenSanteMentale_Livre%20blanc.pdf)
10. Meyer, & Keller. (2007). *Procédure d'utilisation des chambres de soins intensifs en psychiatrie*. Consulté à l'adresse [https://www.acses-asso.com/jdownloads/DIVERS/SOI\\_PSY\\_99\\_13\\_PR00\\_2.pdf](https://www.acses-asso.com/jdownloads/DIVERS/SOI_PSY_99_13_PR00_2.pdf)
11. Morisset, J. (2018). Isolement et contention en psychiatrie, facteurs d'influence et alternatives. *Recherche en soins infirmiers*, N° 132(1), 78-90.
12. OMS. (2015, Edition). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes 10 - Français*. Consulté à l'adresse [https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10\\_2015\\_final\\_0.pdf](https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2665/cim10_2015_final_0.pdf)
13. Pechberty, S. (2018). *La chambre d'isolement en psychiatrie adulte et pédopsychiatrie : réflexions cliniques et revue de la littérature*. 109. Consulté à l'adresse <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01769234/document>
14. Publishing, A. P. (2015). *DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Consulté à l'adresse <http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=4337396>
15. Tableaux MAPSY cumulés DGF 2017 | Stats ATIH. (2017). Consulté 18 avril 2019, à l'adresse [https://www.scansante.fr/applications/rim-p\\_psy\\_dg\\_2017/submit?rapport=%2Fpsy%2Fmahos%2Fdgf%2F2017%2FF1ditdia.html](https://www.scansante.fr/applications/rim-p_psy_dg_2017/submit?rapport=%2Fpsy%2Fmahos%2Fdgf%2F2017%2FF1ditdia.html)
16. WFOT. (2012). About Occupational Therapy [Text/html]. Consulté 21 avril 2019, à l'adresse WFOT web site : <https://wfot.org/about-occupational-therapy>

# ANNEXES

ANNEXE I : Tableaux MAPSY cumulés DGF 2017   Stats ATIH.....	1
ANNEXE II : La schizophrénie d'après le DSM-V.....	17
ANNEXE III : Questionnaire envoyé au ergothérapeutes.....	19
ANNEXE IV : Résultats et analyse des questionnaires.....	23



# ANNEXE I : Tableaux MAPSY cumulés DGF 2017 | Stats ATIH

Tableau [1.D.2.ITDIAG] - Date du traitement: 20/07/2018  
Isolement thérapeutique, liste des pathologies mentales

Code CIM 10	Nombre de séjours	Nombre de journées couvertes par les séquences (*)	% en diag principal	Nombre de journées d'isolement thérapeutique	Nombre de patients
F00 DÉMENCE DE LA MAL. D'ALZHEIMER	2	26,0	100,00	6,0	2
F000 DÉMENCE DE LA MAL. D'ALZHEIMER, A DÉBUT PRÉCOCE	20	394,0	88,07	106,0	19
F00000 DÉMENCE LÉGÈRE MAL ALZHEIMER À DÉBUT PRÉCOCE SANS SYMPT SUPPL	1	6,0	100,00	2,0	1
F00011 DÉMENCE MOY MAL ALZHEIMER À DÉBUT PRÉCOCE +SYMPT SURTT DÉLR	1	4,0	100,00	1,0	1
F00012 DÉMENCE SÉVÈRE MAL ALZHEIMER À DÉBUT PRÉCOCE +SYMPT SURTT DÉLR	2	119,0	100,00	114,0	2
F0002 DÉMENCE MAL ALZHEIMER À DÉBUT PRÉCOCE +SYMPT SURTT HALLUCIN	1	25,0	100,00	12,0	1
F0003 DÉMENCE MAL ALZHEIMER À DÉBUT PRÉCOCE +SYMPT SURTT DÉPRESSIFS	1	90,0	100,00	30,0	1
F0004 DÉMENCE MAL ALZHEIMER À DÉBUT PRÉCOCE +SYMPT MIXTES	2	20,0	55,00	14,0	2
F00040 DÉMENCE LÉGÈRE MAL ALZHEIMER À DÉBUT PRÉCOCE +SYMPT MIXTES	1	48,0	100,00	10,0	1
F00042 DÉMENCE SÉVÈRE MAL ALZHEIMER À DÉBUT PRÉCOCE +SYMPT MIXTES	1	7,0	100,00	1,0	1
F001 DÉMENCE DE LA MAL. D'ALZHEIMER, A DÉBUT TARDIF	28	1 157,0	83,75	468,0	22
F0010 DÉMENCE MAL ALZHEIMER À DÉBUT TARDIF SANS SYMPT SUPPL	1	2,0	100,00	2,0	1
F00100 DÉMENCE LÉGÈRE MAL ALZHEIMER À DÉBUT TARDIF SANS SYMPT SUPPL	2	143,0	0,00	143,0	2
F00101 DÉMENCE MOY MAL ALZHEIMER À DÉBUT TARDIF SANS SYMPT SUPPL	2	151,0	100,00	24,0	2
F00102 DÉMENCE SÉVÈRE MAL ALZHEIMER À DÉBUT TARDIF SANS SYMPT SUPPL	2	88,0	61,36	19,0	2
F0011 DÉMENCE MAL ALZHEIMER À DÉBUT TARDIF +SYMPT SURTT DÉLR	2	35,0	100,00	20,0	1
F00111 DÉMENCE MOY MAL ALZHEIMER À DÉBUT TARDIF +SYMPT SURTT DÉLR	3	51,0	100,00	28,0	3
F00112 DÉMENCE SÉVÈRE MAL ALZHEIMER À DÉBUT TARDIF +SYMPT SURTT DÉLR	1	2,0	100,00	3,0	1
F00122 DÉMENCE SÉVÈRE MAL ALZHEIMER À DÉBUT TARDIF +SYMPT SURTT HALLUCIN	1	74,0	100,00	50,0	1
F0013 DÉMENCE MAL ALZHEIMER À DÉBUT TARDIF +SYMPT SURTT DÉPRESSIFS	2	45,0	100,00	32,0	2
F00132 DÉMENCE SÉVÈRE MAL ALZHEIMER À DÉBUT TARDIF +SYMPT SURTT DÉPRES	1	28,0	0,00	1,0	1
F0014 DÉMENCE MAL ALZHEIMER À DÉBUT TARDIF +SYMPT MIXTES	2	33,0	60,61	16,0	2
F00141 DÉMENCE MOY MAL ALZHEIMER À DÉBUT TARDIF +SYMPT MIXTES	1	1,0	100,00	2,0	1
F00142 DÉMENCE SÉVÈRE MAL ALZHEIMER À DÉBUT TARDIF +SYMPT MIXTES	5	74,0	77,03	21,0	5
F002 DÉMENCE DE LA MAL. D'ALZHEIMER, FORME ATYPIQUE OU MIXTE	9	136,0	94,12	45,0	9
F00222 DÉMENCE SÉVÈRE MAL ALZHEIMER ATYPIQUE MIXTE +SYMPT SURTT HALLUCIN	1	10,0	100,00	11,0	1
F0024 DÉMENCE MAL ALZHEIMER ATYPIQUE MIXTE +SYMPT MIXTES	1	7,0	0,00	9,0	1
F00242 DÉMENCE SÉVÈRE MAL ALZHEIMER ATYPIQUE MIXTE +SYMPT MIXTES	2	65,0	100,00	52,0	2
F009 DÉMENCE DE LA MAL. D'ALZHEIMER, SAI	37	1 158,0	89,90	677,0	35
F0090 DÉMENCE MAL ALZHEIMER SAI SANS SYMPT SUPPL	2	138,0	100,00	12,0	2
F00901 DÉMENCE MOY MAL ALZHEIMER SAI SANS SYMPT SUPPL	2	50,0	100,00	7,0	2
F00902 DÉMENCE SÉVÈRE MAL ALZHEIMER SAI SANS SYMPT SUPPL	2	117,0	100,00	38,0	2
F0091 DÉMENCE MAL ALZHEIMER SAI +SYMPT SURTT DÉLR	1	40,0	100,00	7,0	1
F00911 DÉMENCE MOY MAL ALZHEIMER SAI +SYMPT SURTT DÉLR	1	5,0	100,00	2,0	1
F0094 DÉMENCE MAL ALZHEIMER SAI +SYMPT MIXTES	1	1,0	100,00	2,0	1
F00940 DÉMENCE LÉGÈRE MAL ALZHEIMER SAI +SYMPT MIXTES	1	6,0	100,00	1,0	1
F00942 DÉMENCE SÉVÈRE MAL ALZHEIMER SAI +SYMPT MIXTES	3	41,0	100,00	27,0	3
F01 DÉMENCE VASC.	1	3,0	100,00	3,0	1
F010 DÉMENCE VASC. A DÉBUT AIG.	5	115,0	100,00	24,0	5
F01001 DÉMENCE VASC MOY À DÉBUT AIG SANS SYMPT SUPPL	1	92,0	0,00	86,0	1
F0102 DÉMENCE VASC À DÉBUT AIG +SYMPT SURTT HALLUCIN	1	20,0	100,00	2,0	1
F01030 DÉMENCE VASC LÉGÈRE À DÉBUT AIG +SYMPT SURTT DÉPRES	1	26,0	100,00	4,0	1
F01031 DÉMENCE VASC MOY À DÉBUT AIG +SYMPT SURTT DÉPRES	1	13,0	100,00	8,0	1
F0104 DÉMENCE VASC À DÉBUT AIG +SYMPT MIXTES	1	12,0	100,00	15,0	1
F011 DÉMENCE VASC. PAR INFARCTUS MULT.	3	93,0	100,00	58,0	3
F0110 DÉMENCE INFARCTUS MULT SANS SYMPT SUPPL	1	2,0	0,00	2,0	1
F012 DÉMENCE VASC. SOUS-CORTICALE	1	28,0	100,00	9,0	1
F0120 DÉMENCE VASC SSCORTIC SANS SYMPT SUPPL	1	13,0	100,00	7,0	1
F01211 DÉMENCE VASC/SCORTIC MOY +SYMPT SURTT DÉLR	1	11,0	100,00	2,0	1

Code CIM 10	Nombre de séjours	Nombre de journées couvertes par les séquences (*)	% en diag principal	Nombre de journées d'isolement thérapeutique	Nombre de patients
F01242 DÉMENCE VASC /SCORTIC SÉVÈRE +SYMPT MIXTES	3	72,0	100,00	13,0	2
F013 DÉMENCE VASC. MIXTE, CORTICALE ET SOUS-CORTICALE	12	274,0	98,18	79,0	9
F0130 DÉMENCE VASC MIXTE SANS SYMPT SUPPL	1	67,0	100,00	6,0	1
F01300 DÉMENCE VASC MIXTE CORTIC +ISCORTIC LÉGÈRE SANS SYMPT SUPPL	2	198,0	100,00	113,0	2
F01301 DÉMENCE VASC MIXTE CORTIC +ISCORTIC MOY SANS SYMPT SUPPL	1	8,0	100,00	1,0	1
F01310 DÉMENCE VASC MIXTE CORTIC +ISCORTIC LÉGÈRE +SYMPT SURTIT DÉLIR	1	4,0	100,00	2,0	1
F01311 DÉMENCE VASC MIXTE CORTIC +ISCORTIC MOY +SYMPT SURTIT DÉLIR	1	46,0	100,00	3,0	1
F01312 DÉMENCE VASC MIXTE CORTIC +ISCORTIC SÉVÈRE +SYMPT SURTIT DÉLIR	1	1,0	0,00	1,0	1
F0132 DÉMENCE VASC MIXTE CORTIC +ISCORTIC SÉVÈRE +SYMPT SURTIT HALLUCIN	1	28,0	0,00	9,0	1
F01331 DÉMENCE VASC MIXTE CORTIC +ISCORTIC MOY +SYMPT SURTIT DÉPRES	1	3,0	100,00	2,0	1
F0180 AUTRES FORMES DÉMENCE VASC SANS SYMPT SUPPL	1	1,0	0,00	1,0	1
F01800 AUTRES FORMES DÉMENCE VASC LÉGÈRE SANS SYMPT SUPPL	2	269,0	100,00	107,0	1
F0182 AUTRES FORMES DÉMENCE VASC +SYMPT SURTIT HALLUCIN	1	5,0	100,00	4,0	1
F019 DÉMENCE VASC., SAI	16	516,0	89,15	100,0	14
F0190 DÉMENCE VASC SAI SANS SYMPT SUPPL	1	7,0	100,00	2,0	1
F01900 DÉMENCE VASC LÉGÈRE SAI SANS SYMPT SUPPL	2	40,0	22,50	38,0	2
F01901 DÉMENCE VASC MOY SAI SANS SYMPT SUPPL	1	4,0	100,00	2,0	1
F0191 DÉMENCE VASC SAI +SYMPT SURTIT DÉLIR	1	7,0	100,00	2,0	1
F01922 DÉMENCE VASC SÉVÈRE SAI +SYMPT SURTIT HALLUCIN	1	92,0	100,00	1,0	1
F0193 DÉMENCE VASC SAI +SYMPT SURTIT DÉPRESSIFS	3	185,0	100,00	18,0	1
F01942 DÉMENCE VASC SÉVÈRE SAI +SYMPT MIXTES	5	108,0	100,00	82,0	4
F020 DÉMENCE DE LA MAL. DE PICK	3	120,0	27,50	5,0	3
F02000 DÉMENCE LÉGÈRE MAL PICK SANS SYMPT SUPPL	1	55,0	100,00	1,0	1
F02001 DÉMENCE MOY MAL PICK SANS SYMPT SUPPL	1	42,0	100,00	11,0	1
F0204 DÉMENCE MAL PICK +SYMPT MIXTES	3	82,0	100,00	13,0	2
F022 DÉMENCE DE LA MAL. DE HUNTINGTON	5	478,0	98,54	267,0	4
F0221 DÉMENCE MAL HUNTINGTON +SYMPT SURTIT DÉLIR	3	196,0	100,00	88,0	3
F02211 DÉMENCE MOY MAL HUNTINGTON +SYMPT SURTIT DÉLIR	1	1,0	100,00	2,0	1
F02230 DÉMENCE LÉGÈRE MAL HUNTINGTON +SYMPT SURTIT DÉPRES	1	80,0	100,00	10,0	1
F023 DÉMENCE DE LA MAL. DE PARKINSON	5	230,0	56,52	76,0	5
F0230 DÉMENCE MAL PARKINSON SANS SYMPT SUPPL	1	2,0	0,00	2,0	1
F02300 DÉMENCE LÉGÈRE MAL PARKINSON SANS SYMPT SUPPL	1	2,0	0,00	2,0	1
F02312 DÉMENCE SÉVÈRE MAL PARKINSON +SYMPT SURTIT DÉLIR	1	33,0	0,00	3,0	1
F0232 DÉMENCE MAL PARKINSON +SYMPT SURTIT HALLUCIN	2	6,0	100,00	5,0	2
F02330 DÉMENCE LÉGÈRE MAL PARKINSON +SYMPT SURTIT DÉPRES	1	54,0	0,00	1,0	1
F02341 DÉMENCE MOY MAL PARKINSON +SYMPT MIXTES	1	3,0	0,00	1,0	1
F02342 DÉMENCE SÉVÈRE MAL PARKINSON +SYMPT MIXTES	1	11,0	100,00	2,0	1
F024 DÉMENCE DE LA MAL. DUE AU V.LH	1	130,0	0,00	20,0	1
F02442 DÉMENCE SÉVÈRE MAL DUE AU V.H +SYMPT MIXTES	1	185,0	100,00	4,0	1
F028 DÉMENCE AVEC AUTRES MAL. CL. ALL.	8	345,0	56,23	46,0	8
F02801 DÉMENCE MOY ASSOCIÉE À AUTR MAL SANS SYMPT SUPPL	1	10,0	100,00	6,0	1
F02802 DÉMENCE SÉVÈRE ASSOCIÉE À AUTR MAL SANS SYMPT SUPPL	1	2,0	100,00	3,0	1
F0281 DÉMENCE ASSOCIÉE À AUTR MAL +SYMPT SURTIT DÉLIR	1	0,0	.	1,0	1
F02810 DÉMENCE LÉGÈRE ASSOCIÉE À AUTR MAL +SYMPT SURTIT DÉLIR	1	365,0	100,00	362,0	1
F0282 DÉMENCE ASSOCIÉE À AUTR MAL +SYMPT SURTIT HALLUCIN	2	75,0	100,00	49,0	1
F02821 DÉMENCE MOY ASSOCIÉE À AUTR MAL +SYMPT SURTIT HALLUCIN	2	185,0	0,00	89,0	1
F0284 DÉMENCE ASSOCIÉE À AUTR MAL +SYMPT MIXTES	2	111,0	0,00	43,0	1
F03 DÉMENCE, SAI	136	4 377,0	67,90	1 781,0	124
F03+0 DÉMENCE SAI SANS SYMPT SUPPL	9	873,0	66,67	505,0	9
F03+00 DÉMENCE LÉGÈRE SAI SANS SYMPT SUPPL	7	105,0	69,52	69,0	7
F03+01 DÉMENCE MOY SAI SANS SYMPT SUPPL	6	187,0	6,96	33,0	6



Code CIM 10	Nombre de séjours	Nombre de journées couvertes par les séquences (*)	% en diag principal	Nombre de journées d'isolement thérapeutique	Nombre de patients
F03+02 DÉMENCE SÉVÈRE SAI SANS SYMPT SUPPL	3	397,0	29,22	22,0	2
F03+1 DÉMENCE SAI +SYMPT SURTT DÉLR	2	74,0	94,59	12,0	2
F03+11 DÉMENCE MOY SAI +SYMPT SURTT DÉLR	1	14,0	100,00	2,0	1
F03+12 DÉMENCE SÉVÈRE SAI +SYMPT SURTT DÉLR	3	143,0	100,00	28,0	2
F03+2 DÉMENCE SAI +SYMPT SURTT HALLUCIN	2	49,0	100,00	25,0	2
F03+20 DÉMENCE LÉGÈRE SAI +SYMPT SURTT HALLUCIN	1	5,0	100,00	2,0	1
F03+22 DÉMENCE SÉVÈRE SAI +SYMPT SURTT HALLUCIN	1	5,0	100,00	4,0	1
F03+3 DÉMENCE SAI +SYMPT SURTT DÉPRESSIFS	1	17,0	100,00	18,0	1
F03+31 DÉMENCE MOY SAI +SYMPT SURTT DÉPRES	2	129,0	100,00	103,0	2
F03+4 DÉMENCE SAI +SYMPT MIXTES	5	347,0	96,83	59,0	4
F03+40 DÉMENCE LÉGÈRE SAI +SYMPT MIXTES	5	272,0	72,43	87,0	5
F03+41 DÉMENCE MOY SAI +SYMPT MIXTES	7	206,0	16,50	49,0	5
F03+42 DÉMENCE SÉVÈRE SAI +SYMPT MIXTES	7	377,0	91,51	227,0	5
F04 SYND. AMNESIQUE ORG., NON DU A ALCOOL ET SUBST. PSYCHO-ACTIVES NCA	16	537,5	27,81	279,0	12
F050 DELIRIUM NON SURAJOUTE A UNE DEMENCE, AINSI DECRIT	14	463,0	87,90	109,0	12
F051 DELIRIUM SURAJOUTE A UNE DEMENCE	15	716,0	58,10	198,0	12
F058 DELIRIUM NCA	3	92,0	18,48	52,0	2
F059 DELIRIUM SAI	17	311,0	27,97	186,0	16
F06 TBL. MENT. NCA, DUS A UNE LES. CEREB., DYSFCT. CEREB., ET AFF. SOMAT.	1	38,0	100,00	7,0	1
F060 ETAT HALLUCINATOIRE ORG.	14	614,0	88,44	82,0	12
F061 CATATONIE ORG.	8	209,0	5,26	73,0	5
F062 TBL. DELIRANT ORG.	23	1 055,0	91,09	290,0	22
F063 TBL. ORG. DE L'HUMEUR	6	341,0	88,86	101,0	5
F0630 TBL MANIAQUE ORG	6	54,0	100,00	41,0	5
F0631 TBL BIPOLAIRE ORG	2	41,0	100,00	15,0	2
F0632 TBL DÉPRES ORG	1	1,0	100,00	1,0	1
F0633 TBL AFFECTIF MIXTE ORG	2	43,0	39,53	3,0	2
F064 TBL. ANXIÉTÉ ORG.	7	222,0	6,31	74,0	5
F065 TBL. DISSOCIATIF ORG.	2	10,0	100,00	3,0	2
F066 LABILE EMOTIONNELLE ORG.	2	55,0	30,91	8,0	2
F067 TBL. COGNITIF LÉGER	20	587,0	38,67	269,0	16
F0670 TBL COGNITIF LÉGER NON ASSOCIÉ À 1TBL PHYS	4	44,0	27,27	18,0	4
F0671 TBL COGNITIF LÉGER ASSOCIÉ À 1TBL PHYS	3	140,0	10,00	49,0	2
F068 TBL. MENT. PREC. NCA, DUS A LES. CEREB., DYSFCT. CEREB. ET AFF. PHYS.	35	2 741,0	74,72	1 442,0	30
F069 TBL. MENT. SAI, DU A LES. CEREB., DYSFCT. CEREB., ET AFF. PHYS.	58	2 586,0	82,56	1 177,0	44
F07 TBL. DE LA PERSON. DUS A UNE AFF., UNE LES. ET UN DYSFCT. CEREB.	1	6,0	100,00	6,0	1
F070 TBL. ORG. DE LA PERSON.	37	2 496,0	68,45	1 241,0	30
F071 SYND. POST-ENCEPHALITIQUE	7	478,0	95,19	317,0	5
F072 SYND. POST-COMMOTIONNEL	15	950,0	49,89	238,0	14
F078 TBL. ORG. DE LA PERSON. NCA, DUS A AFF., LES. ET DYSFCT. CEREB.	48	2 655,0	85,99	1 529,0	35
F079 TBL. ORG. DE LA PERSON. SAI, DU A AFF., LES. ET DYSFCT. CEREB.	53	2 538,0	90,58	681,0	41
F09 TBL. MENT. ORG. OU SYMPT., SAI	42	1 545,0	77,54	793,0	32
F10 TBL. MENT. DUS A ALCOOL	12	135,0	96,30	62,0	11
F100 TBL. MENT. DUS A ALCOOL : INTOX. AIG.	280	4 410,0	58,91	1 539,0	264
F1000 TBL MENT DUS À ALCOOL : INTOX AIG SANS COMPLIC	67	751,0	43,68	217,0	66
F1001 TBL MENT DUS À ALCOOL : INTOX AIG +TRAUMA	12	77,0	66,23	36,0	12
F1002 TBL MENT DUS À ALCOOL : INTOX AIG +AUTRES COMPLIC MED	8	221,0	73,30	54,0	5
F1003 TBL MENT DUS À ALCOOL : INTOX AIG +DÉLRIUM	6	71,0	78,87	22,0	5
F1004 TBL MENT DUS À ALCOOL : INTOX AIG +DISTORSION DES PERCEPTIONS	15	190,0	61,05	64,0	12
F1005 TBL MENT DUS À ALCOOL : INTOX AIG +COMA	1	4,0	100,00	2,0	1
F1006 TBL MENT DUS À ALCOOL : INTOX AIG +CONVULSIONS	5	47,0	31,91	28,0	4

Code CIM 10	Nombre de séjours	Nombre de journées couvertes par les séquences (*)	% en diag principal	Nombre de journées d'isolement thérapeutique	Nombre de patients
F1007 TBL MENT DUS À ALCOOL : INTOX PATHO	37	743,0	42,40	175,0	30
F101 TBL MENT. DUS A ALCOOL : UTIL. NOCIVE	220	4 371,0	29,40	1 475,0	204
F102 TBL. MENT. DUS A ALCOOL : SYND. DE DÉPENDANCE	385	8 754,0	61,16	2 232,0	362
F1020 DÉPENDANCE À ALCOOL ABSTINENT	34	1 222,5	28,92	425,0	32
F10200 DÉPENDANCE À ALCOOL ABSTINENT RÉMISSION RÉCENTE	20	474,0	56,12	133,0	20
F10201 DÉPENDANCE À ALCOOL ABSTINENT RÉMISSION PART	5	57,0	52,63	24,0	5
F10202 DÉPENDANCE À ALCOOL ABSTINENT RÉMISSION CPLT	2	83,0	1,20	5,0	2
F1021 DÉPENDANCE À ALCOOL ABSTINENT +ENVIR PROTÉGÉ	75	1 778,0	28,29	426,0	71
F1022 DÉPENDANCE À ALCOOL RÉGIME MAINTENANCE/SUBSTIT SURVEILLE	11	238,0	22,48	30,0	10
F1023 DÉPENDANCE À ALCOOL ABSTINENT +TRAITT AVERSIF	5	45,0	35,56	15,0	4
F1024 DÉPENDANCE À ALCOOL UTIL ACTUELLE	45	1 007,0	24,33	283,0	43
F10240 DÉPENDANCE À ALCOOL UTIL ACTUELLE SANS SYMPT PHYS	14	161,0	11,80	45,0	14
F10241 DÉPENDANCE À ALCOOL UTIL ACTUELLE +SYMPT PHYS	14	287,0	15,33	179,0	14
F1025 DÉPENDANCE À ALCOOL UTIL CONTINUE	119	1 922,0	56,14	444,0	111
F1026 DÉPENDANCE À ALCOOL UTIL EPISOD	20	285,0	29,12	94,0	19
F103 TBL. MENT. DUS A ALCOOL : SYND. DE SEVRAGE	15	207,0	47,83	84,0	15
F1030 SYND SEVRAGE ALCOOL SANS COMPLIC	19	386,5	82,18	80,0	19
F104 TBL. MENT. DUS A ALCOOL : SYND. DE SEVR. + DELIRIUM	15	204,0	96,57	69,0	15
F1040 SYND SEVRAGE ALCOOL +DÉLIRIUM SANS CONVULSION	6	48,0	47,92	26,0	6
F1041 SYND SEVRAGE ALCOOL +DÉLIRIUM +CONVULSIONS	4	34,0	97,06	10,0	4
F105 TBL. MENT. DUS A ALCOOL : TBL. PSYCHOT.	19	398,0	70,35	149,0	18
F1050 TBL PSYCHOT ALLURE SCHIZOPHR DÔ À ALCOOL	5	17,0	29,41	18,0	5
F1051 TBL PSYCHOT +IDÉES DÉLIRES DÔ À ALCOOL	11	93,0	98,92	57,0	10
F1052 TBL PSYCHOT +HALLUCINATIONS DÔ À ALCOOL	5	28,0	89,29	15,0	5
F1053 TBL PSYCHOT +SYMPT POLYMORPHES DÔ À ALCOOL	7	74,0	100,00	56,0	5
F1054 TBL PSYCHOT +SYMPT DÉPRESSIFS DÔ À ALCOOL	1	31,0	100,00	10,0	1
F1055 TBL PSYCHOT +SYMPT MANAQUES DÔ À ALCOOL	1	27,0	100,00	5,0	1
F1056 TBL PSYCHOT MIXTE DÔ À ALCOOL	3	169,0	100,00	41,0	3
F106 TBL. MENT. DUS A ALCOOL : SYND. AMNESIQUE	54	2 819,0	82,12	917,0	46
F107 TBL. MENT. DUS A ALCOOL : TBL. RESIDUEL OU PSYCHOT.	17	575,0	81,39	146,0	16
F1070 FLASHBACKS DUS À ALCOOL	1	58,0	0,00	30,0	1
F1071 TBL PERSO/COMPORT RESIDUEL/TARDIF DÔ À ALCOOL	11	285,0	80,38	54,0	10
F1072 TBL THYMIQUE RESIDUEL/TARDIF DÔ À ALCOOL	1	65,0	0,00	1,0	1
F1073 DÉMENCE DUE À ALCOOL	16	1 134,0	77,34	167,0	15
F1074 AUTRE DÉFIC COGNITIF PERSISTANT/TARDIF DÔ À ALCOOL	14	635,0	86,46	364,0	13
F1075 TBL PSYCHOT À DÉBUT TARDIF DÔ À ALCOOL	5	130,0	43,08	33,0	5
F108 TBL. MENT. NCA. DUS A ALCOOL	42	926,0	13,82	318,0	34
F109 TBL. MENT. SAU DUS A ALCOOL	129	2 553,5	29,59	736,0	116
F11 TBL. MENT. DUS A OPAÇES	2	7,0	0,00	5,0	1
F110 TBL. MENT. DUS A OPAÇES : INTOX. AIG.	16	269,0	38,29	127,0	15
F1100 TBL MENT DUS À OPAÇES : INTOX AIG SANS COMPLIC	6	72,0	44,44	32,0	5
F1101 TBL MENT DUS À OPAÇES : INTOX AIG +TRAUMA	1	1,0	0,00	1,0	1
F1102 TBL MENT DUS À OPAÇES : INTOX AIG +AUTRES COMPLIC MÉD	1	17,0	100,00	4,0	1
F1103 TBL MENT DUS À OPAÇES : INTOX AIG +DÉLIRIUM	1	2,0	100,00	2,0	1
F1104 TBL MENT DUS À OPAÇES : INTOX AIG +DISTORSION DES PERCEPTIONS	1	11,0	100,00	5,0	1
F1107 TBL MENT DUS À OPAÇES : INTOX PATHO	1	46,0	100,00	9,0	1
F111 TBL. MENT. DUS A OPAÇES : UTIL. NOCIVE	36	995,0	15,38	397,0	26
F112 TBL. MENT. DUS A OPAÇES : SYND. DE DÉPENDANCE	51	1 286,0	38,57	433,0	47
F1120 DÉPENDANCE AUX OPAÇES ABSTINENT	3	99,0	33,33	34,0	3
F11200 DÉPENDANCE AUX OPAÇES ABSTINENT RÉMISSION RÉCENTE	7	160,0	27,50	25,0	5
F11202 DÉPENDANCE AUX OPAÇES ABSTINENT RÉMISSION CPLT	1	8,0	0,00	5,0	1

Code CIM 10	Nombre de séjours	Nombre de journées couvertes par les séquences (*)	% en diag principal	Nombre de journées d'isolement thérapeutique	Nombre de patients
F1121 DÉPENDANCE AUX OPIACÉS ABSTINENT +ENVIR PROTÉGÉ	5	126,0	69,84	28,0	5
F1122 DÉPENDANCE AUX OPIACÉS RÉGIME MAINTENANCE/SUBSTIT SURVEILLÉ	77	1 704,5	22,59	596,0	67
F1123 DÉPENDANCE AUX OPIACÉS ABSTINENT +TRAIT AVERSIF	4	92,0	0,00	51,0	4
F1124 DÉPENDANCE AUX OPIACÉS UTIL ACTUELLE	9	293,0	92,83	98,0	7
F11240 DÉPENDANCE AUX OPIACÉS UTIL ACTUELLE SANS SYMPT PHYS	1	72,0	0,00	30,0	1
F1125 DÉPENDANCE AUX OPIACÉS UTIL CONTINUE	14	699,0	58,66	248,0	12
F113 TBL. MENT. DUS A OPIACÉS : SYND. DE SEVRAGE	4	13,0	61,54	15,0	4
F1130 SYND SEVRAGE DES OPIACÉS SANS COMPLIC	2	7,0	0,00	4,0	2
F114 TBL. MENT. DUS A OPIACÉS : SYND. DE SEVR. + DELIRIUM	2	11,0	63,64	12,0	2
F1140 SYND SEVRAGE DES OPIACÉS +DELIRIUM SANS CONVULSION	1	1,0	100,00	1,0	1
F115 TBL. MENT. DUS A OPIACÉS : TBL. PSYCHOT.	6	46,0	93,48	22,0	5
F1150 TBL PSYCHOT ALLURE SCHIZOPHR DÙ AUX OPIACÉS	5	263,0	49,43	29,0	5
F1151 TBL PSYCHOT +IDÉES DÉLIRES DÙ AUX OPIACÉS	4	74,0	55,41	28,0	4
F1152 TBL PSYCHOT +HALLUCINATIONS DÙ AUX OPIACÉS	3	67,0	11,94	20,0	3
F116 TBL. MENT. DUS A OPIACÉS : SYND. AMNESIQUE	1	30,0	100,00	2,0	1
F117 TBL. MENT. DUS A OPIACÉS : TBL. RESIDUEL OU PSYCHOT.	2	304,0	100,00	17,0	2
F1171 TBL PERSO/COMPORT RESIDUEL/TARDIF DÙ AUX OPIACÉS	1	8,0	100,00	8,0	1
F1174 AUTRE DÉFIC COGNITIF PERSISTANT/TARDIF DÙ AUX OPIACÉS	1	48,0	0,00	20,0	1
F118 TBL. MENT. NCA, DUS A OPIACÉS	7	252,0	21,03	57,0	6
F119 TBL. MENT. SAL DUS A OPIACÉS	22	650,0	11,64	266,0	20
F12 TBL. MENT. DUS A DERIVES DU CANNABIS	22	599,0	22,87	248,0	17
F120 TBL. MENT. DUS A DERIVES DU CANNABIS : INTOX. AIG.	128	3 118,0	31,27	1 225,0	112
F1200 TBL MENT DUS À CANNABIS : INTOX AIG SANS COMPLIC	27	580,0	36,90	275,0	25
F1201 TBL MENT DUS À CANNABIS : INTOX AIG +TRAUMA	5	120,0	49,17	65,0	4
F1202 TBL MENT DUS À CANNABIS : INTOX AIG +AUTRES COMPLIC MÉD	1	3,0	100,00	1,0	1
F1203 TBL MENT DUS À CANNABIS : INTOX AIG +DELIRIUM	8	173,0	41,04	67,0	8
F1204 TBL MENT DUS À CANNABIS : INTOX AIG +DISTORSION DES PERCEPTIONS	33	662,0	49,54	321,0	25
F1205 TBL MENT DUS À CANNABIS : INTOX AIG +COMA	1	37,0	0,00	25,0	1
F1206 TBL MENT DUS À CANNABIS : INTOX AIG +CONVULSIONS	1	14,0	100,00	14,0	1
F1207 TBL MENT DUS À CANNABIS : INTOX PATHO	9	183,0	8,20	88,0	9
F121 TBL. MENT. DUS A DERIVES DU CANNABIS : UTIL. NOCIVE	293	7 954,0	8,39	2 975,0	255
F122 TBL. MENT. DUS A DERIVES DU CANNABIS : SYND. DE DEPENDANCE	258	7 832,5	24,88	2 728,0	221
F1220 DÉPENDANCE CANNABIS ABSTINENT	23	899,0	29,14	251,0	19
F12200 DÉPENDANCE CANNABIS ABSTINENT RÉMISSION PART	14	360,0	0,00	96,0	11
F12201 DÉPENDANCE CANNABIS ABSTINENT RÉMISSION RÉCENTE	7	313,0	0,00	124,0	7
F12202 DÉPENDANCE CANNABIS ABSTINENT RÉMISSION CPLT	1	12,0	100,00	5,0	1
F1221 DÉPENDANCE CANNABIS ABSTINENT +ENVIR PROTÉGÉ	67	2 112,0	4,89	795,0	60
F1222 DÉPENDANCE CANNABIS RÉGIME MAINTENANCE/SUBSTIT SURVEILLÉ	2	98,0	93,88	4,0	2
F1224 DÉPENDANCE CANNABIS UTIL ACTUELLE	55	1 627,0	6,88	473,0	47
F12240 DÉPENDANCE CANNABIS UTIL ACTUELLE SANS SYMPT PHYS	14	448,0	0,67	148,0	13
F12241 DÉPENDANCE CANNABIS UTIL ACTUELLE +SYMPT PHYS	7	156,0	14,74	37,0	6
F1225 DÉPENDANCE CANNABIS UTIL CONTINUE	96	2 081,0	11,87	705,0	61
F1226 DÉPENDANCE CANNABIS UTIL EPISOD	18	537,0	5,40	225,0	14
F123 TBL. MENT. DUS A DERIVES DU CANNABIS : SYND. DE SEVRAGE	4	60,0	73,33	19,0	4
F1230 SYND SEVRAGE CANNABIS SANS COMPLIC	6	139,0	36,69	30,0	6
F124 TBL. MENT. DUS A DERIVES DU CANNABIS : SYND. DE SEVR. + DELIRIUM	3	86,0	9,30	76,0	3
F1240 SYND SEVRAGE CANNABIS +DELIRIUM SANS CONVULSION	2	123,0	0,00	40,0	2
F125 TBL. MENT. DUS A DERIVES DU CANNABIS : TBL. PSYCHOT.	103	2 250,0	41,64	966,0	91
F1250 TBL PSYCHOT ALLURE SCHIZOPHR DÙ CANNABIS	57	1 624,0	66,19	577,0	52
F1251 TBL PSYCHOT +IDÉES DÉLIRES DÙ CANNABIS	50	1 044,0	39,56	342,0	47
F1252 TBL PSYCHOT +HALLUCINATIONS DÙ CANNABIS	9	238,0	57,14	85,0	8

Code CIM 10	Nombre de séjours	Nombre de journées couvertes par les séquences (*)	% en diag principal	Nombre de journées d'isolement thérapeutique	Nombre de patients
F1253 TBL PSYCHOT +SYMPT POLYMORPHES DÙ CANNABIS	22	414,0	88,16	144,0	20
F1254 TBL PSYCHOT +SYMPT DÉPRESSIFS DÙ CANNABIS	1	1,0	100,00	2,0	1
F1255 TBL PSYCHOT +SYMPT MANIAQUES DÙ CANNABIS	13	295,0	32,88	91,0	12
F1256 TBL PSYCHOT MIXTE DÙ CANNABIS	11	337,0	24,04	190,0	11
F127 TBL. MENT. DUS A DERIVES DU CANNABIS : TBL. RESIDUEL OU PSYCHOT.	4	60,0	0,00	19,0	4
F1271 TBL PERSONNEMENT RESIDUEL/TARDIF DÙ CANNABIS	2	35,0	0,00	9,0	2
F1274 AUTRE DÉFIC COGNITIF PERSISTANT/TARDIF DÙ CANNABIS	1	52,0	0,00	2,0	1
F1275 TBL PSYCHOT À DÉBUT TARDIF DÙ CANNABIS	2	81,0	100,00	39,0	2
F128 TBL. MENT. NCA. DUS A DERIVES DU CANNABIS	32	895,0	13,85	363,0	29
F129 TBL. MENT. SAU DUS A DERIVES DU CANNABIS	115	3 066,0	20,48	1 125,0	100
F130 TBL. MENT. DUS À SÉDATIFS, HYPNOT. : INTOX. AIG.	23	471,0	73,67	114,0	20
F1300 TBL MENT DUS À SÉDATIFS, HYPNOT. : INTOX AIG SANS COMPLIC	1	30,0	0,00	1,0	1
F1301 TBL MENT DUS À SÉDATIFS, HYPNOT. : INTOX AIG +TRAUMA	2	3,0	0,00	4,0	2
F1302 TBL MENT DUS À SÉDATIFS, HYPNOT. : INTOX AIG +AUTRES COMPLIC MÉD	1	71,0	0,00	4,0	1
F1303 TBL MENT DUS À SÉDATIFS, HYPNOT. : INTOX AIG +DÉLIRUM	1	15,0	100,00	1,0	1
F1305 TBL MENT DUS À SÉDATIFS, HYPNOT. : INTOX AIG +COMA	1	6,0	100,00	2,0	1
F1307 TBL MENT DUS À SÉDATIFS, HYPNOT. : INTOX PATHO	1	24,0	100,00	2,0	1
F131 TBL. MENT. DUS A SÉDATIFS, HYPNOT. : UTIL. NOCIVE	6	76,0	86,84	16,0	6
F132 TBL. MENT. DUS A SÉDATIFS, HYPNOT. : SYND. DE DÉPENDANCE	11	268,0	14,55	61,0	10
F1321 DÉPENDANCE AUX SÉDATIFS, HYPNOT ABSTINENT +ENVIR PROTÉGÉ	3	14,0	14,29	10,0	2
F1323 DÉPENDANCE AUX SÉDATIFS, HYPNOT ABSTINENT +TRAIT AVERSIF	1	2,0	100,00	2,0	1
F1324 DÉPENDANCE AUX SÉDATIFS, HYPNOT UTIL ACTUELLE	3	108,0	0,00	19,0	3
F1325 DÉPENDANCE AUX SÉDATIFS, HYPNOT UTIL CONTINUE	5	55,0	0,00	20,0	5
F133 TBL. MENT. DUS A SÉDATIFS, HYPNOT. : SYND. DE SEVRAGE	9	364,0	6,59	160,0	9
F1330 SYND SEVRAGE DES SÉDATIFS, HYPNOT SANS COMPLIC	5	130,0	45,38	32,0	5
F134 TBL. MENT. DUS A SÉDATIFS, HYPNOT. : SYND. DE SEVR. + DELIRUM	2	99,0	11,11	11,0	2
F135 TBL. MENT. DUS A SÉDATIFS, HYPNOT. : TBL. PSYCHOT.	2	36,0	19,44	23,0	2
F138 TBL. MENT. NCA. DUS A SÉDATIFS, HYPNOT.	4	77,0	5,19	26,0	4
F139 TBL. MENT. SAU DUS A SÉDATIFS, HYPNOT.	7	101,0	39,60	49,0	7
F140 TBL. MENT. DUS A COCAINE : INTOX. AIG.	13	641,0	0,94	301,0	12
F1400 TBL MENT DUS À COCAINE : INTOX AIG SANS COMPLIC	2	6,0	16,67	7,0	2
F1401 TBL MENT DUS À COCAINE : INTOX AIG +TRAUMA	1	1,0	0,00	1,0	1
F1402 TBL MENT DUS À COCAINE : INTOX AIG +AUTRES COMPLIC MÉD	1	10,0	100,00	8,0	1
F1403 TBL MENT DUS À COCAINE : INTOX AIG +DÉLIRUM	2	47,0	0,00	10,0	2
F1404 TBL MENT DUS À COCAINE : INTOX AIG +DISTORSION DES PERCEPTIONS	2	32,0	100,00	5,0	2
F1407 TBL MENT DUS À COCAINE : INTOX PATHO	3	49,0	0,00	43,0	3
F141 TBL. MENT. DUS A COCAINE : UTIL. NOCIVE	31	724,0	27,90	217,0	26
F142 TBL. MENT. DUS A COCAINE : SYND. DE DÉPENDANCE	21	375,0	19,73	95,0	18
F1420 DÉPENDANCE À COCAINE ABSTINENT	1	39,0	100,00	4,0	1
F14200 DÉPENDANCE À COCAINE ABSTINENT RÉMISSION RÉCENTE	1	16,0	0,00	10,0	1
F1421 DÉPENDANCE À COCAINE ABSTINENT +ENVIR PROTÉGÉ	7	155,0	14,19	68,0	7
F1422 DÉPENDANCE À COCAINE RÉGIME MAINTENANCE/SUBSTIT SURVEILLÉ	1	118,0	0,00	22,0	1
F1423 DÉPENDANCE À COCAINE ABSTINENT +TRAIT AVERSIF	1	49,0	100,00	26,0	1
F1424 DÉPENDANCE À COCAINE UTIL ACTUELLE	9	230,0	15,22	104,0	7
F1425 DÉPENDANCE À COCAINE UTIL CONTINUE	6	161,0	0,00	52,0	6
F1426 DÉPENDANCE À COCAINE UTIL ÉPISOD	4	39,0	2,56	10,0	4
F145 TBL. MENT. DUS A COCAINE : TBL. PSYCHOT.	7	171,0	84,80	125,0	6
F1450 TBL PSYCHOT ALLURE SCHIZOPHR DÙ À COCAINE	3	44,0	13,64	21,0	2
F1451 TBL PSYCHOT +IDÉES DÉLIRIES DÙ À COCAINE	1	1,0	100,00	1,0	1
F1454 TBL PSYCHOT +SYMPT DÉPRESSIFS DÙ À COCAINE	1	4,0	100,00	3,0	1
F1455 TBL PSYCHOT +SYMPT MANIAQUES DÙ À COCAINE	5	132,0	94,70	90,0	5

Code CIM 10	Nombre de séjours	Nombre de journées couvertes par les séquences (*)	% en diag principal	Nombre de journées d'isolement thérapeutique	Nombre de patients
F1471 TBL PERSO/COMFORT RESIDUEL/TARDIF DÔ À COCAÏNE	1	6,0	100,00	4,0	1
F1474 AUTRE DÉFIC COGNITIF PERSISTANT/TARDIF DÔ À COCAÏNE	1	49,0	100,00	8,0	1
F148 TBL. MENT. NCA, DUS A COCAÏNE	1	20,0	0,00	5,0	1
F149 TBL. MENT. SAÏ DUS A COCAÏNE	17	391,0	12,28	121,0	15
F150 TBL. MENT. DUS A STIMUL. NCA. : INTOX. AIG.	4	67,0	95,52	43,0	4
F1500 TBL. MENT DUS À STIMUL. NCA. : INTOX. AIG SANS COMPLIC.	3	32,0	18,75	30,0	3
F1503 TBL. MENT DUS À STIMUL. NCA. : INTOX. AIG + DÉLIURIUM	1	5,0	100,00	2,0	1
F151 TBL. MENT. DUS A STIMUL. NCA. : UTIL. NOCIVE	6	183,0	0,00	48,0	5
F152 TBL. MENT. DUS A STIMUL. NCA. : SYND. DE DÉPENDANCE	1	17,0	100,00	4,0	1
F155 TBL. MENT. DUS A STIMUL. NCA. : TBL. PSYCHOT.	2	7,0	100,00	9,0	2
F1550 TBL. PSYCHOT ALLURE SCHIZOPHR DÔ À STIMUL. NCA	2	28,0	100,00	11,0	2
F1551 TBL. PSYCHOT +IDÉES DÉLIRES DÔ À STIMUL. NCA	1	10,0	100,00	9,0	1
F1553 TBL. PSYCHOT +SYMPT POLYMORPHES DÔ À STIMUL. NCA	1	6,0	0,00	6,0	1
F1554 TBL. PSYCHOT +SYMPT DÉPRESSIFS DÔ À STIMUL. NCA	1	13,0	0,00	2,0	1
F1571 TBL. PERSO/COMFORT RESIDUEL/TARDIF DÔ À STIMUL. NCA	1	9,0	0,00	2,0	1
F159 TBL. MENT. SAÏ DUS A STIMUL. NCA.	2	36,0	0,00	13,0	2
F160 TBL. MENT. DUS A HALLUC. : INTOX. AIG.	1	27,0	100,00	16,0	1
F1604 TBL. MENT DUS À HALLUC. : INTOX. AIG +DISTORSION DES PERCEPTIONS	2	24,0	12,50	21,0	2
F161 TBL. MENT. DUS A HALLUC. : UTIL. NOCIVE	4	95,0	21,05	30,0	3
F165 TBL. MENT. DUS A HALLUC. : TBL. PSYCHOT.	2	21,0	100,00	14,0	2
F1652 TBL. PSYCHOT +HALLUCINATIONS DÔ AUX HALLUC.	1	52,0	100,00	7,0	1
F1656 TBL. PSYCHOT MIXTE DÔ AUX HALLUC.	1	33,0	0,00	14,0	1
F167 TBL. MENT. DUS A HALLUC. : TBL. RESIDUEL OU PSYCHOT.	1	5,0	100,00	3,0	1
F169 TBL. MENT. SAÏ DUS A HALLUC.	7	308,0	82,47	112,0	7
F170 TBL. MENT. DUS A TABAC : INTOX. AIG.	4	75,0	56,00	26,0	4
F1701 TBL. MENT DUS À TABAC : INTOX. AIG +TRAUMA	1	2,0	0,00	2,0	1
F171 TBL. MENT. DUS A TABAC : UTIL. NOCIVE	18	734,0	0,27	163,0	16
F172 TBL. MENT. DUS A TABAC : SYND. DE DÉPENDANCE	144	6 274,0	26,49	1 782,0	125
F17200 DÉPENDANCE AU TABAC ABSTINENT RÉMISSION RÉCENTE	1	91,0	0,00	3,0	1
F17201 DÉPENDANCE AU TABAC ABSTINENT RÉMISSION PART	1	2,0	0,00	2,0	1
F1721 DÉPENDANCE AU TABAC ABSTINENT +ENVIR PROTÉGÉ	3	12,0	0,00	11,0	2
F1722 DÉPENDANCE AU TABAC RÉGIME MAINTENANCE/SUBSTIT SURVEILLÉ	5	174,0	41,38	33,0	5
F1724 DÉPENDANCE AU TABAC UTIL. ACTUELLE	68	2 713,0	1,95	682,0	60
F17240 DÉPENDANCE AU TABAC UTIL. ACTUELLE SANS SYMPT. PHYS.	40	1 068,0	0,00	508,0	38
F17241 DÉPENDANCE AU TABAC UTIL. ACTUELLE +SYMPT. PHYS.	5	332,0	0,00	19,0	5
F1725 DÉPENDANCE AU TABAC UTIL. CONTINUE	75	2 537,0	3,86	742,0	70
F1730 SYND. SEVRAGE TABAC SANS COMPLIC.	2	29,0	0,00	16,0	2
F175 TBL. MENT. DUS A TABAC : TBL. PSYCHOT.	1	88,0	0,00	9,0	1
F178 TBL. MENT. NCA, DUS A TABAC	1	55,0	0,00	1,0	1
F179 TBL. MENT. SAÏ DUS A TABAC	1	1,0	0,00	1,0	1
F180 TBL. MENT. DUS A SOLVANTS VOLATILS : INTOX. AIG.	3	74,0	100,00	50,0	1
F181 TBL. MENT. DUS A SOLVANTS VOLATILS : UTIL. NOCIVE	2	79,0	2,53	3,0	2
F187 TBL. MENT. DUS A SOLVANTS VOLATILS : TBL. RESIDUEL OU PSYCHOT.	1	40,0	100,00	21,0	1
F19 TBL. MENT. DUS A DROGUES MULT. OU NCA.	12	131,0	54,20	73,0	9
F190 TBL. MENT. DUS A DROGUES MULT. OU NCA. : INTOX. AIG.	88	2 205,0	37,51	802,0	81
F1900 TBL. MENT DUS À DROGUES MULT +NCA : INTOX. AIG SANS COMPLIC.	24	304,0	45,07	166,0	20
F1902 TBL. MENT DUS À DROGUES MULT +NCA : INTOX. AIG +AUTRES COMPLIC. MÉD.	6	67,0	40,30	16,0	4
F1903 TBL. MENT DUS À DROGUES MULT +NCA : INTOX. AIG +DÉLIURIUM	2	44,0	9,09	15,0	2
F1904 TBL. MENT PAR DROGUES MULT +NCA : INTOX. AIG +DISTORSION DES PERCEPTIONS	7	175,0	78,29	54,0	7
F1905 TBL. MENT DUS À DROGUES MULT +NCA : INTOX. AIG +COMA.	1	12,0	100,00	2,0	1
F1907 TBL. MENT DUS À DROGUES MULT +NCA : INTOX. PATHO.	5	64,0	100,00	10,0	5

Code CIM 10	Nombre de séjours	Nombre de journées couvertes par les séquences (*)	% en diag principal	Nombre de journées d'isolement thérapeutique	Nombre de patients
F191 TBL. MENT. DUS A DROGUES MULT. OU NCA. : UTIL. NOOIVE	83	2 594,0	26,10	895,0	77
F192 TBL. MENT. DUS A DROGUES MULT. OU NCA. : SYND. DE DEPENDANCE	136	3 384,0	28,10	1 470,0	123
F1920 DÉPENDANCE À DROGUES MULT +NCA ABSTINENT	11	121,0	2,48	35,0	10
F19200 DÉPENDANCE À DROGUES MULT +NCA ABSTINENT RÉMISSION RÉCENTE	10	489,0	14,93	284,0	7
F19202 DÉPENDANCE À DROGUES MULT +NCA ABSTINENT RÉMISSION CPLT	2	7,0	0,00	2,0	1
F1921 DÉPENDANCE À DROGUES MULT +NCA ABSTINENT +ENVIR PROTÉGÉ	26	827,0	15,72	230,0	24
F1922 DÉPENDANCE À DROGUES MULT +NCA RÉGIME MAINTENANCE/SUBSTIT SURVEILLÉ	19	393,0	61,83	141,0	17
F1923 DÉPENDANCE À DROGUES MULT +NCA ABSTINENT +TRAIT AVERSIF	2	4,0	100,00	6,0	2
F1924 DÉPENDANCE À DROGUES MULT +NCA UTIL. ACTUELLE	11	219,0	9,59	65,0	10
F19240 DÉPENDANCE À DROGUES MULT +NCA UTIL. ACTUELLE SANS SYMPT PHYS	8	129,0	8,53	31,0	7
F19241 DÉPENDANCE À DROGUES MULT +NCA UTIL. ACTUELLE +SYMPT PHYS	8	124,0	54,03	36,0	8
F1925 DÉPENDANCE À DROGUES MULT +NCA UTIL. CONTINUE	46	860,0	41,86	290,0	43
F1926 DÉPENDANCE À DROGUES MULT +NCA UTIL. ÉPISOD	6	158,0	3,16	79,0	6
F193 TBL. MENT. DUS A DROGUES MULT. OU NCA. : SYND. DE SEVRAGE	3	81,0	3,70	15,0	3
F1930 SYND SEVRAGE DROGUES MULT +NCA SANS COMPLIC	3	73,0	35,62	25,0	3
F195 TBL. MENT. DUS A DROGUES MULT. OU NCA. : TBL. PSYCHOT.	49	1 122,0	62,66	512,0	42
F1950 TBL. PSYCHOT ALLURE SCHIZOPHR DÙ DROGUES MULT +NCA	22	841,0	58,74	282,0	19
F1951 TBL. PSYCHOT +IDÉES DÉLIRES DÙ DROGUES MULT +NCA	16	308,0	81,17	113,0	13
F1952 TBL. PSYCHOT +HALLUCINATIONS DÙ DROGUES MULT +NCA	12	201,0	2,49	57,0	7
F1953 TBL. PSYCHOT +SYMPT POLYMORPHES DÙ DROGUES MULT +NCA	8	213,0	38,50	39,0	7
F1954 TBL. PSYCHOT +SYMPT DÉPRESSIFS DÙ DROGUES MULT +NCA	2	45,0	6,67	20,0	2
F1955 TBL. PSYCHOT +SYMPT MANIAQUES DÙ DROGUES MULT +NCA	8	406,0	100,00	104,0	8
F1956 TBL. PSYCHOT MIXTE DÙ DROGUES MULT +NCA	7	67,0	88,06	29,0	7
F196 TBL. MENT. DUS A DROGUES MULT. OU NCA. : SYND. AMNESIQUE	3	410,0	0,00	16,0	3
F197 TBL. MENT. DUS A DROGUES MULT. OU NCA. : TBL. RÉSIDUEL OU PSYCHOT.	4	64,0	100,00	19,0	3
F1970 FLASHBACKS DUS DROGUES MULT +NCA	1	8,0	100,00	4,0	1
F1971 TBL. PERSO/COMPORT RÉSIDUEL/TARDIF DÙ À DROGUES MULT +NCA	5	254,0	42,52	59,0	5
F1972 TBL. THYMIQUE RÉSIDUEL/TARDIF DÙ À DROGUES MULT +NCA	2	31,0	0,00	4,0	2
F1973 DÉVENCE DUE À DROGUES MULT +NCA	1	55,0	100,00	20,0	1
F1974 AUTRE DÉFIC COGNITIF PERSISTANT/TARDIF DÙ À DROGUES MULT +NCA	2	110,0	100,00	19,0	2
F1975 TBL. PSYCHOT À DÉBUT TARDIF DÙ À DROGUES MULT +NCA	1	29,0	100,00	13,0	1
F198 TBL. MENT. NCA. DUS A DROGUES MULT. OU NCA	19	977,0	11,57	229,0	15
F199 TBL. MENT. SA L DUS A DROGUES MULT. OU NCA.	121	2 447,0	40,25	922,0	104
F20 SCHIZOPHRENE	44	1 782,0	92,20	594,0	38
F200 SCHIZOPHRENE PARANOÏDE	3 979	156 877,0	95,14	52 248,0	3 448
F2000 SCHIZO PARANOÏDE CONTINUE	1 290	62 359,0	97,01	22 496,0	1 117
F2001 SCHIZO PARANOÏDE +DÉFIC PROGR	103	5 126,0	86,31	1 634,0	96
F2002 SCHIZO PARANOÏDE +DÉFIC STABLE	118	4 730,0	87,95	1 809,0	102
F2003 SCHIZO PARANOÏDE RÉMITTENTE	123	4 290,0	92,26	1 339,0	106
F2004 SCHIZO PARANOÏDE RÉMISSION INCOMPLÈTE	180	7 997,0	89,58	2 800,0	162
F2005 SCHIZO PARANOÏDE RÉMISSION CPLT	35	983,0	98,17	299,0	31
F2008 SCHIZO PARANOÏDE AUTRE ÉVOL	52	1 414,0	93,07	989,0	48
F2009 SCHIZO PARANOÏDE ÉVOL IMPRÉVISIBLE PÉRIODE OBS TROP BRÈVE	91	3 764,0	95,14	1 090,0	84
F201 SCHIZOPHRENE HÉBÉPHRÉNIQUE	257	12 757,0	88,69	5 026,0	217
F2010 SCHIZO HÉBÉPHRÉNIQUE CONTINUE	78	3 763,0	96,68	1 500,0	68
F2011 SCHIZO HÉBÉPHRÉNIQUE +DÉFIC PROGR	36	2 035,0	87,13	647,0	29
F2012 SCHIZO HÉBÉPHRÉNIQUE +DÉFIC STABLE	17	1 348,0	96,36	519,0	15
F2013 SCHIZO HÉBÉPHRÉNIQUE RÉMITTENTE	4	79,0	100,00	20,0	3
F2014 SCHIZO HÉBÉPHRÉNIQUE RÉMISSION INCOMPLÈTE	13	307,0	100,00	133,0	9
F2015 SCHIZO HÉBÉPHRÉNIQUE RÉMISSION CPLT	2	15,0	100,00	8,0	2
F2018 SCHIZO HÉBÉPHRÉNIQUE AUTRE ÉVOL	6	494,0	76,11	134,0	6

Code CIM 10	Nombre de séjours	Nombre de journées couvertes par les séquences (*)	% en diag principal	Nombre de journées d'isolement thérapeutique	Nombre de patients
F2019 SCHIZO HÉBÉPHRÉNIQUE ÉVOL IMPRÉVISIBLE PÉRIODE OBS TROP BRÈVE	14	388,0	95,13	82,0	11
F202 SCHIZOPHÉNE CATATONIQUE	34	1 584,5	85,99	695,0	31
F2020 SCHIZO CATATONIQUE CONTINUE	10	761,0	99,87	346,0	10
F2022 SCHIZO CATATONIQUE +DÉFIC STABLE	1	17,0	100,00	1,0	1
F2023 SCHIZO CATATONIQUE RÉMITTENTE	2	33,0	100,00	19,0	2
F2024 SCHIZO CATATONIQUE RÉMISSION INCOMPLÈTE	1	32,0	100,00	21,0	1
F2028 SCHIZO CATATONIQUE AUTRE ÉVOL	1	5,0	100,00	6,0	1
F203 SCHIZOPHÉNE INDIFFÉRENCÉE	277	9 351,5	89,16	3 127,0	252
F2030 SCHIZO INDIFFÉRENCÉE CONTINUE	75	3 880,0	85,54	823,0	59
F2031 SCHIZO INDIFFÉRENCÉE +DÉFIC PROGR	15	666,0	93,84	289,0	12
F2032 SCHIZO INDIFFÉRENCÉE +DÉFIC STABLE	18	644,0	100,00	108,0	15
F2033 SCHIZO INDIFFÉRENCÉE RÉMITTENTE	5	124,0	94,35	26,0	5
F2034 SCHIZO INDIFFÉRENCÉE RÉMISSION INCOMPLÈTE	16	687,0	85,74	186,0	16
F2035 SCHIZO INDIFFÉRENCÉE RÉMISSION CPLT	1	35,0	100,00	2,0	1
F2038 SCHIZO INDIFFÉRENCÉE AUTRE ÉVOL	5	126,0	100,00	47,0	5
F2039 SCHIZO INDIFFÉRENCÉE ÉVOL IMPRÉVISIBLE PÉRIODE OBS TROP BRÈVE	12	363,0	83,75	118,0	12
F204 DÉPRES. POST-SCHIZOPHÉNIQUE	18	1 325,0	97,21	458,0	17
F2040 DÉPRES POSTSCHIZO CONTINUE	1	4,0	0,00	5,0	1
F2041 DÉPRES POSTSCHIZO +DÉFIC PROGR	1	37,0	100,00	18,0	1
F2048 DÉPRES POSTSCHIZO AUTRE ÉVOL	1	24,0	0,00	8,0	1
F2049 DÉPRES POSTSCHIZO ÉVOL IMPRÉVISIBLE PÉRIODE OBS TROP BRÈVE	1	11,0	100,00	2,0	1
F205 SCHIZOPHÉNE RÉSIDUELLE	142	7 658,0	93,25	2 127,0	127
F2050 SCHIZO RÉSIDUELLE CONTINUE	28	880,0	88,86	187,0	28
F2051 SCHIZO RÉSIDUELLE +DÉFIC PROGR	8	922,0	100,00	237,0	7
F2052 SCHIZO RÉSIDUELLE +DÉFIC STABLE	9	524,0	100,00	74,0	7
F2053 SCHIZO RÉSIDUELLE RÉMITTENTE	4	326,0	100,00	64,0	4
F2054 SCHIZO RÉSIDUELLE RÉMISSION INCOMPLÈTE	14	528,0	77,84	218,0	12
F2055 SCHIZO RÉSIDUELLE RÉMISSION CPLT	1	6,0	100,00	2,0	1
F2058 SCHIZO RÉSIDUELLE AUTRE ÉVOL	1	90,0	100,00	8,0	1
F2059 SCHIZO RÉSIDUELLE ÉVOL IMPRÉVISIBLE PÉRIODE OBS TROP BRÈVE	1	32,0	100,00	9,0	1
F206 SCHIZOPHÉNE SIMPLE	135	4 143,5	87,28	1 533,0	123
F2060 SCHIZO SIMPLE CONTINUE	40	1 209,0	80,48	446,0	37
F2061 SCHIZO SIMPLE +DÉFIC PROGR	5	329,0	87,84	55,0	5
F2062 SCHIZO SIMPLE +DÉFIC STABLE	9	338,0	96,45	89,0	9
F2063 SCHIZO SIMPLE RÉMITTENTE	6	223,0	100,00	130,0	6
F2064 SCHIZO SIMPLE RÉMISSION INCOMPLÈTE	8	632,0	100,00	92,0	8
F2065 SCHIZO SIMPLE RÉMISSION CPLT	1	260,0	0,00	20,0	1
F2068 SCHIZO SIMPLE AUTRE ÉVOL	2	151,0	100,00	51,0	2
F2069 SCHIZO SIMPLE ÉVOL IMPRÉVISIBLE PÉRIODE OBS TROP BRÈVE	10	317,0	64,67	54,0	10
F208 SCHIZOPHÉNE, NCA	121	5 696,0	82,25	1 623,0	106
F2080 AUTRES FORMES SCHIZO CONTINUE	29	1 412,0	66,93	622,0	27
F2081 AUTRES FORMES SCHIZO +DÉFIC PROGR	3	171,0	35,09	38,0	3
F2082 AUTRES FORMES SCHIZO +DÉFIC STABLE	4	58,0	100,00	41,0	2
F2083 AUTRES FORMES SCHIZO RÉMITTENTE	5	85,0	100,00	15,0	5
F2084 AUTRES FORMES SCHIZO RÉMISSION INCOMPLÈTE	5	340,0	100,00	109,0	5
F2088 AUTRES FORMES SCHIZO AUTRE ÉVOL	10	368,0	93,21	161,0	8
F2089 AUTRES FORMES SCHIZO ÉVOL IMPRÉVISIBLE PÉRIODE OBS TROP BRÈVE	4	176,0	100,00	46,0	4
F209 SCHIZOPHÉNE, SAI	1 240	37 641,5	82,31	14 025,0	1 082
F2090 SCHIZO SAI CONTINUE	97	3 916,0	84,60	1 316,0	87
F2091 SCHIZO SAI +DÉFIC PROGR	8	685,0	99,42	82,0	8
F2092 SCHIZO SAI +DÉFIC STABLE	4	96,0	70,83	82,0	2

Code CIM 10	Nombre de séjours	Nombre de journées couvertes par les séquences (*)	% en diag principal	Nombre de journées d'isolement thérapeutique	Nombre de patients
F2093 SCHZO SAI RÉMITTENTE	6	185,0	67,57	28,0	6
F2094 SCHZO SAI RÉMISSION INCOMPLÈTE	12	243,0	99,18	132,0	10
F2095 SCHZO SAI RÉMISSION CPLT	1	50,0	100,00	4,0	1
F2098 SCHZO SAI AUTRE ÉVOL	15	298,0	89,60	109,0	15
F2099 SCHZO SAI ÉVOL IMPRÉVISIBLE PÉRIODE OBS TROP BRÈVE	78	1 685,0	80,24	684,0	61
F21 TBL SCHIZOTYPIQUE	199	7 418,0	86,22	3 359,0	177
F22 TBL DELIRANTS PERSISTANTS	11	313,0	100,00	85,0	11
F220 TBL DELIRANT	1 402	40 374,0	82,29	13 456,0	1 286
F228 TBL DELIRANTS PERSISTANTS, NCA	121	3 775,5	84,72	1 279,0	106
F229 TBL DELIRANT PERSISTANT, SAI	327	9 611,0	86,14	3 988,0	303
F23 TBL PSYCHOT. AIG. ET TRANSIT.	8	153,0	100,00	71,0	8
F230 TBL PSYCHOT. AIG. POLYMORPHE SAI	297	7 052,0	89,15	2 535,0	268
F2300 TBL PSYCHOT AIG POLYMORPHE SANS SYMPT SCHZO SANS STRESS ASSOCIÉ	53	1 405,0	96,09	340,0	50
F2301 TBL PSYCHOT AIG POLYMORPHE SANS SYMPT SCHZO +STRESS ASSOCIÉ	33	753,0	85,39	284,0	32
F231 TBL PSYCHOT. AIG. POLYMORPHE AVEC SYMPT. SCHIZOPHRENIQUES	379	9 101,0	88,98	3 884,0	361
F2310 TBL PSYCHOT AIG POLYMORPHE +SYMPT SCHZO SANS STRESS ASSOCIÉ	74	1 552,0	88,27	726,0	70
F2311 TBL PSYCHOT AIG POLYMORPHE +SYMPT SCHZO +STRESS ASSOCIÉ	70	1 980,0	90,20	662,0	64
F232 TBL PSYCHOT. AIG. D'ALLURE SCHIZOPHRENIQUE	267	6 478,0	93,64	2 517,0	246
F2320 TBL PSYCHOT AIG ALLURE SCHIZOPHRENIQUE SANS STRESS ASSOCIÉ	39	829,0	87,33	354,0	32
F2321 TBL PSYCHOT AIG ALLURE SCHIZOPHRENIQUE +STRESS ASSOCIÉ	50	1 227,0	99,02	356,0	43
F233 TBL PSYCHOT. AIG. DELIRANT, NCA	235	5 152,0	87,23	2 126,0	223
F2330 AUTRE TBL PSYCHOT AIG SURTT DELIR SANS STRESS ASSOCIÉ	29	742,0	83,29	211,0	29
F2331 AUTRE TBL PSYCHOT AIG SURTT DELIR +STRESS ASSOCIÉ	38	604,0	80,79	200,0	38
F238 TBL PSYCHOT. AIG. ET TRANSIT., NCA	56	1 158,0	90,76	425,0	51
F2380 AUTRES TBL PSYCHOT AIGUS +TRANSITOIRES SANS STRESS ASSOCIÉ	9	230,0	69,13	127,0	7
F2381 AUTRES TBL PSYCHOT AIGUS +TRANSITOIRES +STRESS ASSOCIÉ	18	205,0	91,71	91,0	13
F239 TBL PSYCHOT. AIG. ET TRANSIT., SAI	299	6 085,0	89,68	2 644,0	287
F2390 TBL PSYCHOT AIG +TRANSIT SAI SANS STRESS ASSOCIÉ	34	934,0	60,92	476,0	32
F2391 TBL PSYCHOT AIG +TRANSIT SAI +STRESS ASSOCIÉ	30	527,0	90,32	213,0	28
F24 TBL DELIRANT INDUIT	47	1 171,0	79,50	294,0	47
F25 TBL SCHIZO-AFFECTIFS	13	472,0	93,43	184,0	12
F250 TBL SCHIZO-AFFECTIF, TYPE MANAQUE	620	20 978,0	92,83	8 203,0	530
F2500 TBL SCHIZOAF, MANAQUE, SYMPT AFF +SCHIZO 0 SYMPT SCHIZO PERSISTANTS	123	5 409,0	94,88	1 886,0	106
F2501 TBL SCHIZOAF, MANAQUE, SYMPT AFF +SCHIZO +SYMPT SCHIZO PERSISTANTS	128	5 820,0	94,48	1 549,0	115
F251 TBL SCHIZO-AFFECTIF, TYPE DÉPRES.	125	4 417,5	92,51	1 195,0	108
F2510 TBL SCHIZOAF, DÉPRES, SYMPT AFF +SCHIZO 0 SYMPT SCHIZO PERSISTANTS	19	483,0	94,62	155,0	18
F2511 TBL SCHIZOAF, DÉPRES, SYMPT AFF +SCHIZO +SYMPT SCHIZO PERSISTANTS	36	1 852,0	94,98	609,0	33
F252 TBL SCHIZO-AFFECTIF, TYPE MIXTE	252	10 001,0	90,16	4 037,0	229
F2520 TBL SCHIZOAF, MIXTE, SYMPT AFF +SCHIZO 0 SYMPT SCHIZO PERSISTANTS	40	2 156,0	88,40	881,0	37
F2521 TBL SCHIZOAF, MIXTE, SYMPT AFF +SCHIZO +SYMPT SCHIZO PERSISTANTS	53	3 357,0	94,40	949,0	49
F258 TBL SCHIZO-AFFECTIFS, NCA	57	1 803,0	88,30	500,0	47
F2580 AUTRES TBL SCHIZOAF SYMPT AFF +SCHIZO 0 SYMPT SCHIZO PERSISTANTS	14	516,0	100,00	151,0	14
F2581 AUTRES TBL SCHIZOAF SYMPT AFF +SCHIZO +SYMPT SCHIZO PERSISTANTS	15	552,0	83,51	112,0	15
F259 TBL SCHIZO-AFFECTIF, SAI	390	14 369,0	84,16	5 308,0	346
F2590 TBL SCHIZOAF SAI SYMPT AFF +SCHIZO 0 SYMPT SCHIZO PERSISTANTS	59	1 999,0	93,80	643,0	50
F2591 TBL SCHIZOAF SAI SYMPT AFF +SCHIZO +SYMPT SCHIZO PERSISTANTS	68	2 875,0	87,37	956,0	60
F28 TBL PSYCHOT. NON ORG., NCA	200	6 720,5	78,38	2 213,0	179
F29 PSYCHOSE NON ORG., SAI	806	26 947,0	84,50	11 091,0	687
F30 ÉPISODE MANAQUE	4	49,0	100,00	24,0	4
F300 HYPOMANIE	124	2 421,0	68,73	848,0	115
F301 MANIE SANS SYMPT. PSYCHOT.	106	2 640,0	63,22	907,0	98



Code CIM 10	Nombre de séjours	Nombre de journées couvertes par les séquences (*)	% en diag principal	Nombre de journées d'isolement thérapeutique	Nombre de patients
F302 MANIE AVEC SYMPT. PSYCHOT.	285	7 105,0	87,11	2 895,0	257
F3020 MANIE +SYMPT PSYCHOT HUMEUR CONCORD	104	2 633,0	92,78	1 445,0	91
F3021 MANIE +SYMPT PSYCHOT HUMEUR NON CONCORD	25	765,0	88,89	264,0	25
F308 EPISODES MANIAQUES, NCA	18	573,0	96,86	312,0	16
F309 EPISODE MANIAQUE, SAI	269	4 897,0	70,08	2 200,0	254
F31 TBL. AFF. BIPOL.	19	389,0	74,29	147,0	18
F310 TBL. AFF. BIPOL., HYPOMANIAQUE	351	8 708,0	88,36	2 857,0	324
F311 TBL. AFF. BIPOL., MANIAQUE SANS SYMPT. PSYCHOT.	432	11 321,0	94,21	4 086,0	393
F312 TBL. AFF. BIPOL., MANIAQUE AVEC SYMPT. PSYCHOT.	702	19 245,0	89,44	7 477,0	627
F3120 TBL. AFF. BIPOL. EPISODE MANIAQUE +SYMPT PSYCHOT HUMEUR CONCORD	228	6 330,0	93,76	2 566,0	201
F3121 TBL. AFF. BIPOL. EPISODE MANIAQUE +SYMPT PSYCHOT HUMEUR NON CONCORD	59	2 157,0	95,60	936,0	48
F313 TBL. AFF. BIPOL., DEPRES. LEGERE OU MOY.	89	2 416,5	86,39	776,0	79
F3130 TBL. AFF. BIPOL. EPIS ACTUEL DEPRES LEGERE OU MOY SANS SYND SOMAT	39	1 850,0	90,59	683,0	32
F3131 TBL. AFF. BIPOL. EPIS ACTUEL DEPRES LEGERE OU MOY +SYND SOMAT	8	216,0	100,00	72,0	8
F314 TBL. AFF. BIPOL., DEPRES. SEVERE SANS SYMPT. PSYCHOT.	106	3 162,0	90,42	876,0	98
F315 TBL. AFF. BIPOL., DEPRES. SEVERE AVEC SYMPT. PSYCHOT.	80	2 748,0	94,47	1 129,0	72
F3150 TBL. AFF. BIPOL. EPISODE DEPRES SEVERE +SYMPT PSYCHOT HUMEUR CONCORD	31	1 214,0	88,80	291,0	29
F3151 TBL. AFF. BIPOL. EPISODE DEPRES SEVERE +SYMPT PSYCHOT HUMEUR NON CONCORD	6	205,0	56,59	69,0	5
F316 TBL. AFF. BIPOL., MIXTE	299	8 807,0	91,34	3 129,0	281
F317 TBL. AFF. BIPOL., ACTUELLEMENT EN REMISSION	185	5 589,0	67,65	1 846,0	162
F318 TBL. AFF. BIPOL., NCA	25	806,0	86,35	348,0	24
F319 TBL. AFF. BIPOL., SAI	410	10 843,5	77,22	3 388,0	377
F32 EPISODES DEPRES.	9	95,0	100,00	69,0	6
F320 EPISODE DEPRES. LEGER	135	2 811,0	65,42	870,0	128
F3200 EPISODE DEPRES LEGER SANS SYND SOMATIQUE	43	748,0	86,23	192,0	39
F3201 EPISODE DEPRES LEGER +SYND SOMATIQUE	4	60,0	100,00	13,0	4
F321 EPISODE DEPRES. MOY.	300	5 351,5	81,72	1 514,0	288
F3210 EPISODE DEPRES MOY SANS SYND SOMATIQUE	177	3 943,0	89,50	1 028,0	162
F3211 EPISODE DEPRES MOY +SYND SOMATIQUE	48	1 624,0	71,74	248,0	43
F322 EPISODE DEPRES. SEVERE SANS SYMPT. PSYCHOT.	751	17 641,0	82,00	4 854,0	700
F323 EPISODE DEPRES. SEVERE AVEC SYMPT. PSYCHOT.	247	6 626,5	86,24	2 183,0	230
F3230 EPISODE DEPRES SEVERE +SYMPT PSYCHOT HUMEUR CONCORD	121	3 463,0	76,09	1 353,0	112
F3231 EPISODE DEPRES SEVERE +SYMPT PSYCHOT HUMEUR NON CONCORD	15	505,0	85,35	153,0	14
F328 EPISODES DEPRES., NCA	34	942,0	81,85	296,0	31
F329 EPISODE DEPRES., SAI	308	6 793,0	77,74	2 196,0	297
F33 TBL. DEPRES. RECURRENT	1	57,0	100,00	2,0	1
F330 TBL. DEPRES. RECURRENT, LEGER	31	790,0	94,18	180,0	25
F3300 TBL. DEPRES RECURRENT EPISODE ACTUEL LEGER SANS SYND SOMATIQUE	6	53,0	100,00	31,0	6
F3301 TBL. DEPRES RECURRENT EPISODE ACTUEL LEGER +SYND SOMATIQUE	1	5,0	100,00	2,0	1
F331 TBL. DEPRES. RECURRENT, MOY.	48	1 216,0	74,01	244,0	45
F3310 TBL. DEPRES RECURRENT EPISODE ACTUEL MOY SANS SYND SOMATIQUE	26	546,0	87,91	160,0	23
F3311 TBL. DEPRES RECURRENT EPISODE ACTUEL MOY +SYND SOMATIQUE	6	103,0	100,00	9,0	6
F332 TBL. DEPRES. RECURRENT, SEVERE SANS SYMPT. PSYCHOT.	116	2 950,0	82,85	796,0	110
F333 TBL. DEPRES. RECURRENT, SEVERE AVEC SYMPT. PSYCHOT.	56	1 807,0	83,45	487,0	52
F3330 TBL. DEPRES RECURRENT EPISODE SEVERE +SYMPT PSYCHOT HUMEUR CONCORD	19	586,0	82,42	130,0	19
F3331 TBL. DEPRES RECURRENT EPISODE SEVERE +SYMPT PSYCHOT HUMEUR NON CONCORD	2	22,0	100,00	9,0	2
F334 TBL. DEPRES. RECURRENT, ACTUELLEMENT EN REMISSION	5	67,5	100,00	20,0	5
F338 TBL. DEPRES. RECURRENTS, NCA	18	470,0	81,70	142,0	17
F339 TBL. DEPRES. RECURRENT, SAI	50	1 561,0	44,01	562,0	46
F340 CYCLOTHYME	23	865,0	74,80	210,0	20
F341 DYSTHYME	42	846,0	68,44	239,0	38

Code CIM 10	Nombre de séjours	Nombre de journées couvertes par les séquences (*)	% en diag principal	Nombre de journées d'isolement thérapeutique	Nombre de patients
F348 TBL. DE L'HUMEUR PERSISTANTS, NCA	9	322,0	67,70	102,0	9
F349 TBL. DE L'HUMEUR PERSISTANT, SAI	29	646,0	73,37	185,0	27
F380 TBL. DE L'HUMEUR ISOLEES, NCA	12	203,0	30,54	65,0	12
F3800 EPISODE AFFECTIF MIXTE	5	55,0	100,00	27,0	5
F381 TBL. DE L'HUMEUR RECURRENTS, NCA	10	475,0	90,95	163,0	8
F3810 TBL DÉPRES RÉCURRENT BREF	4	96,0	84,38	90,0	4
F388 TBL. DE L'HUMEUR PREC., NCA	5	85,0	67,06	15,0	5
F39 TBL. DE L'HUMEUR, SAI	139	3 351,0	60,91	1 553,0	124
F40 TBL. ANXIEX PHOBQUES	1	20,0	0,00	4,0	1
F400 AGORAPHOBIE	3	29,0	72,41	7,0	3
F4000 AGORAPHOBIE SANS TBL PANIQUE	1	34,0	0,00	2,0	1
F4001 AGORAPHOBIE +TBL PANIQUE	14	460,0	73,91	216,0	8
F401 PHOBES SOCIALES	15	319,0	45,77	79,0	14
F402 PHOBES SPECIFIQUES	7	240,0	70,00	36,0	6
F408 TBL. ANXIEX PHOBQUES, NCA	5	277,0	8,66	162,0	4
F409 TBL. ANXIEX PHOBQUE, SAI	10	488,0	55,12	160,0	10
F41 TBL. ANXIEX, NCA	1	28,0	100,00	11,0	1
F410 TBL. PANIQUE	46	1 034,0	56,00	323,0	45
F4100 TBL PANIQUE MOY	5	325,0	8,31	208,0	5
F4101 TBL PANIQUE SÉVÈRE	8	156,0	69,87	41,0	7
F411 ANXIETE GENERALISEE	158	4 166,0	56,36	1 237,0	141
F412 TBL. ANXIEX ET DÉPRES. MIXTE	220	5 119,5	68,34	1 380,0	209
F413 TBL. ANXIEX MIXTES, NCA	17	616,0	55,52	78,0	16
F418 TBL. ANXIEX PREC., NCA	27	576,0	75,17	141,0	22
F419 TBL. ANXIEX, SAI	283	7 851,0	48,95	2 911,0	262
F420 TBL. OBSESS.-COMPULSIF AVEC IDEES OU RUMINATIONS OBSE. AU 1ER PLAN	26	1 341,0	39,52	250,0	22
F421 TBL. OBSESS.-COMPULSIF AVEC COMPOT. COMP. AU 1ER PLAN	21	719,0	25,59	285,0	21
F422 TBL. OBSESS.-COMPULSIF : FORME MIXTE	21	1 099,0	35,76	642,0	20
F428 TBL. OBSESS.-COMPULSIF, NCA	4	144,0	0,00	27,0	4
F429 TBL. OBSESS.-COMPULSIF, SAI	12	580,0	53,62	230,0	11
F43 REAC. A UN FACT. DE STRESS SEVERE, ET TBL. DE L'ADAPTATION	1	8,0	100,00	8,0	1
F430 REAC. AIG. A UN FACT. DE STRESS	203	2 624,0	62,31	960,0	184
F4300 RÉAC AIG LÉGÈRE À 1FACT STRESS	19	179,0	93,85	82,0	18
F4301 RÉAC AIG MOY À 1FACT STRESS	25	254,0	95,28	98,0	23
F4302 RÉAC AIG SÉVÈRE À 1FACT STRESS	65	1 033,0	72,02	301,0	57
F431 ETAT DE STRESS POST-TRAUMA.	99	2 137,0	49,51	648,0	94
F432 TBL. DE L'ADAPTATION	574	10 543,5	84,15	3 382,0	534
F4320 RÉAC DÉPRESSIVE BRÈVE	93	995,0	79,80	532,0	91
F4321 RÉAC DÉPRESSIVE PROLONGÉE	40	528,0	75,57	165,0	40
F4322 RÉAC MIXTE ANXIEXE + DÉPRESSIVE	132	2 054,0	74,98	739,0	120
F4323 TBL ADAPT +PRÉDOMINANCE PERTURBATION AUTRES ÉMOTIONS	37	557,0	37,34	176,0	36
F4324 TBL ADAPT +PRÉDOMINANCE PERTURBATION DES CONDUITES	105	2 555,0	68,34	917,0	90
F4325 TBL ADAPT +PERTURBATION MIXTE DES ÉMOTIONS +DES CONDUITES	263	5 066,0	59,46	1 448,0	220
F4328 TBL ADAPT +PRÉDOMINANCE AUTRES SYMPT SPÉCIFIÉS	11	473,0	87,53	238,0	10
F438 REAC. A UN FACTEUR DE STRESS SEVERE, NCA	16	367,0	53,22	119,0	16
F439 REAC. A UN FACT. DE STRESS SEVERE, SAI	117	1 683,0	89,66	531,0	110
F44 TBL. DISSOCIATIFS	5	103,0	46,60	47,0	2
F440 AMNÉSIE DISSOCIATIVE	11	282,0	62,98	77,0	9
F441 FUGUE DISSOCIATIVE	12	133,0	1,50	81,0	4
F442 STUPEUR DISSOCIATIVE	11	99,0	69,70	69,0	10
F443 ETATS DE TRANSE ET DE POSSESSION	6	61,0	100,00	15,0	4

Code CIM 10	Nombre de séjours	Nombre de Journées couvertes par les séquences (*)	% en diag principal	Nombre de Journées d'isolement thérapeutique	Nombre de patients
F444 TBL. MOTEURS DISSOCIATIFS	10	789,0	64,64	443,0	10
F445 CON/VULSIONS DISSOCIATIVES	3	382,0	0,00	51,0	3
F447 TBL. DISSOCIATIF MIXTE	15	530,0	93,21	112,0	12
F448 TBL. DISSOCIATIFS, NCA	13	402,0	40,55	190,0	11
F4480 SYND GANSER	1	60,0	100,00	15,0	1
F4481 PERSO MULT	1	30,0	0,00	2,0	1
F4488 AUTRES TBL DISSOCIATIFS SPÉCIFIÉS	4	70,0	84,29	26,0	4
F449 TBL. DISSOCIATIF, SAI	30	443,0	74,94	178,0	28
F450 SOMATISATION	10	546,0	66,12	491,0	9
F451 TBL. SOMATOFORME INDIFFÉRENCE	5	156,0	0,00	24,0	4
F452 TBL. HYPOCONDRIQUE	13	474,0	62,87	115,0	12
F453 DYSFONCTIONNEMENT NEUROVEGETATIF SOMATOFORME	2	29,0	96,55	3,0	2
F4531 DYSFONCTIONNEMENT NEUROVÉGÉTATIF EXPRESSION OESOGASTR	2	10,0	100,00	4,0	1
F4538 DYSFONCTIONNEMENT NEUROVÉGÉTATIF EXPRESSION AUTRE	1	47,0	100,00	1,0	1
F454 SYND. DOULOUREUX SOMATOFORME PERSISTANT	2	41,0	0,00	7,0	2
F458 TBL. SOMATOFORMES, NCA	3	65,0	75,38	14,0	3
F459 TBL. SOMATOFORME, SAI	12	270,0	57,78	76,0	11
F480 NEURASTHÉNIE	1	1,0	100,00	1,0	1
F481 SYND. DE DÉPERSONNALISATION-DÉRÉALISATION	5	119,0	100,00	24,0	5
F488 TBL. NEVROTIQUES PRÉC., NCA	4	393,0	4,83	370,0	4
F489 TBL. NEVROTIQUE, SAI	26	493,5	49,04	144,0	15
F500 ANOREXIE MENT.	61	2 802,0	88,15	912,0	56
F501 ANOREXIE MENT. ATYPIQUE	21	644,0	67,39	246,0	19
F502 BOULIMIE	10	359,0	7,52	113,0	9
F503 BOULIMIE ATYPIQUE	4	160,0	0,00	35,0	4
F504 HYPERRHAGIE ASSOCIÉE A D'AUTRES PERTURBATIONS PSYCHO.	4	201,0	0,00	113,0	4
F505 VOMISSEMENTS ASSOCIÉS A D'AUTRES PERTURBATIONS PSYCHO.	7	288,0	0,00	108,0	4
F508 TBL. DE L'ALIMENTATION NON ORG., NCA	23	719,0	41,03	194,0	17
F509 TBL. DE L'ALIMENTATION NON ORG., SAI	21	759,0	22,92	260,0	20
F510 INSOMNIE NON ORG.	39	1 392,0	8,84	417,0	34
F511 HYPERSONNIE NON ORG.	1	47,0	0,00	2,0	1
F512 TBL. DU RYTHME VÉLLE-SOMMEL NON DU A UNE CAUSE ORG.	2	81,0	9,88	29,0	2
F514 TERREURS NOCTURNES	3	215,0	0,00	61,0	2
F515 CAUCHEMARS	7	281,0	3,56	74,0	5
F518 TBL. DU SOMMEL NON ORG., NCA	6	459,0	8,71	46,0	6
F519 TBL. DU SOMMEL NON ORG., SAI	6	195,0	49,23	81,0	6
F527 ACTIVITE SEXUELLE EXCESSIVE	2	21,0	0,00	8,0	2
F528 DYSFCT. SEXUELS NCA, NON DUS A UN TBL. OU A UNE MAL. ORG.	1	134,0	100,00	133,0	1
F529 DYSFCT. SEXUEL. SAI, NON DU A UN TBL. OU A UNE MAL. ORG.	2	98,0	1,02	58,0	2
F530 TBL. MENT. LEGERS ASSOCIÉS A LA PUERP., NCA	8	214,0	99,07	70,0	8
F531 TBL. MENT. SEVERES ASSOCIÉS A LA PUERP., NCA	10	338,0	95,86	160,0	9
F538 AUTRES TBL. MENT. ASSOCIÉS A LA PUERP., NCA	2	32,0	75,00	4,0	2
F539 TBL. MENT. DE LA PUERP., SAI	8	193,0	56,48	46,0	7
F54 FACT. PSYCHO. ET COMP. ASSOCIÉS A DES MAL. OU DES TBL. CL. AILL.	27	1 248,0	58,97	622,0	25
F55 ABUS DE SUBST. N'ENTRAINANT PAS DE DÉPENDANCE	2	36,0	13,89	10,0	2
F55+1 PRISE RÉGULIÈRE LAXATIFS	1	43,0	0,00	10,0	1
F55+8 ABUS AUTRES SUBST N'ENTRAINANT PAS DÉPENDANCE	3	112,0	0,00	14,0	2
F59 SYND. COMP. SAI ASSOCIÉS A PERTURBATIONS PHYSIO. ET A FACT. PHYS.	35	794,0	69,27	379,0	31
F60 TBL. SPÉCIFIQUES DE LA PERSON.	5	479,0	5,64	134,0	4
F600 PERSON. PARANOÏAQUE	252	7 796,0	53,25	3 446,0	226
F601 PERSON. SCHIZOÏDE	88	2 112,5	49,07	826,0	80

Code CIM 10	Nombre de séjours	Nombre de journées couvertes par les séquences (*)	% en diag principal	Nombre de journées d'isolement thérapeutique	Nombre de patients
F602 PERSON. DYSSOCIALE	779	20 961,0	50,74	9 375,0	658
F603 PERSON. EMOTIONNELLEMENT LABILE	543	14 654,0	76,05	4 923,0	448
F6030 PERSON. EMOTIONNELLEMENT LABILE TYPE IMPULSIF	499	15 680,5	59,90	5 331,0	423
F6031 PERSON. EMOTIONNELLEMENT LABILE TYPE BORDERLINE	639	20 637,0	77,72	6 937,0	470
F604 PERSON. HISTRIQUE	174	4 762,0	40,63	1 798,0	154
F605 PERSON. ANANKASTIQUE	19	479,0	27,56	138,0	18
F606 PERSON. ANXIEUSE	26	830,0	29,40	291,0	26
F607 PERSON. DEPENDANTE	108	3 807,0	48,17	1 062,0	90
F608 TBL. SPECIFIQUES DE LA PERSON., NCA	124	3 005,0	49,05	1 018,0	114
F609 TBL. DE LA PERSON., SAI	733	16 349,5	67,44	5 410,0	635
F61 TBL. MIXTES DE LA PERSON. ET AUTRES TBL. DE LA PERSON.	47	1 985,0	52,34	622,0	41
F61+0 TBL. MIXTES PERSON.	57	1 743,0	55,19	525,0	46
F61+1 MODIFICATIONS GÉNANTES PERSON.	10	435,0	78,16	92,0	9
F620 MODIF. DURABLE DE LA PERSON. APRES UNE EXPERIENCE DE CATASTROPHE	6	162,0	23,46	18,0	6
F621 MODIF. DURABLE DE LA PERSON. APRES UNE MAL. PSY.	11	193,0	3,63	85,0	7
F628 MODIF. DURABLES DE LA PERSON., NCA	3	116,0	0,00	50,0	3
F629 MODIF. DURABLE DE LA PERSON., SAI	8	427,0	45,20	146,0	7
F630 JEU PATHO.	10	233,5	30,19	59,0	10
F631 TENDANCE PATHO. A ALLUMER DES INCENDIES	8	241,0	54,77	31,0	8
F632 TENDANCE PATHO. A COMMETTRE DES VOLS	3	158,0	92,41	22,0	3
F633 TRICHOTILLOMANIE	2	73,0	0,00	2,0	2
F638 TBL. DES HABITUDES ET DES IMPULSIONS, NCA	26	1 470,0	22,18	812,0	22
F639 TBL. DES HABITUDES ET DES IMPULSIONS, SAI	16	708,0	2,82	176,0	16
F64 TBL. DE L'IDENTITE SEXUELLE	1	37,0	0,00	28,0	1
F640 TRANSEXUALISME	4	389,0	2,06	72,0	4
F641 TRAVESTISME BIVALENT	2	220,0	78,18	13,0	2
F642 TBL. DE L'IDENTITE SEXUELLE DE L'ENFANCE	1	16,0	100,00	17,0	1
F648 TBL. DE L'IDENTITE SEXUELLE, NCA	3	311,0	24,12	102,0	2
F649 TBL. DE L'IDENTITE SEXUELLE, SAI	7	346,0	39,31	116,0	5
F650 FETICHISME	2	101,0	0,00	39,0	2
F652 EXHIBITIONNISME	6	730,0	36,99	79,0	5
F653 VOYEURISME	1	60,0	0,00	3,0	1
F654 PEDOPHILE	10	1 307,0	30,15	734,0	10
F656 TBL. MULT. DE LA PREFERENCE SEXUELLE	2	311,0	0,00	28,0	2
F658 TBL. DE LA PREFERENCE SEXUELLE, NCA	4	110,0	88,18	14,0	4
F659 TBL. DE LA PREFERENCE SEXUELLE, SAI	10	327,0	66,67	158,0	9
F660 TBL. DE LA MATURATION SEXUELLE	5	393,0	9,41	29,0	5
F662 PROBLEME SEXUEL RELATIONNEL	2	114,0	0,00	7,0	2
F668 TBL. DU DEVELOP. PSYCHOSEXUEL, NCA	5	456,0	9,21	93,0	5
F669 TBL. DU DEVELOP. PSYCHOSEXUEL, SAI	9	633,0	48,50	277,0	5
F68 TBL. DE LA PERSON. CHEZ L'ADULTE, NCA	1	44,0	0,00	2,0	1
F680 MAJORATION DE SYMPT. PHYS. POUR DES RAISONS PSYCHO.	5	88,0	18,18	44,0	5
F681 SIMULATION DE SYMPT. OU D'UNE INCAPACITE, SOIT PHYS. SOIT PSYCHO.	29	580,0	68,75	321,0	15
F688 TBL. PREC. DE LA PERSON. CHEZ L'ADULTE, NCA	289	6 596,0	30,53	3 047,0	266
F69 TBL. DE LA PERSON. CHEZ L'ADULTE, SAI	383	10 066,0	52,10	4 233,0	341
F70 RETARD MENT. LEGER	9	327,0	5,81	117,0	6
F700 RETARD MENT. LEGER : DEFICIENCE DU COMPORT. ABSENT OU MINIME	181	6 277,0	43,17	1 934,0	142
F701 RETARD MENT. LEGER : DEFICIENCE DU COMPORT. SIGNIFICATIF	361	23 621,0	51,39	7 563,0	296
F708 RETARD MENT. LEGER : AUTRES DEFICIENCE DU COMPORT.	24	596,0	52,68	197,0	23
F709 RETARD MENT. LEGER : SANS MENTION D'UNE DEFICIENCE DU COMPORT.	40	1 630,0	52,15	346,0	37
F71 RETARD MENT. MOY.	10	324,0	84,57	44,0	10

Code CIM 10	Nombre de séjours	Nombre de journées couvertes par les séquences (*)	% en diag principal	Nombre de journées d'isolement thérapeutique	Nombre de patients
F710 RETARD MENT. MOY. : DEFICIENCE DU COMPORT. ABSENT OU MINIME	120	5 439,0	65,16	1 955,0	95
F711 RETARD MENT. MOY. : DEFICIENCE DU COMPORT. SIGNIFICATIF	509	40 445,0	74,60	14 131,0	404
F718 RETARD MENT. MOY. : AUTRES DEFICIENCE DU COMPORT.	39	2 834,0	70,61	1 552,0	29
F719 RETARD MENT. MOY. : SANS MENTION D'UNE DEFICIENCE DU COMPORT.	41	2 846,5	51,03	667,0	33
F72 RETARD MENT. GRAVE	4	636,0	42,61	166,0	3
F720 RETARD MENT. GRAVE : DEFICIENCE DU COMPORT. ABSENT OU MINIME	43	3 793,0	69,52	1 561,0	35
F721 RETARD MENT. GRAVE : DEFICIENCE DU COMPORT. SIGNIFICATIF	207	19 281,0	74,35	8 203,0	144
F728 RETARD MENT. GRAVE : AUTRES DEFICIENCE DU COMPORT.	17	1 168,0	88,87	370,0	14
F729 RETARD MENT. GRAVE : SANS MENTION D'UNE DEFICIENCE DU COMPORT.	14	716,0	78,63	541,0	7
F73 RETARD MENT. PROF.	3	296,0	7,43	27,0	3
F730 RETARD MENT. PROF. : DEFICIENCE DU COMPORT. ABSENT OU MINIME	14	2 089,0	86,90	1 631,0	12
F731 RETARD MENT. PROF. : DEFICIENCE DU COMPORT. SIGNIFICATIF	77	9 511,0	90,48	6 206,0	60
F738 RETARD MENT. PROF. : AUTRES DEFICIENCE DU COMPORT.	9	736,0	99,05	118,0	6
F739 RETARD MENT. PROF. : SANS MENTION D'UNE DEFICIENCE DU COMPORT.	8	479,0	92,48	70,0	7
F780 RETARD MENT. NCA : DEFICIENCE DU COMPORT. ABSENT OU MINIME	1	170,0	0,00	60,0	1
F781 RETARD MENT. NCA : DEFICIENCE DU COMPORT. SIGNIFICATIF	16	1 026,0	36,84	378,0	13
F788 RETARD MENT. NCA : AUTRES DEFICIENCE DU COMPORT.	2	16,0	0,00	15,0	2
F789 RETARD MENT. NCA : SANS MENTION D'UNE DEFICIENCE DU COMPORT.	1	142,0	100,00	143,0	1
F79 RETARD MENT., SAI	2	28,0	100,00	25,0	2
F790 RETARD MENT. SAI : DEFICIENCE DU COMPORT. ABSENT OU MINIME	49	3 126,0	48,66	1 211,0	40
F791 RETARD MENT. SAI : DEFICIENCE DU COMPORT. SIGNIFICATIF	61	3 978,0	83,03	2 165,0	56
F798 RETARD MENT. SAI : AUTRES DEFICIENCE DU COMPORT.	7	219,0	85,39	110,0	7
F799 RETARD MENT. SAI : SANS MENTION D'UNE DEFICIENCE DU COMPORT.	42	1 338,0	65,25	403,0	32
F800 TBL. SPECIFIQUE DE L'ACQUISITION DE L'ARTIC.	7	156,0	0,00	76,0	3
F801 TBL. DE L'ACQUISITION DU LANGAGE, DE TYPE EXPRESSIF	6	227,0	44,05	37,0	3
F808 TBL. DU DEVELOP. DE LA PAROLE ET DU LANGAGE, NCA	11	172,5	1,74	47,0	8
F809 TBL. DU DEVELOP. DE LA PAROLE ET DU LANGAGE, SAI	19	1 834,0	34,73	1 390,0	14
F810 TBL. SPECIFIQUE DE LA LECTURE	3	43,0	0,00	7,0	2
F811 TBL. SPECIFIQUE DE L'ACQUISITION DE L'ORTHOGRAPHE	1	31,0	0,00	1,0	1
F812 TBL. SPECIFIQUE DE L'ACQUISITION DE L'ARITHMETIQUE	3	51,0	0,00	18,0	2
F813 TBL. MIXTE DES ACQUISITIONS SCOLAIRES	11	251,0	60,96	34,0	9
F818 TBL. DU DEVELOP., DES ACQUISITIONS SCOLAIRES, NCA	20	239,0	13,81	150,0	10
F819 TBL. DU DEVELOP., DES ACQUISITIONS SCOLAIRES, SAI	22	833,0	15,25	527,0	18
F82 TBL. SPECIFIQUE DU DEVELOP. MOTEUR	3	385,5	0,91	378,0	3
F83 TBL. SPECIFIQUES MIXTES DU DEVELOP.	19	583,0	67,41	100,0	16
F84 TBL. ENVAHISSANTS DU DEVELOP.	8	519,0	100,00	166,0	5
F840 AUTISME INFANTILE	438	30 842,0	95,24	15 497,0	291
F841 AUTISME ATYPIQUE	98	10 205,0	85,50	4 128,0	80
F8410 AUTISME ATYPIQUE RAISON AGE SURVENUE	11	1 059,0	85,46	498,0	8
F8411 AUTISME ATYPIQUE RAISON SYMPTOMATOLOGIE	20	1 361,0	89,49	753,0	14
F8412 AUTISME ATYPIQUE RAISON AGE SURVENUE +SYMPTOMATOLOGIE	14	396,0	96,72	206,0	7
F842 SYND. DE RETT	1	17,0	100,00	17,0	1
F843 AUTRE TBL. DESINTEGRATIF DE L'ENFANCE	49	2 786,0	85,39	703,0	36
F844 HYPERACTIVITE ASSOCIEE A UN RETARD MENT. ET A DES MOUV. STEREOTYPES	6	547,0	100,00	39,0	6
F845 SYND. D'ASPERGER	26	1 011,0	51,24	273,0	23
F848 TBL. ENVAHISSANTS DU DEVELOP., NCA	237	11 977,5	77,15	5 370,0	146
F849 TBL. ENVAHISSANT DU DEVELOP., SAI	343	17 525,5	83,30	7 136,0	248
F86 TBL. DU DEVELOP. PSYCHO., NCA	25	865,0	56,99	160,0	20
F89 TBL. DU DEVELOP. PSYCHO., SAI	53	4 332,5	71,93	1 367,0	45
F90 TBL. HYPERKINETIQUES	2	35,0	0,00	3,0	1
F900 PERTURBATION DE L'ACTIVITE ET DE L'ATTENTION	99	1 827,5	36,85	740,0	43

Code CIM 10	Nombre de séjours	Nombre de journées couvertes par les séquences (*)	% en diag principal	Nombre de journées d'isolement thérapeutique	Nombre de patients
F901 TBL. HYPERKINETIQUE ET TBL. DES CONDUITES	51	1 356,0	57,08	420,0	33
F908 TBL. HYPERKINETIQUES, NCA	7	142,0	47,18	55,0	5
F909 TBL. HYPERKINETIQUE, SAI	11	244,0	70,08	98,0	9
F91 TBL. DES CONDUITES	1	2,0	100,00	2,0	1
F910 TBL. DES CONDUITES LIMITE AU MILIEU FAM.	29	671,0	40,54	208,0	26
F911 TBL. DES CONDUITES, TYPE MAL SOCIALISE	152	5 057,0	68,93	2 031,0	105
F912 TBL. DES CONDUITES, TYPE SOCIALISE	31	749,0	45,66	189,0	30
F913 TBL. OPPOSITIONNEL, AVEC PROVOCATION	56	1 313,0	72,66	422,0	53
F918 TBL. DES CONDUITES, NCA	53	1 581,0	30,87	614,0	43
F919 TBL. DES CONDUITES, SAI	111	2 838,0	72,59	719,0	91
F92 TBL. MIXTES DES CONDUITES ET TBL. EMOTIONNELS	9	74,0	100,00	51,0	5
F920 TBL. DES CONDUITES AVEC DEPRES.	80	1 974,0	76,65	422,0	65
F928 TBL. MIXTES DES CONDUITES ET TBL. EMOTIONNELS, NCA	157	4 463,0	84,97	1 685,0	100
F929 TBL. MIXTE DES CONDUITES ET TBL. EMOTIONNELS, SAI	141	2 953,0	79,88	1 109,0	80
F93 TBL. EMOTIONNELS APPARAISSANT SPECIFIQUEMENT DANS L'ENFANCE	1	1,0	0,00	1,0	1
F930 ANGOISSE DE SEPARATION DE L'ENFANCE	36	472,5	43,07	228,0	17
F931 TBL. ANXIEX PHOBIQUE DE L'ENFANCE	2	63,0	77,78	7,0	2
F932 ANXIETE SOCIALE DE L'ENFANCE	5	161,5	6,50	21,0	5
F933 RIVALITE DANS LA FRA TRE	3	58,0	6,90	7,0	3
F938 TBL. EMOTIONNELS DE L'ENFANCE, NCA	14	275,0	68,00	67,0	12
F9380 ANXIETE GENERALISEE ENFANCE	3	89,0	44,94	6,0	2
F939 TBL. EMOTIONNEL DE L'ENFANCE, SAI	44	596,0	84,23	324,0	35
F940 MUTISME ELECTIF	9	529,0	27,03	153,0	8
F941 TBL. REACTIONNEL DE L'ATTACHEMENT DE L'ENFANCE	65	1 809,0	39,47	779,0	34
F942 TBL. DE L'ATTACHEMENT DE L'ENFANCE AVEC DESINHIBITION	30	1 134,0	31,83	261,0	22
F948 TBL. DU FCT. SOCIAL DE L'ENFANCE, NCA	9	235,0	19,15	44,0	8
F949 TBL. DU FCT. SOCIAL DE L'ENFANCE, SAI	29	497,0	10,46	303,0	15
F950 TIC TRANSIT.	1	34,0	0,00	1,0	1
F952 FORME ASSOCIANT TICS VOCAUX ET TICS MOTEURS	4	89,0	8,99	37,0	4
F959 TIC, SAI	1	36,0	0,00	16,0	1
F980 ENURISIE NON ORG.	9	367,0	24,52	96,0	7
F9800 ENURISIE NON ORG UNIQUEMENT NOCTURNE	5	697,0	0,00	264,0	4
F981 ENCOPRESIE NON ORG.	20	242,0	0,00	138,0	5
F9811 ENCOPRESIE NON ORG +CTRL. SPHINCTER A DEQUAT +SELLES NL DS LIEU INADAPT	2	74,0	0,00	27,0	2
F982 TBL. DE L'ALIMENTATION NON ORG. DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT	1	82,0	0,00	8,0	1
F983 PCA DU NOURRISSON ET DE L'ENFANT	1	1,0	0,00	1,0	1
F984 MOUV. STEREOTYPES	1	13,0	0,00	13,0	1
F9840 M/T STEREOTYPES SANS AUTOMUTILATION	3	110,0	0,00	10,0	2
F9841 M/T STEREOTYPES +AUTOMUTILATIONS	2	139,0	0,00	15,0	2
F985 BEGALEMENT	3	52,0	0,00	14,0	3
F988 TBL. PREC. DU COMPORT. ET TBL. EMOTION. ENFANCE ET ADOLESCENCE, NCA	21	689,0	91,58	373,0	21
F989 TBL. DU COMPORT. ET TBL. EMOTION. ENFANCE ET ADOLESCENCE, SAI	61	2 143,0	81,01	867,0	48
F99 TBL. MENT., SANS AUTRE INDICATION	277	7 296,0	96,03	2 177,0	262
TOTAL	32 022	1 072 240,0	.	388 992,0	26 972

(\*) Nb journées couvertes par les séquences ayant des jours d'isolement thérapeutique

## ANNEXE II : La schizophrénie d'après le DSM-V

46

Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques

### Schizophrénie

**295.90 (F20.9)**

- A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :
1. Idées délirantes.
  2. Hallucinations.
  3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).
  4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
  5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).
- B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).
- C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).
- D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurrentement avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.
- E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.
- F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes

hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

*Spécifier si :*

Les spécifications de l'évolution qui suivent ne doivent être utilisées qu'après une durée d'un an du trouble et si elles ne sont pas en contradiction avec les critères évolutifs propres au diagnostic :

**Premier épisode, actuellement en épisode aigu :** Première manifestation du trouble remplissant les critères diagnostiques de définition et les critères de durée. Un *épisode aigu* est une période de temps durant laquelle les critères symptomatiques sont remplis.

**Premier épisode, actuellement en rémission partielle :** Une *rémission partielle* après un épisode antérieur est une période de temps durant laquelle se maintient une amélioration et où les critères diagnostiques du trouble ne sont que partiellement remplis.

**Premier épisode, actuellement en rémission complète :** Une *rémission complète* après un épisode antérieur est une période de temps durant laquelle aucun symptôme spécifique de la maladie n'est présent.

**Épisodes multiples, actuellement épisode aigu :** Des épisodes multiples ne peuvent être établis qu'après un minimum de deux épisodes (un épisode, une rémission, et un minimum d'une rechute).

**Épisodes multiples, actuellement en rémission partielle**

**Épisodes multiples, actuellement en rémission complète**

**Continu :** Les symptômes remplissant les critères diagnostiques du trouble sont présents la majorité du temps de la maladie, les périodes de symptômes subliminaux étant très brèves au regard de l'ensemble de l'évolution.

**Non spécifié**

*Spécifier si :*

**Avec catatonie** (pour la définition, se référer aux critères de catatonie associée à un autre trouble mental, p. 54).

**Note de codage :** Utiliser le code additionnel 293.89 (F06.1) catatonie associée à la schizophrénie pour indiquer la présence d'une catatonie comorbide.

*Spécifier la sévérité actuelle :*

La sévérité est cotée par une évaluation quantitative des symptômes psychotiques primaires, dont les idées délirantes, les hallucinations, la désorganisation du discours, les comportements psychomoteurs anormaux et les symptômes négatifs. Chacun de ces symptômes peut être coté pour sa sévérité actuelle (en prenant en compte l'intensité la plus sévère au cours des 7 derniers jours) sur une échelle de 5 points, allant de 0 (absent) à 4 (présent et grave). (Cf. dans le chapitre « Mesures d'évaluation » de la section



## ANNEXE III : Questionnaire envoyé aux ergothérapeutes

### Rupture occupationnelle en isolement thérapeutique et accompagnement en ergothérapie

Bonjour, je suis actuellement en troisième année d'ergothérapie à l'Institut de Formation La Musse. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je réalise une étude sur l'influence de la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique par des patients souffrant de schizophrénie sur l'accompagnement en ergothérapie.

Je vous propose ce questionnaire de 12 questions qui vous prendra moins de 10 minutes. Il s'adresse aux ergothérapeutes travaillant en psychiatrie auprès de patients souffrant de schizophrénie ayant vécu un isolement thérapeutique sur une durée supérieure à 5 jours.

Merci de bien vouloir y répondre avant le 14 avril 2019 afin que je puisse réaliser l'analyse des données. Celle-ci sera strictement anonyme et confidentielle.

Je vous remercie par avance pour votre participation à ce travail de recherche.

Pour tout renseignement complémentaire ou éventuelle discussion, je me tiens à votre entière disposition à l'adresse suivante : [laura.auvray0@gmail.com](mailto:laura.auvray0@gmail.com).

#### Isolement thérapeutique

*L'isolement thérapeutique est défini par l'argumentaire scientifique de la Haute Autorité de Santé (HAS) comme 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. L'utilisation de l'isolement représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique [...] » (HAS, 2017).*

*Selon une étude de 2004 réalisée par l'ANAES (Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Évaluation en Santé), en France, 50% des patients en service de psychiatrie seraient placés en isolement pour une durée supérieure à 5 jours.*

1. Dans quel(s) type(s) d'établissement(s) avez-vous rencontré une situation d'isolement thérapeutique sur une durée supérieure à 5 jours ? (Plusieurs réponses possibles)

- L'hospitalisation à temps complet
- Urgences psychiatriques
- Unité pour malades difficiles
- Autre : .....

2. À quelle fréquence accompagnez-vous (ou avez-vous accompagné) des patients atteints de schizophrénie ayant été placés en isolement thérapeutique sur une durée supérieure à 5 jours ? (Une seule réponse possible)

- 1 fois par semaine
- 1 fois par mois
- 1 fois par an
- Autre : .....

3. Selon vous, quels sont les bénéfices de l'isolement thérapeutique ainsi que ses risques pour un patient atteint de schizophrénie ?

.....  
.....  
.....

### Rupture occupationnelle

*D'après les propos de Pierce et Townsend & A.Wilcock, la rupture occupationnelle correspond à un état d'empêchement temporaire d'exercer des occupations significatives et/ou signifiantes en raison de facteurs indépendants de la volonté de l'individu.*

4. Selon vous, peut-on parler de rupture occupationnelle quand un patient est placé en chambre d'isolement sur une durée supérieure à 5 jours ? (Une seule réponse possible)

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

Pourquoi ?

.....

### Accompagnement en ergothérapie

5. Dans votre accompagnement utilisez-vous une approche basée sur les sciences de l'occupation ? (Une seule réponse possible)

- Oui
- Non
- Ne se prononce pas

6. Quel(s) effet(s) la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique a(ont) sur l'accompagnement en ergothérapie ? (Une seule réponse possible)

- Positif(s)
- Négatif(s)
- Les 2
- Aucun effet
- Ne se prononce pas

Précisez votre réponse :

.....  
.....  
.....

7. Suite à la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique, quelle est l'influence sur :  
(Plusieurs réponses possibles)

	Elle l'augmente	Elle le/la diminue	N'a pas d'influence	Ne se prononce pas
<i>Le degré d'implication du patient dans son accompagnement en ergothérapie</i>				
<i>La motivation de la personne à venir en séance d'ergothérapie</i>				
<i>La productivité du patient en séance</i>				
<i>La concentration du patient lors des séances</i>				
<i>L'intérêt que le patient porte à l'activité</i>				
<i>Le plaisir pris par le patient dans la réalisation de l'activité</i>				

Souhaitez-vous ajouter des précisions ?

.....  
 .....  
 .....

### Données socio-démographiques

9. Êtes-vous : (Une seule réponse possible)

- Un homme
- Une femme

10. Quel âge avez-vous ? (Une seule réponse possible)

- Entre 20 ans et 30 ans
- Entre 31 ans et 40 ans
- Entre 41 ans et 50 ans
- 51 ans et plus

11. Dans quel secteur exercez-vous actuellement ? (Plusieurs réponses possibles)

- Psychiatrie
- Soins de suite et de réadaptation
- Lieux de vie (EHPAD, IME, etc.)
- Libéral
- Autre : .....

12. Depuis combien de temps travaillez-vous (ou avez-vous travaillé) en psychiatrie ? (Une seule réponse possible)

- Moins de 2 ans
- Entre 2 et 5 ans
- Entre 5 et 10 ans
- 11 ans et plus
- Autre : .....

### Remerciements

Merci de votre participation à ce travail de recherche et du temps que vous lui avez accordé. Si vous le souhaitez, je pourrai vous transmettre mon mémoire une fois terminé. Pour cela, je vous demande de me transmettre votre adresse mail. Celle-ci sera utilisée uniquement dans ce contexte.

Adresse mail : .....

Avez-vous des remarques ou commentaires à ajouter ?

.....  
.....  
.....

## ANNEXE IV : Résultats et analyse des questionnaires

Question	Réponses	Résultats (nombre de personnes)
<b>Isolement thérapeutique</b>		
Etablissement(s) dans le(s)quel(s) les ergothérapeutes ont rencontré une situation d'isolement thérapeutique supérieure à 5 jours	L'hospitalisation à temps complet	20 pers. (95,2%)
	Urgences psychiatriques	1 pers. (4,8%)
	Unité pour malades difficiles	2 pers. (9,5%)
Fréquence pour laquelle ils sont confrontés à la situation pour des patients atteints de schizophrénie	1 fois par semaine	10 pers. (47,6%)
	1 fois par mois	2 pers. (9,5%)
	1 fois par an	2 pers. (9,5%)
	Autre : « 1 ou 2 fois par semaine pour certains » / « 2/3 fois par semaine » « 2 à 3 fois par an » / « 5 à 6 patients par an dont certains sont placés en chambre d'apaisement régulièrement » / « Plus d'une fois par semaine, je dirai 2/3 fois par semaine » / « Prise en soins très irrégulière pouvant aller de plusieurs fois par semaine à 1 fois par an » / « Difficile à dire, il n'y a pas de fréquence à ce type de pratiques dans mon service » / « Uniquement pour ceux qui bénéficient d'une prise en soins ergo. Et uniquement lors de leur durée de séjour. »	7 pers. (33,4%)

## Résultats à la question sur les bénéfices et risques de l'isolement thérapeutique pour les patients atteints de schizophrénie :

Réponses données par les ergothérapeutes
« Tout dépend de comment elle est mise en place je dirais : pour quelles raisons, expliquée comment, dans quelles circonstances, ect. Le bénéfice principal serait un moyen pour la personne allrs coupée de stimulations extérieures de se recentrer/rassembler, mais cela dit elle doit alors le faire seule alors c'est aussi faire l'expérience du vide, et ça pour certains c'est très compliqué dans un moment de crise. Et encore là je parle juste d'isolement, pas de contention. »
« Bénéfices : - apaisement après situation de crise - mise en sécurité Risques : - agressivité, régression, rupture de l alliance thérapeutique »
« Bénéfices : protection du patient et des autres usagers, lieu contenant pouvant être apaisant Risques : épisode traumatiques, non respect des besoins de base faute de présence soignante suffisante, risque de dérive (prescription par "confort" ou par "punition"). »
« Bénéfice un temps pour être moins morcelé et un apaisement psychique, risque passage à l acte à la sortie. »
« On protège de patient de lui-même ainsi que son entourage (l'équipe soignant y compris) »
« cela dépend de la problématique »
« Contenance, pare-excitation, sécurisation, rassemblement »
« Le protéger risques auto et hétéro agressifs. Peut dans certains être très bon outil pour diminuer angoisse... les risques sont multiples: somatique, perte de confiance dans le soin et parfois augmenter angoisse. »
« risque de vécu traumatique, choc bénéfices : se protéger de lui-même (auto-agressivité), protéger les soignants et autres patients de l'hétéro-agressivité, offrir un cadre contenant permettant de diminuer l'angoisse »
« Effet contenant psychiquement, réduit les angoisses liées aux stimulations, sécurité pour lui et pour les autres. Risques si mal évalué ou trop prolongé dans le temps : repli sur soi, augmentation du délire parfois (contre effet), perte de l'alliance thérapeutique si la mesure n'est pas comprise par la personne. »
« Tout dépend de chaque patient et de comment il vit l'isolement. Bénéfices : apaisement car absence de stimulus extérieurs (lieu calme), réduction du risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif, repos du patient (n'a rien à faire hormis se reposer) Risques : augmentation des angoisses ou des hallucinations, augmentation de la tension (le patient peut devenir plus agressif car est en isolement) »
« Les bénéfices : se recentrer sur soi même, lutter contre le morcellement, apaiser une crise/ bouffée délirante, si la personne présente un risque d'hétéro ou auto agressivité, évaluer le

<p>risque de passage à l'acte, présence du délire, mise en place du traitement avec un suivi rapproché de la part de l'équipe de soin. Les risques : que la privation de liberté major les angoisses, l'envie de fugue, l'agressivité, les troubles du comportement, sentiments de persécution, etc. »</p>
<p>« C'est une mesure de protection pour le patient pour les autres patients et pour le personnel. C'est toujours une remise en question dans la pec globale, souvent vécue par le patient comme une punition. Risque de désadaptation relationnelle et sociale. »</p>
<p>« l'isolement permet l'apaisement des crises par le fait qu'il y ait moins de sollicitations, car souvent le pare-excitation des personnes est déficient. Cela permet aussi la mise en sécurité de la personne et une contenance physique qui étaye une contenance psychique devenue impossible. Les inconvénients sont la privation d'activités et donc le risque que le délire soit la seule activité qui reste au patient, qui ne peut plus inscrire son espace psychique dans un objet médiateur. »</p>
<p>« apaiser le service. régulièrement apaiser la personne surtout quand c'est elle qui demande à y entrer. si l'entrée ne se fait pas à sa demande sa implique une surveillance plus régulière du personnel donc un meilleur suivi. mais peut casser la confiance que la personne avait dans le personnel, entraîner une inhibition et d'autres symptômes pour "ne pas être punis" rend parfois encore plus interprétatif »</p>
<p>« Bénéfices : Protéger de lui-même et de son environnement très angoissant. Risques : Utilisation de l'isolement comme une punition de certaines situations dans le service et difficulté de ce fait d'une instauration de confiance avec l'équipe soignante »</p>
<p>« Bénéfices : Contenance psychique, Diminution de l'épisode de décompensation Risques : Perte de contacts relationnels, perte de repères temporels »</p>
<p>« Lutte contre la déprivation occupationnelle mais aussi encrage dans un temps d'activité même succinct »</p>
<p>« maintient du lien, apaisement, »</p>
<p>« L'isolement thérapeutique stricte n'a d'intérêt que pour apaiser un épisode de crise, ne pouvant plus être géré dans le service. Il ne doit en aucun cas être une mesure disciplinaire et doit être le plus court possible. »</p>

## Analyse des bénéfices de l'isolement thérapeutiques décrits par les ergothérapeutes

Eléments de synthèse	Nombre	Citations
<b>Plusieurs bénéfices de l'isolement décrits par les ergothérapeutes interrogés :</b>		
Fonction hypo-stimulante de l'isolement	5	« Coupée de stimulations extérieures » ; « pare-excitation » ; « réduit les angoisses liées aux stimulations » ; « apaisement car absence de stimulus extérieurs (lieu calme) » ; « par le fait qu'il y ait moins de sollicitations, car souvent le pare-excitation des personnes est déficient. »
Fonction de protection du patient et de son entourage Prévenir le risque d'auto et d'hétéro-agression Notion de sécurité, d'agressivité	12	« mise en sécurité » ; « protection du patient et des autres usagers » ; « On protège de patient de lui-même ainsi que son entourage (l'équipe soignant y compris) » ; « sécurisation » ; « Le protéger risques auto et hétéro agressifs » ; « se protéger de lui-même (auto-agressivité), protéger les soignants et autres patients de l'hétéro-agressivité » ; « sécurité pour lui et pour les autres » ; « réduction du risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif » ; « si la personne présente un risque d'hétéro ou auto agressivité, évaluer le risque de passage à l'acte » ; « C'est une mesure de protection pour le patient pour les autres patients et pour le personnel » ; « Cela permet aussi la mise en sécurité de la personne » ; « Protéger de lui même et de son environnement très angoissant »
Fonction contenante physique et psychique / morcellement / se rassembler / se recentrer	9	« se recentrer/rassembler » ; « lieu contenant pouvant être apaisant » ; « Bénéfique un temps pour être moins morcelé » ; « Contenance [...] rassemblement » ; « offrir un cadre contenant permettant de diminuer l'angoisse » ; « Effet contenant psychologiquement » ; « se recentrer sur soi même, lutter contre le morcellement » ; « une contenance physique qui étaye une contenance psychique devenue impossible » ; « Contenance psychique »
Diminution des symptômes (angoisse, crise, bouffée délirante, décompensation) Entraîne l'apaisement du patient	13	« apaisement après situation de crise » ; « être apaisant » ; « un apaisement psychique » ; « Peut dans certains être très bon outil pour diminuer angoisse » ; « diminuer l'angoisse » ; « réduit les angoisses » ; « apaisement » ; « repos du patient (n'a rien à faire hormis se reposer) » ; « apaiser une crise/ bouffée délirante » ; « l'isolement permet l'apaisement des crises » ; « régulièrement apaiser la personne » ; « Diminution de l'épisode de décompensation » ; « apaisement » ; « L'isolement thérapeutique stricte n'a d'intérêt que pour apaiser un épisode de crise, ne pouvant plus être gérer dans le service »
Prise en soins	3	« Evaluer le risque de passage à l'acte, présence du délire, mise en place du traitement avec un suivi rapproché de la part de l'équipe de soin » ; « une surveillance plus régulière du personnel donc un meilleur suivi » ; « maintient du lien »



## Analyse des risques de l'isolement thérapeutiques décrits par les ergothérapeutes

Eléments de synthèse	Chiffres	Citations
<b>Plusieurs risques de l'isolement identifiés par les ergothérapeutes interrogés :</b>		
Augmentation des symptômes : Troubles du comportement & agressivité / Repli sur soi / Délire & hallucinations / Sentiment de persécution / Angoisse	5 pers.	« <i>agressivité, régression</i> » ; « <i>parfois augmenter angoisse</i> » ; « <i>repli sur soi, augmentation du délire parfois (contre effet)</i> » ; « <i>augmentation des angoisses ou des hallucinations, augmentation de la tension (le patient peut devenir plus agressif car est en isolement)</i> » ; « <i>le privation de liberté major les angoisses, l'envie de fugue, l'agressivité, les troubles du comportements, sentiments de persécution, etc.</i> »
Rupture de l'alliance thérapeutique & de la confiance du patient dans les soins	5 pers.	« <i>Rupture de l'alliance thérapeutique</i> » ; « <i>perte de confiance dans le soin</i> » ; « <i>perte de l'alliance thérapeutique si la mesure n'est pas comprise par la personne</i> » ; « <i>peux casser la confiance que la personne avait dans le personnel</i> » ; « <i>difficulté [...] instauration de confiance avec l'équipe soignante</i> »
Risques de dérives et de privations : - Puniton - Privation de liberté	5 pers.	« <i>non respect des besoins de base faute de présence soignante suffisante, risque de dérive (prescription par "confort" ou par "punition")</i> » ; « <i>privation de liberté</i> » ; « <i>souvent vécue par le patient comme une punition</i> » ; « <i>Utilisation de l'isolement comme une punition de certaines situations dans le service</i> » ; « <i>Il ne doit en aucun cas être une mesure disciplinaire et doit être le plus court possible</i> »
Tous ces risques et dangers peuvent entraîner un vécu traumatique pour le patient	5 pers.	« <i>épisode traumatiques</i> » ; « <i>l'expérience du vide</i> » ; « <i>risque passage à l'acte à la sortie</i> » ; « <i>risque de vécu traumatique, choc</i> » ; « <i>Les inconvénients sont la privation d'activités et donc le risque que le délire soit la seule activité qui reste au patient, qui ne peut plus inscrire son espace psychique dans un objet médiateur</i> »
<b>Autres éléments rapportés</b>		
Les bénéfices et risques sont variables selon certains facteurs. Ex : protocole de mise en CSI, le contexte, et les objectifs visés	4 pers.	« <i>Tout dépend de comment elle est mise en place je dirais : pour quelles raisons, expliquée comment, dans quelles circonstances, ect.</i> » « <i>Lieu contenant pouvant être apaisant</i> » : signifie que l'isolement n'est pas systématiquement bénéfique « <i>cela dépend de la problématique</i> » « <i>Tout dépend de chaque patient et de comment il vit l'isolement</i> »
La notion de temps est importante dans les mesures d'isolement thérapeutique	2 pers.	« <i>Bénéfice un temps</i> » « <i>trop prolongé dans le temps</i> »
AUTRES		« <i>remise en question dans la pec globale</i> » ; « <i>apaiser le service</i> » ; « <i>Lutte contre la déprivation occupationnelle mais aussi encrage dans un temps d'activité même succinct</i> » ; « <i>doit être le plus court possible</i> »

Question	Réponses	
<b>Rupture occupationnelle</b>		
Lien entre rupture occupationnelle et isolement thérapeutique sur une durée supérieure à 5 jours	Oui	76,2% (16 réponses)
	Non	4,8% (1 réponse)
	Ne se prononce pas	19% (4 réponses)

	Explication des ergothérapeutes à la question posée précédemment	Reformulation et éléments de synthèse
Oui	« Déjà parce que souvent cela n'est pas voulu par la personne elle-même, et que cela engendre une dépendance encore plus grande que celle déjà induite par l'hospitalisation. Et en étant dépendant dans ces conditions cela devient à mon avis compliqué de coller à son "profil occupationnel" »	Manque de contrôle de la situation par l'individu Conséquences : « dépendance », perte du « profil occupationnelle »
	« Car le patient est seul, aucune distraction, ne peut n'est pas poursuivre ses activités thérapeutique où de loisirs, ne peut rien faire »	Absence d'occupation du patient Empêchement de l'engagement du patient à ses occupations avec « ne peut pas poursuivre ses activités ».
	« Empêchement de mener les activités significantes, de loisir mais aussi de soin personnel »	Empêchement de mener ses activités
	« Arrêt de prise en charge »	
	« Le patient n'a plus d'activités. Les rencontres et échanges (la discussion est souvent une activité significative) avec les équipes ou les autres patients sont réduits. »	Absence d'occupation du patient
	« il est privé de son autonomie, ne peut pas réaliser d'activités significantes »	Privation des activités et de l'autonomie
	« La rupture occupationnelle est de fait déjà induite par l'hospitalisation donc a fortiori en cas d'isolement. Dans la mesure où ce manque d'accès aux occupations significantes est induit par une contrainte institutionnelle et architecturale, il serait plus juste de parler de privation occupationnelle. La maladie induit une rupture mais la mesure d'enfermement produit une privation (ou	Questionnement d'un ergothérapeute sur l'utilisation du concept de « rupture occupationnelle » ou de « privation occupationnelle ».

	deprivation), cf article G. Riou sur la privation occupationnelle en psychiatrie (revue Vie Sociale et Traitements, 2017, et travaux de Jane Cronin Davis ou encore Ulrika Bejerholm) »	
	« Il est coupé de toutes ses habitudes de vie »	
	« a partir du moment ou elle est subi et sur plus de quelques heures. »	Manque de contrôle de la situation par l'individu
	« Pour moi colle à la def »	Semblable à la définition
	« Qu'elle soit supérieure ou inférieure à 5 jours, je l'observe parmi les patients qui sont en isolement ou au module fermé, rien que l'envie de fumer qui est une activité signifiante pour beaucoup, cette occupation n'est pas accordée de manière libre et spontanée. Donc on imagine bien que pour toutes les autres (sortir, avoir des visites, avoir accès aux différents paramédicaux, avoir accès aux activités, etc...) c'est dans le même cas. »	Manque de contrôle de la personne et d'engagement à ses occupations « occupation n'est pas accordée de manière libre et spontanée »
	« Lors de l'isolement, le patient n'est pas disponible pour les occupations, il doit prendre le temps de se recentrer avant de pouvoir s'investir vers l'exterieur avec l'accompagnement des soignants. »	Impossibilité du patient de réaliser des occupations à cause des symptômes
	« Même réponse qu'au dessus : Les inconvénients sont la privation d'activités et donc le risque que le délire soit la seule activité qui reste au patient, qui ne peut plus inscrire son espace psychique dans une objet médiateur. »	Privation d'activité Conséquence : « risque que le délire soit la seule activité qui reste au patient »
	« Parce que la personne est decontextualisée de ses occupations habituelles... »	
	« La durée supérieure à 5 jours est un délai suffisamment important de perte de contact avec une oppation signifiante/significative »	Conséquence : « perte de contact avec une occupation »
	« le mot rupture est fort, on est déjà dans de la violence »	Le terme de rupture occupationnelle est « fort [et] violent »
Non	« Le lien relationnel thérapeutique suffit pour reenvisager le processus d'activité »	
Ne se prononce pas	« ces patients sont tellement pris dans des occupations morbides (état délirant, dépressif ou	Impossibilité du patient de réaliser des occupations à cause des symptômes

	<p>mélancolique) que toute leur énergie est "occupée" par cela »</p>	
	<p>« sa dépend des personnes et de l'aménagement des horaires d'isolement. la chambre d'apaisement est parfois aménageable avec des séances en chambre, et des activités possibles uniquement à des horaires précis avec parfois des sorties accompagnées en dehors de la chambre. si l'isolement est strict oui il s'agit d'une rupture occupationnelle »</p>	<p>Ne parle pas d'isolement strict</p>
	<p>« Parfois, il y a pour certains patients une difficulté à rester isolé à ne rien faire. Mais pour beaucoup de patients, leur vécu délirant occupe leur temps et espace dans leur chambre d'isolement. Par ailleurs, dans notre service, le patient peut sortir en séquentiel pour le moment du goûter et tisane le soir. »</p>	<p>Impossibilité du patient de réaliser des occupations à cause des symptômes Le patient a la possibilité de sortir d'isolement pour le goûter et une tisane</p>
	<p>« Cette mesure est appliquée pour ne pas que le patient se disperse de façon trop importante en limitant les stimulations donc il y a rupture occupationnelle même si l'isolement dure moins de 5 jours, mais elle est thérapeutique. »</p>	<p>Correspondance entre la rupture occupationnelle et l'isolement, « mais elle est thérapeutique »</p>

Question	Réponses	Résultats
<b>Accompagnement en ergothérapie</b>		
Utilisation d'une approche centrée sur les sciences de l'occupation	Oui	57,1% (12 personnes)
	Non	33,3% (7 personnes)
	Ne se prononce pas	9,5% (2 personnes)
Les effets de la rupture occupationnelle sur l'accompagnement en ergothérapie sont :	Positif(s)	14,3% (3 personnes)
	Négatif(s)	0%
	Les deux	61,9% (13 personnes)
	Aucun effet	4,8% (1 personne)
	Ne se prononce pas	19% (4 personnes)

	Explication des ergothérapeutes à la question posée précédemment	Reformulation et éléments de synthèse
Positif(s)	« Cela met de la distance vis-à-vis de la crise »	+ : Amélioration de l'état de clinique du patient après la rupture occupationnelle
	« un espace et/ou un temps différent de celui de la CSI »	
	« écoute »	
Les deux	« Peut permettre une prise de conscience de la part du patient et permettre de repartir sur de bonnes bases en atelier ou au contraire rompre le lien »	+ : Prise de conscience du patient → une attitude différente du patient en séance - : Perte de l'alliance thérapeutique
	« Parfois, rupture du lien thérapeutique, repli Parfois, renforce la motivation à venir en activité »	+ : Augmentation de la motivation du patient à venir en ergothérapie - : Perte de l'alliance thérapeutique
	« Le patient n'est parfois pas disponible du tout psychiquement ainsi la rupture occupationnelle permet de le recentrer sur lui et ses émotions. La rupture occupationnelle peut générer une angoisse très importante et ainsi mettre à mal l'accompagnement. »	+ : Amélioration de l'état de clinique du patient après la rupture occupationnelle - : Générer de l'angoisse → PEC + difficile
	« Dépend des patients... et peut sur un même patient créer les 2 »	Dépend de facteurs variés

<p>« Positif : permet de diminuer la symptomatologie de la pathologie et de retrouver un état relativement stable pour ensuite traiter les autres symptômes et enfin permettre une sortie du patient avec un suivi (en hôpital de jour par exemple) Négatif : vécu traumatique dont ils parlent en entretien, perte de l'autonomie. »</p>	<p>+ : Amélioration de l'état de clinique du patient après la rupture occupationnelle - : Vécu traumatique / perte de l'autonomie</p>
<p>« Négatif : il peut interrompre les séances ou obliger à les conduire dans un espace inadapté. Positif : si les séances sont maintenues, elles deviennent individuelles, s'adaptent au plus près de l'état clinique de la personne et de ses attentes à ce moment donné, sont donc beaucoup plus personnalisées, et si l'isolement améliore l'état clinique, cela peut avoir pour effet de rendre la personne plus accessible à l'accompagnement en ergothérapie. Son investissement dans les médiations proposées est beaucoup plus fort et prend un autre sens. »</p>	<p>+ : Amélioration de l'état de clinique du patient après la rupture occupationnelle → rendre la personne plus accessible à l'accompagnement en ergothérapie + augmentation de l'investissement du patient dans les médiations proposées</p>
<p>« cela dépend la encore de la problématique »</p>	
<p>« Cela dépend des profils et vécu des patients : je me souviens avoir eu des récits de mise en chambre d'isolement réellement traumatisants pour le patient, qui a très mal vécu ses jours d'isolement et cela a eu un impact sur les relations soignant soignés de l'équipe de soin à sa sortie. Ils sont devenu mauvais objets et persécuteurs. A l'inverse, dernièrement dans le service, l'un des patient que je saluait (pas de prescription ergo lors de cette hospi), ce dernier avait fait la remarque que le service ouvert était trop stimulant pour lui et qu'il préférait le module fermé où l'espace y est plus confiné et psychologiquement plus stable pour lui. Certains encore réclame l'isolement parce qu'ils ont identifiés les intérêts et bienfaits de l'espace d'isolement. »</p>	<p>Dépend de facteurs variés : - : Si le vécu du patient traumatisant → impact sur l'alliance thérapeutique</p>
<p>« C'est une remise en question, c'est un prétexte à revoir avec le patients les objectifs et a abordé les déclencheurs de la crise pour mieux les appréhender une prochaine fois. »</p>	<p>Entraîne des questionnements sur l'accompagnement du patient, ses objectifs et les prodromes de la crise</p>

	<p>« Certains patients sont soulagés de pouvoir enfin faire une activité, quelque chose, d'agir sur la réalité (aspect positif) C'est le plus fréquent</p> <p>D'autres ont encore moins envie de s'engager dans une action car ils sont en mode persécutif et il n'y a donc pas d'alliance thérapeutique (aspect négatif) »</p>	<p>+ : Augmentation du plaisir du patient à « faire une activité [...] à agir sur la réalité »</p> <p>- : Diminution de la volition du patient à s'engager dans une action</p> <p>Perte de l'alliance thérapeutique</p>
	<p>« Positive, car elle est parfois la seule manière de pouvoir "rencontrer" le patient, et que l'intervention précoce dans un contexte de crise permet de créer plus vite un relation thérapeutique. Négative parfois, parce que le "vécu" en isolement va fortement perturber la relation... »</p>	<p>- : Perte de l'alliance thérapeutique</p>
	<p>« dépend du contexte de l'entrée en chambre d'isolement et de l'aménagement de l'isolement. dans certain cas l'ergotherapie continu en isolement et créé une grande alliance ou pour certain ergo=isolement ou ils n'ont pas pu me suivre quant je sort alors qu'ils étaient également suivi au paravent »</p>	<p>Dépend de facteurs variés</p> <p>Ne parle pas d'isolement strict</p>
	<p>« Il faut pouvoir aller au rythme du patient et non au rythme institutionnel »</p>	
Aucun effet	<p>« Je n'ai pas remarqué d'effets particuliers après un séjour en isolement thérapeutique. Le suivi reprend tel que nous l'avons laissé. »</p>	<p>Pas de changement après un séjour en isolement thérapeutique</p>
Ne se prononce pas	<p>« J'ai trop peu d'expérience pour avoir pris du recul sur ce genre de situation et avoir bien pris le temps d'en analyser les conséquences. Cela dit je pense qu'il y a forcément des effets, mais lesquels...cela se joue en grande partie sur le plan relationnel aussi. Et sur l'intérêt de venir en séance (séance ergo comme moyen de sortir?) »</p>	<p>Pas assez d'expérience pour répondre de manière objective.</p> <p>Effets sur le plan relationnel</p>
	<p>« Les patients sont souvent plus calmes mais ont besoin de se réhabituer à vaquer à leurs occupations. »</p>	<p>Amélioration de l'état clinique du patient</p> <p>« Ont besoin de se réhabituer à vaquer à leurs occupations</p>

« C'est selon les sujets, ce qui importe c'est de maintenir le lien, rester réceptif aux changements »	Dépend de facteurs variés
« Elles permettent de faire un pause pour réintroduire un espace de stimulation contrôlé qui sera moins anxiogène pour le patient. »	

Question	Réponses	
<b>À la suite de la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique, quelle est l'influence sur :</b>		
Le degré d'implication du patient dans son accompagnement en ergothérapie	Elle l'augmente	11 personnes
	Elle le/la diminue	2 personnes
	N'a pas d'influence	6 personnes
	Ne se prononce pas	5 personnes
La motivation de la personne à venir en séance d'ergothérapie	Elle l'augmente	10 personnes
	Elle le/la diminue	4 personnes
	N'a pas d'influence	5 personnes
	Ne se prononce pas	6 personnes
La productivité du patient en séance	Elle l'augmente	2 personnes
	Elle le/la diminue	5 personnes
	N'a pas d'influence	7 personnes
	Ne se prononce pas	8 personnes
La concentration du patient lors des séances	Elle l'augmente	4 personnes
	Elle le/la diminue	3 personnes
	N'a pas d'influence	7 personnes
	Ne se prononce pas	7 personnes
L'intérêt que le patient porte à l'activité	Elle l'augmente	10 personnes
	Elle le/la diminue	3 personnes
	N'a pas d'influence	5 personnes
	Ne se prononce pas	6 personnes
Le plaisir pris par le patient dans la réalisation de l'activité	Elle l'augmente	10 personnes
	Elle le/la diminue	1 personne
	N'a pas d'influence	5 personnes
	Ne se prononce pas	6 personnes



Commentaires des ergothérapeutes à la question posée précédemment	Reformulation et éléments de synthèse
« Idem que précédemment, malheureusement trop peu de recul et d'analyse de ma part »	Pas assez de recul sur le sujet
<p>« Tout dépend des raisons pour lesquelles le patient a été en isolement</p> <p>Parfois ça leur permet de se recentrer sur eux même et coup ça peut augmenter le plaisir l'intérêt la motivation, la volition ... du patient et inversement si par exemple le patient est dans la revendication ou rejete les différents soins »</p>	<p>-Facteurs qui font que ça augmente l'engagement : le patient est moins morcelé suite à la rupture occupationnelle vécue en isolement</p> <p>-Facteurs qui font que ça diminue : rejet des soins par le patient, revendication</p> <p>Dépend du patient et des raisons pour lesquelles le patient a été en isolement</p>
« Variable d'un patient à l'autre. Je ne peut faire de généralité »	Dépend du patient
« Tout dépend vraiment de chaque patient. Pas de généralités. Très bon sujet ! »	Dépend du patient
« Les patients que j'accompagne sont en hôpital de jour, ils sont sortis de l'isolement depuis longtemps, ne s'en souviennent pas toujours. C'est pourquoi cet isolement n'a pas d'influence directe notable sur l'accompagnement en ergothérapie (isolement trop loin dans le temps). Peut éventuellement avoir une influence sur l'alliance thérapeutique. »	Peut avoir une influence sur l'alliance thérapeutique
« Difficile de dissocier l'impact de l'isolement en lui-même et l'impact de la sédation plus importante qui lui est généralement associée. La difficulté à se concentrer peut venir du fait que le patient étant moins exposé aux stimulations devient plus fatigable quand il y en a mais cela peut être tout simplement à cause des traitements. De même pour la productivité, Est-ce l'apaisement lié à l'isolement qui diminue la productivité ou Est-ce la sédation ? »	« La difficulté à se concentrer peut venir du fait que le patient étant moins exposé aux stimulations devient plus fatigable quand il y en a mais cela peut être tout simplement à cause des traitements. [Il en est de] même pour la productivité ».
« La question est mal posée : on ne peut pas isoler un élément. Le patient est dans une nouvelle phase et le traitement a été revu. De fait, on ne peut pas imputer le	« On ne peut pas isoler un élément ». Le traitement peut avoir un effet également.

fait d'un changement de comportement uniquement au dispositif d'isolement. »	
« Complicé de se positionner .... Je pense que l'isolement va impacter la démarche de soin de manière générale (adhésion aux soins, méfiance de l'équipe de soin, persécution, déni de la maladie, mauvais objet, ...) De là à dire que cela va influencer la prise en soin ergo... oui et non... j'ai des exemple des deux côtés... certains qui s'approprie l'ergo comme une liberté retrouvée, une possibilité de retrouver un rôle social et personnel, être capable de s'auto évaluer, etc... Et d'autre chez qui le déni de la maladie est trop en avant pour saisir le role de l'ergo et l'intéret d'une prise en charge. »	« Je pense que l'isolement va impacter la démarche de soin de manière générale [...] De là à dire que cela va influencer la prise en soin ergo... oui et non... [...] certains qui s'approprie l'ergo comme une liberté retrouvée, une possibilité de retrouver un rôle social et personnel, être capable de s'auto évaluer, etc... Et d'autre chez qui le déni de la maladie est trop en avant pour saisir le role de l'ergo et l'intéret d'une prise en charge. »
« Toute ces paramètres sont très variables d'un patient à l'autre, d'une situation à l'autre. Certains auront un engagement décuplé pour diverses raisons, d'autres seront en rupture complète avec l'ergothérapie. De manière générale, l'isolement thérapeutique n'a que peu d'influence sur la pec en ergo car nous l'ergo est extérieur à la mesure d'isolement et représente souvent la soupape pour echapper à la pression du service de soin. »	Dépend du patient. « Certains auront un engagement décuplé pour diverses raisons, d'autres seront en rupture complète avec l'ergothérapie. »
« Je ne travaille pas lors du temps d'isolement strict et c'est quand la porte de la chambre est ouverte en journée qu'il y a reprise des activités »	
« depend du contexte de l'entrée en chambre d'isolement et de l'aménagement de l'isolement »	Dépend du patient
« Ce n'est pas la rupture occupationelle qui donne envie au patient de venir en ergothérapie et d'y participer »	
« il s'agit juste, par empathie, de maintenir un lien et de diminuer la souffrance dans une relation enveloppante et douce »	
La réponse à vos questions est plus propre à l'individu et à sa situation qu'à sa pathologie	Dépend de la situation

Question	Réponses	Résultats
<b>Données socio-démographiques</b>		
Sexe	Homme	23,8% (5 personnes)
	Femme	76,2% (16 personnes)
Age	Entre 20 et 30 ans	28,6% (6 personnes)
	Entre 31 et 40 ans	33,3% (7 personnes)
	Entre 41 et 50 ans	23,8% (5 personnes)
	51 ans et plus	14,3% (3 personnes)
Le secteur où il exerce actuellement	Psychiatrie	21 personnes (100%)
	Lieux de vie	1 personne (4,8%)
	Parcours d'ETP (en hypno relaxation et travail autour des émotions)	1 personne (4,8%)
Leur expérience en psychiatrie en tant qu'ergothérapeute	Moins de 2 ans	28,6% (6 personnes)
	Entre 2 et 5 ans	0% (0 personne)
	Entre 5 et 10 ans	19% (4 personnes)
	11 ans et plus	52,4% (11 personnes)
<b>Commentaires de fin de questionnaire</b>		
Le sujet de ton mémoire m'intéresse beaucoup, donc si tu veux bien me l'envoyer quand tu l'auras terminé ce serait top! Et bon courage!		
Je serai très intéressée de recevoir votre mémoire une fois terminé. Ou de vous apporter une relecture avant si vous le souhaitez.		
Sujet très intéressant		
Merci à toi pour ce questionnaire, simple rapide et efficace !		
Bon courage pour ton travail et je suis intéressée pour l'intégrer dans le site ergopsy.com quand il sera terminé.		

## Les occupations des patients atteints de schizophrénie en isolement thérapeutique

AUVRAY Laura

**Résumé :** Actuellement, le recours à l'isolement thérapeutique est utilisé fréquemment dans les services de psychiatrie à des fins de traitement et de protection des personnes en situation de handicap mental, en particulier pour des personnes souffrant de schizophrénie. Cependant, la législation française encadre et limite son utilisation tant elle peut porter atteinte à la dignité de la personne et à ses droits notamment à son droit de participation à ses occupations. En effet, l'isolement thérapeutique entraîne un état d'empêchement aux occupations des personnes pouvant correspondre à la rupture occupationnelle développée dans les sciences de l'occupation. Ainsi, l'objectif de cette étude est de mettre en valeur une approche occupationnelle de l'isolement thérapeutique pour les ergothérapeutes. A cet effet, un questionnaire portant sur l'influence de la rupture occupationnelle vécue en isolement thérapeutique sur l'accompagnement en ergothérapie a été envoyé aux ergothérapeutes ciblés. Cette étude met en évidence que, malgré la difficulté des professionnels à se positionner sur le sujet, la rupture occupationnelle semble impacter l'engagement occupationnel du patient en ergothérapie.

**Mots clés :** Isolement thérapeutique – Psychiatrie – Schizophrénie – Occupations – Ergothérapie

## Occupations of patients with schizophrenia in therapeutic isolation

**Abstract :** The use of therapeutic isolation is frequently put in place in psychiatric services for the treatment and protection of people with schizophrenia. However, legislation regulates its use as it can affect the dignity of the patient and his rights, like his right to participate in his occupations. Indeed, therapeutic isolation causes a state of impediment to people's occupations that may correspond to the occupational disruption developed in the occupational sciences. Thus, the objective of this study is to highlight an occupational approach to therapeutic isolation for occupational therapists. To this end, a survey on the influence of the occupational disruption experienced in therapeutic isolation on occupational therapy support was sent to the selected occupational therapists. This study shows that, despite the difficulty for professionals to take a position on the subject, occupational disruption seems to have an impact on the patient's occupational commitment in occupational therapy.

**Keywords :** Therapeutic isolation – Psychiatry – Schizophrenia – Occupations – Occupational therapy