

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/286-isolement-et-contention-en-psychiatrie-en-2022.pdf>

Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements

Esther Touitou-Burckard¹, Coralie Gandré¹, Magali Coldefy¹,
en collaboration avec Anis Ellini², Sébastien Sietta³ et le consortium Plaid-Care⁴

L'isolement et la contention en psychiatrie constituent des pratiques de dernier recours destinées à répondre à des situations de crise et ne devant être mises en œuvre qu'à titre exceptionnel, en accord avec les recommandations de bonnes pratiques. En France, la réduction de leur usage, inscrite à l'agenda politique international, figure parmi les objectifs de la Feuille de route ministérielle santé mentale et psychiatrie lancée en 2018 et s'appuie sur un nouveau cadre législatif à visée dissuasive. Dans ce contexte, cette étude fournit des données récentes sur le recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie à l'échelle nationale, et propose un panorama inédit de la population concernée ainsi que des variations du recours à ces mesures entre établissements de santé, en amont d'une deuxième étude qui visera à en caractériser les déterminants. En 2022, 76 000 personnes ont été hospitalisées sans leur consentement à temps plein en psychiatrie : 37 % sont concernées par un recours à l'isolement, soit 28 000 personnes, et 11 % par un recours à la contention mécanique, soit 8 000 personnes. L'emploi de ces mesures varie de façon marquée entre les établissements, certains d'entre eux n'en faisant aucun usage. L'ampleur des variations suggère qu'elles ne peuvent être justifiées par des différences de besoins des populations prises en charge et soulève des interrogations en lien avec les enjeux éthiques et juridiques associés à l'usage de l'isolement et de la contention. Des éclairages qualitatifs permettent de repérer l'existence de savoirs, de pratiques et de représentations portés par une organisation du travail, une politique de ressources humaines et l'affirmation de valeurs, favorisant un moindre usage des pratiques coercitives en psychiatrie. Des politiques publiques plus ambitieuses, soutenant les équipes soignantes dans la limitation de l'usage des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie, demeurent à penser pour atteindre tous les établissements.

L'isolement et la contention en psychiatrie constituent des pratiques de dernier recours destinées à répondre à des situations de crise. Elles ne doivent être mises en œuvre qu'à titre exceptionnel afin de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour la personne hospitalisée ou autrui, de façon proportionnée et graduée, après échec de mesures moins restrictives de liberté, avec une durée limitée et sur la base d'arguments cliniques (Article L.3222-5-1 du Code de la santé publique). L'isolement consiste à placer une personne à visée de protection dans un espace dédié, fermé et séparé des

autres patients, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, tandis que la contention « mécanique » vise à limiter les capacités de mouvement physique d'un individu dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'un tiers, notamment par des sangles. L'usage de ces mesures en psychiatrie en France n'est autorisé que dans le cadre d'hospitalisations complètes sans consentement – dont la délivrance relève d'une mission de service public dans un ensemble d'établissements désignés – avec un encadrement par des recommandations récentes de bonnes pratiques de la

Haute Autorité de santé (HAS). En outre, le recours à la contention mécanique ne peut avoir lieu qu'au cours d'une mesure d'isolement (HAS, 2017).

1 Irdes

2 Établissement public de santé de Ville-Evrard

3 École nationale des solidarités, de l'encadrement et de l'intervention sociale-Enseis

4 Les auteurs remercient les autres membres du consortium Plaid-Care ayant contribué à cette recherche : Loïc Rohr, Jean-Paul Lanquetin et Yvonne Quenum (CHU de Saint-Étienne), Delphine Moreau (École des hautes études en santé publique), Frédéric Mougeot et Daria Rostirolla (Enseis) et Livia Velpy (Université Paris 8).

E1

La réduction de l'usage des pratiques coercitives en psychiatrie figure à l'agenda politique international (OMS, ONU, 2023) du fait du soutien d'une approche de la santé mentale fondée sur les droits de l'homme, de l'absence de preuves de leur bénéfice thérapeutique, et de leurs possibles effets indésirables, notamment concernant la contention (problèmes circulatoires et cutanés, atrophie musculaire, stress post-traumatique, aggravation des symptômes du trouble psychique...), pouvant même aller jusqu'au décès (Aragonés-Calleja et Sánchez-Martínez, 2023 ; Kersting *et al.*, 2019 ; Sailas et Fenton, 2000). Cependant, la définition des pratiques concernées, leur encadrement et les politiques dédiées à soutenir leur réduction varient fortement entre les pays (encadré 1). En France, la limitation du recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique figure parmi les objectifs de la Feuille de route ministérielle santé mentale et psychiatrie (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018), et est soutenue par un cadre législatif à visée dissuasive, évolutif depuis 2016 (encadré 2). Cet encadrement singularise l'usage de ces mesures en psychiatrie car le législateur ne statue habituellement pas sur le recours à une pratique médicale. Ce particularisme souligne les enjeux éthiques et juridiques associés à l'isolement et à la contention, qui cristallisent les débats opposant libertés individuelles et protection de la santé et des personnes.

Pour accompagner ces évolutions récentes, un recueil obligatoire des mesures d'isolement et de contention mécanique a été mis en place depuis 2018 auprès des établissements de santé délivrant des soins sans consentement. Des premières exploitations de ce recueil montrent que, malgré des objectifs politiques de réduction ambitieux, l'usage de ces pratiques demeure répandu en France. En 2021, parmi les patients hospitalisés sans leur consentement, un sur

Isolement et contention en psychiatrie en Europe : des pratiques hétérogènes

L'usage de mesures coercitives en psychiatrie, pouvant porter atteinte aux droits et libertés des personnes concernées, est observé dans l'ensemble des pays européens. Néanmoins, l'encadrement de ces mesures connaît des variations importantes bien que le recours à un juge pour contrôler leur mise en œuvre soit commun à plusieurs pays tels que la France (encadré 2), l'Allemagne, l'Espagne et les Pays-Bas. Ce dernier pays présente la particularité de réguler l'usage de la contention chimique, c'est-à-dire l'administration forcée de traitements psychotropes. D'autres variations entre pays incluent l'interdiction du recours à toute forme d'isolement et de contention (uniquement en Islande), ou à la contention mécanique, comme en Angleterre. D'autres pays encore autorisent l'usage de mesures de contention en psychiatrie en dehors du seul cadre des hospitalisations sans consentement, comme en Norvège. En outre, des définitions différentes existent pour une même pratique. Dans la plupart des contextes nationaux, l'isolement s'accompagne de la surveillance constante d'un soignant, alors qu'en France la personne est placée seule dans une pièce. Par ailleurs, les durées de mise

en œuvre de ces mesures et de réévaluation obligatoire de la pertinence de leur prolongation sont diverses selon les pays. Des variations sont également observées dans les systèmes d'information documentant le recours à ces mesures : les Etats d'Europe du Nord, tels la Finlande et la Norvège, ont rendu obligatoire la remontée de ces données dans un registre national depuis plusieurs années, comme, plus récemment, la France et le Portugal, mais pas d'autres pays, comme l'Italie. Enfin, si la réduction de l'usage des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie est un objectif partagé, les incitations et politiques dédiées demeurent fluctuantes. En particulier, seules la Norvège et l'Angleterre utilisent les données relatives à l'usage de ces mesures comme de véritables indicateurs de qualité des soins psychiatriques. En outre, si de nombreuses initiatives et plans nationaux (notamment en Scandinavie), visant à réduire le recours à ces mesures, ont été développés en Europe, leurs effets s'avèrent peu pérennes tandis que certains pays, telle la Slovaquie, n'ont mis en place aucune politique dédiée à ce jour (Savage *et al.*, 2024 ; Fostren, 2023 ; Lepping *et al.*, 2016 ; Steinert *et al.*, 2010).

trois a été l'objet d'une mesure d'isolement et un sur dix a subi des mesures de contention (Coldefy *et al.*, 2022). Néanmoins, la volonté politique de réduction du recours à ces pratiques, les modifications législatives récentes l'accompagnant et la montée en charge du recueil dédié pourraient conduire à une évolution de ces chiffres, qui nécessitent un suivi régulier. En outre, les rapports du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) [CGLPL, 2023], ainsi que la recherche Plaid-Care (Saetta *et al.*, 2023) [Encadré Repères] – ayant identifié des établissements avec un moindre recours aux mesures coercitives en psychiatrie – soutiennent l'hypothèse de fortes différences dans le recours à ces pratiques entre offreurs de soins, qui demeurent à objectiver à l'échelle nationale.

Dans ce contexte, les objectifs de cette étude sont de fournir des données récentes sur le recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie à l'échelle nationale et de fournir un panorama inédit des variations de ce recours entre établissements de santé. Cet état des lieux est un préalable à une étude des déterminants de ces variations, qui sera réalisée dans un deuxième volet.

Un usage de l'isolement et de la contention mécanique loin d'être marginal

En 2022, 285 947 personnes majeures ont été hospitalisées à temps plein en psychiatrie en France. 27 % d'entre elles

E2

Un encadrement récent et évolutif des mesures d'isolement et de contention en France

La législation encadrant les soins sans consentement en psychiatrie a été renforcée au début des années 2010 avec l'instauration de l'intervention du Juge des libertés et de la détention (JLD) pour contrôler leur mise en œuvre. Néanmoins, ce n'est que depuis 2016, avec la loi de modernisation du système de santé, que les mesures d'isolement et de contention mécanique font l'objet d'un encadrement législatif spécifique et à visée dissuasive. Ces mesures doivent être des pratiques de dernier recours relevant d'une décision (et non plus d'une prescription) médicale. La loi énonce par ailleurs des objectifs d'encadrement et de réduction de leur usage repris dans la Feuille de route ministérielle

santé mentale et psychiatrie (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2018), et rend obligatoire le recueil de données relatives à cet usage au sein des établissements de santé. Elle a été complétée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 qui a introduit la possibilité pour un patient faisant l'objet de mesures d'isolement ou de contention mécanique en psychiatrie de saisir un JLD, qui doit également être systématiquement informé en cas de prolongation dans le temps de ces mesures. Ce texte a, à son tour, été modifié par la loi du 22 janvier 2022, portant sur les outils de gestion de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19. Cette loi a rendu obligatoire le contrôle des mesures d'isolement et

de contention mécanique en psychiatrie par un JLD, au bout de 72 heures maximum pour l'isolement, et de 48 heures maximum pour la contention, et le rend compétent pour ordonner la mainlevée immédiate de la mesure si les conditions légales ne sont plus réunies. Ces évolutions ont été précipitées par des questions prioritaires de constitutionnalité qui ont contraint les législateurs à statuer rapidement sans réelle concertation. En conséquence, cela a pu conduire à une mise en œuvre complexe de ce nouveau cadre législatif par les équipes soignantes, notamment en termes de réévaluations et renouvellements écrits réguliers de l'usage des mesures d'isolement et de contention.

(n=75 817) l'ont été au moins une fois sans leur consentement. Le recours à l'isolement concerne 27 762 personnes, soit 37 % de celles hospitalisées au moins une fois en soins sans consentement et 10 % de celles hospitalisées au moins une fois à temps plein en psychiatrie. Au cours de ces mesures d'isolement, une mesure de contention mécanique a été mise en place pour 7 779 personnes, représentant 11 % des personnes hospitalisées au moins une fois en soins sans consentement et 3 % de celles hospitalisées au moins une fois à temps plein en psychiatrie (graphique 1). Ces taux sont proches de ceux observés en 2021 (Coldefy *et al.*, 2022), bien qu'un suivi à plus long cours soit nécessaire pour conclure sur d'éventuelles évolutions. Par ailleurs, des mesures d'isolement et de contention sont constatées en soins libres (0,9 % des hospitalisations à temps plein pour l'isolement et 0,2 % pour la contention), pouvant correspondre à des mesures d'urgence transitoires (12 heures maximum), permises par la loi, avant résolution de la situation critique, ou des usages hors indications légales de ces mesures.

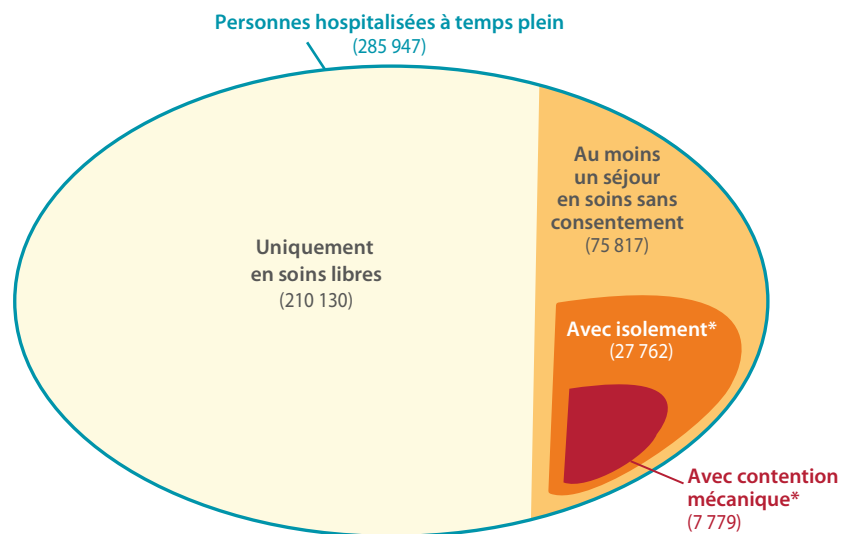
En France, en 2022, le recours aux mesures d'isolement en psychiatrie a ainsi concerné près de 52 personnes sur 100 000 habitants majeurs et le recours aux mesures de contention mécanique près de 15 per-

REPÈRES

Ce travail constitue le premier volet du projet Ricochet (Recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie, analyse des variations entre établissements et facteurs associés à l'échelle nationale). Il s'inscrit dans la lignée des travaux de l'Irdes portant sur les variations de pratiques en psychiatrie dans le contexte français, et plus spécifiquement sur celles dont l'usage est discuté. Il a fait l'objet d'un premier travail de stage à l'Irdes en 2023 et sera poursuivi par un stage de Master 2, soutenu par une bourse du Congrès français de psychiatrie, portant sur les déterminants des variations du recours aux mesures d'isolement et de contention entre établissements de santé, ici objectivées. Ce travail est réalisé en collaboration avec le projet de recherche Plaid-Care (Psychiatrie et libertés individuelles : étude d'établissements caractérisés par un moindre recours à la coercition) [Saetta *et al.*, 2023], qui s'appuie sur une approche pluridisciplinaire (sociologie, sciences infirmières, géographie) et qualitative (entretiens, observations, méthode documentaire), fortement complémentaire de l'approche quantitative adoptée par l'Irdes. Cette complémentarité des disciplines et des approches est par ailleurs l'objet d'un contrat d'amorçage à venir, le projet Transpsyco (Approche transdisciplinaire en psychiatrie et en santé mentale : déterminants, impacts et leviers d'action en faveur de la moindre coercition).

G1

Recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie en 2022



Champ : Personnes adultes hospitalisées à temps plein en psychiatrie, dont patients avec des hospitalisations en soins sans consentement (hors celles réalisées dans des établissements non désignés pour réaliser de tels soins), France entière, en 2022. Les mesures d'isolement et de contention rapportées dans le recueil dédié mais réalisées hors soins sans consentement sont exclues du calcul du recours à ces mesures.

* Personnes avec au moins une mesure d'isolement/contention lors d'une hospitalisation sans consentement

Source : Rim-P

sonnes sur 100 000 habitants majeurs. La comparaison de ces taux à ceux observés dans d'autres contextes nationaux, qui pourraient éclairer le positionnement de la France vis-à-vis de l'usage des mesures de dernier recours en psychiatrie à l'échelle internationale, s'avère fragile à mettre en œuvre. En effet, le recensement de ces pratiques est hétérogène du fait d'importantes différences dans leur champ et leur définition (encadré 2). Par ailleurs, de nombreux pays ne disposent pas d'un recueil dédié, exhaustif et régulièrement actualisé. Néanmoins, les estimations les plus récentes disponibles dans neuf pays suggèrent que la France se situe au-dessus de la médiane de ces pays pour le recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique par habitant, et de façon particulièrement marquée pour la contention (Savage *et al.*, 2024).

Des mesures qui concernent principalement des hommes jeunes dans le cadre de prises en charge complexes

Le recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie en 2022 en France concerne dans plus de deux tiers des cas des hommes. La population hospitalisée à temps plein en

soins sans consentement n'ayant pas eu de mesure d'isolement (ni de contention mécanique) est également majoritairement masculine mais moins nettement (tableau 1, p. 4). Le recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique affecte par ailleurs des personnes relativement jeunes (âge médian de 35 et 37 ans respectivement, inférieur à celui des autres personnes avec des soins sans consentement, tableau 1), ce qui questionne l'impact possible sur leurs parcours de soins et de vie ultérieurs. Plus d'un quart d'entre elles présentent une vulnérabilité socio-économique, telle que mesurable par le fait d'être un bénéficiaire de la Complémentaire santé solidaire (C2S) visant à favoriser l'accessibilité financière des soins pour les individus aux plus faibles revenus. Cette proportion est plus élevée chez les patients mis à l'isolement comparativement au reste de la population hospitalisée sans son consentement (tableau 1). En outre, les personnes avec des mesures d'isolement ou de contention ont un nombre de journées de prise en charge en hospitalisation à temps plein annuel médian bien supérieur à celui des autres personnes hospitalisées sans leur consentement (tableau 1), indiquant une intensité de soins plus importante pour ces personnes.

T1

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des patients hospitalisés en soins sans consentement et des séjours correspondants en 2022, en fonction de la mise en œuvre ou non de mesures d'isolement ou de contention

	Patients avec au moins un séjour d'hospitalisation à temps plein en soins sans consentement en 2022 (n = 75 817)															
	Avec au moins une mesure d'isolement n = 27 762		Sans n = 48 055		Avec au moins une mesure de contention mécanique parmi les personnes avec au moins une mesure d'isolement n = 7 979		Sans n = 19 783									
	Médiane (± EI) ¹ ou n (%)		Médiane (± EI) ¹ ou n (%)		Médiane (± EI) ¹ ou n (%)		Médiane (± EI) ¹ ou n (%)									
Âge (années)	37 ± 22 ***		45 ± 26 ***		35 ± 21 ***		38 ± 22 ***									
Sexe masculin	18 843 67,9 % ***		25 523 53,1 % ***		5 645 70,8 % ***		13 198 66,7 % ***									
Bénéficiaire de la Couverture santé solidaire (C2S).....	7 949 28,6 % ***		11 078 23,1 % ***		2 228 27,9 %		5 721 28,9 %									
Nombre de journées de prise en charge en hospitalisation à temps plein annuel.....	47 ± 87 ***		29 ± 51 ***		53 ± 101 ***		45 ± 80 ***									
	Séjours d'hospitalisation à temps plein en soins sans consentement en 2022 (n = 108 225)															
	Avec au moins une mesure d'isolement n = 34 220				Sans n = 74 005				Avec au moins une mesure de contention mécanique parmi les séjours avec au moins une mesure d'isolement n = 9 116				Sans n = 25 104			
	n		%		n		%		n		%		n		%	
Admission par les urgences	14 302		41,8 % ***		29 226		39,5 % ***		4 043		44,4 % ***		10 259		40,9 % ***	
Groupe diagnostique principal ayant conduit à l'hospitalisation (code de la Classification internationale des maladies, Cim-10)																
Troubles mentaux organiques (F0).....	498		1,5 % ***		1 264		1,7 % ***		164		1,8 % ***		334		1,3 % ***	
Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (F1)...	1 940		5,7 % ***		4 839		6,5 % ***		494		5,4 % ***		1 451		5,8 % ***	
Trouble psychotique (F2).....	16 065		47,0 % ***		33 822		45,7 % ***		4 216		46,2 % ***		11 864		47,2 % ***	
Episode maniaque et trouble bipolaire (F30-31)	3 977		11,6 % ***		7 656		10,4 % ***		977		10,7 % ***		3 000		11,9 % ***	
Trouble dépressif (F32-33)	1 695		5,0 % ***		6 682		9,0 % ***		364		4,0 % ***		1 337		5,3 % ***	
Autres troubles de l'humeur (F34 à F39).....	165		0,5 % ***		452		0,6 % ***		38		0,4 % ***		128		0,5 % ***	
Troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress, et somatoformes (F4).....	1 940		5,7 % ***		5 102		6,9 % ***		500		5,5 % ***		1 446		5,8 % ***	
Syndromes comportementaux (F5).....	91		0,3 % ***		289		0,4 % ***		30		0,3 % ***		61		0,2 % ***	
Troubles de la personnalité et du comportement (F6).....	2 688		7,9 % ***		4 764		6,4 % ***		818		9,0 % ***		1 872		7,4 % ***	
Retard mental (F7).....	900		2,6 % ***		1 096		1,5 % ***		314		3,4 % ***		586		2,3 % ***	
Trouble du développement psychologique (F8)	587		1,7 % ***		537		0,7 % ***		211		2,3 % ***		377		1,5 % ***	
Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F9).....	255		0,8 % ***		271		0,4 % ***		98		1,1 % ***		158		0,6 % ***	
Autres (diagnostics somatiques ou bilans, examens, non renseigné...).....	3 419		10,0 % ***		7 231		9,8 % ***		895		9,8 % ***		2 532		10,1 % ***	
Type de mode légal du séjour																
Soins à la demande d'un tiers.....	16 714		48,8 % ***		41 431		56,0 % ***		4 541		49,8 % ***		12 173		48,5 % ***	
Soins sur décision d'un représentant de l'État.....	5 690		16,6 % ***		10 339		14,0 % ***		1 564		17,2 % ***		4 126		16,4 % ***	
Soins pour péril imminent	9 248		27,0 % ***		20 060		27,1 % ***		2 438		26,7 % ***		6 810		27,1 % ***	
Soins aux personnes jugées pénalement irresponsables.....	378		1,1 % ***		1 136		1,5 % ***		84		0,9 % ***		294		1,2 % ***	
Soins aux détenus	2 190		6,4 % ***		1 039		1,4 % ***		489		5,4 % ***		1 701		6,8 % ***	
Antécédents dans les deux années précédant le début du séjour d'hospitalisation à temps plein en 2022																
Antécédents de prise en charge pour addiction (diagnostic d'addiction rapporté lors d'une prise en charge hospitalière en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ou en psychiatrie ou d'un contact ambulatoire en psychiatrie publique).....	11 591		33,9 % **		25 713		34,7 % **		3 018		33,1 %		8 573		34,2 %	
Antécédents de tentative de suicide (avec hospitalisation en MCO).....	3 558		10,4 % ***		9 321		12,6 % ***		1 021		11,2 % **		2 537		10,1 % **	
Antécédents d'hospitalisation à temps plein en soins sans consentement dans le même établissement (« patient connu »)	17 548		51,3 %		38 079		51,5 %		4 665		51,2 %		12 883		51,3 %	
Antécédents de séjour en Unité pour malades difficiles (UMD)	555		1,6 % ***		943		1,3 % ***		178		2,0 % **		377		1,5 % **	
Antécédents de mesures d'isolement et contention mécanique en psychiatrie.....	11 443		33,4 % ***		15 710		21,2 % ***		3 245		35,6 % ***		8 198		32,7 % ***	

Champ : Hospitalisations à temps plein en soins sans consentement en psychiatrie (hors celles réalisées dans des établissements non désignés pour réaliser de tels soins) pour des patients adultes, France entière, en 2022. Les mesures d'isolement et de contention rapportées dans le recueil dédié mais réalisées hors soins sans consentement sont aussi exclues du calcul du recours à ces mesures. **Source :** Rim-P

¹ EI : Écart intercartile

*** P-valeur inférieure à 0,0001 ; ** P-valeur inférieure à 0,01 ; * P-valeur inférieure à 0,05 (tests de Fisher, Wilcoxon ou Chi-2 selon la nature des variables), comparant d'une part les personnes hospitalisées sans leur consentement selon qu'elles ont eu ou non des mesures d'isolement et d'autre part les personnes mises à l'isolement selon qu'elles ont eu ou non des mesures de contention mécanique).

 [Télécharger les données](#)

Les séjours comportant un recours à l'isolement ou à la contention ont plus fréquemment débuté par un passage aux urgences que les autres séjours en soins sans consentement (tableau 1), suggérant que ce recours intervient dans le cadre de situations de crise, ou pour des personnes en rupture de soins sans possibilité d'adressage vers l'hospitalisation. En outre, les séjours avec un recours à l'isolement ou à la contention sont liés dans près de la moitié des cas à la prise en charge d'un trouble psychotique, suivie par la prise en charge d'un trouble bipolaire ou d'un épisode maniaque, puis d'un trouble de la personnalité ou du comportement. Si les différences demeurent limitées, ce dernier groupe de troubles est celui pour lequel la surreprésentation en comparaison aux séjours sans consentement, mais sans mesure d'isolement ou de contention, est la plus marquée (tableau 1), sur-

tout pour le diagnostic de personnalité dyssoziale (code F602 de la Classification internationale des maladies-Cim-10). D'après les recommandations de bonnes pratiques, les mesures d'isolement et de contention ne peuvent être mobilisées que pour prévenir « une violence imminente du patient » ou répondre à « une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui » (HAS, 2017). Des phases d'auto ou d'hétéro-agressivité et d'agitation psychomotrice surviennent plus fréquemment lors d'épisodes maniaques ou psychotiques ainsi que pour les troubles de la personnalité (Tezenas du Montcel *et al.*, 2018), ce qui pourrait expliquer que leur prise en charge représente la majorité des séjours avec des mesures d'isolement et de contention en lien avec les recommandations en vigueur. Cela invite néanmoins à

interroger les alternatives qui auraient pu être déployées ou qui n'ont pas fonctionné. De plus, les séjours pour déficiences intellectuelles et trouble du développement psychologique (dont les troubles du spectre de l'autisme) [tableau, codes F7 et F8] – pour lesquels l'hospitalisation psychiatrique n'est pas le mode de prise en charge recommandé – sont surreprésentés dans les séjours associés à des mesures d'isolement et de contention mécanique en comparaison à leur fréquence au sein des hospitalisations à temps plein sans consentement pour lesquelles aucune de ces mesures n'est mise en œuvre (tableau). Cela suggère que les mesures d'isolement et de contention pourraient être mobilisées dans certains cas pour compenser des difficultés à répondre aux besoins spécifiques de populations vulnérables dont la prise en charge nécessite des adaptations.

SOURCE

Cette étude mobilise le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P), recueil de données médico-administratives permettant de décrire l'activité de soins des établissements autorisés en psychiatrie, mono ou pluridisciplinaires, publics ou privés, à l'échelle nationale. Les données disponibles incluent des caractéristiques des personnes prises en charge, dont des informations cliniques (et notamment le type de trouble ayant conduit aux soins), mais aussi démographiques (âge et sexe), socio-économiques (inclusion dans le dispositif de la Complémentaire santé solidaire, C2S) et géographiques (commune de résidence). Par ailleurs, elles contiennent des informations sur les soins reçus (telles que la forme et la nature d'activité, la durée de séjour, le mode légal de soins...). Depuis 2018, le Rim-P inclut également un recueil obligatoire des mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie (hors service des urgences) qui vise, d'une part, à faire remonter les données de traçabilité du recours à ces mesures au sein de chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné pour assurer des soins psychiatriques sans consentement et, d'autre part, à suivre la mise en place des recommandations de bonnes pratiques (HAS, 2017). Ce recueil est ici mobilisé pour l'année calendaire complète la plus récente disponible, soit 2022. Des précautions sont néanmoins encore nécessaires pour traiter les données qu'il contient, notamment pour identifier les établissements pour lesquels elles ne sont pas exhaustives (encadré Méthode). Par ailleurs, il convient également de distinguer les mesures d'isolement et de contention réalisées hors séjours de soins sans consentement, et donc hors du cadre légal en vigueur. En outre, si les données relatives à la durée de mise en œuvre de l'isolement ou de la contention, spécifiquement ciblée par le nouveau cadre législatif régulant leur usage, sont particulièrement intéressantes à étudier, elles nécessitent des précautions encore trop majeures avant de pouvoir être comparées entre établissements, et n'ont donc pas été exploitées pour le moment. Enfin, les analyses longitudinales portant sur les évolutions annuelles depuis 2018 sont déconseillées à ce stade, du fait notamment de la montée en charge progressive du recueil au sein des établissements.

MÉTHODE

Le recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique à l'échelle nationale a été estimé à partir du Rim-P pour les patients majeurs. Le nombre de séjours avec des mesures réalisées hors du cadre légal des soins sans consentement a été estimé mais ces mesures ont ensuite été exclues de l'analyse, du fait de l'hétérogénéité potentielle de leur recueil entre établissements. Les séjours sans consentement réalisés au sein d'établissements non désignés pour fournir de tels soins ont également été exclus. Après ces étapes, le nombre de patients concernés par des mesures d'isolement et de contention mécanique a été estimé à l'échelle nationale, et rapporté au nombre de patients hospitalisés à temps plein, hospitalisés à temps plein sans consentement en lien avec le cadre légal en vigueur, et à la population française majeure pour permettre des premières comparaisons internationales. Les caractéristiques de ces patients, ou de leurs séjours pour les variables pouvant varier au cours des différentes hospitalisations d'un même patient, ont été comparées à celles des patients ou séjours à temps plein en psychiatrie avec des soins sans consentement mais sans mesure d'isolement ou de contention. Les variations du recours à ces mesures entre établissements ont été estimées pour ceux ayant une activité de soins sans consentement en psychiatrie, en se limitant à l'activité de psychiatrie générale pour considérer un champ homogène, hors séjours dans une Unité pour malades difficiles (UMD) ou une Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA). Au préalable, d'importantes étapes de redressement des données ont été nécessaires pour garantir que les établissements soient tous considérés au même niveau d'analyse, le numéro Finess identifiant l'établissement n'étant pas toujours fourni de façon homogène dans le Rim-P (Finess de l'entité juridique, de l'entité géographique ou de la structure). En outre, ont été exclus les établissements avec des problèmes de qualité du recueil des mesures d'isolement et de contention (aucune mesure d'isolement renseignée dans le recueil dédié alors que des jours

d'isolement étaient indiqués dans la base du Rim-P portant sur les hospitalisations en psychiatrie, aucune mesure d'isolement/contention renseignée dans le recueil dédié alors que de telles mesures étaient rapportées par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) ou dans le rapport de certification de l'établissement), soit 9 établissements représentant 2 % des séjours d'hospitalisation à temps plein en soins sans consentement. Enfin, ont été exclus de l'analyse des variations entre établissements ceux situés hors de France hexagonale (n=6), du fait de l'absence de certaines données sur les territoires desservis par ces établissements qui ne permettront pas la réalisation du deuxième volet de l'étude portant sur les déterminants des variations du recours à l'isolement et à la contention. Les établissements ne délivrant des soins sans consentement que ponctuellement (moins de 30 hospitalisations à temps plein de ce type en 2022) [n=13] ont également été exclus de cette analyse afin de ne pas biaiser l'estimation moyenne du recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique du fait de faibles effectifs statistiques. Pour l'étude des variations de l'usage de ces mesures, une approche positive comparant les pratiques aux pratiques moyennes selon une base de référence fondée sur « ce qui est » a été préférée à une approche normative, comparant les pratiques à une norme de bonne pratique clinique (« ce qui devrait être »), en l'absence de « juste » niveau de recours établi et consensuel pour les mesures d'isolement et de contention en psychiatrie. Des premiers éclairages sur les facteurs associés à ces variations ont été apportés par un volet qualitatif réalisé dans le cadre de la recherche Plaid-Care portant sur des établissements caractérisés par un faible recours à la coercition (encadré Repères), et seront complétés par la suite de l'étude quantitative à l'échelle nationale. Cette dernière permettra d'identifier d'autres leviers éventuels d'un moindre usage de l'isolement et de la contention (facteurs liés aux caractéristiques des patients, des établissements et de leur environnement).

E3

La surreprésentation des hospitalisations sans consentement pour soins aux détenus au sein des séjours au cours desquels des mesures d'isolement ont été mises en œuvre, en comparaison aux autres hospitalisations sans consentement (tableau 1), interroge également. Elle pourrait traduire une fréquence plus élevée d'épisodes violents au sein de cette population, mais suggère aussi que ces mesures peuvent être mises en œuvre pour répondre à des exigences de sécurité non justifiées par des motifs purement cliniques. En outre, des mesures antérieures d'isolement/contention ou des antécédents de séjours en UMD sont plus fréquemment observés pour les séjours au cours desquels des mesures d'isolement et de contention mécanique sont mobilisées. Cela peut être un marqueur de sévérité du trouble des personnes concernées mais aussi traduire une méfiance de la part des équipes soignantes vis-à-vis de ces personnes, les conduisant à recourir plus fréquemment à ces mesures. Les résultats quantitatifs à l'échelle nationale ne permettent pas de répondre à ces interrogations et gagneront à être éclairés par des études qualitatives. Des premiers éléments issus de la recherche Plaid-Care (encadré Repères) attestent de pratiques historiques systématiques de mise à l'isolement des détenus suivis en psychiatrie dans le cadre de soins sans consentement dans l'un des établissements enquêtés. Celles-ci n'ont été questionnées et modifiées qu'à la suite d'une visite du CGLPL ayant souligné leur inadéquation. Néanmoins, la question du refus éventuel de l'accueil de détenus par les établissements du fait des difficultés organisationnelles engendrées reste posée, notamment pour ceux pratiquant une politique de portes ouvertes.

Des établissements avec un moindre recours à la coercition en psychiatrie riches d'enseignement

La recherche Plaid-Care (encadré Repères) a reposé pour partie sur l'étude intensive d'un échantillon de quatre établissements ou secteurs psychiatriques témoignant d'une antériorité en matière de moindre recours à la coercition : recours inexistant ou faible à la contention, isolement mobilisé de façon exceptionnelle ou ayant fait l'objet d'une diminution ces dernières années, ouverture des portes des unités d'hospitalisation, application momentanée, circonstanciée et au cas par cas des mesures de restriction des droits et des libertés (comme la confiscation des effets personnels ou l'imposition du port du pyjama). La première phase d'analyse des données (66 entretiens, 62 jours d'observation, documentation abondante), structurée autour de quatre dimensions (histoire, organisation, pratiques, vécus) et de quatre niveaux d'analyse (unité, secteur ou pôle, établissement, territoire), montre que ce moindre recours se trouve d'abord lié à des pratiques, des représentations et une organisation des soins spécifiques. Elles incluent la priorité à la disponibilité pour le patient, l'investissement des soignants et de l'ensemble des professionnels, la centralité et la diversité des activités, la présence au quotidien de l'équipe d'encadrement, une attention particulière portée à l'accueil du patient, la qualité des liens avec les soignants et les structures de l'ambulatoire et des représentations amélioratives des patients. Elles sont elles-mêmes soutenues par

une organisation du travail et une politique de ressources humaines au niveau du secteur (politique d'accueil et d'intégration, tendance à l'horizontalité des relations entre les catégories de professionnels, valorisation de l'autonomie et du rôle propre des soignants, soutien et écoute de l'équipe d'encadrement) et de l'établissement (politique d'attractivité et de fidélisation des agents, structuration et poids de la communauté médicale, porosité entre les instances médicales et administratives, culture du dialogue, implication soutenue des usagers, travail de coopération avec les acteurs du territoire...). S'observe alors un cercle vertueux de la moindre coercition dans lequel l'organisation du soin et du travail à l'échelle des unités de soins garantit à la fois la satisfaction des professionnels, leur engagement et la stabilité des équipes. L'organisation à l'échelle de l'établissement, quant à elle, favorise la pérennité de la politique d'ouverture et de moindre coercition. Cette politique, portée par des acteurs individuels et collectifs, est également soutenue, dans une partie des établissements, par l'inscription des valeurs dans les projets de service ou d'établissement ainsi que par des principes organisateurs (culture de l'accueil, de la collégialité et d'une « contre-culture du risque » ; principe de responsabilisation concernant tant les relations entre soignants et patients que celles entre les catégories de professionnels...).

Des variations marquées entre établissements dans le recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique

Les 220 établissements qui assurent des soins sans consentement en psychiatrie analysés sont majoritairement des établissements publics pluridisciplinaires (hors centres hospitaliers universitaires) ou spécialisés en psychiatrie (tableau 2).

Le taux moyen de recours aux mesures d'isolement dans ces établissements atteint près de 30 % des séjours d'hospitalisation à temps plein sans consentement et le taux moyen de recours aux mesures de contention mécanique près de 8 % de ces séjours. Néanmoins, ces valeurs moyennes masquent de fortes différences comme l'illustre la valeur élevée des coefficients de variation, en particulier pour le recours à la contention, et la position des différents établissements par rapport aux

T2

Type d'établissements assurant des soins sans consentement en psychiatrie (n=220)

Type d'établissements	Nombre d'établissements		Nombre moyen de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie	
	n	%	n	Écart-type
Établissement public pluridisciplinaire	93	42,3 %	72	41,4
Établissement public spécialisé en psychiatrie	79	35,9 %	243	117,3
Établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic)	24	10,9 %	170	86,4
Centre hospitalier universitaire	20	9,1 %	104	67,5
Établissement privé à but lucratif	4	1,8 %	144	40,9

Champ : Établissements désignés pour réaliser des soins sans consentement en psychiatrie générale (hors hospitalisations réalisées dans des Unités pour malades difficiles-UMD ou Unités hospitalières spécialement aménagées-UHSA), France hexagonale, après suppression des établissements pour lesquels le recueil des mesures d'isolement et de contention mécanique était de mauvaise qualité (n=9) ou qui participaient de façon ponctuelle aux soins sans consentement (n=13) [encadré Méthode].

Source : Rim-P

[Télécharger les données](#)

G2

valeurs nationales relatives à l'usage de ces mesures. Cette position montre que les variations observées ne sont pas uniquement liées à quelques établissements avec des valeurs extrêmes (graphique 2).

En outre, les taux minimum et maximum de recours à ces pratiques présentent un fort écart, avec des établissements déclarant ne jamais y recourir (11 établissements pour l'isolement et 32 pour la contention), et d'autres y recourant de façon marquée (14 établissements avec des mesures d'isolement pour plus de 50 % de leurs séjours en soins sans consentement et 18 établissements avec des mesures de contention pour plus de 20 % de ces séjours) [graphique 2].

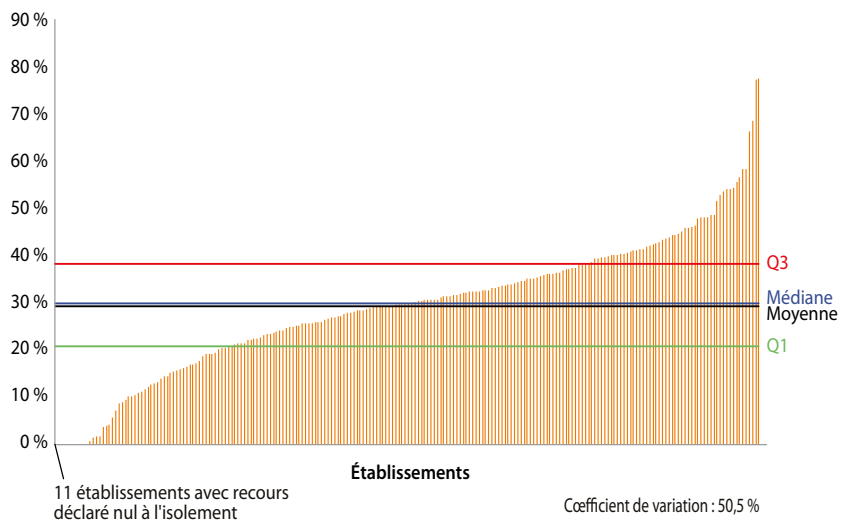
De façon descriptive, les établissements ne recourant pas à l'isolement et à la contention mécanique sont le plus souvent pluridisciplinaires et de taille réduite (en termes de nombre de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie). Plus l'établissement est de taille importante, plus il peut être compliqué de porter et mettre en place une politique volontariste de réduction des pratiques d'isolement et de contention partagée par l'ensemble des services et des acteurs de l'établissement, qui semble être un levier important pour atteindre ces objectifs de réduction d'après des éclairages qualitatifs (encadré 3). Ces premières observations seront complétées dans le cadre du second volet du projet Ricochet¹ par une analyse multiniveaux à l'échelle nationale des déterminants des variations du recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique entre établissements, ici objectivées. Elle inclura des facteurs liés aux caractéristiques des patients, des établissements et de leur environnement, qui permettront d'identifier d'autres leviers éventuels d'un plus faible recours à ces mesures. Néanmoins, des variations intra-établissements sont probables, et ne pourront être éclairées par les données mobilisées à l'échelle nationale. Des premiers éléments qualitatifs issus du projet Plaid-Care font ainsi état de leur existence dans certains des établissements enquêtés, où des secteurs ou pôles, traversés par une histoire et une culture spécifiques, connaissent des difficultés à faire perdurer des pratiques de moindre recours à la coercition.

Nos résultats présentent des données récentes sur le recours à l'isolement et à

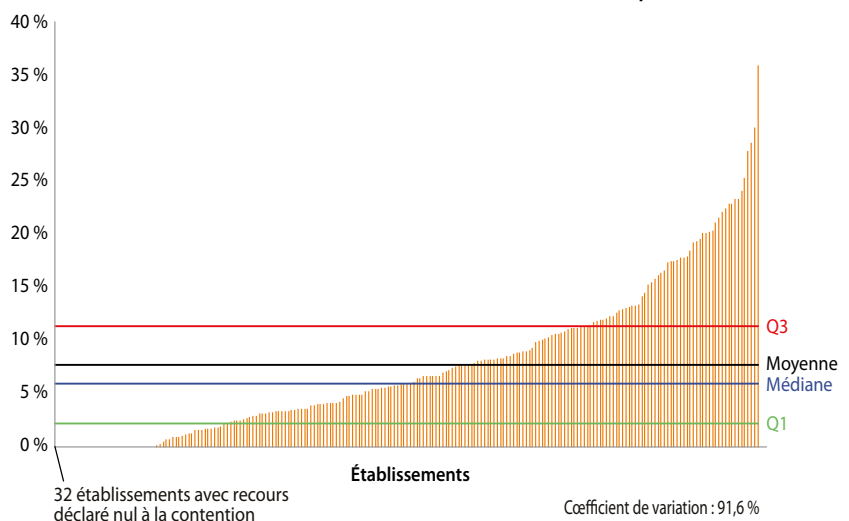
¹ <https://www.irdes.fr/recherche/projets/richoche-recours-a-l-isolement-et-a-la-contention-en-psychiatrie.pdf>

Recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie en 2022

Pourcentage d'hospitalisations à temps plein en soins sans consentement avec au moins une mesure d'isolement



Pourcentage d'hospitalisations à temps plein en soins sans consentement avec au moins une mesure de contention mécanique



Champ : Hospitalisations à temps plein en soins sans consentement en 2022 (hors celles réalisées dans des établissements non désignés pour réaliser de tels soins) en psychiatrie générale (hors hospitalisations réalisées dans des Unités pour malades difficiles-UMD ou Unités hospitalières spécialement aménagées-UHSA) pour des patients adultes, France hexagonale, après suppression des données des établissements pour lesquels le recueil des mesures d'isolement et de contention mécanique était de mauvaise qualité ou qui participaient de façon ponctuelle aux soins sans consentement (encadré Méthode).

Source : Rim-P

Lecture : Chaque barre verticale représente le taux d'hospitalisations à temps plein en soins sans consentement avec au moins une mesure d'isolement ou de contention mécanique dans un des établissements retenus dans l'analyse. Seuls les établissements avec des taux de recours nuls ne sont pas représentés. Les barres horizontales permettent de positionner chaque établissement par rapport aux valeurs nationales du taux de recours aux mesures d'isolement ou de contention mécanique calculé par établissement.

[Télécharger les données](#)

la contention mécanique lors d'une hospitalisation à temps plein sans consentement en psychiatrie en France en 2022. En outre, ils soulignent de façon inédite des variations majeures dans l'usage de ces mesures entre établissements, semblant dépasser les différences de besoins de soins des populations prises en charge. Ils questionnent la notion de « dernier recours » pour ces pratiques, plus fréquent dans certains établissements, interrogeant quant à un déclenchement des mesures d'exception variable selon la structure de prise en charge. Le fait que certains établissements ou services aient un recours réduit, voire nul, à ces mesures montre qu'une autre réponse à la prévention de la violence est possible, qui permet d'éviter les privations de liberté.

Les premiers résultats de la recherche Plaid-Care, réalisée dans quatre établissements témoignant d'une antériorité en matière de moindre recours à la coercition, suggèrent que cela est facilité par des pratiques et une organisation des soins adaptées, qui doivent cependant être soutenues par une organisation du travail, une politique globale d'ouverture ainsi que l'affirmation de valeurs et d'une culture spécifiques. Une attention particulière est par ailleurs à porter à la situation des détenus, les contraintes de sécurité liées pouvant conduire les établissements à les placer systématiquement en isolement. Le second volet du projet Ricochet, à venir, apportera des éléments complémentaires sur les déterminants des variations du recours à l'isolement et à la contention.

Au vu des enjeux éthiques associés aux mesures d'isolement et de contention en psychiatrie pour les personnes concernées, des politiques plus ambitieuses et structurelles demeurent à penser pour qu'une réduction du recours à ces mesures puisse concerner tous les établissements. Par exemple, l'inscription systématique de ces objectifs de réduction et de leur suivi annuel dans les nombreux outils d'animation des politiques locales, territoriales, régionales et nationales de santé mentale, et la prise en compte de ces questions dans les outils d'évaluation de la qualité des soins, permettraient d'accompagner et de soutenir l'effort de changement des établissements et l'évolution des pratiques tout en favorisant le partage de mesures de prévention efficaces entre établissements. Néanmoins, il est nécessaire, au préalable, de donner les moyens aux équipes soignantes d'atteindre les objectifs de réduction du recours à ces mesures dans un contexte démographique défavorable pour les professionnels exerçant en psychiatrie

hospitalière. A cette fin, il est possible de s'appuyer sur la systématisation des formations à la gestion des situations de crise et de violence, sur des exercices réflexifs sur les pratiques et des outils permettant de recueillir les préférences des patients en amont de la survenue de ces situations, en se fondant sur des programmes notamment mobilisés à l'étranger tels que les modèles « *Safewards* », « *Six core strategies* » ou « *Qualityright* » (Duffy et Kelly, 2023 ; Gooding *et al.*, 2018). Il est également possible de soutenir l'évaluation et la diffusion d'innovations organisationnelles pour faciliter la prise en charge des situations critiques en intra-hospitalier, par exemple des plateaux d'appui à la gestion de la violence ou des centres renforcés d'urgences psychiatriques, mais aussi pour les prévenir en amont par des dispo-

sitifs extrahospitaliers tels que les équipes mobiles de crise, les maisons de répit ou le soutien intensif à domicile.

Enfin, le recours observé aux mesures d'isolement et de contention en dehors du cadre légal des soins sans consentement en psychiatrie invite à soutenir un suivi de ces mesures dans d'autres champs, tels que dans les services d'urgences générales, dans le secteur médico-social et en gériatrie, où leur usage pose également question (Jacus *et al.*, 2023), mais ne fait pas l'objet d'un recueil dédié. D'autres pratiques, comme la présence de services fermés ou le recours à la contention physique et à la médication forcée, gagneraient également à pouvoir être documentées à l'échelle nationale en France à travers les systèmes d'information existants. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Aragonés-Calleja M., Sánchez-Martínez V. (2023). "Evidence Synthesis on Coercion in Mental Health: An Umbrella Review". *International Journal of Mental Health Nursing*.
- CGLPL (2023). *Rapport d'activité 2022*. Contrôleur général des lieux de privation de liberté.
- Coldefy M., Gandré C., Rallo S. (2022). « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*.
- Duffy R. M., Kelly B. D. (2023). "Can the World Health Organisation's 'QualityRights' Initiative Help Reduce Coercive Practices in Psychiatry in Ireland?". *Irish Journal of Psychological Medicine*.
- Fostren (2023). *Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services*. <https://fostren.eu/>
- Gooding P., McSherry B., Roper C., Grey F. (2018). *Alternatives to Coercion in Mental Health Settings : A Literature Review*.
- HAS (2017). *Isolément et contention en psychiatrie générale. Recommandations pour la pratique clinique*.
- Jacus J.-P., Brunet-Jarrige M.-C., Cuervo-Lombard C.-V. (2023). « Contention en gériatrie : le retard de la France ». *L'Encéphale*.
- Kersting X., Hirsch S., Steinert T. (2019). "Physical Harm and Death in the Context of Coercive Measures in Psychiatric Patients: A Systematic Review". *Frontiers in Psychiatry*.
- Lepping P., Masood B., Flammer E., Noorthoorn E. O. (2016). "Comparison of Restraint Data from Four Countries". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Ministère des Solidarités et de la Santé (2018). *Feuille de route santé mentale et psychiatrie*.
- OMS, ONU (2023). *Mental Health, Human Rights and Legislation: Guidance and Practice*.
- Saetta S., Coldefy M., Degry J., Lanquetin J.-P., McCardell A., Moreau D., *et al.* (2023). « PLAID-Care : une recherche sur le moindre recours à la coercition en France ». *L'Encéphale*.
- Sailas E., Fenton M. (2000). "Seclusion and Restraint for People with Serious Mental Illnesses". *The Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Savage M., Lepping P., Newton-Homes G., Arnold R., Staggs V., Kisely S. *et al.* (2024). "Comparison of Coercive Practices in Worldwide Mental Healthcare: Overcoming Difficulties Resulting from Variations in Monitoring Strategies". *BJPsych Open*.
- Steinert T., Lepping P., Bernhardsgrütter R., Conca A., Hatling T., Janssen W., *et al.* (2010). "Incidence of Seclusion and Restraint in Psychiatric Hospitals : A Literature Review and Survey of International Trends". *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Tezenas du Montcel C., Kowal C., Leherle A., Kabbaj S., Frajerman A., Le Guen E., *et al.* (2018). « Isolement et contention mécanique dans les soins psychiatriques : modalités de prescription, prise en charge et surveillance ». *La Presse médicale*.

IRDES INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
21-23 rue des Ardennes 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Denis Raynaud • **Éditrice** : Anne Evans • **Éditrice adjointe** : Anna Marek •
Relectrices : Julia Legrand, Anne Penneau • **Infographiste** : Franck-Séverin Clérembault •
Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • **Imprimeur** : Addax (Montreuil, 93) •
Dépôt légal : mars 2024 • **Diffusion** : Rouguiyatou Ndoye • **ISSN** : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).