



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Observation des caractéristiques de sous-groupes de patients
sujets à une mesure d'isolement/contention au sein de l'EPSM de
l'agglomération lilloise**

Présentée et soutenue publiquement le 20 Octobre 2021 à 17h
au Pôle Recherche
par **Mohammed BENRAMDANE**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Maxime BUBROVSZKY

Assesseurs :

Madame le Docteur Cécile PHAN

AVERTISSEMENT

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Table des matières

Introduction :	5
Liste des abréviations	8
I Qu'est-ce que la contention et l'isolement	9
1) Définition:	9
D'après l'HAS :	9
D'après le Larousse.	9
2) Conceptions autour de la contention	10
3) Risques de la contention et de l'isolement	11
II Histoire de l'isolement et de la contention et évolution législative récente	11
1) Histoire	12
a) Dans l'antiquité	12
b) Moyen âge et Renaissance	13
c) Epoque moderne	15
d) Années 50	18
2) Rapports d'instances internationales et évolutions législatives	18
a) Au niveau international	18
b) Au niveau Européen	21
c) En France	25
III Comparaisons internationales :	32
Au Royaume-Uni:	33
En Islande :	34
IV Etude	35
Rationnel de l'étude :	35
Objectifs de l'étude	39
Population de l'étude :	39
Population source	39
Patients éligibles, critères d'inclusion et d'exclusion	40
Méthodologie	41
Résultats	43
Concernant l'année 2019:	44
Concernant l'année 2020:	48
Discussion	50

Forces et limites de l'étude	53
Au niveau architectural.....	54
Au niveau pharmacologique.....	55
Evaluation prospective du risque	55
Stratégies de désescalade	56
Conclusion.....	57
Références bibliographiques	60
Annexes.....	65

Introduction :

La contention et l'isolement sont deux pratiques auxquelles chaque personne est confrontée au cours de son internat de psychiatrie, sujet à débat, objet de modifications législatives récentes et abordé de manière très différente selon le point de vue.

Vues comme des mesures thérapeutiques, administratives ou punitives selon le point de vue, ces mesures de restrictions de libertés sont au même titre que l'hospitalisation sous contrainte sujettes à de nombreuses critiques depuis les débuts de l'aliénisme.

La mesure est depuis de nombreuses années sous le feu de critiques émanant de la presse et d'associations d'usagers de soins, on peut notamment citer la synthèse des rapports de l'UNAFAM parue dans le Libération du 30 Mars 2021(1), images de chambre d'isolement assortie de sangles à l'appui, mais aussi d'autorités administratives comme le CGLPL ou le CPT dans de multiples rapports.

L'article 84 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021, encadrant de manière plus poussée les mesures de restriction avec un rôle accru du juge des libertés, a entraîné un vif débat autour du sujet, une pétition de psychiatres a notamment été transmise au ministre de la santé, demandant un moratoire sur l'application de cet article assorti de réels moyens humains et financiers permettant de diminuer le recours aux mesures de restriction.

L'histoire de la psychiatrie ainsi que la législation vont dans le sens d'une diminution progressive de ce type de mesure, plusieurs pistes sont évoquées par la littérature, amélioration de la formation des soignants, augmentation du personnel, autres techniques d'apaisement et de gestion de la violence, diminution du nombre de chambres d'isolement, création d'unités de soins intensifs, interventions ciblées sur les patients à risque de passage à l'acte.

Dans ce cadre un travail sectoriel concernant la réduction des mesures de restrictions s'impose, pour cela il convient d'étudier au sein des structures les modalités de survenue des épisodes d'IC.

Il existe de multiples manières d'étudier les épisodes d'isolement/contention à l'hôpital, les études peuvent porter sur :

- Les caractéristiques des patients isolés/contenus ;
- L'application de méthodes alternatives de gestion de la violence en institution ;
- Les caractéristiques de l'établissement concerné en termes d'architecture ou d'équipes soignantes ;
- Les moments de survenue de ces épisodes (arrivée à l'hôpital, gardes, weekend, transmissions inter-équipes) ;

Le guide méthodologique de 2016 de la HAS « *Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie* » préconise de savoir évaluer quels sont les patients à risques ainsi que de savoir quelles sont les situations à risques afin de pouvoir agir en amont du passage à l'acte.

Notre parti pris est d'étudier les caractéristiques des patients contenus avec pour ambition de développer des stratégies d'intervention spécifiques. Partant du postulat que les mesures de restriction concernent une minorité de patients, il existe peu d'études (8 entre 1946 et 2012)(2) se concentrant spécifiquement sur les patients fréquemment contenus, et aucune en France portant spécifiquement sur le sujet. Ces quelques études s'accordent pour montrer que la majorité des épisodes d'isolement/contention concernent un nombre encore plus restreint de patients.

L'objet de notre étude au sein de l'EPSM AL sera d'observer de manière rétrospective les caractéristiques des patients fréquemment isolés contenus.

Savoir repérer dès l'entrée ce groupe à risque pourrait permettre de développer des axes de travail, d'intervention précoce et ainsi étudier si des alternatives aux isolements/contentions répétés peuvent être développés sur la structure concernée.

Nous allons dans un premier temps faire un rappel de l'histoire de la contention, en France et à l'international, faire un comparatif législatif entre notre pays et certains de nos voisins, avant de présenter plusieurs études ayant cherché à caractériser les patients sujets à des mesures d'isolement/contention puis de présenter un travail effectué au sein de l'Etablissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise en 2021 et portant sur les années 2019 et 2020.

Liste des abréviations

AdESM : Association des établissements du service public de santé mentale

CAPi : Centre d'Accueil Psychiatrique Intersectoriel

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CPAA : Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission

EPSM : Etablissement public de santé mentale

EPSM AL : Etablissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise

IC : Isolement/contention

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

SDRE : Soins à la demande du représentant de l'état

SDT : Soins à la demande d'un tiers

SDTU : Soins à la demande d'un tiers en urgence

SPI : Soins pour péril imminent

SL : Soins libres

I Qu'est-ce que la contention et l'isolement

1) Définition:

Le mot contention provient du latin continere, « maintenir uni, renfermer, réprimer ».

D'après l'HAS :

Isolement

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.(3)

En ce qui concerne la contention l'HAS fait le distinguo entre la contention manuelle et mécanique:

Contention physique (manuelle): *maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique.(3)*

Contention mécanique: *utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.(3)*

D'après le Larousse.

Isolement:

Séparation d'un individu - ou d'un groupe d'individus - des autres membres de la société.(4)

Contention:

Procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité.(5)

Dans ces différentes définitions on retiendra la notion de protection et de sécurité, notion n'étant pas partagée par tous que l'on soit soignant ou usager de soins.

2) Conceptions autour de la contention

Les conceptions autour de la contention et de l'isolement varient selon que l'on se place du point de vue du soignant ou du patient.

Concernant le patient il convient de citer le travail de Raphael Carré(6), faisant état du point de vue concernant ces actes au sein des établissements de soin, son étude concerne 29 patients, si un certain nombre de patients considèrent les soignants comme bienveillants et pour une minorité déclarent que la contention leur aura été utile, les thématiques de punition, ou d'impuissance reviennent dans les entretiens menés avec les patients. La colère l'anxiété, la culpabilité et l'impuissance ressortent dans le travail de Palazzolo(7)

Concernant les soignants, dans l'étude de Guivarch(8), le ressenti des soignants peut être celui de tristesse, voire de culpabilité, le ressenti négatif n'est pas porté uniquement par les patients mais aussi par une partie des soignants qui ressentent un échec. La contention est néanmoins décrite comme difficile mais nécessaire.

Jérôme Thomas(9) a effectué des entretiens auprès d'équipes de soignants à Lyon dans deux établissements, la contention est perçue comme une mesure permettant la sécurité des patients et des soignants, comme un soin.

Des discours positifs de soignants ressort la satisfaction d'avoir mis à l'abri un patient ou d'avoir protégé l'équipe soignante ainsi que les autres patients d'une personne en état d'agitation.

3) Risques de la contention et de l'isolement

Outre la rupture de l'alliance avec le patient, la perception négative des soins psychiatriques par une partie d'entre eux, les mesures de restriction présentent aussi des risques somatiques potentiellement graves, tel que les blessures physiques, les escarres aux points de compression, les strangulations, un risque supérieur de thrombose veineuse, d'embolie pulmonaire et de pneumopathie d'inhalation.

Aussi des troubles de stress post-traumatique ont été rapportés(10)

II Histoire de l'isolement et de la contention et évolution législative récente

Nous allons ici présenter comment l'histoire et la législation vont dans une direction de diminution de recours aux mesures d'IC, ce qui nous motive à lancer une étude permettant de mettre en place des stratégies allant dans cette direction.

1) Histoire

a) Dans l'antiquité

Les pratiques de contention et d'isolement remontent à l'antiquité, dans l'ouvrage *De Arte Medica*, traité médical publié autour de 47 avant JC, Aulus Cornelius Celsus, aussi connu sous le nom francisé Celse, encyclopédiste prône les chaînes comme thérapeutique *“Celse ne craint pas d'évoquer, [...] le recours à la réprimande, à la faim, aux chaînes, au fouet et aux coups lorsque c'est nécessaire [...] ce peut être aussi un moyen de traitement”*(11) voir comme pédagogique *« Si la raison fait défaut au fou, le meilleur moyen est d'utiliser certaines corrections. Quand il dit quelque chose de travers, il doit être corrigé par le jeûne, les chaînes, les coups. Il doit être contraint à être attentif, à apprendre quelque chose, à s'en souvenir. On obtiendra en effet ce résultat que, peu à peu, il sera contraint de réfléchir à ce qu'il fait. Des terreurs soudaines, des craintes sont aussi utiles dans cette maladie, et d'ordinaire, tout ce qui ébranle violemment l'esprit. »*(12)

Ces méthodes violentes et punitives sont pensées comme un soin et comme une rééducation du patient.

Pour Caelius Aurelianus la contrainte physique est envisagée comme moyen de protection : *« Si les malades sont agités en voyant des gens, il faudra faire usage de liens, mais sans leur faire de mal, en protégeant leurs membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux après. »*(12) pour le malade, ainsi que pour son entourage, il ne s'agit pas de punir le patient, l'auteur s'opposant aux moyens de “soins” violents mais de diminuer ses stimulations et protéger son entourage, par ailleurs il préconise l'isolement comme un soin.

b) Moyen âge et Renaissance

La maladie mentale comme beaucoup d'autres maladies au moyen âge est vue sous le prisme de la religion, la vision du malade diffère selon les auteurs de l'époque. La médecine se trouve au carrefour de dogmes religieux et de restes de médecine humorale.

Pour Saint Thomas d'Aquin : *"Le diable peut arrêter complètement l'usage de la raison en troublant l'imagination et l'appétit sensible, comme cela se voit chez les possédés"*.

(13)

Il n'existe pas de ressources décrivant de manière précise et systématique au niveau national les modalités d'application de l'IC à l'époque, cependant on retrouve la trace de son utilisation dans de multiples ouvrages historiques.

D'après Quétel et Postel dans la « *Nouvelle histoire de la psychiatrie* » il y a une logique pour les médecins de l'époque derrière la contention : *"L'immobilisation se trouve néanmoins avalisée par l'idée que le lien des extrémités empêche les matières nocives de monter au cerveau"*(14) On retrouve aussi dans un texte de Valesco de Tarenta (*Philonium medicinae*) médecin portugais du XVème siècle le cas d'un patient décédé des suites de ses contentions(14)

Foucault décrit quelques lieux d'enfermement dès le moyen âge comme la Tour Chastimoine à Caen, dans ces lieux la contention est légion.(15)

Bien que le rôle des hôpitaux à l'époque n'était pas de prendre en charge les fous, certains errants pouvaient être hospitalisés, les statuts de l'hôpital du Saint Esprit à Montpellier spécifient la nécessité de les accueillir et de les isoler des autres malades,

Quetel décrit à l'hôtel Dieu de Paris des sangles sur une partie des lits, ainsi que des lits coffrés(11)

On retrouve des notions d'isolement et de contention à l'époque dans *La folie au moyen âge* de Muriel Laharie ainsi que dans *Comprendre et soigner la maladie mentale au Moyen Age* de la même auteure: "*Il est, tout d'abord, conseillé d'attacher le fou furieux et de le mettre dans un lieu sombre et tranquille pour qu'il s'apaise*" (16) décrivant les modalités de prise en charge dans les rares lieux d'hospitalisation.

Bien qu'il existe ces quelques exemples d'institution les personnes sont majoritairement pris en charge par leur famille, pouvant pour certains être enfermés dans des cabanes, emmurés. (17)

Les familles en avaient la charge, devaient les surveiller, étaient aidés par le voisinage, dans *Juger les fous au moyen âge* de Maud Ternon on apprend qu'en cas de procès la responsabilité de la famille pouvait être engagée, les malades étaient donc souvent enfermés dans une pièce, et la contention physique était courante au domicile : « *Le geste de lier le fou, très répandu, n'est propre ni aux pratiques médicales, ni aux mesures judiciaires. C'est un geste communément admis et pratiqué à la période médiévale.* »(18) Elle cite aussi plusieurs registres concernant les demandes d'autorisation de particuliers à la justice de pouvoir lier leurs proches(18), le recours à l'emprisonnement est rare(18).

Quetel décrit au moyen âge "*Les plus agités d'entre eux restent garrottés dans leurs berceaux ou attachés à un mur garni d'anneaux de fer sur le « banc des fous »*"(11)

En 1656 la création de l'hôpital général aussi appelé « grand enfermement », marque l'enfermement des mendiants, vagabonds auxquels sont mêlés les malades

psychiatriques, l'hôpital général de Paris n'est pas la seule structure de ce type, dans le Nord par exemple il y avait l'Hospice général de Lille et l'hôpital général de Douai.(15)

c) Epoque moderne

En France

Pinel est connu pour avoir après la révolution française œuvré pour l'arrêt de l'utilisation des chaînes sur les malades. Aux côtés de Jean-Baptiste Pussin, il met en œuvre le traitement moral à Bicêtre. Dans son traité médico-psychologique il explique constater une amélioration clinique des patients n'étant plus enchaînés :

« J'ai examiné avec un soin scrupuleux les effets que produisit sur les aliénés l'usage des chaînes de fer et ensuite les résultats comparatifs de leur abolition, et je ne puis plus former des doutes en faveur d'une répression plus sage et plus modérée. Les mêmes aliénés qui, réduits aux chaînes pendant une longue suite d'années, étaient restés dans un état constant de fureur, se promenaient ensuite tranquillement avec un simple gilet de force et s'entretenaient avec tout le monde, tandis qu'auparavant on ne pouvait en approcher sans le plus grand danger : plus de cris tumultueux, plus de vociférations menaçantes leur état d'effervescence cessa par degrés ; ils sollicitent eux-mêmes l'application du gilet de force et tout rentra dans l'ordre. » (19)

Son élève Esquirol, poursuit ce travail, dans son mémoire « *Des Établissements des aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés* »(20) il critique les maisons d'aliénés, les « cellules » dans lesquels sont enfermés ces derniers, l'usage systématique des chaînes, la présence des malades aux cotés de criminels. Dans ce texte il énonce ses critères d'un asile, définissant la politique asilaire à venir.

Pour Esquirol l'isolement est un soin, l'isolement du malade de sa famille et de son environnement dans un premier temps, mais aussi seul en chambre comme cela est décrit dans un cas clinique de sa thèse « *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale* »(21)

Pour Foucault, le retrait des chaînes ne signe pas la fin de la contention mais une modification de cette dernière, aussi toujours d'après ce dernier, bien que la volonté affichée soit de mettre fin à la mise au ban du fou par la société, un transfert de responsabilité décisionnelle s'opère, le pouvoir ne repose plus sur le judiciaire, le médecin étant désormais à la charge du patient.

En Angleterre

Suivant les Enseignements de Pinel, en Angleterre Samuel Tuke met en place au "York Retreat" établissement fondé en 1795 par son grand-père, le traitement moral, le recours à la contention y est limité.

Robert Gardiner Hill, chef du Lincoln Asylum, met en place une politique de refus de la contention, d'après lui, comme il l'affirme lors d'un discours prononcé au Lincoln Mechanics Institute en 1838 « *I wish to complete that which Pinel began. I assert then in plain and distinct terms, that in a properly constructed building, with a sufficient number of suitable attendants, restraint is never necessary, never justifiable, and always injurious, in all cases of lunacy whatever* »¹ (22) (23) cette politique a perduré pendant un certain nombre d'années avant que face à des difficultés vis à vis des équipes il démissionna en 1840.

¹ J'aimerais réussir ce que Pinel a commencé. J'affirme dans des termes clairs et distincts, que dans un établissement construit convenablement, avec un nombre suffisant de personnel, la contention n'est jamais nécessaire, jamais justifiable, et toujours délétère, et ce quel soit le type de folie.

John Connolly fait la connaissance de Samuel Tuke à Edimbourg au début du 19^{ème} siècle, et visita le Lincoln Asylum entre 1838 et 1840, il fut nommé médecin chef à Anwell en 1839 et réussit à faire accepter la politique de « No Restraint » ainsi que le traitement moral.

Ces méthodes de prise en charge sont détaillées dans « *The Treatment of the Insane Without Mechanical Restraints* » de John Conolly

En plus de la volonté de nombreux psychiatres de l'époque de réduire ces usages (bien que cette orientation ne fasse pas l'unanimité, des psychiatres s'y opposant comme Samuel Hill James Huxley par exemple) (24), la question de l'interdiction de la contention est déjà au cœur des discussions de la Lunacy Commission de 1845(24), organisation visant à améliorer les soins en santé mentale, visitant les structures publiques ou privées.

Aucune loi ne proscrit explicitement l'usage de la contention mécanique, et la plupart des établissements ne l'interdisent pas totalement mais il y a une réelle revendication d'utiliser cette dernière uniquement dans des cas exceptionnels, cet engagement des structures vers une réduction de l'utilisation de la contention physique est confirmé par la Lunacy Commission de 1870 (6% des établissements n'utilisent ni isolement ni contention mécanique, 61% ont recours à l'isolement mais pas à la contention mécanique et seulement 31% utilisent la contention mécanique). (24) Les techniques utilisées ne sont pas exemptes de toute critique, l'hydrothérapie, les émétiques sont utilisés à l'époque, il n'est pas rare par ailleurs que la contention manuelle puisse occasionner des blessures.

d) Années 50

Après la seconde guerre mondiale, plusieurs événements sont à l'origine d'une diminution du recours aux mesures restrictives, la découverte des neuroleptiques associé au développement de la psychiatrie de secteur permet aux patients de quitter les lieux d'hospitalisation traditionnels.

2) Rapports d'instances internationales et évolutions législatives

On retrouve progressivement au cours de la deuxième partie du 20ème siècle différents principes tels que l'utilisation des mesures d'isolement et de contention en dernier recours et uniquement dans l'objectif de protéger le patient ou les personnes environnantes, l'utilisation de ces mesures pendant le temps le plus court possible, la consignation dans un registre et l'information du patient et/ou de ses tiers de confiance. On observe un continuum entre l'adoption de recommandations par des instances internationales, les différentes visites du CPT, ainsi que les recommandations européennes, les visites du contrôleur des libertés et l'évolution législative française.

a) Au niveau international

En 1977, lors du sixième congrès mondial de psychiatrie à Honolulu sous la présidence du médecin français Pierre Pichot la Déclaration d'Hawaï est adoptée, code d'éthique de la psychiatrie, parmi les principes élémentaires tels que le secret médical ou la non nuisance aux patients la notion de consentement aux soins et aux différentes mesures est d'emblée posée dans les articles 5 et 6:

“5. Aucune démarche ne doit être engagée et aucun traitement ne doit être donné contre ou sans la volonté du malade, à moins que, en raison de sa maladie mentale, il ne puisse porter un jugement sur ce qui est son intérêt ou à moins que l'absence du traitement puisse avoir des conséquences graves pour le malade ou pour des tiers.

6. Dès que disparaissent les circonstances qui ont rendu nécessaire de traiter le malade contre sa volonté, le psychiatre doit cesser le traitement appliqué contre la volonté du malade et, si la poursuite d'un traitement est nécessaire, doit obtenir le consentement volontaire du malade. Le psychiatre doit informer le malade et/ou ses parents et les tiers concernés de l'existence de mécanismes d'appel concernant son internement ou toute autre plainte relative à son bien-être. “(25,26)

Bien que les mécanismes d'isolement et de contention ne sont pas explicitement précisés la notion de consentement du patient à l'exception des situations où ce dernier ou autrui pouvant être en danger est posée, ainsi que la nécessité de mettre fin à d'éventuelles mesures thérapeutiques lorsque le consentement est à nouveau valable.

En 1991 dans le cadre d'une volonté d'orientation de la législation de ses différents états membres afin de garantir l'égalité des soins des personnes concernées et d'améliorer les soins de santé mentale, l'assemblée générale de l'ONU signe « *Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale* », au sein du principe 11 on trouve explicitement une mention concernant la contention et l'isolement :

“La contrainte physique ou l'isolement du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale,

et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui. Le recours à ces mesures ne doit durer que le temps strictement nécessaire à cet effet. Pour toutes les mesures de contrainte physique ou d'isolement, les raisons qui les motivent, leur nature et leur étendue, doivent être inscrites dans le dossier du patient. Tout patient soumis à la contrainte physique ou à l'isolement d'office doit bénéficier de conditions humaines et être soigné et régulièrement et étroitement surveillé par un personnel qualifié. Dans le cas d'un patient ayant un représentant personnel, celui-ci est avisé sans retard, le cas échéant, de toute mesure de contrainte physique ou d'isolement d'office. “ (27)

Le 18 décembre 2002 l'ONU adopte le « *Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants* », “*Le présent Protocole a pour objectif l'établissement d'un système de visites régulières, effectuées par des organismes internationaux et nationaux indépendants, sur les lieux où se trouvent des personnes privées de liberté, afin de prévenir la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.*”(28)

Cette résolution portant sur tous les établissements accueillant des personnes privées de leur liberté, la psychiatrie est concernée. Ce protocole est basé sur le CPT européen dont la genèse est détaillée plus loin, et va mener en France à la création du CGLPL.

En 2005 publication de l'« *Ouvrage de référence sur la santé mentale, les droits de l'homme et la législation* » par l'OMS, on y retrouve:

“La contrainte physique ou l’isolement du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui.”(29)

“La législation doit également encourager le développement des infrastructures et des ressources afin que l’isolement et la contrainte physique ne soient pas utilisés à cause de ces lacunes.”(29)

b) Au niveau Européen

Le CPT

Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) est un organisme de contrôle indépendant spécialisé et indépendant du Conseil de l’Europe.(30)

Il concerne les États signataires de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, entrée en vigueur en 1987.

L’article 1 de la convention stipule: *“Par le moyen de visites, le Comité examine le traitement des personnes privées de liberté en vue de renforcer, le cas échéant, leur protection contre la torture et les peines ou traitements inhumains ou dégradants.”(31)*, Son rôle concerne tous les lieux où des individus peuvent se retrouver sans consentement comme les prisons, les centres de rétention, les postes de police, ou les hôpitaux psychiatriques, les rapports effectués par le CPT sont dans un premier temps confidentiels afin d’entamer un dialogue avec les autorités compétentes et ne sont publiés qu’avec l’accord des Etat concernés.

Il a effectué plusieurs visites dans des établissements psychiatriques en France.

Dans ces différents rapports on retrouve, avant la validation parfois plusieurs années après par le législateur, des directives qui aujourd'hui sont partie intégrante de notre travail à savoir :

- La notion de dernier recours pour les isolements/contentions
- La limitation de ces derniers dans le temps
- La réévaluation régulière des mesures
- La nécessité de consigner ces mesures dans un registre spécifique.

Pour exemple plusieurs extraits de visites sont cités par la suite.

En 1991 au Centre Hospitalier Spécialisé de Montfavet au sein de l'Unité pour Malades Difficiles :

“Le CPT recommande aux autorités françaises :

- que les isolements de très longue durée cessent immédiatement [...]*
- qu'une politique détaillée soit définie au sujet de l'isolement comprenant notamment : les types de cas dans lesquels il peut être recouru à cette mesure ; les objectifs visés par celle-ci ; sa durée et sa révision régulière ; les procédures d'enregistrement spécifiques et de contrôle par les médecins ; l'existence de contacts humains appropriés ; l'obligation d'une attention renforcée de la part du personnel ;*
- qu'une politique globale comparable soit définie au sujet des moyens de contrainte physique ; que le personnel reçoive une formation appropriée aux techniques de contrôle des patients violents ; et qu'un manuel d'instruction au sujet de moyens de contraintes soit élaboré ;”(32)*

En 2000 une nouvelle visite de l'UMD de Montfavet est effectuée on retrouve alors parmi les préconisations :

« - consigner dans un registre spécifiquement établi à cet effet tout recours à l'isolement (ou à tout moyen de contention physique). Les éléments à consigner devraient comprendre : l'heure de début de la mesure ainsi que l'heure à laquelle elle a pris fin, les circonstances dans lesquelles le cas s'est produit, les raisons ayant dicté la mesure en question et un compte-rendu des blessures éventuellement subies par des patients ou des membres du personnel (paragraphe 51 et 185). » (32)

Le rapport de 2017 fait état d'une amélioration des conditions et appuie le fait qu'une partie des recommandations antérieures aient été suivies, il rajoute de nouvelles consignes :

- Que la contention chimique ne soit pas considérée au même titre que la contention mécanique, notamment qu'il n'y ait pas de traitement médicamenteux « si besoin » en cas d'agitation mais uniquement sur décision médicale (la contention chimique est une notion complexe, peu utilisée en France, mais considérée dans certains pays comme ayant la même valeur restrictive que l'isolement et la contention mécanique)
- Surveillance continue des patients en chambre d'isolement de manière physique et non pas par une caméra
- Instauration obligatoire d'un debriefing après une mesure d'isolement/contention

“La loi du 26 janvier 2016 impose à chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie la tenue d'un registre devant comporter, pour chaque mesure d'isolement

ou de contention, « le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée[...] le CPT se félicite de la note de cadrage émanant de la Haute autorité de santé (HAS) sur « la place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie » de juillet 2015, qui prévoit la rédaction de « fiches mémo » concernant la mise en chambre d'isolement et la mise sous contention sur la base explicite des recommandations du CPT et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, entre autres.

[...]

140. Il est particulièrement regrettable que les nouvelles dispositions légales mentionnées au paragraphe 131 ne fassent pas référence à la contention chimique.

[...] le CPT est préoccupé par le fait que, dans les établissements visités, lorsqu'un patient montrait des signes d'agitation, des tranquillisants puissants pouvaient être administrés sur décision de l'équipe infirmière, sur la base de prescriptions « si besoin », sans que le médecin traitant (ou, le cas échéant, un médecin de garde) ne soit consulté préalablement.[...]

- une fois les moyens de contention levés, un bilan (« débriefing ») devrait être effectué avec le patient [...]

- tout recours à la MCI ou à d'autres mesures de contention – y compris la contention chimique – devrait être consigné dans un registre spécialement établi à cet effet (ainsi que dans le dossier du patient). »(32)

Les résolutions du conseil de l'Europe

En 2004 le comité des ministres du Conseil de l'Europe émet la recommandation : Rec(2004)10 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux:

Parmi les recommandations il est stipulé que les personnels doivent être formés à la prévention et au contrôle de la violence et place des limites dans l'utilisation de ces mesures, tout en insistant sur la tenue de registre répertoriant les différents épisodes.

Article 11: *“En particulier, le personnel devrait être formé de façon appropriée dans les domaines suivants*

iv. circonstances limitées dans lesquelles différentes méthodes de contention ou d'isolement peuvent être justifiées, compte tenu des bénéfices et des risques éventuels, et application correcte de telles mesures.”(33)

Article 27 – Isolement et contention

1.Le recours à l'isolement ou à la contention ne devrait intervenir que dans des établissements appropriés, dans le respect du principe de restriction minimale, afin de prévenir tout dommage imminent pour la personne concernée ou pour autrui, et rester toujours proportionné aux risques éventuels.

2.Le recours à de telles mesures ne devrait intervenir que sous contrôle médical, et devrait être consigné par écrit de façon appropriée.

3.De plus:

i.la personne faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention devrait bénéficier d'un suivi régulier

ii.les raisons du recours à ces mesures, et la durée de leur application, devraient être consignées dans le dossier médical de la personne et dans un registre. »(33)

c) En France

Contrôleur des libertés

Dans les suites du Protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, la France vote en 2007 la création du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL).

Cette autorité est indépendante, le contrôleur général est nommé pour une période de 6 ans non révocable et non renouvelable, travaille avec le sous-comité des Nations-Unies chargé pour la prévention de la torture, le Commissaire aux droits de l'Homme du Conseil de l'Europe, ainsi qu'avec le comité de prévention de la torture (CPT) du Conseil de l'Europe.

Il est habilité à visiter les structures abritant des personnes soignées sans consentement comme stipulé par la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté :

« Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté peut visiter à tout moment, sur le territoire de la République, tout lieu où des personnes sont privées de leur liberté par décision d'une autorité publique, ainsi que tout établissement de santé habilité à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement visé à l'article L. 3222-1 du code de la santé publique. »(34)

Dès 2009 le contrôleur des libertés recommande « L'élaboration d'un modèle-type de document qui permettrait un suivi quantitatif et qualitatif du recours à la contention. »(35)

En 2016 le CGLPL émet un rapport sur l'isolement et la contention en psychiatrie, et fait part de multiples critiques des établissements. Le rapport parle de "cultures de service" pour expliquer les différences entre établissements, et émet plusieurs recommandations par exemple : elle regrette l'abandon du diplôme spécialisé d'infirmier en psychiatrie, plaide pour une prévention des épisodes d'IC: *"La diminution*

du recours aux contraintes physiques passe également par l'identification des processus qui conduisent à prendre ces mesures, en vue de les éviter ou de diminuer leurs effets délétères."(36) Partant de cette nécessité de prévenir les épisodes d'IC, il existe plusieurs manières de s'y atteler, cela peut être une réflexion institutionnelle tout comme un intérêt envers les patients sujets aux mesures d'IC ce qui sera l'objet de notre étude.

Evolution de la loi française ainsi que des recommandations.

Circulaire Veil de 1993

La circulaire DGS/SP 3 n° 48 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjour des malades hospitalisés pour troubles mentaux, dite circulaire Veil, insiste sur le recours aux mesures d'isolement uniquement chez les patients hospitalisés en soins sous contrainte, un patient en soins libre isolé doit désormais voir sa situation régularisée en « quelques heures » sans plus de précision, que ce soit en mettant fin à la mesure d'isolement ou en le faisant passer en soins sous contrainte.

« Un établissement de santé, public ou privé, non habilité ne peut donc recevoir que des malades en hospitalisation libre ; ces derniers ont le droit, sous les réserves liées au bon fonctionnement du service et indiquées plus haut, de circuler librement dans l'établissement et ils ne peuvent en aucun cas être installés dans des services fermés à clef ni a fortiori dans des chambres verrouillées. Si l'évolution de l'état de santé d'un patient jusque-là consentant aux soins exige qu'on transforme son mode d'hospitalisation, l'article L. 332 du code de la santé publique oblige le directeur de l'établissement à prendre, dans les quarante-huit heures, les mesures nécessaires à son transfert dans un autre établissement qui, lui, est habilité à recevoir les malades en hospitalisation sous contrainte Toutefois, en cas d'urgence, il peut être possible

d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte. raisons qui les motivent, leur nature et leur étendue, doivent être inscrites dans le dossier du patient. Tout patient soumis à la contrainte physique ou à l'isolement doit bénéficier de conditions humaines et être soigné et régulièrement et étroitement surveillé par un personnel qualifié. Dans le cas d'un patient ayant un représentant personnel, celui-ci est avisé sans retard, le cas échéant, de toute mesure de contrainte physique ou d'isolement.

II. - S'agissant des patients en hospitalisation sous contrainte, l'article L. 326-3 du code de la santé publique encadre les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles en les limitant 'à celles nécessitées par leur état de santé et la mise en oeuvre de leur traitement'. Le législateur rappelle en outre : 'En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. »(37)

Audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie en 1998

En 1998, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, ancêtre de la HAS) établit "L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie"

A cette occasion une recommandation fixe la durée maximale d'une prescription de mesure initiale d'isolement à 24h, ainsi que la nécessité d'inscrire dans des registres les mesures effectuées. La limite de 24h reste une recommandation de société médicale et non une loi.

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

Cette loi encadre et définit les modalités d'isolement/contention, elle consacre la nécessité de consigner dans un registre les différentes mesures de restrictions, et inscrit dans la loi la notion de dernier recours. C'est la première loi à encadrer les pratiques d'IC

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

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1. »(38)

Recommandation Isolement et Contention en psychiatrie générale en 2017

La recommandation HAS de bonne pratique : « Isolement et Contention en psychiatrie générale » limite la durée d'isolement à 12h et celle de contention à 6h pour la mesure initiale, pouvant être ensuite prolongé de 24h.

Elle recommande aussi d'avoir des temps d'analyse de la mesure une fois cette dernière levée,

Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021:

La limite de 6h pour la contention et de 12h pour l'isolement est inscrite dans la loi, les renouvellements sont possibles jusqu'à une limite de 24h pour la contention et 48h pour l'isolement. Au-delà de cette limite le juge des libertés doit en être informé.

« II.-La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de douze heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures.

« La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de six heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures.

« A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au delà des durées totales prévues aux deux premiers alinéas du présent II, la mesure d'isolement ou de contention, dans

le respect des autres conditions prévues aux mêmes deux premiers alinéas. Le médecin informe sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure, ainsi que les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 dès lors qu'elles sont identifiées. Le médecin fait part à ces personnes de leur droit de saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure en application du même article L. 3211-12 et des modalités de saisine de ce juge. En cas de saisine, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de vingt-quatre heures.

L'intervention du juge des libertés a pour ambition de diminuer le recours aux mesures de restrictions consécutives, et donc diminuer les contentions et isolements longs, les mesures de restrictions itératives ne sont pas concernées si ces dernières respectent la durée maximale, sont espacées de 48h et que la durée ne dépasse pas 48h d'isolement ou 24h de contention en 15 jours.

Aussi une fois que le juge des libertés a été informé et n'a pas ordonné la fin de la mesure, et ce dernier n'a pas besoin d'être resollicité pour prolonger les mesures.

L'arsenal législatif est-il suffisant pour impacter la pratique des psychiatres ? Keski-Valkama dans une étude tente d'évaluer l'impact des évolutions législatives sur la fréquence et la durée des mesures de restrictions en Finlande (39), l'article ne conclut pas à une diminution des pratiques suite aux évolutions législatives.

Il demeure questionnant que lorsqu'on recherche des rapports concernant les établissements psychiatriques et les soins sous contraintes on accède bien plus rapidement à des rapports établis par des organismes tels que le CPT ou le contrôleur des libertés qu'à des études publiées par des autorités médicales, cela questionne sur

le statut de notre spécialité, que ce soit au niveau français ou européen mais aussi sur la capacité à mettre en place au sein des structures les recommandations de bonne pratique.

Aussi ces lois ne concernent que la psychiatrie, et la question de l'utilisation de la contention aux urgences, en gériatrie, en réanimation ou dans d'autres services de médecine semble bien peu présente au sein du débat concernant ces mesures.

III Comparaisons internationales :

Steinert et al., 2010(40) font un comparatif des pratiques de restriction entre plusieurs pays, L'Allemagne, Les Pays Bas, la Nouvelle-Zélande, la Suisse, l'Angleterre, l'Islande, la Norvège, le Japon, la Finlande. Ce comparatif permet de constater que l'Angleterre et la Nouvelle Zélande ne pratiquent pas la contention mécanique mais uniquement la contention physique, et que l'Islande déclare ne pratiquer aucune forme de contention, mécanique ou physique ni d'isolement. Les recours à l'isolement sont très faibles en Angleterre et en Norvège avoisinant les 0%, atteignent,3,6% en Allemagne, 4.9% au Japon, 8,3%en Finlande, 8.7% en Suisse, 11,6% aux Pays-Bas, 15,6% en Nouvelle-Zélande.

La France ne fait pas partie de ce comparatif, comme indiqué dans une étude de Baratta et Morali(41), il existe peu d'études françaises sur le sujet. La recommandation ARS de 2017 met en avant un chiffre de 7,2% en France en 2013 ce qui la placerait entre le Japon et la Finlande.

Bien que sur le peu d'éléments présents la France semble avoir un taux comparable de recours à l'IC que de nombreux pays européens, il est important de poursuivre des études afin d'avoir un comparatif fiable et complet, aussi développer des modalités de

diminution de recours aux mesures d'IC afin de faire un exemple à suivre européen est souhaitable.

Notre travail s'inscrit dans une volonté de pouvoir faire un état des lieux précis de l'utilisation des mesures de restriction en France.

A titre de comparaison, nous allons intéresser à deux pays que les études désignent comme faisant mieux que la France.

Au Royaume-Uni:

Comme vu plus haut dans la partie historique, il existe une tradition ancienne de psychiatrie sans contention en Angleterre.

Tradition renforcée par le Mental Health Act de 1983 et par le Code of Practice, bien que possible dans des cas exceptionnels, la contention mécanique est très peu utilisée dans les unités de psychiatrie conventionnelles, cette dernière est avant tout réservée aux transferts de patients agités. (42)

Dans le cadre d'épisodes d'agitation ne cédant pas aux tentatives de désescalade, c'est la contention physique ainsi que la contention chimique qui sont utilisées.

Les équipes soignantes sont formés à la fois à des techniques de désescalade et à des techniques de maintien physique.

Cependant ce type de contention n'est pas exempt de toute critique au royaume uni, on peut notamment citer la controverse autour de la "face down restraint" "contention face contre sol" en français, critiquée par des associations d'usagers, des personnalités politiques ainsi que par plusieurs médias entraînant la publication

gouvernementale d'une recommandation en 2014: *"Positive and Proactive Care: reducing the need for restrictive interventions"* (43)

Dans le guide *"Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings"* édité par le NICE en 2015, il est recommandé d'éviter la contention manuelle face contre sol, la position dos contre le sol doit être préférée, aussi on retrouve une critique semblable à celles qui ont pu être faites de la contention mécanique en France : celle que la contention n'était parfois pas utilisée en dernier recours, qu'elle pouvait être utilisée de manière punitive ou à visée d'humiliation. Aussi le cas de décès liés à cette pratique est rapporté.

Concernant l'isolement, ce dernier est pratiqué de longue date, cependant l'étude de Steiner montre une prévalence de l'isolement bien plus faible que la plupart des pays Européens.

En Islande :

L'Islande est fréquemment citée en tant qu'exemple d'une psychiatrie sans contention. La pratique d'une politique de soins sans contention date des années 30, tout comme au Royaume Uni les soignants sont formés à des techniques de désescalade et de maintien physique. Aussi d'après l'étude de Steinert il y aurait en moyenne 1 infirmier par patient dans les services de psychiatrie islandais.

La population Islandaise (371,580 habitants(44)), son homogénéité, sa répartition géographique ainsi que l'organisation des soins sur places n'est pas comparable à la population française ainsi qu'à son offre de soin, il semble cependant intéressant de se pencher sur le fonctionnement de l'institution psychiatrique Islandaise.(45)

IV Etude

Nous avons effectué une étude observationnelle sur registre de patients, concernant les années 2019 et 2020 au sein de l'Établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise.

Rationnel de l'étude :

Du fait de l'évolution autant historique que législative du rapport à la contention et l'isolement, et des recommandations de la HAS, il apparaît important de travailler au niveau sectoriel sur une réduction des mesures de restriction.

De manière générale, il existe en France peu d'études portant sur une large population et cherchant à caractériser l'isolement et la contention. Concernant notre travail, nous n'avons pas retrouvé d'étude portant spécifiquement sur le sujet en France, à l'international les études portant spécifiquement sur les patients fréquemment isolés/contenus demeurent peu nombreuses(2).

Dans le contexte d'un faible nombre d'études caractérisant les caractéristiques des patients contenus, il convient de se pencher sur la littérature pour choisir quels critères observer.

L'étude de Keski-Valkama et al.(46) est celle dont la méthodologie nous a semblé la plus complète. L'âge, le sexe, le diagnostic principal ont été observés, cette étude est prospective et a été faite à l'aide d'un questionnaire rempli à chaque mesure d'isolement ou de contention pendant 1 semaine du mois de décembre au cours des années 1990, 1991, 1994 et 2004 au sein de l'ensemble des établissements psychiatriques Finlandais. Au total 28064 patients ont été concernés par une mesure restrictive soit 2.2% de la population des patients hospitalisés sur la période d'étude.

Les facteurs de risques indépendants de mesure de restriction retrouvés sont le diagnostic ainsi que le moment d'hospitalisation.

En se concentrant spécifiquement sur les patients fréquemment contenus, plusieurs études s'accordent pour montrer que la majorité des épisodes d'isolement/contention concernent un nombre encore plus restreint de patients.

Parmi elles, on retrouve l'étude de Paul D. Whitehead and Fredrik Liljeros,(47)

Il s'agit d'une étude rétrospective effectuée dans un hôpital étatsunien, le Utah State Hospital, elle recense entre 1997 et 2005 tous les épisodes d'isolement et de contention. Elle montre qu'une grande majorité des épisodes concernent une minorité de patients à savoir : 1% des patients les plus contenus représentaient 21% des événements, les 20% des patients les plus contenus représentaient 75% des événements.

Cette tendance est retrouvée en pédopsychiatrie dans une autre étude norvégienne(48)

Cette étude effectuée sur registres concerne la période entre 2008 et 2010, porte sur toutes les unités de soins aigus psychiatriques pour adolescents en Norvège. Elle retrouve une minorité de patients concernés par la majorité des mesures restrictives : 18% des adolescents pour 77% des mesures. Les caractéristiques associées à ce groupe sont un score inférieur à 35 à l'échelle CGAS (A Children's Global Assessment Scale) ainsi que le genre féminin.

En France, en Occitanie, dans le cadre du travail de thèse du Dr.CLENET Adeline, une étude prospective concernant 11 établissements de la région a été effectuée entre Novembre 2016 et Novembre 2017. L'objectif principal était de calculer l'incidence des mesures de contention au sein des différentes unités, parmi les objectifs secondaires figurait la caractérisation des population concernées. *"17,3 % des patients représentent 45,0 % des évènements de contention et 82,7 % des patients n'ont connu qu'un seul évènement de contention"*(49). Les caractéristiques associées de manière significative avec une incidence plus élevée de contention sont le sexe masculin, l'âge entre 18 et 29ans. Les diagnostics de schizophrénie, troubles bipolaires et troubles de la personnalité sont surreprésentés.

On a donc plusieurs études qui décrivent non seulement que les mesures d'IC ne concernent qu'une minorité des patients hospitalisés en psychiatrie mais aussi que parmi ces patients, la majorité des mesures concernent une partie encore plus infime de patients.

Il nous a semblé utile afin de pouvoir prodiguer des soins impliquants moins de mesures de ce type de vérifier si ces constats se vérifiaient en France mais aussi de chercher à comprendre qui sont ces patients.

Avant d'étudier leurs caractéristiques il est important de définir ce que l'on entend par patients étant le plus isolés/contenus, le critère de sélection peut être en nombre de mesures ou en durée.

Pour Costemale-Lacoste et al(50) qui étudient spécifiquement l'isolement, le critère retenu est un isolement de plus de 7 jours. L'étude est multicentrique et prospective, elle concerne 7 établissements psychiatriques d'île de France, les facteurs associés

sont les diagnostics de trouble de l'humeur et de trouble psychotique, ainsi que l'utilisation d'un traitement sédatif, L'âge, le sexe, l'hospitalisation sous contrainte initiale, la nécessité d'un renfort durant la procédure de mise en chambre, l'auto-agressivité ou l'hétéro-agressivité comme facteur de mise en chambre ne sont pas associés de manière significative.

En Norvège toujours dans l'étude de Knutzen et al(2) un seuil de 5 mesures est fixé pour définir les patients souvent contenus, et sont associés à des séjours plus longs, à un nombre d'admissions élevés et à une moyenne d'âge jeune (18-29ans) 39.2% des mesures concernaient 9.1% des patients ayant eu un épisode de contention.

La littérature suggère qu'une faible partie des patients concentrent une proportion importante des mesures d'isolement/contention.

Nous cherchons donc via une observation des données de registres à avoir un aperçu allant dans le sens ou à l'encontre des études précitées, ainsi qu'à caractériser d'éventuelles caractéristiques communes au sein de cette population.

La recommandation HAS *Isolement et contention en psychiatrie*, recommande parmi les interventions de repérer dès l'entrée en hospitalisation les patients à risques d'isolement et de contention(3) afin de pouvoir diminuer le recours aux mesures de restrictions, en évaluant leurs caractéristiques et aussi en prenant le temps dès l'entrée d'aborder avec le patient leur antécédents de violence, en tant que victime comme en tant qu'auteur, et d'évoquer quelles situations ont un vécu difficile pour le patient, et quelles sont les attitudes annonciatrices de passage à l'acte.

Savoir repérer dès l'entrée ce groupe à risque pourrait permettre de développer des axes de travail, d'intervention précoce et ainsi étudier si des alternatives aux isolements/contentions répétés peuvent être développés sur la structure concernée.

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de l'étude est de caractériser les patients les plus sujets à des mesures de restriction au sein de l'EPSMAL.

L'objectif secondaire est de caractériser quelle part des patients en psychiatrie représente ces patients très isolés/contenus.

Population de l'étude :

Population source

L'EPSM AL couvre 8 secteurs de psychiatrie adulte (59G11, G12, G13, G14, G15, G22, G23, et G24) et 4 secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (59i04, i06, et i07), soit les villes de Lille, Roubaix, Villeneuve d'Ascq ainsi qu'une partie de leurs alentours ce qui correspond à une population de 553 373 personnes.

Les secteurs de psychiatrie sont regroupés sur plusieurs établissements :

- Pour les secteurs G11/22/23/24 les services d'hospitalisations sont à la clinique de psychiatrie de Lille à Saint-André-lez-Lille. L'intersectoriel comprends la clinique Jean Varlet à Seclin (prenant uniquement des patients en soins libres) et le Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission (CPAA) à Lille
- Pour les secteurs G12/13/14/15 les services sont à l'hôpital Lucien Bonnafé à Roubaix, l'intersecteur comprends le Centre d'Accueil Psychiatrique

Intersectoriel (CAPI) et la clinique du Nouveau Monde (prenant uniquement des patients en soins libres) eux aussi à Roubaix

- L'EPSM comprends aussi une clinique d'addictologie intersectorielle et Pôle d'Accueil Thérapeutique Intersectoriel et d'Orientation (PATIO) tous deux sur le site de Saint-André-lez-Lille ainsi qu'une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) Martine Marguettaz à Marquette
- La structure s'occupant de l'hospitalisation des adolescents l'Unité Fonctionnelle pour Adolescents (UFA) - Clinique de l'ado se trouve sur le site de Saint-André-lez-Lille.

Au total en 2020 ce sont 327 lits d'hospitalisation et 40 places en MAS. (51)

La population source est donc large, concerne plusieurs territoires, représentative d'un bassin de population majoritairement urbain, dans des services hospitaliers, et n'incluant pas de service d'urgences d'un hôpital général.

Patients éligibles, critères d'inclusion et d'exclusion

Au sein de la population source, nous avons choisi d'étudier les patients faisant l'objet de mesures d'isolement/contention. Notre étude porte sur une population particulière comme précisé dans le rationnel, à savoir celle étant sujets au plus de mesures de contention et d'isolement : les patients inclus étaient les patients les plus sujets à une mesure initiale d'IC, et ce sans prendre en compte les renouvellements, seules les mesures distinctes ont été évaluées. Le seuil nécessaire d'inclusion a été fixé à un nombre de mesure supérieur au 90^{ème} percentile de mesures de restrictions.

Les mineurs ont été exclus, en raison d'un mode de fonctionnement différent au sein de la clinique de l'adolescent, avec un rapport à la contention, en termes de nombre de mesures et de durées de ces dernières différentes, pour cela je renvoie au travail de mémoire du Docteur Cécile Phan « *Les pratiques de mise en isolement et sous contention à la Clinique de l'adolescent.* ». Les patients de la structure médico-sociale le Patio ont aussi été exclus du fait d'un fonctionnement institutionnel différent de celui de la psychiatrie de secteur adulte.

La population analysée lors de l'étude représente donc les patients adultes sujets à des mesures d'isolement contention au sein de 8 secteurs (G11/12/13/14/15/22/23/24) réparti sur 10 services (1 par secteurs, le CPAA et le CAPI) dans 3 hôpitaux différents (Lucien Bonnafé, Lommelet, Saint Vincent de Paul)

Méthodologie

Du fait du caractère rétrospectif de l'étude la donnée la plus fiable était le nombre de mesures initiales sur l'année, et non la durée, critère pertinent mais très peu précis dans les registres du fait de spécificités logicielles.

L'étude a porté sur la consultation rétrospective des dossiers de patients de 2019 et 2020.

Plutôt que de choisir arbitrairement un seuil de mesures d'isolement/contention, les patients au-dessus du 90^{ème} percentile de mesures d'isolement et de contention ont été sélectionnés.

Le logiciel utilisé pour la prescription des mesures d'isolement et de contention au sein de l'EPSM est Crossway.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel.

L'étude est référencée au numéro RM21_009, auprès du délégué à la protection des données, au registre du GHT, sous méthodologie MR004.

Le caractère rétrospectif de l'étude ainsi que les bases de données utilisées permettaient de recueillir les caractéristiques suivantes :

- Age
- Sexe
- Diagnostics selon la classification CIM 10
- Durée d'hospitalisation pendant la période évaluée
- Mode d'hospitalisation
- Nombre de séjours pendant la période évaluée
- Les antécédents d'isolement et de contention au sein de la structure les années précédentes.

Les caractéristiques externes telles que le nombre de paramédicaux en poste, l'heure exacte de survenue des évènements motivant la décision de restriction, n'ont pas été retenus comme pertinents, l'étude se concentrant sur une catégorie particulière de patients et non sur l'isolement et la contention de manière générale au sein de l'institution.

Le mode d'hospitalisation a été analysé en fonction des mesures de restriction et non par patient, car sur l'année un même patient pouvait avoir été hospitalisé selon plusieurs modalités différentes.

Le motif de mise en isolement souffrait d'un manque de rigueur au niveau des entrées logicielles, pouvant être contradictoire avec le contenu des observations, rendant caduque une interprétation de ce dernier.

Résultats

Le 90ème percentile est à 4 mesures pour l'année 2019 et 10 pour l'année 2020. On a une population de 35 patients pour l'année 2019 et 12 pour l'année 2020, 3 patients font partie des patients les plus sujets à ces mesures à la fois pour l'année 2019 et pour l'année 2020.

On remarque d'abord un nombre important, parmi cette population, de patients hospitalisés à la clinique de l'adolescent, 6/35 en 2019, 3/12 en 2020.

Le nombre particulièrement élevé d'épisodes en pédopsychiatrie peut s'expliquer par une utilisation différente des mesures de restriction, avec des isolements/contentions itératifs, un nombre de mesures plus important, mais une durée plus courte.

2 patients en 2019 et 2 en 2020 sont hospitalisés au sein du patio, une structure médico-sociale, bien qu'elles aient été comptabilisées au sein du logiciel les mesures de restrictions correspondent à une pratique différente de celle effectuée en psychiatrie, avec notamment des isolements de nuit.

Il a donc été décidé de consulter les statistiques concernant l'ensemble des patients puis d'exclure les patients de la clinique de l'adolescent et du patio.

3 patients sont présents à la fois en 2019 et 2020.

En raison de la particularité de l'année 2020, les deux groupes ont été analysés séparément.

Concernant l'année 2019:

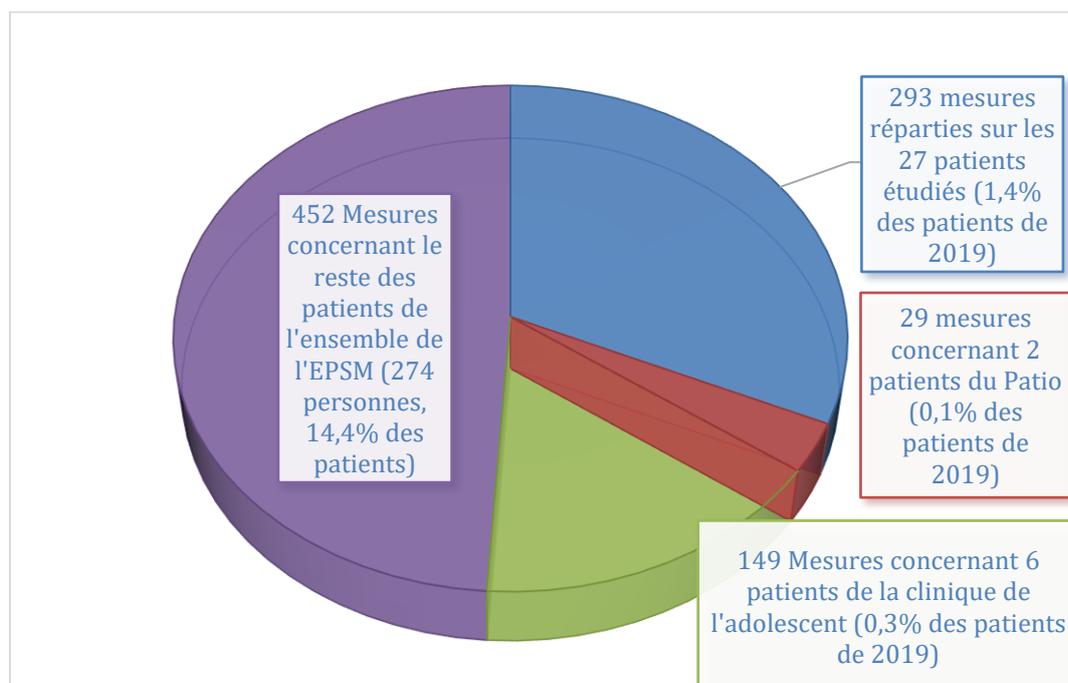


Figure 1 : Répartition des mesures de restrictions au sein des patients de l'EPSM en 2019

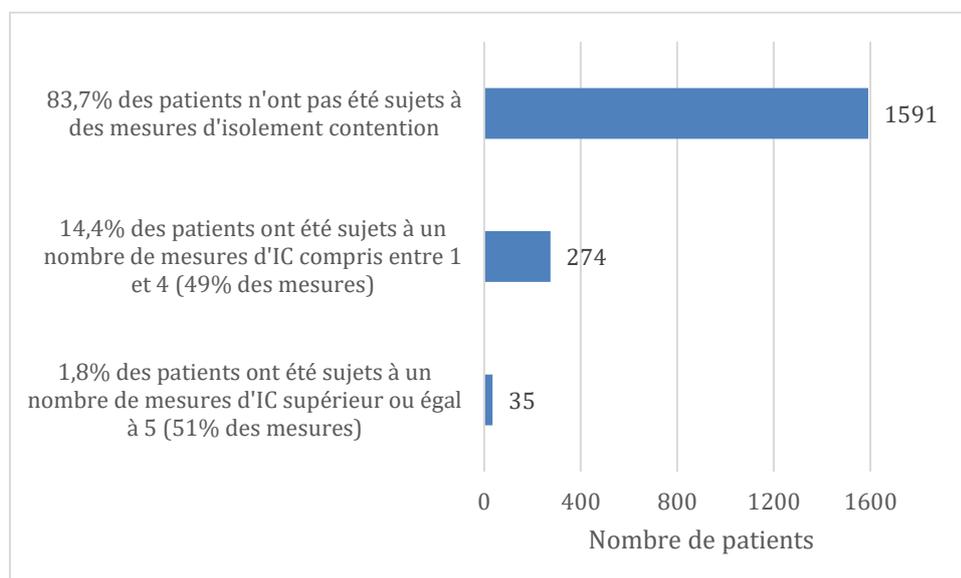


Figure 2 : Patients de l'EPSM AL sujets à des mesures de restrictions en 2019

Les 35 patients initiaux ont été l'objet d'un total de 471 mesures ce qui représente 51% des mesures totales de l'année, ce taux descend à 31,7% (293 mesures) pour 27 patients en excluant les patients du patio et de la clinique de l'adolescent.

L'âge moyen des patients de l'échantillon au premier janvier est de 32,7ans.

Les hommes constituent 59,3% de l'échantillon.

Concernant les durées d'hospitalisation, ces dernières sont bien plus élevées qu'en population générale, la moyenne de l'échantillon est de 136.6 jours, la médiane de 110 jours, la durée moyenne d'hospitalisation est de 20,54 jours au sein de l'établissement.

Au niveau national la durée moyenne d'hospitalisation était de 55.7 jours en 2017 (52)

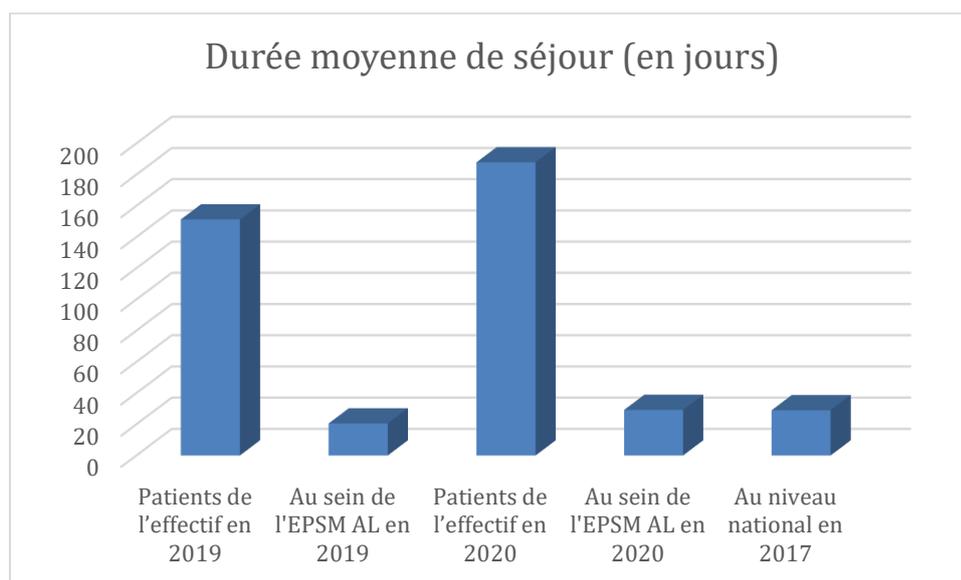


Figure 3 : Durée moyenne de séjour en 2019 et 2020

Concernant les modes d'hospitalisation de ces patients (**Tableau 3** en annexe), 111 mesures concernaient 14 patients en SDTU, 101 mesures 4 patients en SDRE et 62 mesures 9 patients en SPI, seulement 12 mesures concernaient 3 patients en SDT. 3 patients ont été sujets à des mesures de restrictions en soins libres, 1 patient objet de 5 mesures a été mis en chambre d'isolement à sa demande dans un but anxiolytique, les 2 autres ont été objets de mesures qui au moment de la réévaluation et donc du passage en hospitalisation sous contrainte souhaité par le cadre légal ont été évalués comme ne nécessitant plus de mesure de restriction et ne nécessitant pas de changement de mode d'hospitalisation.

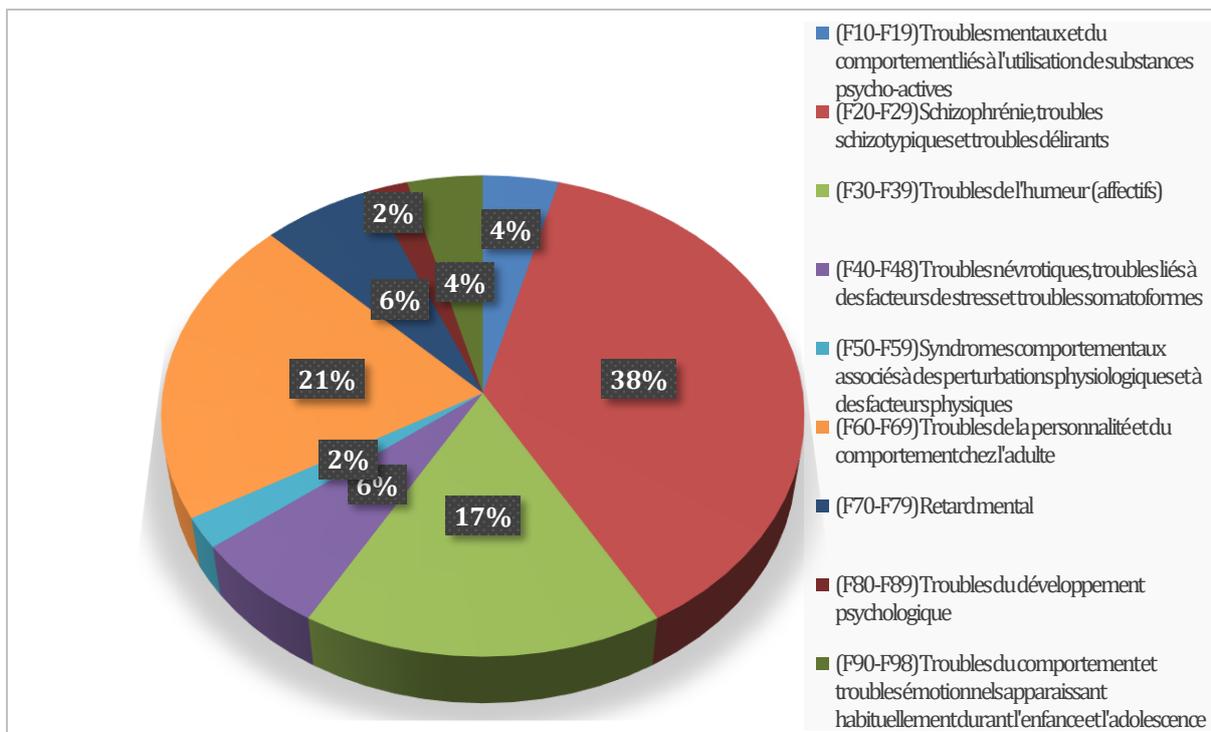
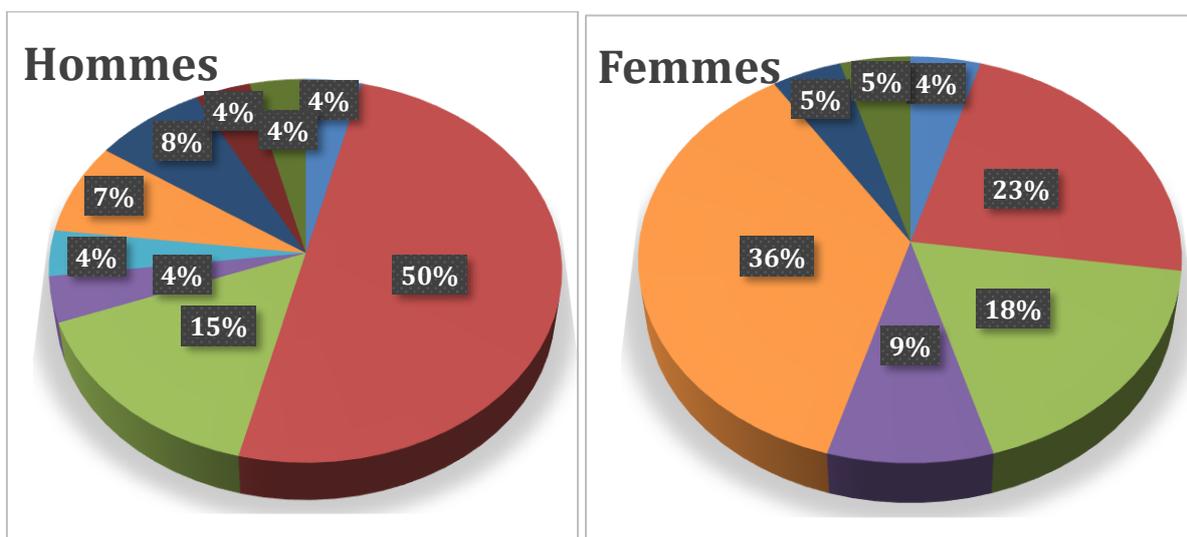


Figure 4 : Répartition des mesures en fonction du diagnostic en 2019

Le groupe diagnostic le plus retrouvé parmi ces patients est (F20-F29)

Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants concernant 38.7% des patients du groupe, suivi de (F60-F69) Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte avec 21% des patients. (**Tableau 1** en annexe)



Figures 5 et 6 : Répartition des mesures en fonction du diagnostic et du genre en 2019

Il existe des différences selon le genre, les hommes sont plus souvent concernés par le diagnostic (F20-F29) Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants

(81,25%) que les femmes (45,5%), et les femmes sont le plus souvent concernée par le diagnostic (F60-F69) Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte (72,7%) que les hommes (12,5%).

Les hommes sont plus âgés (35,4ans de moyenne contre 28,9ans), ont un nombre de séjour médian plus bas (2 contre 4), une durée de séjour sur l'année plus longue de 10 jours (140,2 contre 131,2) un antécédent d'isolement/contention moins important (43,8% contre 81,1% pour les femmes, et 59.3% tout genre confondu).

Concernant l'année 2020:

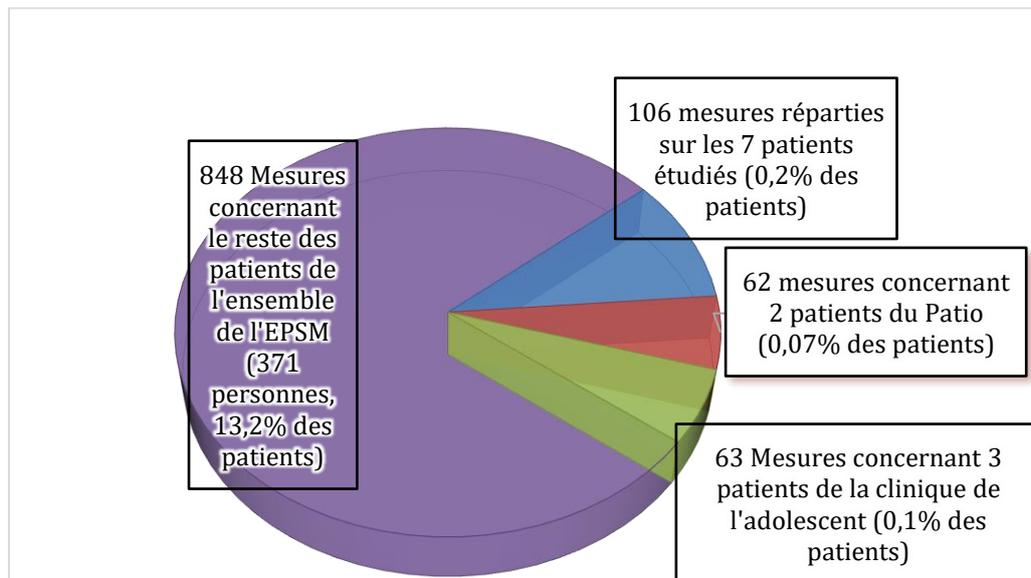


Figure 7 : Répartition des mesures de restrictions au sein des patients de l'EPSM en 2020

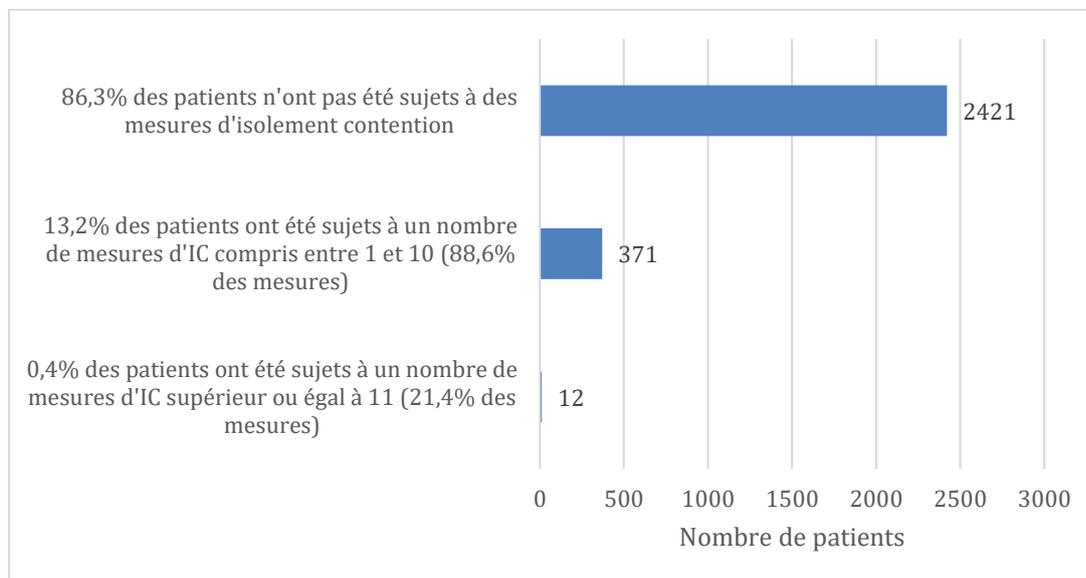


Figure 8 : Patients de l'EPSM AL sujets à des mesures de restrictions en 2020 :

L'échantillon est constitué de 12 patients, ces derniers ont été l'objet d'un total de 231 mesures ce qui représente 21,4% des mesures totales de l'année. Il y a parmi ces 12 patients, 3 patients de la clinique de l'adolescent et 2 patients du patio ce taux descend à 9,8% (pour 7 patients) en les excluant.

L'âge moyen des patients de l'échantillon au premier janvier est de 35 ans, l'âge médian de 31ans.

Les hommes constituent 28,6% de l'échantillon.

L'âge médian est similaire entre les deux sexes (32 pour les hommes, 31 pour les femmes).

Concernant les durées d'hospitalisation, ces dernières sont bien plus élevées qu'en population générale, la moyenne de l'échantillon est de 187,9 jours en 2020 contre 29,18 jours pour la durée moyenne au sein de l'établissement. **(Figure 3)**

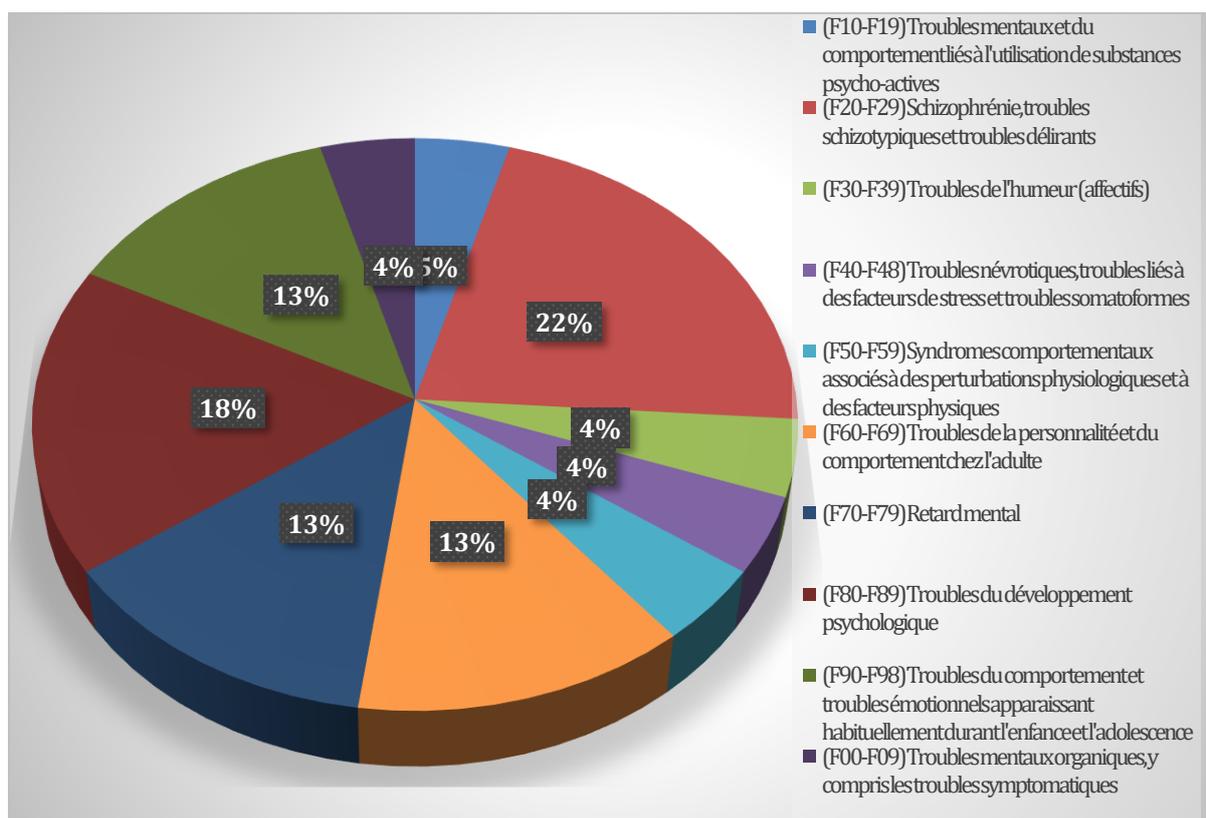


Figure 9 : Répartition des mesures en fonction du diagnostic en 2019

Le groupe diagnostic le plus retrouvé parmi ces patients est (F60-F69) Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte à 42,9% suivi de (F20-F29) Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants concernant 28,6% des patients du groupe. **(Tableau 2 en annexe)**

Chez les femmes 2 patientes sont concernées par le diagnostic (F20-F29) Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants, et 2 autres par (F60-F69) Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

Chez les 2 uniques patients masculins l'un d'entre eux avait les diagnostics (F70-F79) Retard mental et (F80-F89) Troubles du développement psychologique, l'autre (F60-F69) Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte.

71,4% des patients avaient déjà été sujets à une mesure d'isolement ou de contention avant 2020.

Concernant les modes d'hospitalisation de ces patients (**Tableau 3** en annexe), 67 mesures concernaient 5 patients en SDTU, 13 mesures 1 patient en SDRE, 16 mesures 3 patients en SPI, aucune mesure ne concernait de patients en SDT. 1 patient a été sujet à des mesures de restrictions en soins libres, 10 fois au total, à sa demande dans un but anxiolytique.

Discussion

Un nombre faible de patients représente une grande partie des mesures, en 2019, 1900 patients ont été hospitalisés sur la structure, et 2804 en 2020. Ce qui fait 1,4% des patients représentent 31.7% du total des mesures d'IC de l'EPSM en 2019. 0,2% des patients représentent 9.8% du total des mesures d'IC de l'EPSM en 2020.

Ces données sont cohérentes avec celles de la littérature, tout comme l'âge moyen (53), la surreprésentation des patients présentant un diagnostic de schizophrénie et/ou de troubles de la personnalité(2), les durées d'hospitalisation plus longues que la moyenne(53,54), le sex-ratio n'est pas en faveur d'un genre pour l'année 2019 tout comme dans l'étude de Knutzen et al(2), en 2020 les femmes sont surreprésentées tout comme dans l'étude de Beck(54)

La fiabilité des diagnostics peut être questionnée ces derniers ayant été inscrits par des psychiatres différents, une évaluation prospective des patients avec utilisation d'échelles diagnostiques par un nombre restreint d'évaluateurs serait plus fiable.

Le sex-ratio ne semble pas particulièrement en faveur d'un genre en 2019, cependant il semble se dégager de l'observation de l'année 2019 un profil masculin majoritairement concerné par des troubles psychotiques (**Figure 5**), ainsi qu'un profil féminin majoritairement concerné par des troubles de la personnalité (**Figure 6**), l'hypothèse de biais diagnostics liés au genre(55) renforce l'hypothèse de la nécessité de refaire évaluer les patients de manière standardisée dans ce type d'étude. En 2020 les femmes sont surreprésentées, et aucun profil ne se dégage, l'effectif étant faible.

Concernant les durées d'hospitalisation, ces dernières sont bien plus élevées que la moyenne au sein de l'EPSM AL (**Figure 3**), elles ne concernent que les hospitalisations au sein de l'EPSM AL, et ne comptabilisent pas les passages aux urgences ou d'éventuelles hospitalisations hors secteur ou en clinique, il est donc possible que la durée passée en hospitalisation soit sous-évaluée par notre étude.

Pour rappel, au niveau national la durée moyenne d'hospitalisation était de 55.7 jours en 2018(52), moyenne plus élevée qu'au sein de l'EPSM AL mais toujours plus faible que celle des patients de notre étude.

Ces durées étant très supérieures à la moyenne, la question de soins inadéquats se pose, que ce soit au niveau thérapeutique, architectural ou social, on ne peut observer ces patients sans se poser la question de soins hospitaliers et ambulatoires ne correspondant pas à ces patients à haut risque d'IC. Sont-ils hospitalisés longtemps

en raison d'impasse thérapeutiques ou en raison d'absence de solution d'aval, cette durée est-elle allongée du fait d'un temps élevé passé en chambre d'isolement? La corrélation entre hospitalisation longue et mesures de restriction est une donnée décrite dans plusieurs articles(56–58), notre étude ne permet pas de conclure dessus.

Concernant le pourcentage de patients ayant déjà été sujets à des mesures d'isolement ou de contention les années précédentes, ce dernier bien que déjà élevé est possiblement sous-évaluée du fait de mesures effectuées dans d'autres établissements, ou du fait d'un enregistrement possiblement moins rigoureux dans le registre avant la loi de 2016.

Les motifs des mesures n'ont pas été analysés car la rédaction manquait de rigueur, en effet dans Crossway un des choix souvent sélectionné était « Menace auto ou hétéro-agressive » tout comme les durées de contention, peu claires. Une amélioration logicielle en ce sens semble indispensable pour une meilleure quantification et qualification des mesures d'IC au sein de l'établissement.

Peu de patients parmi notre population ont été contenus ou isolés en soins libres, avec pour un patient de 2019, et un patient de 2020 un isolement volontaire, pour les autres, des situations ayant été régularisées au plus vite. Ceci est en accord avec les recommandations de bonne pratique.

La majorité des patients sujets à des mesures d'IC étaient en SDTU, un nombre très faible de patients était en SDT, ce type de résultat surprenant à première vue va dans le même sens qu'une enquête effectuée par l'AdESM en 2019 et portant sur l'année

2018 retrouvant un taux d'admission de 40% en SDTU et 33% en SPI chez les établissements ayant répondu à l'enquête(59).

Forces et limites de l'étude

Le caractère multicentrique de l'étude associée au bassin de population concerné par les secteurs de l'EPSMAL fournit une population source de grande taille, cependant la population des secteurs concernés est issue d'une zone majoritairement urbaine et dense, il serait intéressant d'élargir l'étude aux autres établissements du GHT afin de savoir si les tendances dégagées y sont similaires.

Le seuil de 90ème percentile semble pertinent pour l'année 2019, pour l'année 2020, l'échantillon est beaucoup plus faible, amenant à peu d'observations concluantes. 2020 a été une année particulière, le nombre de patients sur l'année était plus important qu'en 2019, tout comme la durée moyenne de séjour, le nombre de patients sujets à des mesures d'IC ainsi que le nombre total de mesures, l'échantillon de patients est plus faible qu'en 2019, le seuil de mesure y est plus élevé aussi (11 contre 5), ce décalage entre les deux années devra alimenter la réflexion sur le choix de nombre de mesures à partir duquel un patient sera considéré comme étant à inclure dans une étude prospective.

Cette étude est en rétrospectif, l'échantillon de population sur une seule année est assez faible pour pouvoir être extrapolé, cette population étant restreinte.

Le format de l'étude n'a pas permis d'analyser les caractéristiques socio-économiques des patients.

Les changements législatifs récents auront un possible impact sur les pratiques hospitalières, il serait souhaitable d'étudier l'évolution de ces pratiques durant l'année 2021 afin de mesurer objectivement si la voie législative est suffisante pour diminuer le recours aux mesures de restrictions.

Plusieurs pistes de prise en charge concernant les patients fortement à risque d'isolement/contention peuvent être étudiées :

Au niveau architectural

Dans leur étude Van Melle et al(60) observent la mise en place d'unités de soins intensifs aux Pays-Bas et comparent les taux d'isolement et de contention au sein des hôpitaux concernés en fonction du respect des critères qualité de soins intensifs, leur étude montre une diminution des taux d'isolement contention sans remplacement de ces mesures par une majoration des thérapeutiques médicamenteuses au sein des unités de soins intensifs.

Concernant la France, Patrick le Bihan(61) décrit comme caractéristiques souhaitables des USIP, un effectif soignant plus important, des séjours courts, de 2 mois maximum, un faible nombre de lit, un travail avec le secteur.

Dans sa thèse Antoine Deguillaume(62) soutenue 8 ans après reprends ces critères et décrit les USIP comme permettant un recours moindre aux mesures d'isolement contention ainsi qu'une meilleure prise en charge pour les patients en bénéficiant.

La question d'un manque d'USIP et d'une meilleure prise en charge de ces patients dans de tel lieux qu'en unité de psychiatrie générale conventionnelle se pose. L'hypothèse est que ces patients auront l'utilité d'un soin plus contenant avec plus de moyens, plus d'activités et une réflexion pharmacologique, il ne s'agit ni d'une volonté sécuritaire, ni d'une tentative de diminuer artificiellement les chiffres d'isolement/contention en déplaçant les patients le plus concernés dans des unités différentes.

Au niveau pharmacologique

Une revue de prescriptions concernant ces patients est à mener, afin de savoir si les traitements suivent les recommandations actuelles, et d'observer si les différents épisodes ont été suivis d'une réflexion pharmacologique concernant les patients

Dans l'étude de Tunde-Ayinmode et Little(63) un nombre de médicaments si besoin supérieur ou égal à trois est significativement associé à l'isolement, une dose d'antipsychotique supérieur à 1g d'équivalent chlorpromazine n'était pas associée significativement à l'isolement.

Evaluation prospective du risque

Il existe des questionnaires de risque à court terme, La HAS dans son guide « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie » fait référence à The Historical Clinical Risk Management 20 scale (HCR-20) (Webster 1997 5560) dans son étude van de Sande(64), utilise la Brøset Violence Checklist ainsi que la Kennedy Axis V dans sa version longue et courte. Dans son étude l'utilisation routinière par les équipes de ces échelles permet de diminuer de manière significative les événements violents et la durée des mesures d'IC

Aussi en prospectif il semble pertinent d'évaluer les moments à risques de manière standardisée avec le patient dès son entrée en hospitalisation comme cela est recommandé par la HAS dans le même guide. La mise en place d'une telle mesure pourrait faire l'objet d'une étude.

Stratégies de désescalade

Les recommandations HAS sur la réduction de la violence, présentent un outil nommé « *Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence* » dans lequel on trouve plusieurs principes de désescalade lors des situations de crise, cet outil cite les principes du programme Talk Down de Safewards(65) comprenant comme principes : le contrôle de soi, ainsi que le respect et l'empathie, avec comme stades d'intervention : la délimitation, suivie de la clarification puis de la résolution.

Il existe d'autres techniques de désescalade, on peut citer par exemple la formation OMEGA délivrée aux personnels de l'EPSM de l'agglomération lilloise et Lille Métropole notamment, cette formation a pour objectifs :

- « *D'identifier les éléments à risque présents dans son milieu de travail ;*
- *De choisir et de prendre les dispositions de protection physique appropriées à la situation ;*
- *De sélectionner et d'appliquer le mode d'intervention verbale/psychologique le plus approprié à l'agressivité exprimée ;*
- *De communiquer efficacement avec ses collègues dans un objectif de résolution de crise d'agressivité ;*
- *D'appliquer des techniques simples d'esquive et d'immobilisation. »(66)*

Le NICE recommande de consigner dans les dossiers les stratégies ayant fait leurs preuves auprès d'un patient, afin que ces stratégies puissent être réutilisées.

En consultant la littérature ainsi que les recommandations françaises et anglaises, il apparaît nécessaire de mettre en place la formation des personnels de psychiatrie aux techniques de désescalade, que ce soit pour les patients de notre étude ou pour l'ensemble des patients.

Conclusion

Notre étude a porté sur les patients présentant le plus d'IC, elle semble dégager au moins deux profils de grands isolés/contenus chez les adultes. Ces profils sont semblables à ceux de la littérature, en dépit du faible nombre d'études se concentrant sur cette population, cependant cette étude porte sur un faible nombre de patient, la rendant difficilement généralisable. Aussi le profil dégagé n'est pas assez précis pour pouvoir cibler les patients susceptibles de bénéficier de stratégies d'intervention précoce, il serait souhaitable de poursuivre ce travail par une étude prospective, avec une évaluation indépendante des diagnostics via échelle d'évaluation, en définissant un nombre de mesures à partir duquel un patient est considéré comme « grand isolé/contenu » mesurant cette fois-ci avec précision la durée totale des différents épisodes, le profil pharmacologique des patients, ainsi que les adaptations pharmacologiques effectuées et leur efficacité.

Les spécificités de la pédopsychiatrie laissent penser qu'un autre type de critère devrait être retenu, et que les patients devront être analysés séparément.

Plusieurs interventions semblent pertinentes pour réduire le recours à la contention, il peut s'agir d'investir sur la création d'unités de soins intensifs, la formation des équipes soignantes aux techniques de désescalade, ou l'utilisation d'échelles d'évaluation des risques.

Si l'hypothèse de différences entre patients est retenue, il serait intéressant de mener en parallèle une étude sur les conditions de mise en isolement/contention des autres patients en comparant les pratiques entre secteurs, certaines données étant inexploitable en rétrospectif : par exemple les horaires des événements, le nombre de personnel en poste.

Le législateur, les associations d'usagers ainsi que l'évolution internationale nous conduit à envisager des mesures permettant la diminution du recours aux mesures d'isolement/contention.

Le faible nombre d'études et de statistiques étayées disponible en France concernant le sujet rend difficile d'effectuer des comparaisons internationales valides.

Il n'existe aucun pays comparable à la France démographiquement ayant réussi à abolir définitivement ces mesures, l'Angleterre ne pratique pas la contention mécanique mais la contention physique qui est elle aussi sujette à controverse.

Il est important de noter que les pays ayant diminué, voire aboli le recours à la contention ont une histoire et une culture de non-contention ancienne, pour pouvoir se mettre à leur niveau il serait souhaitable de mettre en place des investissements conséquents et durables.

L'état semble avoir été à l'écoute du CGLPL et du CPT concernant le recours abusif aux mesures de restriction et tente de le limiter en passant par la voie législative, il serait cependant souhaitable qu'il soit aussi sensible aux demandes concernant la nécessité de plus de moyens humains et financiers à la psychiatrie afin de mettre en place des projets à visée de diminution de ces mesures. La dernière loi en vigueur est encore trop récente pour être étudiée, sa promulgation aura au moins eu le mérite de

replacer les mesures restrictives au sein des débats. Il semble au vu de la levée de boucliers générée que la psychiatrie doit encore faire son auto-critique concernant son rapport aux mesures de privation de liberté.

Au vu du faible nombre d'études se concentrant sur l'isolement et la contention en France associé à une volonté étatique de diminuer ces mesures, il apparaît urgent de multiplier les travaux de ce type.

Références bibliographiques

1. Favereau E. «On n'arrive pas à penser la maladie mentale» [Internet]. Libération. [cité 30 mars 2021]. Disponible sur: https://www.liberation.fr/societe/sante/on-narrive-pas-a-penser-la-maladie-mentale-20210330_N5T4WZ4RAZB2DDEIJ665EHPQEU/
2. Knutzen M, Bjørkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Mjøsund NH, Opjordsmoen S, et al. Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint—A register study in three Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatry Res.* 30 janv 2014;215(1):127-33.
3. Isolement et contention en psychiatrie générale [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale
4. Larousse É. Définitions : isolement - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/isolement/44469>
5. Larousse É. Définitions : contention - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contention/18580>
6. Carré R, Moncany A-H, Schmitt L, Haoui R. Contention physique en psychiatrie : étude qualitative du vécu des patients. *Inf Psychiatr.* 2 juin 2017;Volume 93(5):393-7.
7. Palazzolo J. À propos de l'utilisation de l'isolement en psychiatrie : le témoignage de patients. *L'Encéphale.* 1 juin 2004;30(3):276-84.
8. Guivarch J, Cano N. Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques. *L'Encéphale.* 1 sept 2013;39(4):237-43.
9. Thomas PJ. La psychiatrie d'urgence comme structure de médiation Statut de la parole et de la communication à l'hôpital. :564.
10. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, Grubaugh AL, Sauvageot JA, Cousins VC, et al. Patients' reports of traumatic or harmful experiences within the psychiatric setting. *Psychiatr Serv Wash DC.* sept 2005;56(9):1123-33.
11. Quétel C. Histoire de la folie, de l'Antiquité à nos jours. Tallandier. 2012.
12. Carré R, Morlhon L, Ponet B. Enfermement et contention. *Empan.* 18 juill 2019;n° 114(2):16-21.
13. Saint Thomas D'Aquin. Somme théologique, t.2.
14. Postel J, Quétel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Dunod; 2012. 666 p.
15. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Editions Gallimard; 2014. 772 p.
16. Laharie M. Comprendre et soigner la maladie mentale au Moyen Age (Xle - XIIIe siècles).
17. Cyrulnik B, Lemoine P. Histoire de la folie avant la psychiatrie. Odile Jacob; 2018. 248 p.
18. Ternon M. Juger les fous au Moyen Âge: Dans les tribunaux royaux en France XIVe-XVe siècles. Presses Universitaires de France; 2018. 411 p.

19. Pinel P. Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. J.A. Brosson; 1809. 552 p.
20. Esquirol É. Des Établissements Des Aliénés En France Et Des Moyens d'Améliorer Le Sort de Ces Infortunés: Mémoire Présenté À S. E. Le Ministre de l'Intérieur En S. HACHETTE LIVRE; 2020. 54 p.
21. Esquirol É, Gauchet M, Swain G. Des Passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale - précédé de Du traitement de la manie aux passions : la folie et l'union de l'âme et du corps. Paris: Librairie des Deux-Mondes; 1980. 115 p.
22. Hill RG. Total Abolition of Personal Restraint in the Treatment of the Insane, a Lect. on the Management of Lunatic Asylums. Creative Media Partners, LLC; 2016. 202 p.
23. Scull A. A Victorian alienist: John Conolly, FRCP, DCL (1794–1866). In: The Anatomy of Madness. Routledge; 1985.
24. Tomes N. The great restraint controversy: a comparative perspective on Anglo-American psychiatry in the nineteenth century. In: The Anatomy of Madness. Routledge; 1988.
25. Declaration of Hawaii. J Med Ethics. juin 1978;4(2):71-3.
26. Codes d'éthique et déclarations concernant les professions médicales: recueil de textes deontologiques [Internet]. Amnesty International. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.amnesty.org/fr/documents/act75/001/1992/fr/>
27. Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé, A.G. res. 46/119, 46 GAORSupp. (No. 49) à 189, U.N. Doc. A/46/49 (1991).
28. HCDH | Protocole facultatif à la Convention contre la torture [Internet]. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/professionalinterest/pages/opcat.aspx>
29. OMS OM de la S[. Ouvrage de référence sur la santé mentale : les droits de l'homme et la législation / Organisation Mondiale de la Santé [Internet]. OMS. Genève; 2005 [cité 2 sept 2021]. 196 p. Disponible sur: <http://www.credif.org.tn/PORT/doc/SYRACUSE/46476/ouvrage-de-referance-sur-la-sante-mentale-les-droits-de-l-homme-et-la-legislation-organisation-mondi>
30. A propos du CPT [Internet]. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/cpt/about-the-cpt>
31. Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants.
32. Le CPT et la France [Internet]. [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.coe.int/fr/web/cpt/france>
33. RECOMMANDATION REC(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.
34. Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté (1).

35. Oxfoz. Les premières recommandations publiques relatives à un établissement de santé [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2009 [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/2009/les-premieres-recommandations-publiques-relatives-a-un-etablissement-de-sante/>
36. Oxfoz. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2016 [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/2016/isolement-et-contention-dans-les-etablissements-de-sante-mentale/>
37. Circulaire DGS/SP 3 n° 48 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux - APHP DAJDP [Internet]. [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgssp-3-n-48-du-19-juillet-1993-portant-sur-le-rappel-des-principes-relatifs-a-laccueil-et-aux-modalites-de-sejours-des-malades-hospitalises-pour-troubles-mentaux-2/>
38. Article L3222-5-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031918948/2016-01-28/
39. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A-M, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R. A 15-year national follow-up: legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 sept 2007;42(9):747-52.
40. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 sept 2010;45(9):889-97.
41. Chambres d'isolement en psychiatrie : état des lieux en France - ScienceDirect [Internet]. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.sciencedirect.com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/science/article/pii/S1246739110000576>
42. Department of Health N. Mental Health Act 1983: Code of Practice [Internet]. Disponible sur: assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/435512/MHA_Code_of_Practice.PDF
43. Helping health and care services manage difficult patient behaviour [Internet]. GOV.UK. [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.gov.uk/government/publications/positive-and-proactive-care-reducing-restrictive-interventions>
44. Population by municipality, sex, citizenship and quarters 2010-2021 [Internet]. PX-Web. [cité 26 sept 2021]. Disponible sur: https://px.hagstofa.is:443/pxenpxen/pxweb/en/lbuar/lbuar__mannfjoldi__1_yfirlit__arsfjordungstolur/MAN10001.px/
45. Matthiasson P. Moins de soins sous contrainte : l'expérience islandaise. *Inf Psychiatr*. 20 sept 2017;Volume 93(7):558-62.

46. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A-M, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R. Who are the restrained and secluded patients: a 15-year nationwide study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1 nov 2010;45(11):1087-93.
47. Whitehead PD, Liljeros F. Heavy-tailed distribution of seclusion and restraint episodes in a state psychiatric hospital. *J Am Acad Psychiatry Law.* 2011;39(1):93-9.
48. Furre A, Falk RS, Sandvik L, Friis S, Knutzen M, Hanssen-Bauer K. Characteristics of adolescents frequently restrained in acute psychiatric units in Norway: a nationwide study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 12 janv 2017;11:3.
49. Clenet A. Incidence et caractéristiques de l'utilisation de la contention mécanique dans 11 établissements de psychiatrie en Occitanie [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité 2 sept 2021]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2342/>
50. Costemale-Lacoste J-F, Cerboneschi V, Trichard C, De Beaurepaire R, Villemain F, Metton J-P, et al. Facteurs prédictifs de la durée d'isolement chez les patients hospitalisés en psychiatrie. Une étude prospective multicentrique au sein du DTRF Paris-Sud. *L'Encéphale.* avr 2019;45(2):107-13.
51. L'EPSM de l'agglomération lilloise [Internet]. Etablissements Public de Santé Mentale - Agglomération Lilloise. [cité 16 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.epsm-al.fr/epsm>
52. Les établissements de santé - édition 2020 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 4 sept 2021]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/panoramas-de-la-drees/les-etablissements-de-sante-edition-2020>
53. Patient Variables Associated with the Therapeutic Use of Seclusion and Restraint in Inpatient Psychiatry [Internet]. *The New York Medical Journal.* 2016 [cité 5 sept 2021]. Disponible sur: <https://newyorkmedicaljournal.org/articles/patient-variables-associated-with-the-therapeutic-use-of-seclusion-and-restraint-in-inpatient-psychiatry/>
54. Beck NC, Durrett C, Stinson J, Coleman J, Stuve P, Menditto A. Trajectories of Seclusion and Restraint Use at a State Psychiatric Hospital. *Psychiatr Serv.* 1 sept 2008;59(9):1027-32.
55. Jane JS, Oltmanns TF, South SC, Turkheimer E. Gender Bias in Diagnostic Criteria for Personality Disorders: An Item Response Theory Analysis. *J Abnorm Psychol.* févr 2007;116(1):166-75.
56. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. *Front Psychiatry.* 16 juill 2019;10:491.
57. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries. *PLoS ONE.* 29 déc 2016;11(12):e0168720.
58. DETERMINANTS OF INPATIENT PSYCHIATRIC LENGTH OF STAY IN AN URBAN COUNTY HOSPITAL | SpringerLink [Internet]. [cité 29 sept 2021]. Disponible sur: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11126-006-9005-z>

59. Journée AdESM « Droits et libertés des patients » [Internet]. AdESM. 2019 [cité 26 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.adesm.fr/journee-adesm-droits-et-libertes-des-patients/>
60. Van Melle AL, Noorthoorn EO, Widdershoven G a. M, Mulder CL, Voskes Y. Does high and intensive care reduce coercion? Association of HIC model fidelity to seclusion use in the Netherlands. *BMC Psychiatry*. 29 sept 2020;20(1):469.
61. Le Bihan P, Esfandi D, Pagès C, Thébault S, Naudet J-B. Les unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) : expériences françaises et internationales. *Médecine Droit*. 1 sept 2009;2009(98):138-45.
62. Deguillaume A. Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques en France : étude descriptive sur leurs missions, leurs modalités de prise en charge et leur intégration dans le réseau de soin. 10 oct 2017;99.
63. Tunde-Ayinmode M, Little J. Use of Seclusion in a Psychiatric Acute Inpatient Unit. *Australas Psychiatry*. 1 déc 2004;12(4):347-51.
64. van de Sande R, Nijman HLI, Noorthoorn EO, Wierdsma AI, Hellendoorn E, van der Staak C, et al. Aggression and seclusion on acute psychiatric wards: effect of short-term risk assessment. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. déc 2011;199(6):473-8.
65. User S. Talk Down | Interventions | English [Internet]. Safewards. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.safewards.net/interventions/talk-down>
66. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales [Internet]. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales. [cité 22 sept 2021]. Disponible sur: <http://asstsas.qc.ca/formations-nos-formations/omega-de-base>

Annexes

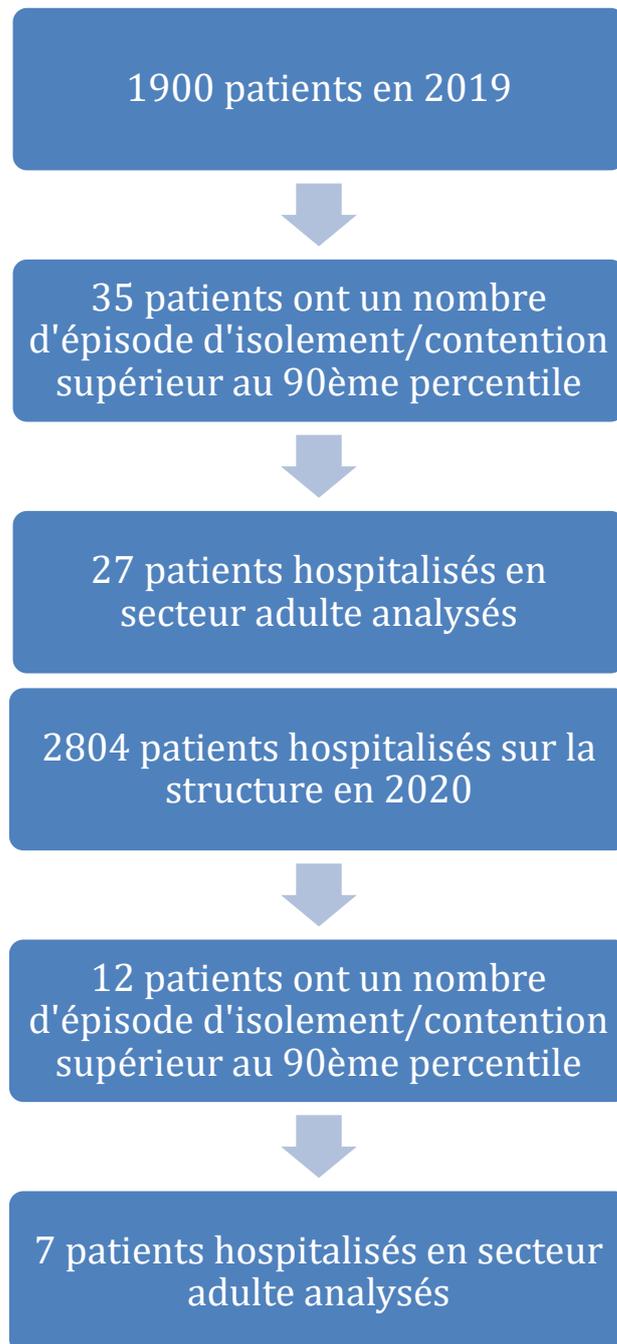


Figure 10 : Diagrammes d'inclusion des patients

Tableau 1 : Caractéristiques des patients de l'année 2019	Hommes (Effectif=16)	Femmes (Effectif=11)	Total (Effectif=27)
Caractéristiques diagnostiques			
(F00-F09) Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	0	0	0
(F10-F19) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	6,25% (1)	9,1%(1)	7,4%(2)
(F20-F29) Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	81,25%(13)	45,5%(5)	66,7%(18)
(F30-F39) Troubles de l'humeur (affectifs)	25%(4)	36,4%(4)	29,6%(8)
(F40-F48) Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	6,25%(1)	18,2%(2)	11,1%(3)
(F50-F59) Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	6,25%(1)	0	3,7%(1)
(F60-F69) Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	12,5%(2)	72,7%(8)	37%(10)
(F70-F79) Retard mental	12,5%(2)	9,1%(1)	11,1%(3)
(F80-F89) Troubles du développement psychologique	6,25%(1)	0	3,7%(1)
(F90-F98) Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	6,25%(1)	9,1%(1)	7,4%(2)
(F99) Trouble mental, sans autre indication	0% (0)	0	0
Caractéristiques démographiques			
Age médian au 01/01/2019 (en années)	33	27	33
Age moyen au 01/01/2019 (en années)	35,4	28,9	32,7
Durée moyenne de séjour sur l'année 2019 pour les patients de l'effectif (en jours)	140,2	131,3	136,6
Durée médiane de séjour sur l'année 2019 pour les patients de l'effectif (en jours)	97,5	110	110
Durée moyenne de séjour sur l'année 2019 (en jours)			20,5
Nombre total de mesures de l'effectif	157	136	293
Pourcentage du nombre de mesures de l'établissement	17	14,7	31,7
Nombre de séjour médian en 2019	2	4	3
Nombre de séjour moyen en 2019	3,3	3,5	3,4
Antécédent de contention les années précédentes	7	9	16
Pourcentage de patient ayant un antécédent de contention les années précédentes	43,8	81,8	59,3

Tableau 2: Caractéristiques des patients de l'année 2020	Hommes (Effectif=2)	Femmes (Effectif=5)	Total (Effectif=7)
Caractéristiques diagnostiques			
(F00-F09) Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques	0	20%(1)	14,3%(1)
(F10-F19) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives	0	0	0
(F20-F29) Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	0	40%(2)	28,6%(2)
(F30-F39) Troubles de l'humeur (affectifs)	0	20%(1)	14,3%(1)
(F40-F48) Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes	0	0	0
(F50-F59) Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques	0	20%(1)	14,3%(1)
(F60-F69) Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte	50%(1)	40%(2)	42,9%(3)
(F70-F79) Retard mental	50%(1)	0	14,3%(1)
(F80-F89) Troubles du développement psychologique	50%(1)	0	14,3%(1)
(F90-F98) Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence	0	0	0
(F99) Trouble mental, sans autre indication	0	0	0
Caractéristiques démographiques			
Age médian au 01/01/2020 (en années)	32	31	31
Age moyen au 01/01/2020 (en années)	32	36,2	35
Durée moyenne de séjour sur l'année 2020 pour les patients de l'effectif (en jours)	205	181	187,9
Durée médiane de séjour sur l'année 2020 pour les patients de l'effectif (en jours)	205	171	188
Durée moyenne de séjour sur l'année 2020 (en jours)			29,2
Nombre total de mesures de l'effectif	46	60	106
Pourcentage du nombre de mesures de l'établissement	4,3%	5,6%	9,8
Nombre de séjour médian en 2020	2	4	3
Nombre de séjour moyen en 2020	2	5,2	4,3
Antécédent de contention les années précédentes	2	3	5
Pourcentage de patient ayant un antécédent de contention les années précédentes	100	60	71,43

Tableau 3 : Mesures d'isolements/contention selon le mode d'hospitalisation					
2019	SL	SDT	SDTU	SDRE	SPI
Nombre de mesures	7	12	111	101	62
Nombre de patients concernés	3	3	14	4	9
2020					
Nombre de mesures	10	0	67	13	16
Nombre de patients concernés	1	0	5	1	3

AUTEUR : Nom : Benramdane

Prénom : Mohammed

Date de soutenance : 20 Octobre 2021

Titre de la thèse : Observation des caractéristiques de sous-groupes de patients sujets à une mesure d'isolement/contention au sein de l'EPSM de l'agglomération lilloise

Thèse - Médecine - Lille « 2021 »

Cadre de classement : *Psychiatrie adulte*

DES + spécialité : *Psychiatrie*

Mots-clés : psychiatrie, contention, isolement

Résumé :

Introduction : Dans un l'objectif de diminuer le nombre d'épisodes de contention et d'isolement il est recommandé par la HAS d'évaluer les patients à risque afin de pouvoir mettre en place des mesures d'intervention précoce et de diminuer le recours aux mesures de restriction chez les patients sujets à un nombre élevé de mesures.

La littérature décrit qu'un nombre faible de patients représente un pourcentage élevé de mesures d'isolement et de contention.

Matériel et méthode : L'objectif de l'étude observationnelle est d'identifier les caractéristiques communes de ces patients afin de dégager des éléments prédictifs d'un nombre de mesures élevé, elle porte sur un total de 34 patients en 2019 et 2020, les caractéristiques étudiées sont le nombre de mesures d'isolement/contention, le genre, l'âge, la pathologie selon la CIM 10, les antécédents de mesures restrictives, le mode d'hospitalisation, la durée ainsi que le nombre de séjour,

Résultats : Les diagnostics les plus associés sont : (F60-F69) Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte et (F20-F29) Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants, l'âge moyen est de 32,7ans en 2019 et 35 en 2020, la durée moyenne de séjour est de 136,6 jours en 2019 et 187,9 en 2020.

Ces patients représentent un faible pourcentage du total de patients hospitalisés au sein de l'EPSM au cours des années 2019 (1,4% des patients représentent 31,7% des mesures) et 2020 (0,2% des patients représentent 9,8% des mesures).

Conclusion : Cette étude semble dégager deux profils différents de patients fréquemment isolés et/ou contenus, un profil masculin et un profil féminin. La durée de séjour moyenne de ces patients est fortement supérieure à la durée d'hospitalisation moyenne. Ces patients représentent une minorité des patients hospitalisés au cours des années 2019 et 2020.

Le nombre faible de patients représentant un pourcentage élevé de mesures laisse imaginer que des mesures portant spécifiquement sur ces derniers réduirait drastiquement le recours aux mesures de restriction.

Une étude prospective sur un plus grand nombre d'établissements permettrait d'étayer ces observations.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Maxime BUBROVSZKY

Assesseurs : Madame le Docteur Cécile PHAN