

Rapport final de recherche

PLAID-Care Psychiatrie et libertés individuelles : étude d'établissements caractérisés par un moindre recours à la coercition

AAP de Recherche en santé publique 2020
« Interventions, services et politiques favorables à la santé »

Sébastien Saetta
Magali Coldefy, Coralie Gandré, Jean-Paul Lanquetin, Delphine Moreau,
Frédéric Mougeot, Yvonne Quenum, Loïc Rohr, Livia Velpy

Juin 2024

Soutenu par :
Direction Générale de la Santé – Caisse Nationale d'Assurance Maladie
Institut national de la santé et de la recherche médicale

TABLE DES MATIERES

I. PARTIE SCIENTIFIQUE	3
Résumé.....	4
Abstract	5
Synthèse longue.....	6
I. Contexte et objectifs du projet PLAID-Care	7
II. Méthodologie	8
III. Principaux résultats obtenus	10
I.V. Apports potentiels de ces résultats pour la communauté de recherche.....	19
V. Manière dont ces résultats peuvent alimenter les réflexions et actions de décideurs, acteurs nationaux ou locaux, ainsi que des professionnels de santé	20
VI. Perspectives de recherches.....	22
II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE	25
III. ANNEXES	33
Annexe 1 – Tableaux, figures, documents et graphiques	34

I. PARTIE SCIENTIFIQUE

Résumé

PLAID-Care – Psychiatrie et libertés individuelles : étude d'établissements caractérisés par un moindre recours à la coercition

Sébastien Saetta, Magali Coldefy, Coralie Gandré, Jean-Paul Lanquetin, Delphine Moreau Frédéric Mougeot, Loïc Rohr, Yvonne Quenum, Livia Velpry

CONTEXTE

En dépit de ses effets délétères, la coercition (soins sans consentement, isolement, contention, fermeture des services, etc.) reste fréquente en psychiatrie, notamment en France, où des disparités notables entre établissements ont été repérées. Aucun travail approfondi ne s'est cependant attaché à mieux décrire, expliquer et comprendre ces disparités et ne s'est notamment tourné vers des établissements peu coercitifs. La recherche PLAID-Care se focalise ainsi sur ce type d'établissements afin de dégager les leviers d'une psychiatrie moins coercitive et plus respectueuse des droits des personnes hospitalisées.

OBJECTIFS

La recherche PLAID-Care visait à réaliser un état de lieux de la (moindre) coercition à l'international et en France et des facteurs qui lui sont associés (tâche 1). Dans un échantillon d'établissements historiquement moins coercitifs (tâche 2) et d'établissements cherchant à diminuer leur recours à la coercition (tâche 3, elle visait également à identifier et à analyser les leviers du moindre recours ainsi que ses effets sur le parcours et le vécu des usagers et des professionnels.

MÉTHODOLOGIE

La tâche 1 a reposé sur une revue de la littérature, l'exploitation des données du Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie (Rim-P) et une méthodologie de modélisation des facteurs de la (moindre) coercition. La tâche 2 a reposé sur une étude ethnographique (entretiens, observations, méthode documentaire) dans quatre établissements, et la tâche 3, sur des visites de services et des entretiens dans deux établissements.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

La fréquence et les importantes disparités en matière de recours à la coercition, notamment à l'isolement et à la contention sur le territoire français, ont été confirmées. Si les établissements peu coercitifs sont minoritaires, la moindre coercition n'est pas pour autant anecdotique, avec notamment environ 10% d'établissement déclarant ne pas recourir à la contention. Les tâches 2 et 3 ont permis de mettre en exergue trois catégories de leviers de la moindre coercition (relation de soin, collectif de soin, milieu de vie) qui sont soutenus par une culture du soin et dont l'activation et la pérennité sont liées au travail de l'équipe d'encadrement, à une communauté médicale impliquée et soudée, au soutien des directions, ainsi qu'à une culture d'établissement et à des processus d'institutionnalisation.

APPORTS OU IMPACTS POTENTIELS

PLAID-Care participe à dynamiser la recherche française sur la (moindre) coercition et à démontrer la fécondité d'une approche pluridisciplinaire (sociologie, géographie, sciences infirmières, santé publique) et multi-niveaux. Elle offre un premier panorama du recours à la coercition qui favorisera la réalisation de futurs travaux. Elle confirme que, toutes choses égales par ailleurs, et par l'activation de leviers cliniques et l'implication de l'ensemble des acteurs de l'établissement et du territoire, la moindre coercition est possible. Elle permet ainsi de visibiliser et de soutenir les établissements moins coercitifs, et de fournir aux autres des leviers de transformation de leurs pratiques et leurs organisations. Elle participe, par des données scientifiques, à soutenir les politiques de réduction de pratiques qui portent atteinte aux droits et à la dignité des personnes avec un trouble psychique.

Abstract

PLAID-Care - Psychiatry and individual liberties: a study of establishments characterised by less recourse to coercion

*Sébastien Saetta, Magali Coldefy, Coralie Gandré, Jean-Paul Lanquetin, Delphine Moreau
Frédéric Mougeot, Loïc Rohr, Yvonne Quenum, Livia Velpy*

CONTEXT

Despite its deleterious effects, coercion (involuntary hospitalization, seclusion, mechanical restraint, closure of wards, etc.) is still commonly used in psychiatry, particularly in France. Significant disparities in the use of coercion have been identified between french establishments. No in-depth study, however, has sought to better describe, explain and understand these disparities. It is also unusual for studies to focus on establishments that make little use of coercive methods. PLAID-Care's research focuses on establishments that are comparatively less coercive. This will allow to identify levers for a less coercive psychiatry leading to practices more respectful of hospitalized patients' rights.

OBJECTIVES

The aim of the PLAID-Care research was to draw up an inventory of (lesser) coercion internationally and in France, and the factors associated with it (task 1). It also made to identify and analyse the levers of less coercion and its effects on the lives and experiences of users and professionals in a sample of establishments that have historically been less coercive (task 2) and establishments involved in a reduction in the use of coercion (task 3).

METHODS

Task 1 is based on a review of the literature, the use of data from the “*Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie*” (Rim-P) and a methodology for modelling the factors of (lesser) coercion. Task 2 is based on an ethnographic study (interviews, observations, documentary method) in four establishments. Task 3 is based on visits to wards and interviews in two establishments.

MAIN RESULTS

We confirmed the frequency and major disparities in the use of coercion throughout France, particularly seclusion and mechanical restraint. Although establishments using little coercion are a minority, least coercion is not anecdotal. For example, around 10% of establishments declare that they do not make use of mechanical restraint. Tasks 2 and 3 highlighted three categories of levers to reduce coercion: the care relationship, the care team, the living environment). Those are supported by a particular care culture. Its activation and sustainability is linked to management team work and support, an involved and cohesive medical community, as well as an institutional culture and registration processes.

OUTCOMES OR POTENTIAL IMPACTS

PLAID-Care is helping boost French research on the (lesser) use of coercion in psychiatry as well as to demonstrate the fruitfulness of a multi-disciplinary (sociology, geography, nursing science) and multi-level approach. It provides an initial overview of the use of coercion, which will encourage future research. Our study confirms that, all else being equal, least coercion is possible through the activation of ordinary levers and the involvement and support of all the actors involved, namely establishment and the region. This makes the advertisement and support of less coercive establishments possible whilst providing others with levers to transform their practices and organisations. Through scientific data, research helps to support policies aimed at reducing practices that undermine the rights and dignity of people with mental health problems.

Synthèse longue

PLAID-Care - Psychiatrie et libertés individuelles : étude d'établissements caractérisés par un moindre recours à la coercition
Sébastien SAETTA - CHU de Saint-Étienne, Centre Max Weber, ENSEIS Recherche
AAP de Recherche en Santé Publique 2020 : Interventions, Services et Politiques favorables à la santé
Frédéric Mougeot, ENSEIS Recherche, ENSEIS
« Modalité du projet Projet de recherche complet Modalité du projet »

Messages clés du projet

- La coercition, dont les effets délétères ont été démontrés, reste fréquente en psychiatrie, avec d'importantes disparités entre pays et à l'intérieur des pays, notamment en France. Pour autant, des services, des établissements voire des territoires entiers parviennent à limiter considérablement leur recours aux pratiques coercitives, et même à décréter l'interdiction d'une partie de ces pratiques.
- 10 à 20% d'établissements psychiatriques français apparaissent moins coercitifs (portes des unités ouvertes, faible recours ou recours nul à la contention et/ou à l'isolement). Malgré une situation globalement défavorable, le moindre recours à la coercition n'est donc pas anecdotique et la France possède des ressources pouvant permettre de soutenir une politique de réduction de la coercition et des disparités sur le territoire national et au-delà.
- L'étude de quatre établissements et services historiquement moins coercitifs permet de constater que le moindre recours à la coercition y est considéré comme allant de soi. Ce moindre recours est lié à l'activation de leviers cliniques ordinaires considérés comme relevant des fondamentaux du soin en psychiatrie, et non à des techniques, dispositifs ou protocoles spécifiques. La pérennisation de ces leviers implique cependant le soutien et la participation de l'ensemble des acteurs de l'établissement (équipe d'encadrement, personnels administratifs, communauté médicale) voire du territoire (préfet, maire, ARS), à toutes les échelles de responsabilité. Elle est également le produit d'une culture du soin, d'une culture professionnelle voire d'une culture d'établissement agissant comme ciment des coopérations et de l'organisation.
- L'approche pluridisciplinaire, multi-méthodologique et multi-niveaux est particulièrement féconde et permet d'embrasser et d'analyser l'articulation de l'ensemble des leviers, des facteurs et des niveaux concourant au moindre recours à la coercition.

I. Contexte et objectifs du projet PLAID-Care

I.1. Contexte social et scientifique

La coercition en psychiatrie désigne un ensemble de mesures appliquées au patient contre sa volonté : soins sans consentement, isolement, contention mécanique (avec des sangles), administration forcée de médicaments, fermeture des services et mesures englobées sous le terme de « coercition informelle » (chantage, contraintes liées à l'architecture, etc.) (Szmukler, 2015). En dépit de l'absence de preuve de ses bénéfices thérapeutiques et de ses effets délétères sur les patients, les professionnels et l'ensemble du système de santé, la coercition reste fréquente en psychiatrie (Aragonés-Calleja, Sánchez-Martínez, 2023). Concernant la France, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) rendait compte, en 2016, d'une « utilisation de l'isolement et de la contention d'une ampleur telle qu'elle semble être devenue indispensable aux professionnels », tout en soulignant, à l'époque, « une fréquence impossible à quantifier » (CGLPL, 2016 : 8). Le CGLPL faisait également état d'importantes disparités en matière de recours à ces pratiques, disparités soulignées par ailleurs par des premières estimations du recours à l'isolement (Coldefy, 2016). La fréquence de la coercition et ces disparités constituent une perte de chances pour les patients et pèsent sur l'ensemble du système de santé. Dans la mesure où le recours à la coercition constitue une atteinte aux droits fondamentaux, cette situation place également la psychiatrie française en porte-à-faux vis-à-vis des référentiels européens et internationaux¹ ainsi que du droit français, qui a récemment défini l'isolement et la contention mécanique comme des « pratiques de dernier recours » ne devant être utilisées que pour « prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui » (art. L3222-5-1 du Code de la santé publique).

Ces constats ont justifié le développement de la recherche PLAID-Care, cette thématique étant de surcroît insuffisamment étudiée en France. Bien que le sujet de la coercition ait été étudié dans le champ des sciences humaines et sociales², il n'a fait l'objet que de recherches rares et isolées dans le champ de la médecine, des sciences infirmières et de la santé publique. Aucun travail approfondi ne s'est attaché à mieux décrire, expliquer et comprendre les disparités en matière de recours à la coercition, et n'a étudié en particulier les établissements qui y recourent peu voire ne recourent pas à une partie de ces mesures (comme la contention mécanique). La culture de la coercition semble si ancrée en France que l'évocation de ces établissements suscite une forme d'incrédulité. « Ils n'ont pas les mêmes patients » ; « Ils envoient leurs patients difficiles ailleurs » ; « Ils recourent davantage à la sédation ? », sont autant de propos énoncés à l'évocation d'établissements ouverts et qui ne recourent pas à la contention mécanique. Tout se passe comme si la pratique d'une psychiatrie peu coercitive était impossible voire irresponsable, tant au regard de la protection de la société que de celle des patients et des soignants. À population et effectifs similaires, des établissements présentent pourtant des fonctionnements différents au regard des libertés fondamentales et du recours à la coercition. Des établissements diminuent également rapidement et de manière significative leur recours aux pratiques coercitives. PLAID-Care s'est ainsi construit sur l'idée de **prendre au sérieux et d'investiguer ces établissements peu coercitifs**, dont l'étude peut permettre de dégager les leviers d'une psychiatrie moins coercitive, plus respectueuse des droits et de la dignité des patients, mais aussi moins stigmatisée et plus attractive. En vue d'une meilleure compréhension du

¹ En particulier la Convention internationale des droits des personnes handicapées, ratifiée par la France en 2010.

² E.g. les travaux du [collectif CONTRAST](#) ainsi que ceux de Delphine Moreau (2017).

moindre recours à la coercition dans ces établissements et de la pluralité des facteurs qui y contribuent (Goulet, Lessard-Deschênes, 2023), le projet a réuni plusieurs disciplines (sciences infirmières, sociologie, géographie, santé publique) afin de multiplier les niveaux d'analyse et les outils méthodologiques.

I.2. Objectifs

L'objectif général de PLAID-Care est de **mieux saisir le phénomène de la moindre coercition**, qu'il s'agisse de sa réalité sur le(s) territoire(s), de ses leviers et conditions de possibilités, et de ses effets sur les parcours (professionnels et de soin). Cet objectif a été poursuivi à travers **trois tâches** et des objectifs spécifiques : **réaliser un état des lieux de la moindre coercition à l'international et en France ainsi que des facteurs qui lui sont associés** (tâche 1) ; **identifier et analyser les leviers du moindre recours ainsi que ses effets sur les parcours et le vécu des usagers et des professionnels** dans un échantillon d'établissements historiquement moins coercitifs (tâche 2) et dans un échantillon d'établissements impliqués dans la diminution du recours à la coercition (tâche 3).

II. Méthodologie

II.1. Tâche 1

- **Revue de la littérature internationale** : Une revue narrative de la littérature internationale sur la moindre coercition a été réalisée dans le cadre d'un partenariat avec le réseau documentaire ASCODOCPSY. Des documentalistes du réseau ont réalisé une recherche documentaire et un travail de sélection et de veille permettant la mise à disposition régulière des nouvelles références à l'équipe (tous les mois la première année du projet, tous les trois mois la seconde année). À ce jour, la bibliothèque compte **291 références**, qui ont fait l'objet d'un classement disciplinaire et thématique (par pratiques et par catégories d'alternatives) par les chercheurs de l'équipe. Les méta-analyses, les revues parapluies et les revues systématiques ont fait l'objet d'une attention particulière.

- **État des lieux de l'isolement et de la contention mécanique basé sur une exploitation des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P)** : Un panorama inédit du recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique (ISOC) en France en 2022 a été réalisé en collaboration avec l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). Il a reposé sur l'exploitation du Rim-P, recueil de données médico-administratives permettant de décrire l'activité de soins des établissements en psychiatrie à l'échelle nationale. Depuis 2018, le Rim-P inclut un recueil obligatoire des mesures d'ISOC dont l'accès a été accordé aux chercheurs en janvier 2022. Ce travail a nécessité des analyses plus approfondies par rapport à ce qui avait été annoncé dans le projet initial et a conduit à la mise en place de l'**étude ancillaire RICOCHET**³. Cette étude comprend **deux volets** : 1° un panorama inédit du recours aux mesures d'ISOC et des variations entre établissements ainsi que de la population concernée ; 2° une étude visant à en caractériser les déterminants. **Le premier volet a été réalisé et a donné lieu à une première publication** (Touitou-Burckard, Gandré, Coldefy, Ellini, Saetta., 2024), tandis que le second volet est en cours. ➡ **Pour une description détaillée de la méthodologie, cf. [Touitou-Burckard, Gandré, Coldefy, Ellini, Saetta, Ibid.: 5.](#)**

³ E. Touitou-Burckard, C. Gandré, M. Coldefy, Recours à l'isolement et à la Contention en psyCHiatrie, analyse des variations entre Établissements et facteurs associés à l'échelle nationale (2023-2024). Ce projet fait l'objet d'un Master 2 soutenu par une bourse du Congrès Français de Psychiatrie. Pour une description détaillée cf. [etude-ricochet-variations-du-recours-a-lisolement-et-a-la-contention-en-psychiatrie-entre-etablissements/](#)

- Identification d'établissements moins coercitifs par l'analyse des rapports de visite du

CGLPL : Une exploitation des rapports de visite du CGLPL dans les établissements psychiatriques a été réalisée par quatre membres de l'équipe. Parmi les 186 établissements de ce type ayant été visités par le CGLPL au moment de l'étude, il s'est agi d'identifier ceux qui apparaissaient comme moins coercitifs, à savoir les établissements caractérisés par un principe général d'ouverture ; un faible recours à l'isolement ; un faible recours à la contention. L'analyse a reposé sur les rapports les plus récents contenant une synthèse (rapports postérieurs à 2015), à savoir **126 rapports**.

- Recherche ancillaire basée sur une méthodologie de modélisation des facteurs de la

(moindre) coercition : Une recherche ancillaire a été réalisée en collaboration avec l'École des Mines de Saint-Étienne et le CHU de Saint-Étienne⁴. L'enjeu de ce travail était de construire une **méthode opérationnelle que les décideurs hospitaliers pourront utiliser afin de réduire la coercition**. La procédure de recherche, basée sur la modélisation, s'est articulée autour de **trois phases** : 1) une phase, visant à construire un modèle qualitatif structurant le vaste ensemble de facteurs systémiques de la moindre coercition ; 2) une phase, consistant à quantifier ce modèle, avec l'ambition de pondérer l'importance relative de chaque facteur par rapport aux autres ; 3) une phase permettant de mettre en œuvre le modèle par le biais d'une validation expérimentale, cette dernière étape visant à déployer un diagnostic organisationnel permettant d'évaluer la capacité de tout hôpital à réduire les mesures coercitives. **Les deux premières phases ont été réalisées dans le cadre du projet** tandis que la troisième fera l'objet d'une étude ultérieure.

II.2. Tâche 2

- Étude ethnographique : La tâche 2 a reposé sur l'étude ethnographique et des monographies d'établissements historiquement moins coercitifs, *i.e.* d'établissements ou services remplissant au moins deux des trois critères suivants : 1° faible recours ou recours nul à la contention mécanique ; 2° faible recours ou recours nul à l'isolement ; 3° portes de l'ensemble des unités d'hospitalisation ouvertes. Les établissements devaient aussi avoir une antériorité en matière de moindre recours (plusieurs décennies). Les établissements et secteurs suivants ont alors été retenus : **le CH Buëch Durance (CHBD) (Hautes-Alpes) ; le CH Valvert (CHV) (Marseille) ; le secteur 3 du pôle 5,6,7 du GHU Paris Psychiatrie Neurosciences ; le pôle G21 de l'EPSM Lille-Métropole**. L'étude a reposé sur **quatre méthodes** : 1) exploitation des données de la Statistique Annuelle des Établissements (SAE) et du Rim-P en vue de comparer les caractéristiques de ces établissements aux autres établissements ; 2) observations dans les unités d'hospitalisation et ponctuellement dans d'autres services ; 3) entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon diversifié d'acteurs (soignants, médecins, personnels administratifs, usagers) ; 4) méthode documentaire. Les observations et entretiens ont, sur chaque site, été réalisés en binôme (sociologue et infirmier) afin de faciliter la triangulation des regards.

- Étude ancillaire et exploratoire sur la contention chimique : Bien qu'un faible recours à la « contention chimique » ne constituât pas un critère de recrutement, nous y avons prêté attention dans la mesure où les services qui ne recourent qu'exceptionnellement aux mesures d'ISOC peuvent être soupçonnés de recourir à la « contention chimique », *i.e.* à des injections forcées et des hautes doses de neuroleptiques. La thématique a été particulièrement investiguée par Julien Degry, stagiaire sur le projet (*cf. Annexe 4 – Article et*

⁴ Travail réalisé à l'aide d'un financement du CHU de Saint-Étienne qui a permis le recrutement d'une ingénieure de recherche à l'École des Mines : Johanna Clerc.

rapport Julien Degry, p. 370-387). Une étude ancillaire a également été réalisée en collaboration avec des pharmaciens et des médecins du CHBD ainsi qu'avec deux hôpitaux témoins (CHU de Saint-Étienne et CH Pierre Léo). L'étude s'appuie sur l'observation, sur une semaine donnée, du recours à l'isolement, la contention mécanique et la contention chimique. 📄 Pour une description détaillée de la méthodologie cf. Blandin et al., 2024 : 2.

II.3. Tâche 3

Cette tâche a reposé sur l'étude de deux hôpitaux qui cherchent à réduire leur recours à la coercition : le **CH Sainte-Marie du Puy-en-Velay** et le **CHU de Saint-Étienne**. Ils ont été investigués par des visites des services, et, comme dans la tâche 2, par des entretiens semi-directifs avec un échantillon diversifié d'acteurs et le recueil de documents.

II.4. Aspects éthiques et communication

Le Comité d'Éthique du CHU de Saint-Étienne, « Terre d'Éthique » a donné un avis favorable à la réalisation de l'étude (Cf. Annexe 1 – Doc. 1, p. 35). Une plaquette de présentation de PLAID-Care a été réalisée afin de faciliter les prises de contact avec les établissements et de participer à une meilleure visibilité de la recherche (Cf. Annexe 1 – Doc. 2, p. 36).

III. Principaux résultats obtenus

III.1. Tâche 1 : État des lieux de la moindre coercition et de ses leviers

- Épidémiologie de la moindre coercition et identification d'établissements moins coercitifs

- À l'international

Si un inventaire exhaustif des établissements moins coercitifs à l'international constitue une tâche irréaliste, des travaux de synthèse permettent d'établir un état des lieux dans plusieurs pays et d'en identifier qui ont un recours limité à la coercition. La synthèse la plus récente (Savage et al., 2024), qui porte sur 9 pays et plusieurs mesures coercitives, confirme les disparités entre ces pays. Elle permet notamment de constater **l'absence de recours à la contention mécanique au Pays de Galles, comme cela est également le cas en Islande** (Matthiasson, 2017), ainsi que des taux nettement inférieurs pour cette pratique en Nouvelle-Zélande, en Angleterre et en Irlande. Concernant le recours à l'isolement, il est faible aux Pays de Galles et aux États-Unis. À noter que **le Danemark et l'Islande, qui ne sont pas inclus dans cette synthèse, n'ont pas recours à l'isolement**, l'Islande privilégiant l'immobilisation physique manuelle de courte durée (Matthiasson, *Ibid.*) et le Danemark, la contention mécanique avec la présence continue d'un soignant auprès du patient (Bak, Aggernæs, 2012). Cette synthèse permet d'établir des médianes pour l'ensemble des mesures, en utilisant comme indicateur le nombre de mesures pour 100 000 habitants, qui est à ce jour l'indicateur privilégié dans les comparaisons internationales. Les médianes de **48 mesures pour l'isolement** et de **6 mesures pour la contention mécanique** ont été établies. Concernant l'identification d'établissements moins coercitifs, et bien qu'existe une littérature très abondante sur des programmes de réduction de la coercition (Goulet, Larue, Dumais, 2017), peu de travaux se focalisent sur ce type d'établissements. Un inventaire de l'OMS⁵ identifie des services particulièrement respectueux des droits des patients, dont trois hôpitaux cherchant à réduire les durées d'hospitalisation et à mettre fin aux pratiques coercitives : 1° en Norvège, **l'unité BET de l'hôpital de Blakstad** ; 2° en Allemagne, le

⁵ World Health Organisation, [Guidance on community mental health services. Promoting person-centred and rights-based approaches](#), World Health Organisation, 2021, p. 37 à 49.

Kliniken Landkreis Heidenheim ; 3° en Suisse, **Soteria Berne**. Toujours en Suisse, on peut citer l'**hôpital de Malévoz**, qui a tous ces pavillons ouverts, ne procède pas à l'isolement contraint et n'utilise pas de sangles, ainsi que l'**interdiction de la contention mécanique dans le Canton de Vaud (depuis 2002) et dans le Canton du Valais (depuis 2008)** (Moreau, 2017). Par déduction, citons également les deux hôpitaux islandais (**Landspítali** et **Akureyri**).

- En France

☞ Pour une présentation détaillée des résultats cf. Tuitou et al., *Ibid*.

Parmi les résultats saillants du premier panorama du recours aux mesures d'ISOC en France en 2022, se trouve la **confirmation de leur fréquence sur le territoire national** : en 2022, la contention mécanique et l'isolement ont respectivement concerné 10,5% et 36,6% des 75 817 personnes hospitalisées sans leur consentement, ce qui représente près de **15 personnes sur 100 000 habitants pour la contention mécanique** et de **52 personnes sur 100 000 habitants pour l'isolement**. Bien que les comparaisons demeurent fragiles du fait de l'hétérogénéité des modalités de définition et de recensement des mesures, ces taux sont supérieurs aux médianes cités *supra*. Ces constats conduisent à faire l'hypothèse d'un « retard » de la France et entérine surtout une situation problématique au regard de la législation française et des objectifs affichés de moindre recours. L'étude permet également de constater qu'en comparaison de la population des personnes hospitalisées sans leur consentement, celle des personnes isolées et contenues est **davantage masculine, jeune et précaire**, et se caractérise par des **durées d'hospitalisation plus longues**. Les détenus font davantage l'objet de mesures d'isolement. Cette étude confirme également les **variations considérables entre établissements pour les deux mesures**, avec des établissements déclarant ne jamais y recourir (1 établissement pour l'isolement et 22 pour la contention, après exclusion d'établissements ne remplissant pas le registre dédié au sein du Rim-P) et d'autres y recourant de façon marquée. Cette première estimation des établissements moins coercitifs rejoint celle que nous avons faite dans notre rapport intermédiaire, basée sur l'exploitation des rapports du CGLPL. **Sur les 128 établissements analysés, 18 se caractérisaient par un moindre recours à la coercition**, ce qui représente environ 15% du corpus analysé. Si une partie de ces établissements était déjà connue des membres du projet, une autre ne l'était pas, comme le [Centre Jean-Pierre Falret](#), dans le Lot ; la [Clinique d'Orgemont](#), dans le Val-d'Oise ; le **pôle de psychiatrie du CH du Chinonais**, en Indre-et-Loire, qui a été visité au cours de l'étude (mars 2022) et s'avère particulièrement moins coercitif⁶. Ainsi, **les établissements moins coercitifs en France, i.e. qui affichent un faible recours à plusieurs mesures coercitives, constitueraient entre 10 et 15% des établissements psychiatriques**. Bien que ces établissements soient minoritaires, cela conduit à penser que **le moindre recours à coercition ne relève pour autant ni de l'exception ni de l'anecdote**. La psychiatrie française, tout en présentant une situation globalement défavorable, possède ainsi des ressources indéniables, en partie liées à une histoire spécifique (avec la référence à des figures tutélaires comme le psychiatre Pinel et le surveillant Pussin qui, au XIXe siècle, auraient « libéré les aliénés de leurs chaînes » ; avec le développement des courants de la psychothérapie institutionnelle, de la psychiatrie de secteur et de la psychiatrie désaliéniste, qui, par-delà la diminution de la contrainte, entendaient également transformer les rapports de pouvoir et les organisations de soin).

⁶ L'équipe PLAID-Care a rencontré une partie de l'équipe à deux reprises : lors d'une réunion interne et lors d'une journée d'étude.

- Identification et pondération des facteurs de la moindre coercition

- Les facteurs de la (moindre) coercition dans la littérature internationale

Des revues de la littérature recensent des « facteurs », « composantes » et « interventions » impliqués dans le moindre recours à la coercition (Cf. Annexe 1 – Fig. 1 et 2, p. 38-39). La **revue systématique de Goulet, Larue et Dumais (Ibid.)** sur les programmes de réduction des mesures d'ISOC met en exergue **six composantes principales**⁷. La **revue systématique et intégrative de Väkiparta et al. (2019)**, qui identifie en grande partie les mêmes facteurs, distingue les interventions utilisées pour l'isolement et celles pour la contention mécanique, ainsi que les interventions permettant de **prévenir la crise** (prévention primaire) et celles permettant de **gérer la crise** (prévention secondaire). La synthèse la plus complète est la **revue de Goulet et Lessard-Deschênes (2023)**, qui établit un **modèle de prévention des mesures de contrôle en santé mentale**. Cette synthèse, qui porte sur 138 articles, présente de surcroît l'intérêt d'être en adéquation avec notre problématique, dans la mesure où elle porte sur *la coercition en général* et mobilise une approche en termes de *facteurs de protection* plutôt que de facteurs de risque. Les autrices mettent en exergue **cinq catégories de facteurs** : liés aux caractéristiques individuelles et aux parcours ; liés à l'unité de soins ; liés aux relations entre le personnel et son environnement de travail ; liés à ce qui se passe hors du service ; liés aux politiques nationales. On retient de ces travaux que ces facteurs 1) interviennent à différents niveaux ; 2) sont déployés à la fois en prévention primaire et en prévention secondaire ; 3) ne sont pas seulement des leviers cliniques, mais également des facteurs organisationnels et institutionnels.

- Modélisation et pondération des facteurs de la moindre coercition

☞ Les résultats de ce travail sont détaillés dans l'Annexe 4 – Rapport PLAID-Care, p. 389-421.

Le travail réalisé avec l'École des Mines a permis la création d'un modèle hiérarchique dit « modèle qualitatif », adapté notamment au modèle de gouvernance français et construit autour de l'articulation entre un niveau national et un niveau régional (Cf. Annexe 1 – Fig. 3, p. 40). Ce modèle, construit à l'aide des revues de la littérature et des résultats préliminaires de PLAID-Care, a ensuite été validé et enrichi lors de **2 workshops**, réunissant **29 experts sur la thématique**. Il permet une approche systématique et hiérarchisée, structurée autour de quatre niveaux (national, territorial, établissement, service), qui totalise 22 facteurs (dit « facteurs de niveau 1 ») ainsi que de nombreux sous-facteurs (dit « facteurs de niveau 2 »). Un « modèle quantitatif » a enfin été réalisé afin de pondérer, à chaque niveau les facteurs de niveau 1 et 2 (Cf. Annexe 1 – Fig. 4, 5, 6 et 7, p. 41-42).

III.2. Tâche 2 : étude ethnographique de quatre établissements peu coercitifs

Cette étude, qui constitue le cœur du projet, repose sur **69 entretiens** et **62 jours d'observations**, et sur le recueil d'une **riche documentation** (Cf. Annexe 1 – Tableau 1, p. 43). En s'appuyant sur l'analyse de ces matériaux et des données de la SAE et du Rim-P, des monographies ont été réalisées. Les entretiens, enregistrés et retranscrits, ont fait l'objet d'une analyse thématique en continu organisée autour de quatre rubriques (1° Histoire, acteurs et culture ; 2° Pratiques, savoirs, représentations, outils, dispositifs ; 3° Modalités d'organisation et coopération ; 4° Parcours, vécu, formations) et reposant sur la réalisation

⁷Formation ; utilisation d'outils de prévention ; implication du patient ; séances de débriefing ; création d'un environnement thérapeutique ; existence de « meneurs » au niveau institutionnel et au niveau des services.

de fiches de synthèse pour chaque entretien (*Cf. Annexe 1 – Doc. 3, p. 50-54*). Les thèmes ont fait ensuite l'objet d'un travail de regroupement et de catégorisation (*Cf. Annexe 1 – Doc. 4, p. 55*). Les observations, retranscrites ont été mobilisées afin d'enrichir les analyses (*Cf. Annexe 1 – Doc. 5, p. 56-58*). Une reconstitution ethnographique a été réalisée afin de rendre compte de nos premières impressions dans ces établissements et a notamment été lu aux professionnels lors des entretiens de restitution et de validation afin de recueillir leurs impressions (*Cf. Annexe 1 – Doc. 6, p. 59*).

- Premiers éléments de comparaison issus des monographies

Les quatre établissements, que nous avons nommés H1 (CHBD), H2 (CHV), H3 (secteur 3) et H4 (pôle G21,) présentent globalement des caractéristiques différentes et des situations contrastées (*Cf. Annexe 1 – Tableaux 2 et 4, p. 47 et 49*), ce qui conduit à penser que la moindre coercition peut s'exercer dans des contextes différents. Ils sont situés d'abord soit en milieu urbain, soit en milieu rural, et offrent également des environnements différents. H1 et H2, situés dans de grands parcs arborés, ont été construits dans les années 1960-1970 sur le modèle de l'« hôpital-village », tandis que H3 et H4 sont respectivement situés au sein d'un grand hôpital appartenant à la catégorie des asiles construits au XIXe siècle et d'un hôpital universitaire récent accueillant d'autres spécialités que la psychiatrie. H1 est un petit hôpital, tandis que H2 est un hôpital moyen. H3 et H4 sont des secteurs moyens et disposent chacun d'une unité d'hospitalisation. **L'offre de soins apparaît plutôt ordinaire dans H1, H2 et H3** et s'organise autour des structures habituelles du secteur (unité d'hospitalisation de 20 à 26 lits, Centres Médico-Psychologiques, Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, hôpitaux de jours) avec cependant des structures plus spécifiques, comme le Centre d'Accueil de Crise de H3, souvent cité par les professionnels (*Cf. Annexe 1 – Tableau 4, p. 47*). **H4 se démarque et se caractérise par un nombre inférieur de lits (n=10) et le développement conséquent de l'ambulatoire et de structures innovantes.** Il a été transformé à partir de 1977 sous l'impulsion du Dr Roelandt, qui se réclamait d'une psychiatrie dite « citoyenne » visant la déshospitalisation au profit du développement de structures intégrées « dans la cité ». H1, H2 et H3 se réclament quant à eux de la psychiatrie de secteur et de la psychothérapie institutionnelle qui, tout en favorisant le développement des soins ambulatoires, restent à attacher à la fonction thérapeutique et contenante de l'hôpital. Ces différences se lisent également dans les données de la SAE (*Cf. Annexe 1 – Graph. 5 et 6, p. 46*), où l'on voit que H1 et H2, contrairement à H4, privilégient le développement de personnel en intra hospitalier. **Concernant les effectifs, les données de la SAE permettent de constater qu'aucune tendance générale ne se dégage** (*Cf. Annexe 1 – Graph. 1 à 4, p. 44-45*), avec des établissements dans des situations défavorables (H2, mais aussi, H4), et d'autres affichant avec des taux standards ou légèrement supérieurs aux moyennes nationales. On retient ici que **ces établissements et services ont en commun d'avoir été construits (H1 et H2) ou transformés (H3 et H4) entre les années 1960 et 1980, en lien avec des courants progressistes de la psychiatrie et des figures médicales charismatiques**, comme le Dr Roelandt (H4), mais aussi le Dr Karavokyros (H1) et le Dr Amado (H3).

- Usages et représentations de la coercition dans les quatre établissements

- Pratiques et usages de la coercition

Bien que ces établissements soient peu coercitifs, ils peuvent parfois recourir à la coercition. Nous avons ainsi documenté les modalités par lesquelles ils sont amenés à y recourir.

Concernant « la politique portes ouvertes », qui concerne les quatre hôpitaux, les services

sont ouverts la journée, mais fermés la nuit. Ils peuvent faire l'objet de **fermetures occasionnelles et provisoires**, et ce, du fait de la présence dans le service de patients vulnérables et présentant des risques de fugues. Cela constitue cependant une mesure exceptionnelle (2 à 3 fois par an) et brève (de quelques heures à une journée maximum), ce qui est confirmé par nos observations. Le fait que les portes soient ouvertes ne signifie pas pour autant que tous les patients ont la permission de sortir : certains ont la « **consigne pavillon** », ce qui signifie que consigne leur est donnée de rester dans l'unité. Cette consigne repose sur une forme de contractualisation, les soignants ne disposant pas et ne souhaitant pas mettre en place de dispositifs de surveillance. **En fonction des sites et de leurs caractéristiques architecturales, la circulation est plus ou moins aisée.** Tandis que H1, H2 et H4 se caractérisent par des pavillons de plain-pied, ce qui facilite la circulation, H3 est situé à l'étage d'un bâtiment accessible par un ascenseur, ce qui a pour effet de complexifier l'accès au service (par exemple quand l'ascenseur est en panne...). **Concernant la contention, H1 et H2 se distinguent par l'absence de recours à la contention et de sangles dans l'enceinte de l'hôpital.** Dans H2, « l'opposition totale à toute contention », tout comme le principe d'ouverture des pavillons, a été inscrite comme valeur socle dans le projet d'établissement en 2012. Dans H1, l'opposition reste tacite, bien que des médecins se questionnent quant à la possibilité d'en faire un interdit explicite. Dans H3 et H4, le recours à la contention est rare : respectivement 9 et 3 patients sur l'année 2022, ce qui correspond à respectivement 3,8% et 3,4% des patients hospitalisés sans leur consentement (pour rappel, 10,5% au national) (Cf. Annexe 1 – Tableau 3, p. 48). Il a été indiqué que les durées de contention sont brèves (quelques heures, en attendant par exemple que le médicament fasse effet, comme l'ont expliqué plusieurs médecins et soignants de H3). **Concernant l'isolement, H2 présente un pourcentage légèrement au-dessus de la moyenne nationale**, (40% des patients en SSC), tandis que **H1 et H3 affichent des pourcentages nettement inférieurs** (respectivement 15% et 9% des patients hospitalisés sans leur consentement *versus* 36,6% au national). Les mesures ont été également indiquées comme étant de **courtes durées et rapidement réévaluées**. Dans H1, le rapport isolement et contention indique, sur l'année 2022, 39 mesures sur 57 qui sont inférieures à 12h. Fait notable, H1, H3 et H4 se caractérisent par **l'absence de « chambre d'isolement »**. Dans H1, l'isolement se fait dans des chambres « sécurisables », chambres classiques en partie sécurisées (sanitaires en inox, porte renforcée, portillon permettant de voir à l'intérieur, possibilité d'enlever facilement du mobilier) et situées à proximité du bureau infirmier. **Tout comme l'absence de sangles, l'absence de chambre d'isolement est justifiée par le fait que, comme l'énonce une cadre de H1, « quand on a les outils, on les utilise »**. Les soignants revendiquent à ce sujet un « inconfort », qui constituerait un facteur de moindre recours et les obligerait à être davantage présents et vigilants lors de l'application de la mesure. L'isolement n'est pas pratiqué à H4 : bien que 3 mesures d'isolement apparaissent dans le registre, cela est lié à un biais de déclaration du fait que la déclaration d'une mesure de contention déclenche automatiquement celle d'une mesure d'isolement (la loi interdisant de pratiquer la contention en dehors d'une chambre d'isolement). Dans H4, la contention se fait en chambre et, tout comme au Danemark, avec la présence continue d'un soignant. Cependant, une personne peut être enjoindre de rester en chambre : la porte est alors laissée ouverte et des soignants (voire du personnel de sécurité) restent en permanence devant la porte.

Focus sur la contention chimique

L'étude ancillaire et exploratoire réalisée dans H1 a permis d'objectiver un constat effectué sur l'ensemble des sites, à savoir que ces établissements ne semblent pas avoir

un usage plus important de neuroleptiques. Nous y avons même constaté un **recours plutôt modéré**, avec des réévaluations régulières et l'application de bonnes pratiques,. Comme nous l'avons montré (Blandin et al., *Ibid.*), H1, *en sus* de ne pas pratiquer la contention et de moins recourir à l'isolement, présente un **pourcentage de patients avec des hautes doses inférieur aux données de la littérature**, ainsi qu'une **dose moyenne cumulée de neuroleptiques moins importante** que celle retrouvée sur les deux autres hôpitaux. Ces résultats, qui doivent être confirmés par une étude de plus grande ampleur, conduisent à faire l'hypothèse que les établissements qui recourent peu à l'isolement et la contention n'ont pas un recours majoré aux médicaments, voire en ont un usage raisonné.

Ainsi, dans ces quatre hôpitaux qui recourent moins à la coercition (mis à part H2 pour l'isolement), tant la fermeture de la porte que l'isolement et la contention, se pratiquent sur des durées brèves et constituent des mesures rapidement réévaluées.

- Représentations de la coercition

Il a d'abord été relevé, dans les quatre hôpitaux et à travers le discours d'une diversité d'acteurs, des **représentations négatives de la contention**, qualifiée à maintes reprises d'inutile, dangereuse et douloureuse, et de « barbare » et « inhumaine ». Dans H3 et H4, où elle est exceptionnellement pratiquée, y recourir constitue pour les équipes « un échec ». Il a aussi été étonnant de remarquer que **ne pas attacher, tout comme le fait de garder les portes ouvertes, relève pour une grande partie des soignants de l'évidence**. Concernant l'isolement, les représentations sont moins homogènes, avec des disparités non pas entre les quatre établissements, mais à l'intérieur des établissements. Dans H1 et H2, des différences ont été observées : tandis qu'une partie des professionnels attribuent à l'isolement une fonction « thérapeutique », d'autres la considèrent comme une mesure de protection et refusent de la considérer comme un soin.

- Les leviers cliniques, organisationnels et institutionnels de la moindre coercition

- Les leviers cliniques de la moindre coercition et leur soubassement culturel

☞ Pour une présentation détaillée de ces leviers cliniques cf. Lanquetin et al., 2024 et Bras et al., 2024 (Annexe 2, p. 88-94).

Nous avons procédé à un travail d'identification des leviers cliniques de la moindre coercition mentionnés dans les quatre hôpitaux, à la fois en prévention primaire et secondaire. Ces leviers ont été regroupés au sein de **trois principales catégories de leviers, soutenus par une culture du soin** (Cf. Annexe 1 – Fig. 8, p. 60) : 1° La relation de soin ; 2° Le collectif de soin ; 3° Le milieu de vie et l'environnement. En lien avec ce qui est mentionné *supra* concernant l'évidence de ne pas recourir à la coercition, on remarque que **les professionnels interrogés, en particulier ceux et celles qui ont toujours travaillé dans l'établissement, n'étaient pas toujours en mesure d'expliquer comment ils parviennent à faire du moindre recours**, tant cela relève pour eux de leur manière habituelle de travailler. Peu d'outils, de protocoles et de dispositifs formalisés et indiqués dans la littérature (*e.g.* salon d'apaisement, outils de prévention, séances de débriefing, échelles d'évaluation du risque, etc.) ont aussi été identifiés dans ces établissements. Les professionnels s'appuient plutôt sur des **leviers relativement « ordinaires »**, relevant de ce qui est généralement considéré comme **les fondamentaux du soin en psychiatrie** voire du travail de soin tout court : bien accueillir le patient ; être présent, à l'écoute et prioriser une offre de disponibilité soignante ; négocier, favoriser l'alliance, développer une relation de confiance et établir un lien privilégié avec le patient ; individualiser la prise en charge et favoriser la



prise en compte des souhaits du patient. **L'importance du collectif de soin** a également été souligné, en rapport notamment avec l'importance et la régularité des échanges cliniques au sein des équipes et le sentiment de pouvoir compter sur ses collègues. Bien que dans H1, H2 et H3, les effectifs de l'intra apparaissent standards (3 à 4 infirmiers pour environ 20 à 26 patients), une **implication de toutes les catégories de professionnels dans le soin** participe à la constitution d'une **équipe élargie** (secrétaire qui anime un « atelier journal », assistante-sociale qui se définit comme « soignante »). Ce collectif est élargi à l'échelle du secteur, avec un bon niveau de cohésion et une **bonne communication entre les équipes de l'intra et celles de l'ambulatoire** permettant de prévenir les crises, d'accueillir les patients en hospitalisation dans de meilleures conditions, de moins hospitaliser et de favoriser la stabilisation voire la guérison des patients. La nécessité d'élargir ce collectif aux acteurs du territoire (les policiers, les commerçants du village, etc.) a par ailleurs été soulignée, tout comme le rôle des partenariats avec des associations du territoire. **L'importance de leviers en rapport avec l'organisation et la gestion du milieu de vie**, qu'il s'agisse des **activités** (diversifiées, nombreuses, programmées et non-programmées), de **l'aménagement et la gestion de l'espace** (décoration, ouverture des espaces, ...), de **l'organisation des circulations à l'intérieur et l'extérieur de l'établissement** (en particulier à travers la notion de « fugue thérapeutique », *i.e.* un processus permettant aux patients de « partir pour mieux revenir ») ou des **règles en vigueur dans le service** (souples et individualisées), ont également été mentionnés à de nombreuses reprises. L'ouverture, la circulation et des règles souples ont en effet été indiquées comme permettant d'éviter ou gérer des situations de tension. Au-delà de ces pratiques, savoir-faire et de ce travail de maillage, ont été repérées **des valeurs et une culture du soin spécifique**, liées à des adossements théoriques qui, tout en étant repérés par les chercheurs en soins infirmiers de l'équipe, n'étaient pas toujours cités voire connus des professionnels. Cette culture du soin se caractérise par une manière de considérer les patients et de « voir la personne derrière le malade », tout en cherchant à se mettre à sa place. Cela est particulièrement marqué dans H4, qui s'appuie sur « la psychiatrie citoyenne » et l'idée que le patient est un citoyen. Cette conception s'est cependant retrouvée sur les autres sites qui, sans mobiliser cette référence, mobilisent d'autres adossements (psychiatrie de secteur, psychothérapie institutionnelle). En interrogeant des usagers, nous avons, à travers leurs témoignages, eu la confirmation de la présence de ces éléments et constaté que **la moindre coercition semble avoir des effets vertueux en matière de parcours de soin et de représentations que les usagers se forgent de la psychiatrie**. Les patients et leurs proches ont confirmé la « chaleur » des professionnels, leur disponibilité, leur gentillesse, ainsi que les bénéfices liés à la circulation et à la possibilité de participer à des activités.

- Les leviers organisationnels et institutionnels ou les coulisses de la moindre coercition

En sus de ces leviers cliniques concourant directement au moindre recours, des leviers indirects, intérieurs et extérieurs aux unités, ont été repérés. L'activation et la pérennité de leviers cliniques nécessite en effet un travail moins visible, et ce, à différents niveaux de l'organisation et de l'institution. Des différences entre les quatre hôpitaux ont alors été observées dans la mesure où **ces leviers et plus largement les équipes qui s'efforcent de les mobiliser sont apparus plus ou moins soutenus**.

De l'équipe au collectif de travail ou le rôle de l'équipe d'encadrement : L'activation des leviers cliniques est d'abord facilitée par une implication voire un engagement des soignants

ainsi qu'à un **sentiment d'appartenance**, une **satisfaction au travail** et un **sentiment de sécurité**. Cette satisfaction au travail, particulièrement marquée dans H2, est liée au travail de l'équipe d'encadrement qui met un point d'honneur à **accueillir et fidéliser tant les stagiaires que les nouveaux soignants et les nouveaux médecins**. La **présence au quotidien et le soutien des cadres et des médecins** ont aussi été soulignés comme des facteurs de satisfaction et de sécurisation. En creux, et en particulier dans H3 et H4, l'absence des médecins ainsi que des difficultés de communication entre ces derniers et les équipes constituent des facteurs de fragilisation du moindre recours. La solidité du collectif de soin est aussi pour partie le résultat d'un processus de recrutement au cours duquel une attention est portée à recruter des profils pertinents et constituer des équipes qui fonctionnent bien, autrement dit à constituer un collectif de travail solide. Bien que des formations aient souvent été citées (OMEGA ou d'autres formations à la désescalade), l'acquisition de savoir-faire et d'une culture du soin est davantage liée à un processus de **transmission entre collègues** et un **compagnonnage soutenu** favorisés par la **stabilité des équipes** et la **présence d'anciens dans les services**.

Du rôle des médecins à la structuration et au poids de la communauté médicale : **Les médecins constituent dans les quatre hôpitaux des acteurs importants** du moindre recours. Des **figures individuelles** ont souvent été citées comme garantes du moindre recours tant au niveau des unités de soin qu'au niveau de l'établissement (pour défendre l'absence de chambres d'isolement dans H1 et H3 ou empêcher l'arrivée de sangles dans H2). Au-delà de figures individuelles, **les communautés médicales garantissent la pérennité d'une politique de moindre recours**. Cela nécessite des communautés médicales mobilisées autour de cette thématique, mais aussi structurées et soudées, à la fois *via* des espaces informels (*e.g.* des lieux permettant de déjeuner ensemble) et formels (comme **l'existence d'un collège médical** dans H1 et H2, qui se déroule de façon mensuelle dans H2 et bimensuelle dans H1, et où a par exemple été décidé d'inscrire l'interdiction de la contention dans le projet d'établissement de H2). Ces espaces d'échanges sont ouverts aux internes et aux assistants, ce qui faciliterait l'acquisition d'une culture commune et un sentiment d'appartenance. Une comparaison entre H1 et H2 a permis de confirmer le **rôle déterminant de la communauté médicale** en matière de moindre recours, et en particulier pour faire face aux évolutions gestionnaires ainsi qu'à la crise de recrutement que connaît la psychiatrie. La communauté médicale s'est trouvée fragilisée dans H1, ce qui aurait permis aux directions d'entreprendre des réformes susceptibles de fragiliser la politique de moindre recours (en l'occurrence un projet de restructuration conduisant à la réduction des effectifs infirmiers), tandis qu'elle serait restée soudée et mobilisée dans H2, en particulier lors d'une période où le directeur comptait réduire les effectifs infirmiers, mais où la communauté médicale se serait fermement opposée et se serait montrée surtout force de propositions.

Du rôle des directeurs à celui des acteurs du territoire et au-delà : Bien que les directeurs ne soient pas susceptibles d'*impulser* des politiques de moindre recours, ils participent à les *soutenir* et à les *défendre*, en particulier auprès des acteurs du territoire, comme les Agences Régionales de Santé (ARS) et les préfets (lorsqu'il s'agit par exemple de soutenir le choix des équipes de ne pas disposer de chambres d'isolement ou de défendre la politique d'ouverture auprès des acteurs du territoire). Au-delà des directeurs, le rôle des préfets, des maires ainsi que des ARS a été souligné, mais comme étant ambivalent, ces derniers pouvant participer tant à favoriser qu'à freiner le développement d'une politique de moindre recours (pressions sur les directeurs pour « sécuriser » les établissements ou construire des chambres d'isolement, pressions en cas d'« événements indésirables » comme les fugues,

augmentation du nombre de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État). Les visites du CGLPL ainsi que les évolutions législatives récentes relatives à l'isolement et la contention ont, elles, été indiquées comme des leviers du moindre recours et comme l'occasion, pour les professionnels, de questionner leurs pratiques.

De l'organisation à l'institution : Au-delà d'une culture du soin et d'une culture professionnelle, il est apparu, autant en creux dans les établissements où elle faisait défaut, que dans les établissements où elle était affirmée, l'importance d'une **culture commune** et d'une **culture d'établissement**, partagée sinon par la totalité des professionnels par l'ensemble des catégories d'acteurs et une majorité d'entre eux. Cette culture commune se compose d'une **culture de l'accueil** (accueil des stagiaires, des professionnels, des patients), **du positif** (toujours trouver des mots valorisants et accueillir positivement les propositions), **de l'erreur** (admettre que l'on peut se tromper et se remettre en question), **de la disponibilité** (offre de disponibilité des soignants vers les patients, des médecins vers les infirmiers, des services administratifs vers les médecins), **de l'horizontalité** (entre administration et soignants, entre patients et soignants, entre « soignants », toutes professions confondues, entre stagiaires et professionnels, entre internes et médecins), **du dialogue** (entre soignants et patients, entre les différents professionnels), **de la collégialité** (au niveau médical, au niveau infirmier et de l'équipe) et **de la responsabilisation** (responsabilisation et autonomisation des infirmiers, responsabilisation des patients) ainsi qu'une « **contre-culture du risque** » (mettre en balance des risques avec d'autres risques et avec des bénéfices). La perpétuation de cette culture commune est facilitée par l'accessibilité des services et la multiplication des espaces d'échange, formels et informels. Dans H1 et H2, **les directeurs résident dans l'établissement**. Dans H1, le self est une cantine commune, où **le directeur mange avec les soignants et les patients**. Dans H2, la « **sociothérapie** » (unité fonctionnelle avec un personnel dédié qui dispose d'un bar et organise quotidiennement des activités) constitue un espace de rencontres où se retrouvent les patients et les professionnels de l'établissement, les directeurs compris, que ce soit pour boire un café ou participer à des événements collectifs (exemple d'un carnaval, où il s'est déguisé avec les patients). **Les présidents de CME ont là encore été cités comme des acteurs importants**, dans la mesure où ils sont susceptibles de participer au processus d'acculturation des directeurs, en particulier lors de temps informels, des nouveaux directeurs. Un facteur d'institutionnalisation est aussi apparu dans H2 : **l'inscription des valeurs**, en particulier de l'interdiction de la contention, citée comme un levier de pérennisation du moindre recours.

III.3. Tâche 3 : étude d'établissements en cours de transformation

Cette tâche a été plus difficile à réaliser ce qui, en soi, constitue une forme de résultat. L'un des établissements, malgré des sollicitations répétées, n'a pas donné suite. L'étude a ainsi été réalisée au CHU de Saint-Étienne et au CH Sainte-Marie du Puy-en-Velay (CHSM), et a reposé sur **15 entretiens semi-directifs** (6 CHSM ; 9 CHU), **17 jours d'observations au CHU**, des **visites commentées au CHSM** et le recueil de **documents**. Ces matériaux ont donné lieu à une première analyse par Perrine Ropers dans le cadre de son mémoire de stage ([Cf. Annexe 4 – Mémoire Perrine Ropers, p. 145-248](#)) et d'une communication publiée dans des Actes (Saetta, Fakra, Pulcini, Quenum, 2024). Ce travail, qui porte sur la transformation du secteur de psychiatrie de Saint-Étienne, a confirmé le rôle des médecins dans le processus de transformation d'un service ainsi que les effets bénéfiques du développement de l'ambulatoire sur le niveau de coercition dans les unités d'hospitalisation. Les autres

matériaux sont en cours d'analyse et les résultats seront mis en perspective avec les résultats de la tâche 2, afin de comparer les leviers de transformation aux leviers de pérennisation du moindre recours.

I.V. Apports potentiels de ces résultats pour la communauté de recherche

IV.1. Apports épistémologiques et méthodologiques pour la recherche sur la (moindre) coercition et au-delà

PLAID-Care a participé à **dynamiser la recherche française sur la coercition**, en particulier dans le champ de la recherche sur les services de santé, de la recherche médicale, des sciences infirmières et de la santé publique. Elle y a participé de manière originale en se focalisant sur les établissements moins coercitifs, *i.e.* sur ce qui fonctionne plutôt que ce qui dysfonctionne, sur des facteurs de protection plutôt que sur des facteurs de risque. Cette démarche relève d'une « **salutogénèse** »⁸ qui, appliquée aux organisations, constitue un **renversement heuristique** permettant d'identifier des éléments de connaissance que les approches traditionnelles parviennent difficilement à identifier. Cette recherche a également permis de montrer l'**intérêt d'associer plusieurs disciplines** dans l'étude de la (moindre) coercition. Cela a d'abord permis d'embrasser des leviers cliniques (généralement étudiés par les chercheurs en soins infirmiers) et des leviers organisationnels, institutionnels et territoriaux (généralement étudiés par les sociologues et les géographes). Cela a permis une **approche plus globale** (approche diversifiée des leviers repérés) et **approfondie** (meilleure compréhension et identification de chaque catégorie de leviers). La multiplication des méthodes, notamment la **collaboration entre qualitatistes et quantitatistes** a constitué un apport important. Elle a participé à la consolidation des résultats et a permis une approche plus complète du phénomène par 1° l'objectivation quantitative de constats effectués par l'approche qualitative ; 2° l'identification, par l'approche qualitative, de leviers, de déterminants et de processus que les études quantitatives ne permettent pas de repérer.

IV.2 Apports relatifs à la compréhension des disparités et des leviers en matière de moindre recours à la coercition

En premier lieu, le panorama réalisé avec l'IRDES, au-delà de la fréquence du recours aux mesures d'ISOC en France, permet d'entériner les importantes disparités en la matière. Il constitue un **premier panorama qui autorisera par la suite tant les comparaisons internationales que celles à l'intérieur du territoire français**. Les réflexions engagées sur la définition et les indicateurs de la (moindre) faciliteront notamment les travaux à venir. Parmi les résultats les plus saillants, figure l'**existence d'établissements qui ne recourent pas à la contention mécanique** voire à l'isolement et s'avèrent plus nombreux que l'on pouvait le penser. Leur identification constitue un apport essentiel pour la réalisation de futures recherches, en particulier dans une perspective comparative. *En deuxième lieu*, la recherche PLAID-Care participe à **déconstruire une partie des préjugés qui structurent les débats sur la coercition et constituent un frein à une meilleure compréhension des disparités**. Aucune étude n'autorise à ce jour à penser que les différences dans le recours à la coercition s'expliquent par des différences en matière d'effectifs, par un report vers d'autres mesures coercitives (comme la « contention chimique »), par un processus de sélection des patients

⁸ Concept défini en santé publique comme une approche permettant de mettre l'accent sur la recherche de solutions et sur ce qui aide les gens à aller dans le sens d'une santé positive.

ou par les caractéristiques sociales et cliniques de ces derniers. Cela contribue à montrer que, **toutes choses égales par ailleurs, des établissements semblent parvenir à moins recourir à la coercition. Troisièmement, l'apport le plus conséquent et le plus original concerne les leviers de la moindre coercition.** Un résultat important consiste dans le fait que, dans les quatre établissements, le moindre recours est lié à l'application de leviers « ordinaires », qui relèvent des fondamentaux du soin en psychiatrie voire du soin tout court. Ainsi, **PLAID-Care participe dans le champ de la recherche en soins et en psychiatrie sinon à l'identification du moins à la réactualisation et la valorisation de pratiques et de savoirs existants.** Cette recherche met également en évidence le rôle du collectif voire de la communauté, mais aussi de l'aménagement et la gestion de l'environnement et du milieu de vie. En référence au concept d'« économie des contraintes » (Moreau, *Ibid.*), cela conduit à formuler l'hypothèse d'une « **économie générale de la moindre coercition** » : la circulation et des règlements plus souples limitent la création de tensions et la dégradation des relations entre les soignants et les patients qui ont été identifiées comme des facteurs de coercition. Le fait que ces établissements semblent avoir un recours modéré aux traitements médicamenteux plaide également en faveur de cette hypothèse. Nous avons également repéré dans ces établissements un rapport spécifique aux outils et aux « dispositifs » (chambre d'isolement, sangles) et aux procédures, avec l'idée que leur introduction et, plus globalement, la protocolisation du soin, perçu comme autant de « recommandations », peut conduire à une augmentation du recours à la coercition. Au-delà de pratiques et de savoir-faire, nous avons repéré l'importance d'une **culture du soin** et constaté que l'activation et la pérennisation de leviers cliniques sont liées au travail spécifique de l'ensemble des acteurs (médecins, cadres, directeurs, acteurs du territoire) et à l'existence d'une **culture professionnelle** voire d'une **culture d'établissement**. Cela constitue un apport important au regard de la littérature, dans la mesure où cela conduit à relativiser le rôle des techniques, des formations, des procédures, des outils, au profit de celui de la transmission d'une culture professionnelle et au-delà, d'une culture commune, privilégiant le dialogue, la collégialité, l'horizontalité, l'accueil et la disponibilité, la responsabilisation et une certaine prise de risque (mise cependant en balance avec d'autres risques, liés par exemple à la fermeture, et avec des bénéfices, en particulier en matière d'alliance thérapeutique).

V. Manière dont ces résultats peuvent alimenter les réflexions et actions de décideurs, acteurs nationaux ou locaux, ainsi que des professionnels de santé

Un apport fondamental de PLAID-Care réside dans le fait de **mettre en débat la thématique de la (moindre) coercition** et, au-delà, de **montrer qu'une psychiatrie moins coercitive est possible.** Cela constitue un premier apport : montrer que, **toutes choses égales par ailleurs, moins isoler et contenir, et globalement, moins exercer la contrainte, constitue une possibilité.** À noter aussi que la recherche, avant même la parution des résultats, a suscité un vif intérêt dans les milieux de soin, de la recherche et des décideurs. Elle a fait l'objet de plusieurs sollicitations d'hôpitaux, de collectifs (Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychique, Le Fil Conducteur Psy), d'acteurs institutionnels (ARS, Agence Nationale de la Performance Sanitaire et Médico-Sociale, CGLPL).

V.1. Apport dans les milieux de la formation

Les résultats de la recherche ont d'ores et déjà été injectés dans des formations dispensées par une partie des membres du projet : les **formations de l'ENSEIS** qui visent à former des travailleurs sociaux et des cadres et directeurs des secteurs social et médico-social,

susceptibles, pour certains, de travailler en psychiatrie ; la **formation Soclecare**, initiée et dispensée par une partie des membres du projet (J.-P. Lanquetin, L. Rohr) qui vise la transmission des bases et fondamentaux de la pratique soignante en psychiatrie issus de résultats de la recherche en soin ; le **Diplôme Inter-Universitaire « Équipes mobiles et accompagnement en santé mentale dans la cité »**. L'intégration des résultats se poursuivra dans ces formations, en particulier par l'évolution de Soclecare en vue d'intégrer plus avant les résultats de PLAID-Care.

V.2. Apports pour les hôpitaux et au-delà

Les apports concernent à la fois les hôpitaux investigués et les autres hôpitaux. *Concernant les hôpitaux investigués*, PLAID-Care a participé à les valoriser et a constitué l'occasion, pour une partie de leurs professionnels, de mieux se rendre compte de la qualité et du caractère peu ordinaire de leur pratique, ce dont ils n'avaient pas toujours conscience. H1 s'est particulièrement saisi de la recherche, l'affichant sur son [site internet](#) et l'indiquant dans divers documents (dont son rapport 2022 sur l'isolement et la contention). Il nous a été indiqué à plusieurs reprises, dans cet hôpital, que la recherche constituait une ressource, en particulier au vu des difficultés liées à la perspective de la construction d'une chambre d'isolement, demandée par l'ARS. Les deux publications co-publiées avec des professionnels (Blandin et al., *Ibid.* ; Bras et al., *Ibid.*) ont contribué à la réflexivité des professionnels et ont constitué l'occasion de valoriser leurs pratiques. **Deux sessions réunissant des membres de PLAID-Care et des professionnels du CHBD et du CHV** sont d'ores et déjà programmées à l'automne dans deux congrès de psychiatrie (*Cf. partie II. Valorisation*). Des retours des établissements ont permis de comprendre que PLAID-Care a d'ores et déjà produit des effets : tandis que la directrice de H2 nous a indiqué que l'établissement avait été l'objet de plusieurs sollicitations depuis leur participation à PLAID-Care⁹, des médecins de H1 ont rapporté qu'elle avait participé à l'attractivité de l'établissement et à faire venir de nouveaux médecins. La recherche a aussi nourri le souhait d'un rapprochement et d'une structuration de ces établissements moins coercitifs. *Concernant les autres hôpitaux*, soulignons d'abord que, parmi les communications indiquées *infra*, **11 d'entre font suite à la sollicitation d'hôpitaux**. Au vu des évolutions législatives récentes, une partie des établissements sont entrés dans un processus de diminution du recours aux mesures d'ISOC, sans pour autant toujours savoir comment enclencher ou pérenniser ce processus. PLAID-Care constitue alors une ressource à plusieurs égards : 1° elle permet aux établissements de se situer par l'état des lieux effectué avec l'IRDES ; 2° elle conduit les professionnels à prendre connaissance d'autres modalités de fonctionnement, d'autres pratiques ; 3° elle participe à fournir aux différentes catégories de professionnels des leviers de diminution du recours à la coercition. Elle fournit en effet des pistes d'actions aux soignants (leviers cliniques) aux équipes d'encadrement et aux directions (leviers organisationnels et institutionnels). Elle permet notamment de prendre la mesure de l'importance que soit impliqué l'ensemble des acteurs de l'établissement. Les résultats pourront bénéficier aux directeurs (généralistes, des soins et des ressources humaines), dans la mesure où la moindre coercition est un levier d'attractivité et d'amélioration du fonctionnement des services, en particulier en matière d'arrêts de travail, de *turn-over*, de satisfaction au travail. Tandis que la satisfaction des

⁹ Ces sollicitations ont contribué à l'organisation, par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance Sanitaire et Médico-Sociale (ANAP), d'une journée de travail sur la dynamique de réduction de l'isolement et la contention en psychiatrie regroupant 10 établissements. La journée s'est déroulée au CH de Valvert et s'est appuyée sur la recherche PLAID-Care (*Cf. Annexe 1 – Doc. 7, p. 61*).

professionnels est un levier de moindre coercition – dans la mesure où elle favorise l’investissement des professionnels et la stabilité des équipes –, la moindre coercition favorise à son tour la satisfaction des professionnels. La recherche permet aussi de souligner l’importance d’une politique de recrutement et de fidélisation. La multiplication de lieux et des espaces d’échanges, formels et informels, la valorisation des initiatives, la prise en compte des souhaits des professionnels sont à cet égard autant de leviers que pourront activer les établissements. Un enseignement important est relatif à la communauté médicale et à sa cohésion, et invite à la création de collèges médicaux ainsi qu’à prêter une attention particulière à l’accueil, l’implication et la considération des internes et des jeunes médecins.

V.3. Apports en relation avec les acteurs du territoire et les décideurs

PLAID-Care contribue à montrer que les décideurs au niveau local (ARS, préfet, mairie) jouent un rôle à la fois important et ambivalent à l’égard du moindre recours. Ces constats invitent à la **création de politiques locales cohérentes à ce sujet**, de façon à ne pas multiplier les injonctions contradictoires. Les **politiques municipales et préfectorales**, en particulier en lien avec les soins psychiatriques sur décision du représentant de l’état (SPDRE) doivent faire l’objet d’une attention particulière dans la mesure où elles ont été citées comme des facteurs de (moindre) recours à la coercition. L’importance des liens avec la communauté et les associations du territoire, particulièrement fort dans H4, s’observe aussi sur l’ensemble des sites, même si cela est dans des proportions variables. La multiplication des partenariats, des circulations entre l’intérieur de l’hôpital et l’extérieur (par les activités, sportives, culturelles et artistiques) constitue un levier important. De la même façon que la recherche incite à des échanges entre établissements, il pourrait être envisagé une diffusion des bonnes pratiques entre les territoires, notamment par le biais des conseils locaux de santé mentale et des projets territoriaux de santé mentale.

VI. Perspectives de recherches

PLAID-Care ouvre sur de nombreux questionnements et un vaste chantier de recherches. Pour commencer, l’inventaire des établissements moins coercitifs doit être prolongé, notamment en vue de confirmer le caractère moins coercitif des établissements identifiés, en particulier ceux repérés par le Rim-P. Ce prolongement nécessitera le croisement des inventaires et une relecture plus attentive des rapports du CGLPL et des rapports de certification de la HAS. Deux autres prolongements seront ensuite particulièrement opportuns : 1° des **études quantitatives voire comparatives sur des échantillons plus conséquents** et visant à corroborer les résultats de PLAID-Care ; 2° des **études qualitatives visant à analyser plus avant l’intrication des différents facteurs et les parcours des patients et des professionnels**, et à **explorer davantage les organisations extrahospitalières du soin**. De façon générale, il apparaît fondamental de **poursuivre et consolider les collaborations permettant une approche pluri, inter, voire transdisciplinaire de la coercition** et favorisant **l’articulation de plusieurs méthodologies**. Ces prolongements ont d’ores et déjà été engagés par plusieurs projets de recherche. Le **second volet de RICOCHET** permettra d’abord d’identifier à l’échelle nationale les facteurs de (moindre) coercition liés aux caractéristiques des patients ainsi qu’aux établissements et à leur environnement. Les résultats de ce second volet seront mis en perspective avec ceux de la tâche 2 au sein d’une publication commune (automne 2024). Deux autres projets sont en cours : 1° **TRANSPSYCO** (Approche transdisciplinaire en psychiatrie et en santé mentale: déterminants, impacts et

leviers d'action en faveur de la moindre coercition)¹⁰, qui vise à prolonger la collaboration entre l'équipe PLAID-Care, l'IRDES et l'École des Mines, et s'est aussi élargi à deux autres disciplines (droit et médecine) ; 2° **PSYCORE** (Impact d'un programme de moindre recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie. Étude multicentrique randomisée en Stepped Wedge)¹¹ qui vise à évaluer, dans 6 établissements, l'impact d'un programme de diminution des mesures d'ISOC (le *Six Core Strategies*). Dans le cadre de TRANSPSYCO et de la participation d'une partie des chercheurs de l'équipe à l'action FOSTREN (*Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services*), il est envisagé de répondre à des appels à projets permettant le déploiement d'études européennes. Dans la continuité de l'étude exploratoire sur le médicament, nous avons été sollicités par le pharmacien du CHBD, qui est aujourd'hui référent scientifique de son établissement auprès du Centre Régional de Recherche en Psychiatrie de la région PACA. Il est envisagé de construire une étude de plus grande ampleur au niveau de la région afin de valider l'hypothèse formulée lors de l'étude pilote, à savoir que le moindre recours aux mesures d'ISOC est susceptible d'être corrélé à un moindre recours à la contention chimique. Le CGLPL, à qui ont été présentés les résultats de la recherche (30 mai 2024), s'est également montré très enthousiaste à l'idée de poursuivre la collaboration et d'engager de nouvelles recherches avec les membres du projet.

VI. Bibliographie

- Aragonés-Calleja M, Sánchez-Martínez V. Evidence synthesis on coercion in mental health: An umbrella review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2024;33(2) :259-280. [doi/10.1111/inm.13248](https://doi.org/10.1111/inm.13248)
- Bak J, Aggernæs H. Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2012 ;66(5):297-302. [10.3109/08039488.2011.632645](https://doi.org/10.3109/08039488.2011.632645)
- CGLPL. [Isolement et contention dans les établissements en santé mentale](#). Dalloz, 2016. .
- Blandin AC, Dallel S, Degry J, Fakra É, Hardy S, Liothier J, Moreau D, Lagrange D, Quenum Y, Saetta S. Étudier conjointement l'isolement, la contention mécanique et la contention chimique : étude pilote dans trois établissements psychiatriques français. *L'Encéphale* [Internet]. 8 mai 2024. [10.1016/j.encep.2024.02.013](https://doi.org/10.1016/j.encep.2024.02.013)
- Bras M, Itrac-Alves A, Ceruti C, Saetta S, Rohr L, Lanquetin JP. Tenir bon avec « l'ingérable » Mouaad.2024;286:64-69.
- Coldefy M. Les données administratives de l'isolement. *Santé mentale*, 2016;210:46-49.
- Goulet MH, Larue C, Dumais A. Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*.2017;34:139-146. [10.1016/j.avb.2017.01.019](https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019)
- Goulet MH, Lessard-Deschênes C. Le Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale : une revue intégrative. *Santé Mentale au Québec*. 2022;47(1):151-80. [10.7202/1094149ar](https://doi.org/10.7202/1094149ar)

¹⁰ Projet co-coordonné par E. Fakra (CHU de Saint-Étienne), X. Boucher (École des Mines de Saint-Étienne) et S. Saetta (ENSEIS) et qui a reçu un financement de deux ans (2024-2026) dans le cadre de l'appel à projets SHAPE-Med@Lyon : <https://www.shape-med-lyon.fr/actions/les-projets-finances/transpsyco/>

¹¹ Projet coordonné par E. Fakra, déposé en mars 2024 dans le cadre des appels à projet PREPS (Programme de recherche sur la performance du système de soins) de la Direction Générale de l'Offre de Soins.

- Lanquetin JP, Coldefy M, McCardell-Kulcsar A, Mougeot F, Rostirolla D, Quenum Y, Rohr L, Saetta S. « L'attacher au lit ? On essaie plutôt de l'attacher à nous ». *Santé Mentale*. 2024;286:26-33.

- Matthiasson P. Moins de soins sous contrainte : l'expérience islandaise. *L'information psychiatrique*. 2017;98:558-562. [10.1684/ipe.2017.1671](https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1671)

- Moreau D. Limiter la contrainte ? Usages et régulation des usages de la contrainte psychiatrique en Suisse. *L'information psychiatrique*,. 2017;93:551-557. [10.1684/ipe.2017.1670](https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1670)

- Savage MK, Lepping P, Newton-Howes G, et al. Comparison of coercive practices in worldwide mental healthcare: overcoming difficulties resulting from variations in monitoring strategies. *BJPsych Open*. 2024;10(1):e26. [10.1192/bjo.2023.613](https://doi.org/10.1192/bjo.2023.613)

- Saetta S, Coldefy M, Degry J, Lanquetin JP, McCardell A, Moreau D, Mougeot F, Quenum Y, Ropers P, Rohr L, Rostirolla D, Velpy L. PLAID-Care : une recherche sur le moindre recours à la coercition en France. *L'Encéphale*. 2023;49(4):433-6. [10.1016/j.encep.2023.03.005](https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.03.005)

Saetta S, Fakra E, Pulcini M & Quenum Y. 2024. Désinstitutionnalisation, démantèlement de l'hôpital, ou extension du filet de l'institution ? Les transformations de l'institution au prisme de la restructuration d'un secteur de psychiatrie. In Hachez I & Marquis N (dir.). *Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap*. Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles. [10.4000/books.pusl.29977](https://doi.org/10.4000/books.pusl.29977)

- Szmukler G. Compulsion and "coercion" in mental health care. *World Psychiatry*. 2015;14(3):259-61. [10.1002/wfwp.20264](https://doi.org/10.1002/wfwp.20264)

- Touitou-Burckard E, Gandré C, Coldefy M, Ellini A, Saetta S. Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements. *Questions d'économie de la santé*. 2024;286.

- Väkiparta L, Suominen T, Paavilainen E, Kylmä J. Using interventions to reduce seclusion and mechanical restraint use in adult psychiatric units: an integrative review. *Scandinavian Journal Caring Sciences*. 2019;33(4):765-78. [10.1111/scs.12701](https://doi.org/10.1111/scs.12701)

II. PARTIE VALORISATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

FICHE A RENSEIGNER

Publications scientifiques et communications

1. Liste des articles

Nota Bene : l'ensemble de ces publications sont jointes dans le PDF joint, Annexe 2, p. 61-93

1.1 Articles dans des revues à comité de lecture (n=2)

- Blandin AC, Dallel S, Degry J, Fakra É, Hardy S, Liothier J, Moreau D, Lagrange D, Quenum Y, Saetta S. Étudier conjointement l'isolement, la contention mécanique et la contention chimique : étude pilote dans trois établissements psychiatriques français. *L'Encéphale* [Internet]. 8 mai 2024.

<https://doi-org.inshs.bib.cnrs.fr/10.1016/j.encep.2024.02.013>

Lien HAL : <https://ehesp.hal.science/hal-04578341>

- Saetta S, Coldefy M, Degry J, Lanquetin JP, McCardell A, Moreau D, Mougeot F, Quenum Y, Ropers P, Rohr L, Rostirolla D, Velpy L. PLAID-Care : une recherche sur le moindre recours à la coercition en France. *L'Encéphale*. Août 2023;49(4):433-6.

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.03.005>Get rights and content

Lien HAL : <https://hal.science/hal-04132920>

1.2 Articles dans des revues sans comité de lecture (n=6)

- Tuitou-Burckard E, Gandré C, Coldefy M, Ellini A, Saetta S. Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements. *Questions d'économie de la santé*. Février 2024;286.
<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/286-isolement-et-contention-en-psychiatrie-en-2022.pdf>
- Saetta S, Fakra E, Pulcini M & Quenum Y. Désinstitutionnalisation, démantèlement de l'hôpital, ou extension du filet de l'institution ? Les transformations de l'institution au prisme de la restructuration d'un secteur de psychiatrie. In Hachez I & Marquis N (dir.). *Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap*. Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles. 2024. [10.4000/books.pusl.29977](https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/286-isolement-et-contention-en-psychiatrie-en-2022.pdf)

- Lanquetin JP, Coldefy M, McCardell-Kulcsar A, Mougeot F, Rostirolla D, Quenum Y, Rohr L, Saetta S. L'attacher au lit ? On essaie plutôt de l'attacher à nous. *Santé Mentale*. Mars 2024;286.

<https://www.santementale.fr/2024/03/lattacher-au-lit-on-essaie-plutot-de-lattacher-a-nous/>

- Bras M, Itrac-Alves A, Ceruti C, Saetta S, Rohr L, Lanquetin JP. Tenir bon avec « l'ingérable » Mouaad. Mars 2024;286.

<https://www.santementale.fr/2024/03/tenir-bon-avec-lingerable-mouaad/>



- Toutitou-Burckard E, Gandré E, Coldefy M. Isolement, contention : où en est-on ? . Santé mentale. Mars 2024;286.
<https://www.santementale.fr/2024/03/isolement-contention-ou-en-est-on/>
- Coldefy M, Gandré C. Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre. Questions d'économie de la santé. Juin 2022;269.
<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/269-les-soins-sans-consentement-et-les-pratiques-privatives-de-liberte-en-psychiatrie.pdf>

1.3 Articles et autres livrables en cours et à venir

- **Article à l'international dans une revue scientifique anglophone visant à présenter les principaux résultats de la tâche 2** : en cours de rédaction (soumission prévue en septembre).
- **Article intitulé « Les effets et les conditions de maintien de la pratique de la porte ouverte et de la déambulation en psychiatrie : étude ethnographique dans 4 établissements français »** visant à présenter plus avant les leviers relatifs au milieu de vie et à l'environnement : en cours de rédaction (soumission prévue à la revue *Health and Place* entre juillet et septembre).
- **Article, dans une revue scientifique anglophone, qui vise la valorisation des résultats de l'étude ancillaire réalisée avec l'École des Mines** : en cours de finalisation (soumission prévue pour début juillet 2024).
- **Article dans une revue scientifique anglophone pour présenter le second volet de l'étude RICOCHET, enrichi des résultats de l'enquête ethnographique dans les quatre hôpitaux** : en cours de rédaction (soumission prévue au dernier trimestre 2024).
- **Ouvrage présentant l'ensemble des résultats** (les trois tâches ainsi que les deux études ancillaires) (soumission prévue le premier trimestre 2025).

2. Rapports de stage et autres rapports rédigés dans le cadre du projet

- Ropers Perrine, « La posture professionnelle infirmière dans le moindre recours à l'isolement et la contention en hospitalisation psychiatrique », Mémoire de Master 2 – Santé Publique Promotion de la Santé et Prévention, sous la dir. de Delphine Moreau, EHESP, 20 septembre 2022.
⇒ *Perrine Ropers a bénéficié d'un stage au CHU de Saint-Étienne du 28 mars au 23 juillet 2022 qui a fait l'objet d'une gratification sur les fonds du projet. Elle a ensuite été embauchée en novembre 2022 en tant que chargée d'études en Promotion de la santé au sein du Projet Alliance qui vise à développer des environnements favorables à la santé des enfants à l'école primaire*
- McCardell Anaïs, « Ouvrir et fermer les espaces de soins psychiatriques, de leur production à leur usage », Mémoire de Recherche en sociologie – Master 1 de Sciences Sociales, sous la dir. de Livia Velpy, Université Paris 8, 29 août 2022.
⇒ *Anaïs McCardell a bénéficié d'un stage non rémunéré au sein du projet CHU de Saint-Étienne du lundi 4 avril au vendredi 27 mai dans le cadre de son Master 1.*

Elle a ensuite poursuivi ses études et rédige actuellement son mémoire de Master 2.

- Degry Julien, « Usages du médicament et diminution des mesures d'isolement-contention en psychiatrie : étude ethnographique d'une unité de soins », Article rédigé dans le cadre du Master 2 Politique Master Science politique Parcours Enjeux sociaux et politiques de santé.
- ⇒ *Julien Degry a bénéficié d'un stage au CHU de Saint-Étienne du 21 février au 1^{er} juillet 2022, qui a fait l'objet d'une gratification sur les fonds du projet. Il est actuellement documentaliste à la bibliothèque municipale de Lyon et est à la recherche d'un emploi plus directement en lien avec sa formation.*

3. Liste des séminaires ou colloques en rapport avec le projet financé auxquels vous avez participé et/ou que vous avez organisé durant la période concernée

3.1 Participation à des colloques, congrès, séminaires et journées d'étude (n=25)

- Coldefy M. et Saetta S., Présentation de PLAID-Care et RICOCHET à la *Journée régionale d'échanges des binômes soignants et des référents réduction isolement contention*, 6 juin 2024, CH Béziers (Environ 50 participants).
- Mougeot F., Présentation de la recherche au *12^{ème} Congrès Réhab' Santé Mentale France*, 7 juin 2024, Palais des Congrès, Marseille.
- Saetta S., « 'Si on avait des chambres d'isolement, on s'en servirait' : représentations et usages de l'isolement dans des services psychiatriques peu coercitifs », *Journée de la psychiatrie 2024 – « Une chambre à soi » : espaces physiques et psychiques du soin*, 26 avril 2024, HESAV, Lausanne (Environ 100 participants) <https://hesav.ch/event/psy-24/>.
- Moreau D., « Limiter le recours ? Du contrôle aux conditions d'une moindre contrainte dans le soin », *Colloque « Contrôler la psychiatrie ? »*, 9-10 avril 2024, Faculté de Droit et sciences politiques, Nantes.
- Mougeot F., Lanquetin J.P., Quenum Y., Rohr L., Saetta S., « PLAID-Care. Psychiatrie et libertés individuelles, étude d'établissements caractérisés par un moindre recours à la coercition », *8^{èmes} rencontres pour la recherche en soins en psychiatrie*, 28 et 29 mars 2024, Écully (Environ 200 participants).
- Moreau D., « Régulations et contestations de la contrainte en psychiatrie : vers une transformation des pratiques ? », *Conférence internationale sur « L'autonomie à l'épreuve du handicap, le handicap à l'épreuve de l'autonomie. Perspectives interdisciplinaires »*, 21-22 mars 2024, UCLouvain Saint Louis, Bruxelles.
- Saetta S., « Présentation de l'étude PLAID-Care », *24^{ème} Journée Thématique CReHPsy Pays de la Loire : Isolement, contention et violence en Psychiatrie : Comment éviter ?*, 11 décembre 2023, Locaux du CReHPsy, Angers. (Environ 150 participants). Lien vers la vidéo de journée : <https://www.crehpsy-pl.fr/evenement/isolement-contention-violence-en-psychiatrie-comment-eviter/>

- Lanquetin J.P., Quenum Y., « Présentation d'étape du projet IReSP Plaid-Care 2021/2023 », *Journées « moindre recours à l'isolement et à la contention »*, , 23 octobre 2023, Centre Hospitalier de Plaisir, Versailles (Environ 110 participants).
- Saetta S., Rohr L., « Focus sur l'étude PLAID Care et les établissements moins coercitifs en France », *2^{ième} journée d'étude du Centre Ressource de Réhabilitation Psychosociale du CH Vinatier : « Parlons des pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie »*, 6 octobre 2023, CH Le Vinatier, Lyon (Environ 60 participants).
- Quenum Y., Saetta S., « La recherche PLAID-Care sur les établissements les moins coercitifs en psychiatrie », *Journée de la bientraitance du Centre Hospitalier Isarien : le moindre recours à la coercition*, 2 octobre 2023, CH Isarien, Clermont l'Oise (Environ 100 participants).
- Mougeot F., Quenum Y., Saetta S., Présentation de la recherche PLAID-Care au séminaire « *Pratique d'enquête/enquête sur les pratiques en intervention sociale* », 3 octobre 2023, ENSEIS de Firminy, Firminy (Environ 20 participants).
- Lanquetin J.P., Saetta S., « Moindre recours à la coercition : étude Plaid-Care », *41^{èmes} journées de la Société de l'Information Psychiatrique*, 28-30 septembre 2023, Parc des Expositions et Congrès, Dijon (Environ 30 participants).
- Moreau D., Mougeot F., Saetta S. « Les conditions de circulation et de mise en œuvre des savoirs et savoir-faire visant le moindre recours à la coercition en psychiatrie », *10^{ième} Congrès de l'Association Française de Sociologie*, 4-7 juillet 2023, Université Lyon 2, Lyon (Environ 30 participants).
- Saetta S., « Le rapport risques / bénéfices dans des établissements moins coercitifs », *Journée d'étude PRESAGES « Risque et responsabilité en Santé Mentale »*, 3 juillet 2023, CHU de Saint-Étienne, Saint-étienne (Environ 30 participants).
- Lanquetin J.P., Saetta S., Présentation de la recherche lors d'une *Journée de travail entre 10 établissements sur la dynamique de réduction de l'isolement et de la contention en psychiatrie* organisée par l'Agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (ANAP), 16 juin 2023, CH de Valvert, Marseille (Environ 100 participants).
- Moreau D., « Contrainte : comment faire autrement ? », *Conférence introductive lors de la journée régionale « Contrainte dans le soin : partageons nos savoirs pour mieux s'en passer ! »*, 6 juin 2023, CAPPs Bretagne, Brest.
- Saetta S., Quenum Y., « Le moindre recours à la coercition en psychiatrie : tentative d'état des lieux et focus sur quatre établissements français », *Séminaire interdisciplinaire : « Les soins psychiatriques confrontés au respect des droits et libertés fondamentaux des patients »*, 4 avril 2023, Webinaire.
- Moreau D., « La contrainte en psychiatrie : entre légitimation, banalisation et contestation », *Séminaire interdisciplinaire du Réseau doctoral en santé*

publique (RDSP-EHESP) « Les soins psychiatriques confrontés aux libertés et droits fondamentaux des patients », 4 avril 2023, Webinaire.

- Lanquetin J.P., Quenum Y., « Présentation d'étape du projet IReSP Plaid-Care 2021/2023 », *Journée « Moindre Recours » des Hôpitaux de Saint-Maurice*, 21 mars 2023, Hôpitaux de Saint-Maurice, Saint-Maurice (Environ 150 participants).
- Saetta S., « Isolement et contention : moindre recours », *Congrès de l'Encéphale 2023*, 18 au 20 janvier 2023, Palais des Congrès, Paris (Environ 150 participants).
- Coldefy M., « Isolement et contention en France et à l'étranger », *Congrès de l'Encéphale 2023*, 18 au 20 janvier 2023, Palais des Congrès, Paris (Environ 150 participants).
- Saetta S., Fakra E., Pulcini M., Quenum Y., « Démantèlement de l'hôpital, désinstitutionnalisation ou extension du filet de l'institution ? Les transformations de l'institution au prisme de la restructuration d'un secteur de psychiatrie », *Conférence internationale ALTER « Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap »*, 7-8 juillet 2022, Bruxelles (Environ 500 participants).
- Lanquetin J.P ; Rohr L., « Psychiatrie et libertés individuelles : étude d'établissements caractérisés par un moindre recours à la coercition », *Grand rendez-vous de l'IReSP 2022 « Démocratie en santé : Quelles perspectives issues de la recherche en santé mentale ? »*, 7 juillet 2022, Paris (Environ 200 participants).
- Lanquetin J.P., Quenum Y., Rohr L., Saetta S., « Présentation de la recherche PLAID-Care et de ses premiers résultats », *2^{ème} Journée régionale moindre recours à l'isolement et à la contention*, 14 octobre 2022, CH Saint-Jean de Dieu, Lyon (Environ 200 participants).
- Mougeot F., Lanquetin J.P., Quenum Y., Rohr L., Saetta S., « Présentation de la recherche PLAID-Care », *7^{èmes} rencontres pour la recherche en soins en psychiatrie*, 20 et 21 mai 2022, Écully (Environ 200 participants).

Interventions à venir pour présenter les résultats de la recherche (n=7)

- Intervention de Sébastien Saetta aux "Petites Rencontres autour du soin" *Bicentenaire du CH Saint-Jean-de-Dieu*: « Isolement et contention, comment faire autrement ? », 25 juin 2024, CH Saint-Jean-de-Dieu.
- Interventions de Sébastien Saetta, et de Coralie Gandré et Esther Touitou-Burckard à une session sur le moindre recours au *15th International Conference of the European Network for Mental Health Service Evaluation*, 4-6 juillet 2024, Université de Versailles Saint-Quentin, Versailles.
- Organisation d'une session sur le moindre recours réunissant des chercheurs de PLAID-Care et des professionnels du CHBD et du CHV au *122^e Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*, 18-20 septembre 2024, Hôpitaux de la Timone, Marseille.

- Intervention de Jean-Paul Lanquetin pour présenter PLAID-Care à la *1^{ère} Journée de recherche en psychiatrie*, 10 octobre 2024, CH Hospitalier George Sand, Bourges.
- Intervention de Sébastien Saetta, *1^{ère} Journée sur la recherche paramédicale*, 28 novembre 2024, CH de Cadillac, Cadillac.
- Organisation d'une session sur le moindre recours réunissant des chercheurs de PLAID-Care et des professionnels du CHBD : « Esprit libéré ? Études d'établissements français ayant un moindre recours à l'isolement contention », *16^{ème} Congrès Français de Psychiatrie*, 27-30 novembre 2024, Couvent des Jacobins, Rennes.
- Interventions de Coralie Gandré, Magali Coldefy (« Comparaisons Internationales ») et de Sébastien Saetta (« PLAID-Care : les résultats ») au sein d'une session « Les contraintes du soin » au *Congrès de l'Encéphale*, 22-24 janvier 2025, Paris.

3.2 Organisation de séminaires (n=3)

Trois séminaires ont été organisés au cours du projet (Cf. *Annexes 5 –Séminaires PLAID-Care, p. 136-143*). Ces séminaires ont été réalisés en présentiel avec une possibilité de visioconférence, et ont été enregistrés.

- **Séminaire PLAID-Care #1**, « *Étudier le recours à la coercition* », 1^{er} février 2022, ENSEIS, Villeurbanne.
 - Intervenant.es : Luc Chouchkaieff (Contrôleur CGLPL), Magali Coldefy (Géographe), Estelle Royer (Contrôleuse CGLPL), Bérénice Staedel (chargé de mission CCOMS), Sylvie Ynesta (référente régionale psychiatrie et santé mentale ARS)
- **Séminaire PLAID-Care #2**, « *Entre convergence, divergence et complémentarité de disciplines engagées dans la recherche à l'hôpital* », 30 janvier 2023, Maison des Sciences de l'Homme Lyon-Saint-Étienne, Lyon.
 - Intervenant.es : Chantal Eymard (Infirmière, MCF HDR), Dominique Friard (Infirmier chercheur de secteur psychiatrique) ; Tristan Renard (Sociologue), Aurélien Troisoefu (Anthropologue)
- **Séminaire PLAID-Care #3**, « *Les adossements théoriques du moindre recours à la coercition en psychiatrie* », 19 février 2023, Maison des Sciences de l'Homme Lyon-Saint-Etienne, Lyon.
 - Intervenantes : Héloïse Halliday (Psychologue, MCF), Audrey Linder (Sociologue).

Communications au grand public

- **Présentation de la publication RICOCHET/PLAID-Care dans un article d'ActuSoins** (16 avril 2024) : « Psychiatrie : l'isolement et la contention ont encore la vie dure ». <https://www.actusoins.com/386924/psychiatrie-lisolement-et-la-contention-ont-encore-la-vie-dure.html>



- **Présentation de la publication RICOCHET/PLAID-Care dans un article de la revue Journal International de Médecine (JIM)** (8 avril 2024) : « Isolement et contention : état des lieux disparate en France ». <https://www.jim.fr/viewarticle/isolement-et-contention-%C3%A9tat-des-lieux-disparate-france-2024a10006mj>
- **Présentation de la publication RICOCHET/PLAID-Care dans un article de Cadredesanté.com** (8 mars 2024) : « Isolement et contention en psychiatrie : une étude objective des pratiques inhomogènes ». <https://www.cadredesante.com/spip/infos/breve/isolement-et-contention-en-psychiatrie-une-etude-objective-des-pratiques-inhomogenes>
- **Présentation de la publication RICOCHET/PLAID-Care dans un article d'HOSPIMEDIA** (6 mars 2024) : « Une forte disparité entre établissements persiste pour le recours à l'isolement-contention ». <https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20240305-psychiatrie-une-forte-disparite-entre-etablissements-persiste-pour>
- **Interview de Sébastien Saetta et d'Yvonne Quenum dans La lettre du GCS** (n°82, mars 2023) : « Plaid-Care, comment font les établissements qui limitent ou diminuent le recours à la coercition ? ». <https://www.recherche-sante-mentale.fr/newsletter/82-03-23.html>
- **Présentation d'un article PLAID-Care dans le rubrique « Actualités » de la revue Santé Mentale d'un article** (3 mai 2023) : « PLAID-Care : une recherche sur le moindre recours à la coercition en France ». <https://www.santementale.fr/2023/05/plaid-care-une-recherche-sur-le-moindre-recours-a-la-coercition-en-france/>
- **Dépêche dans APMnews suite à une présentation de la recherche au Congrès de l'Encéphale** (20 janvier 2023) : « Psychiatrie : le non-recours à l'isolement et à la contention est-il envisageable ? ». <https://www.apmnews.com/nostory.php?objet=391967>
- **Article dans HOSPIMEDIA suite à une présentation de la recherche au congrès de l'Encéphale** (20 janvier 2023) : « Des chercheurs se penchent sur les hôpitaux français « zéro contention » en psychiatrie ». https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20230119-qualite-des-chercheurs-se-penchant-sur-les-hopitaux?utm_source=https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20230120-qualite-des-chercheurs-se-penchant-sur-les-hopitaux&utm_medium=publicSite&utm_campaign=redirection&utm_term=logged
- **Présentation de la recherche dans la rubrique « Actualités » de la revue Santé Mentale** (3 février 2022) : « Plaid-Care : une recherche pour dégager les leviers d'une psychiatrie peu coercitive ». <https://www.santementale.fr/2022/02/plaid-care-une-recherche-pour-degager-les-leviers-dune-psychiatrie-peu-coercitive/>

III. ANNEXES

Annexe 1 – Tableaux, figures, documents et graphiques



Document 1 – Avis favorable du comité éthique



Comité d'Éthique du CHU de Saint-Etienne
Commission recherche de Terre d'éthique
comite.ethique@chu-st-etienne.fr
Pr Pascale Vassal
pascale.vassal@chu-st-etienne.fr
Institutional Review Board : IORG0007394



M. Sébastien SAETTA
CHU de Saint-Etienne
Équipe Mobile

Saint-Etienne, le 15/10/2021

De : Pascale Vassal

Réf : **IRBN1372021/CHUSTE**

Objet : **Avis Favorable**

Titre : « Recherche PLAID-Care (Psychiatrie et libertés individuelles : étude d'établissements caractérisés par un moindre recours à la coercition. »

Madame, Monsieur,

Je vous remercie d'avoir soumis votre projet de recherche au Comité d'Éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Saint-Etienne.

Cette étude a été examinée lors de la séance plénière du mercredi 13 octobre 2021. Un résumé a été présenté par M. Sébastien SAETTA qui a par la suite répondu aux questions des membres du Comité d'Éthique.

Votre projet a été référencé par le numéro IRBN1372021/CHUSTE.

Nous vous demandons de faire référence à ces numéros dans tous les documents qui seront produits ainsi que pour toutes correspondances.

Au regard de l'article R1121-2 du code de la Santé Publique modifié par Décret n°2006-477 du 26 avril 2006 - art. 1 JORF 27 avril 2006 définissant dans son alinéa 2 et suivants « les recherches non interventionnelles portant sur des produits mentionnés à l'article L.5311-1 » et du code Pénal article 226-16 et suivants relatifs « aux atteintes aux droits de la personne résultant des fichiers ou des traitements informatiques », le Comité d'Éthique du CHU de Saint-Etienne a examiné les pièces et auditionné le représentant de ce projet de recherche.

Après délibération, le Comité d'Éthique du CHU de Saint-Etienne a donné un **Avis Favorable** à la conduite de cette étude.

Si votre projet change après la date de cet avis sous quelque forme que ce soit, vous devez en informer le Comité d'Éthique.

Très cordialement

Professeur Pascale VASSAL



Document 2 – Plaquette de présentation PLAID-Care

L'équipe de recherche

Coordinateur de la recherche

Sébastien SAETTA, sociologue
sebastien.sietta@chu-st-etienne.fr

Équipe de recherche

Magali COLDEFY, géographe
Jean-Paul LANQUETIN, infirmier
Delphine MOREAU, sociologue
Frédéric MOUGEOT, sociologue
Loïc ROHR, infirmier
Yvonne QUENUM, infirmier
Daria ROSTIROLLA, psychologue-anthropologue
Livia VELPRY, sociologue

Comité de suivi

Brigitte Alban, Directrice des Soins – Nadine Angénieux, Directrice des Soins –
Olivier Chamoret, Cadre de Santé – Cécile Charmont, Cadre Supérieur de Santé
Éric Fakra, Psychiatre – Emmanuelle Fillion, Sociologue – Claude Finkelstein,
Présidente de la FNAPSY – Dominique Friard, Infirmier – Radoine Haoui,
Psychiatre – Florian Magny, Infirmier – Aurélie Tinland, Psychiatre – Fanny
Vincent, Sociologue



Présentation de la recherche

Psychiatrie et libertés individuelles

Étude d'établissements caractérisés par un moindre
recours à la coercition



Une recherche financée par :



Résumé du projet

Les établissements psychiatriques présentent d'importantes disparités en matière de coercition : tandis que des établissements y recourent fréquemment, d'autres ne l'emploient qu'exceptionnellement.

Outre les inégalités relatives au respect des droits, ces disparités induisent une perte de chances pour une partie des patients et pèsent sur le système de santé.

L'étude d'établissements moins coercitifs, aujourd'hui peu visibles et investigués, peut permettre de dégager les leviers d'une psychiatrie plus respectueuse des libertés individuelles.

Une recherche innovante avec une équipe pluridisciplinaire
Sciences Infirmières, Sociologie, Géographie, Anthropologie

Objectifs

Mieux comprendre le fonctionnement des établissements moins coercitifs :

- ⇒ Identifier les acteurs, les outils, les savoirs, les compétences ainsi que les formes d'organisation, de coordination et de coopération permettant un moindre recours à la coercition
- ⇒ Identifier les effets des politiques de moindre recours sur les parcours de soins, et sur le vécu des patients et des professionnels

Méthode

Une riche revue de littérature nationale et internationale

L'étude intensive de quatre établissements, ou pôles, moins coercitifs et bénéficiant d'une certaine antériorité

L'étude de trois établissements de la région Auvergne-Rhône-Alpes, engagés dans un processus de transformation et de limitation du recours à la coercition.

Outils d'investigation

- ⇒ Entretiens semi-directifs
- ⇒ Observations
- ⇒ Entretiens collectifs de validation

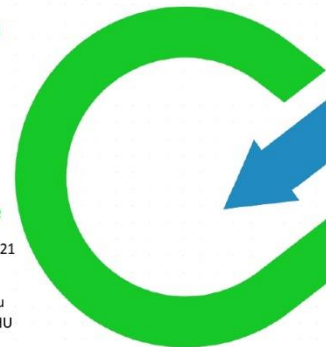
Déroulement de l'étude

L'étude se déroulera de novembre 2021 à octobre 2023.

Ce projet a reçu un avis favorable du Comité d'Éthique Terre d'Éthique (CHU de Saint-Etienne)

Il est conforme aux méthodologies de référence de la CNIL.

Toutes les données et informations récoltées auprès des professionnels, des usagers sont anonymisées et sécurisées.





Les facteurs de la coercition et de sa réduction/prévention dans la littérature

Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review
Marie-Hélène Goulet ^{1,2}, Caroline Larue ³, Alexandre Domala ⁴



Using interventions to reduce seclusion and mechanical restraint use in adult psychiatric units: an integrative review

Laura Väkiparta RN, MSc (MSc Student)  Tarja Suominen PhD (Professor), Eija Paavilainen PhD (Professor) and Jari Kylmä PhD (University Lecturer)

Isolement	Contention
Lutter de manière proactive - Interventions par rapport à l'environnement - Formation du personnel - Planning de soins - Travail d'information - Evaluation des risques	Lutter de manière proactive - Régulation et réglementation de la contention mécanique - Atmosphère thérapeutique - Formation du personnel - Planning de soin - Examen des risques liés à la contention
Répondre aux risques directs - Participation du patient - Participation de la famille - Activités significatives - Modulation sensorielle - Gestion de la crise	Répondre aux risques directs - Participation du patient - Activités thérapeutiques - Modulation sensorielle - Interventions pour gérer l'agitation

Evidence synthesis on coercion in mental health: An umbrella review

Miriam Aragonés-Calleja, Vanessa Sánchez-Martínez 

Facteurs individuels	Facteurs organisationnels	Facteurs environnementaux
Diagnostic (Schizophrénie, Troubles Bipolaires) Âge Antécédents d'hospitalisation Traumatismes et antécédents d'agressions (subies)	Période d'instabilité organisationnelle augmentation l'insécurité des soignants	Environnement stressant et nécessité de maintenir la sécurité dans la service

Figure 1 - Les facteurs de la coercition et de sa réduction dans la littérature

Le Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale : une revue intégrative

The Model of Prevention of Seclusion and Restraint Use in Mental Health: An Integrative Review

Marie-Hélène Goulet and Clara Lessard-Deschênes

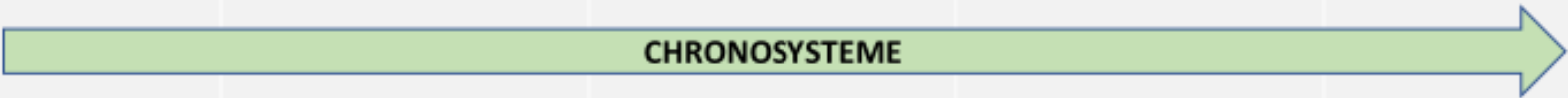
Facteurs et leviers de protection individuels (Ontosystème)	Facteurs liés à l'unité de soins (à la fois lié au personnel et au milieu) (Microsystème)	Facteurs liés aux relations entre le personnel et leur environnement de travail (Mésosystème)	Facteurs organisationnels, liés à ce qui se passe hors du service mais à une influence sur lui (Exosystème)	Facteurs liés aux politiques nationales (Macrosystème)
- Trajectoires de vie et de soins - Absence d'antécédents de violence - Absence de comportements violents - Participation active aux soins	Liés aux personnels - Relation thérapeutique - Directives anticipées - Thérapie cognitive dans le milieu - Médication adaptée - Techniques de désescalade - Retour post-iso Liés à l'environnement - Ambiance chaleureuse - Diminution des stimuli - Chambre individuelles - Modulation sensorielle - Espace d'apaisement	Culture de soin relativement : - du partenariat - optimisme - réflexivité - assouplissement des règles - culture de collaboration et de partage des responsabilités plutôt que culture du risque	- Implantation de programmes - Leadership organisationnel - Mise en place de systèmes d'alertes, d'audits, de debriefing - Formation - Organisation des soins - Politiques portes ouvertes	- Organisations de temps fort - Financement de projets - Intégration des mesures de contrôle comme indicateurs de la qualité des soins - Réception des politiques par le personnel - Politiques prenant en compte le vécu des soignants
 CHRONOSYSTEME				

Figure 2 - Le modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale



Modèle hiérarchique en général

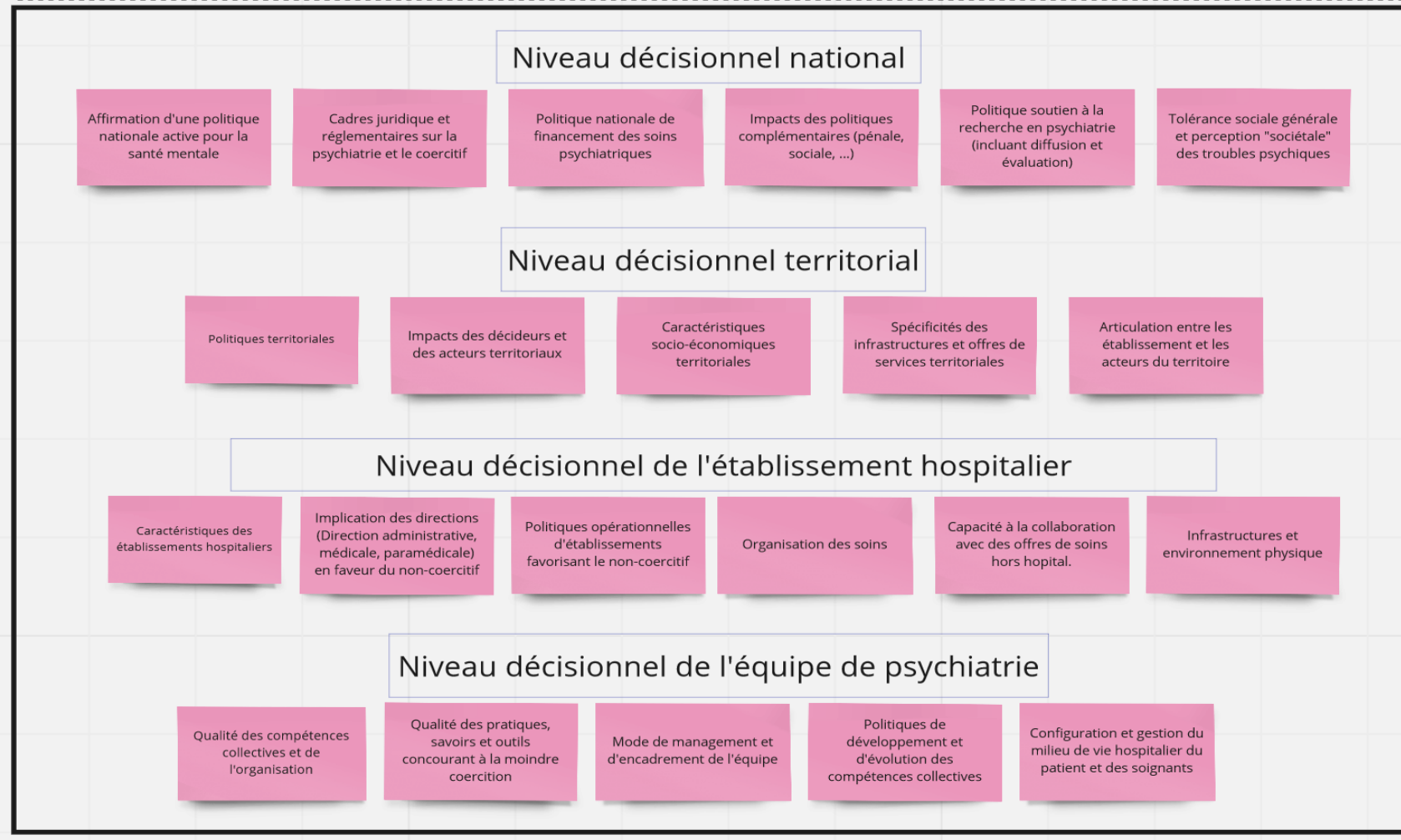


Figure 3 - Modèle qualitatif des facteurs de la (moindre) coercion

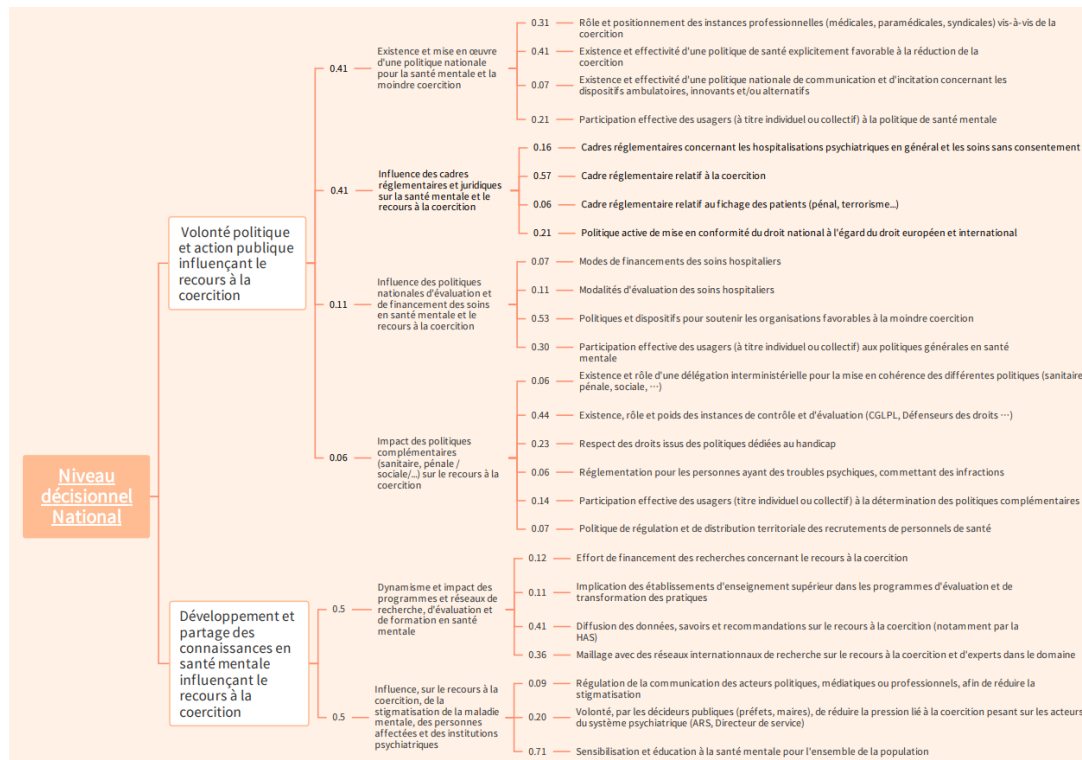


Figure 4 - Pondération des facteurs de niveau national



Figure 5 - Pondération des facteurs au niveau territorial

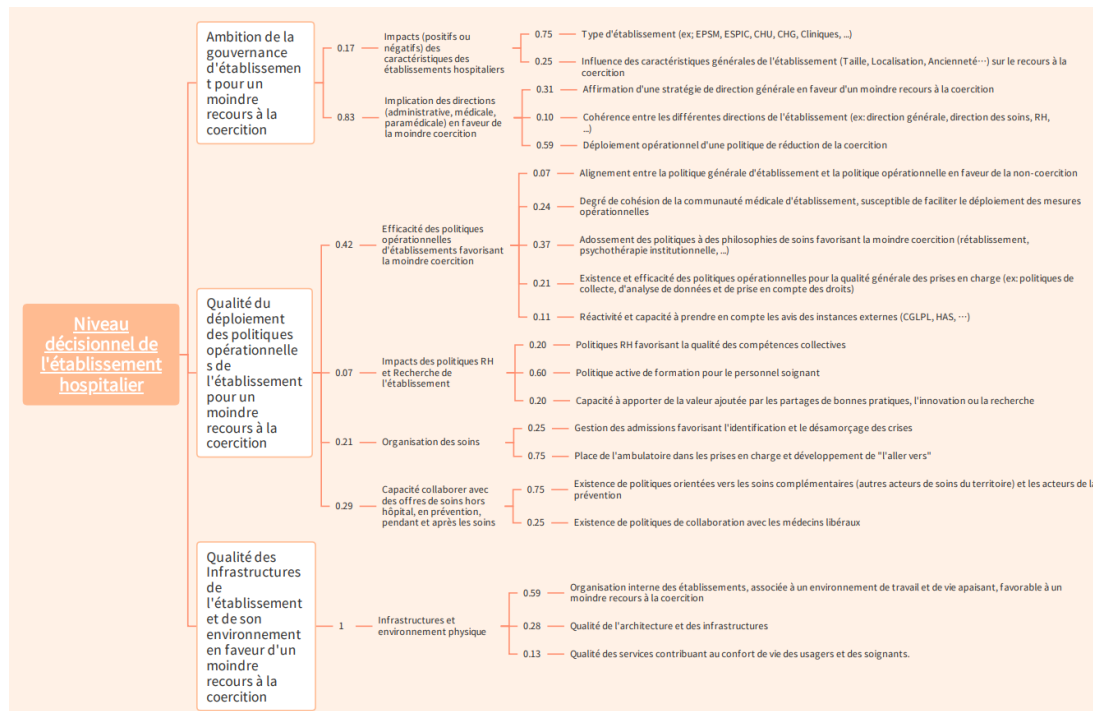


Figure 6 - Pondération des facteurs au niveau de l'établissement

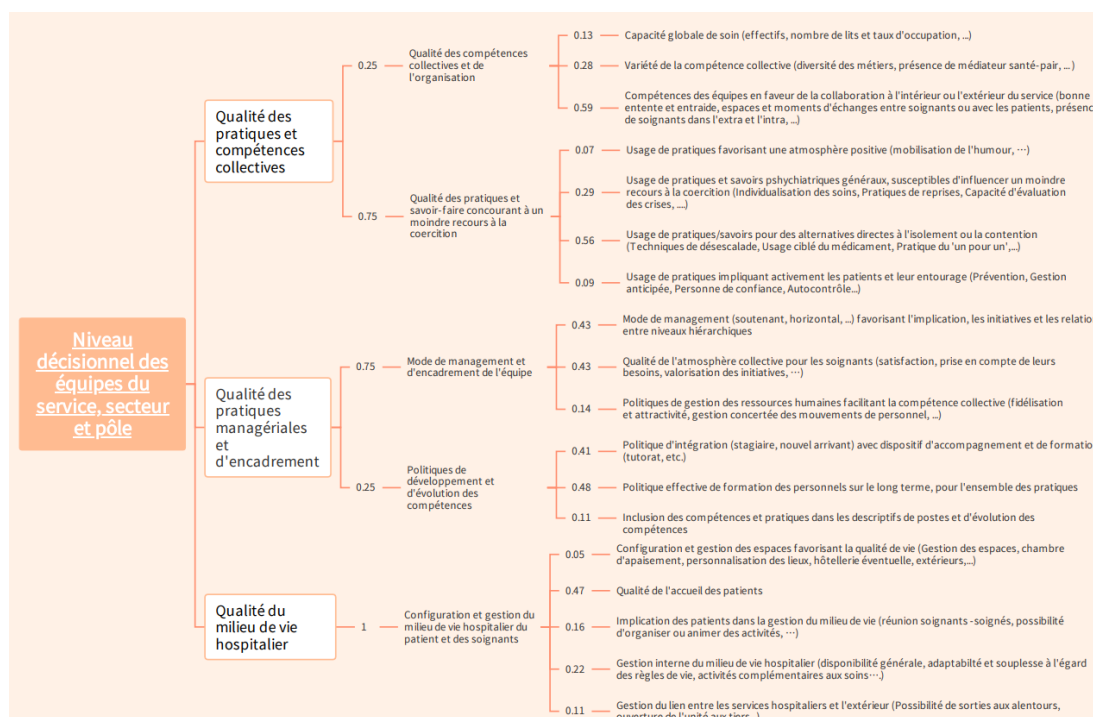
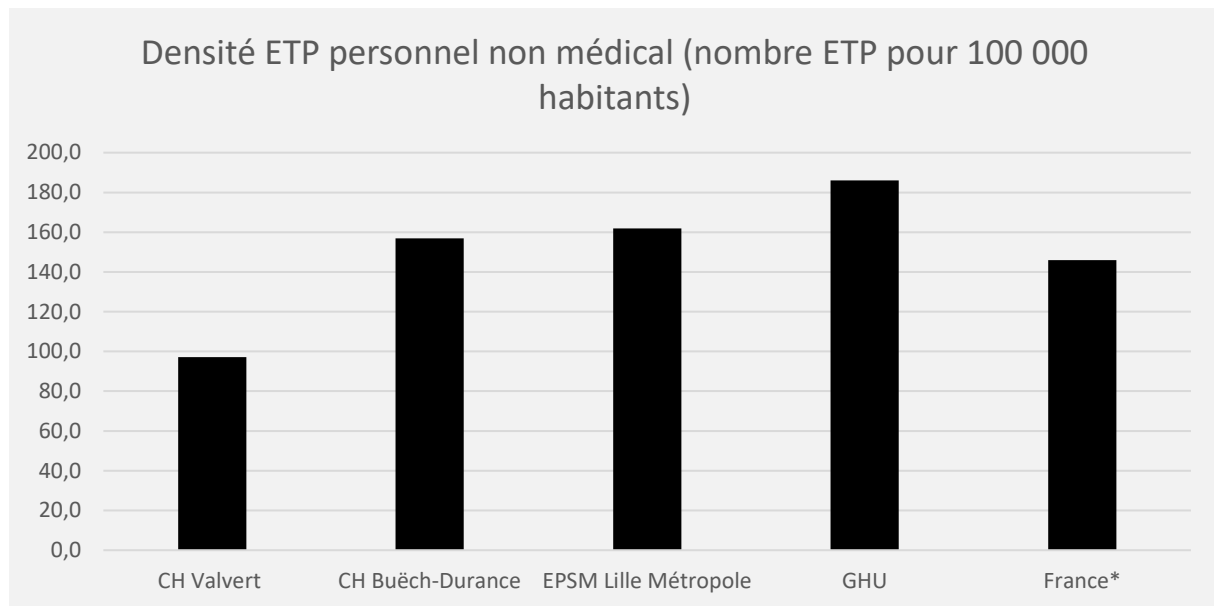


Figure 7 - Pondération des facteurs niveau service

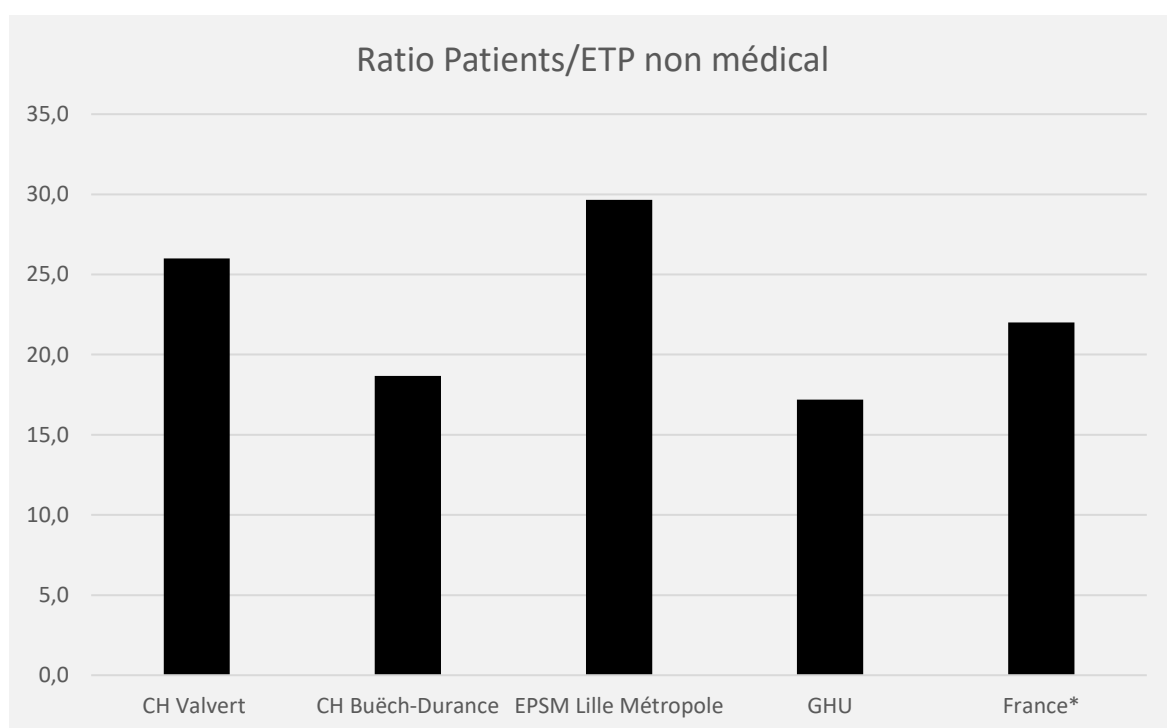


Tableau 1 : Détail des matériaux recueillis dans le cadre de l'étude ethnographique de la tâche 2		
Entretiens	Observations	Méthode documentaire
69 entretiens -18 personnels administratifs (3 directeurs généraux, 4 directeurs des soins, 11 cadres, 1 documentaliste) ; -14 médecins (dont 4 présidents de CME) ; -17 soignants (11 infirmiers, 1 aide-soignant, 1 médiateur santé pair, 2 psychologues, 1 art thérapeute, 1 animatrice) ; -12 usagers (9 patients, 3 proches, également représentants) -3 entretiens collectifs -5 entretiens de restitution et de validation	62 jours d'observation -Observation de l'ordinaire de l'unité (couloirs, bureaux, parc et alentours, repas, ...) -Activités -Entretiens cliniques -Réunions cliniques -Réunion communautaires (soignants/soignés) -Relèves (staffs) -Réunions institutionnelles -Visites des services ambulatoires ...	-Projets d'établissements -Projets de services -Rapports d'activités -Rapports isolement/contention -Comptes-rendus de réunions -Articles (publiés dans revues scientifiques ou revues professionnelles) -Articles de presse -Vidéo de colloques -Littérature grise (mémoire, témoignages, ...) -Gazettes ou journaux de l'établissement ...

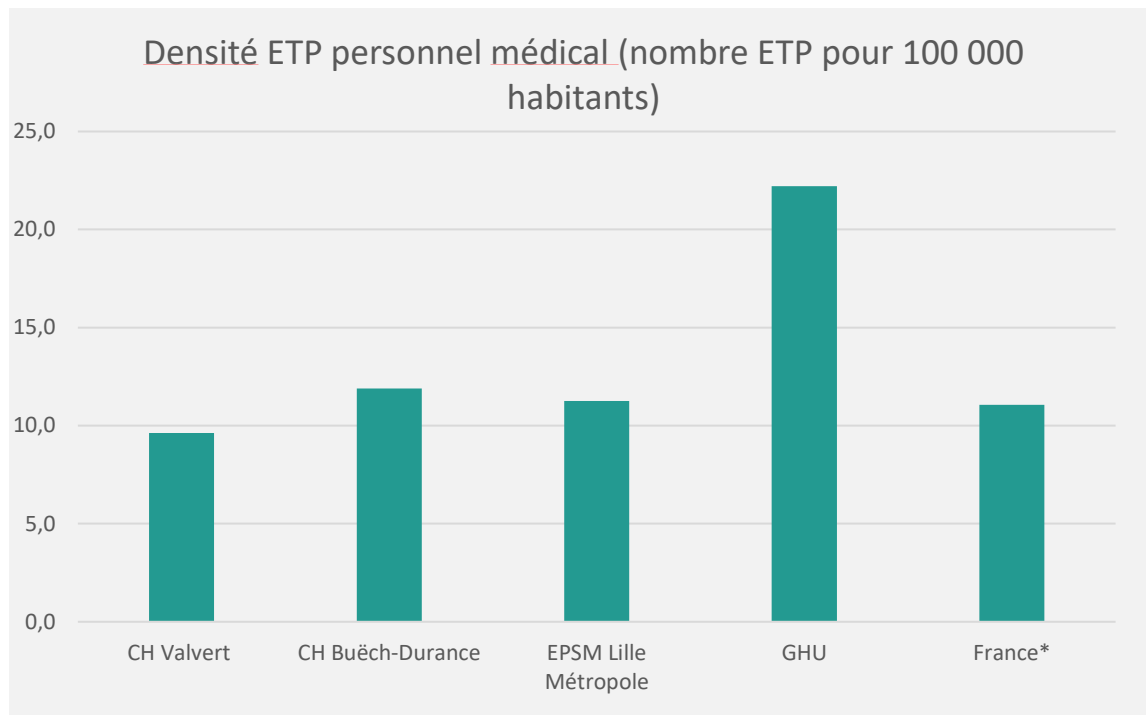
Tableau 3 – Détail des matériaux recueillis dans le cadre de l'étude ethnographique de la tâche 2



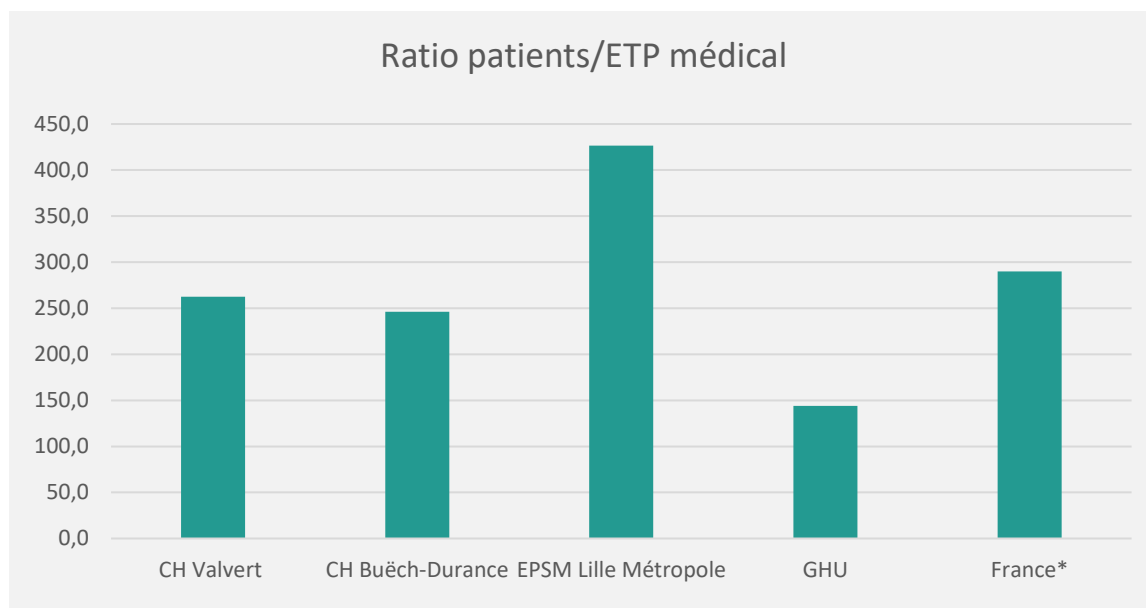
Graphique 1 – Nombre d'ETP non médical pour 100 000 habitants – Source SAE 2020



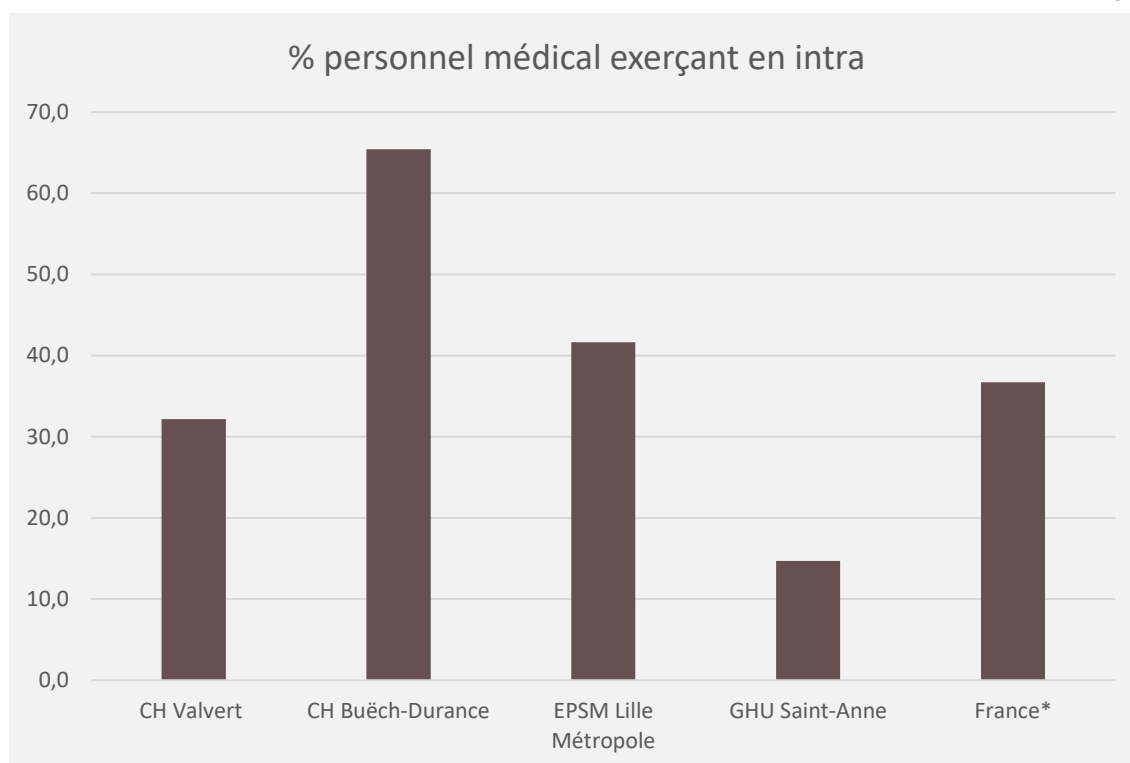
Graphique 2 - Ratio Patients/ETP non médical – Source SAE 2020 (Par exemple, on trouve au CH Valvert, un peu plus de 25 patients pour un 1 ETP non médical)



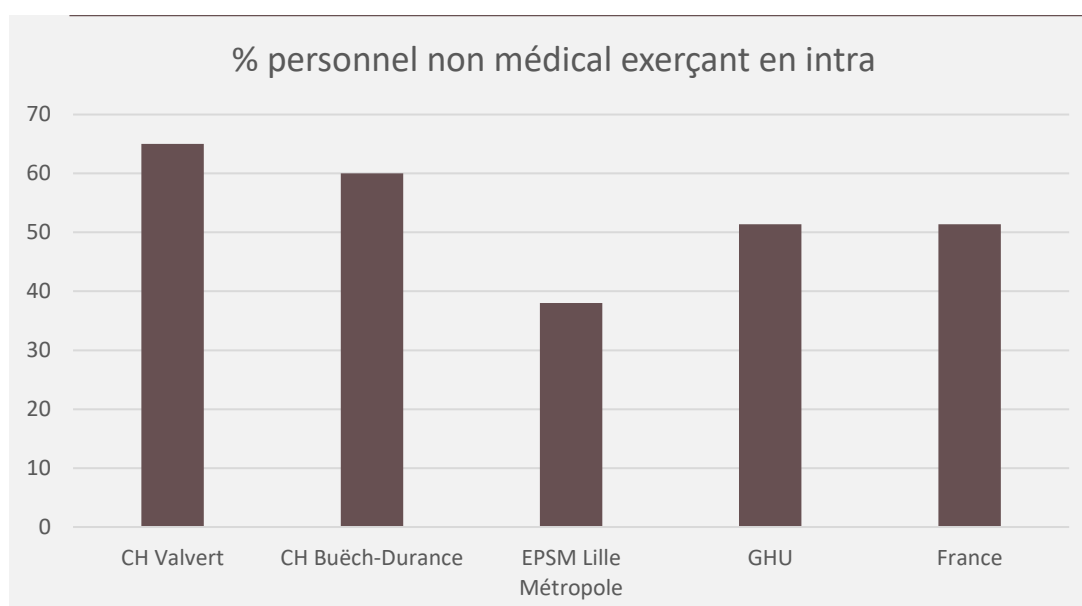
Graphique 3 – Nombre ETP personnel médical pour 100 000 habitants – Source SAE 2020



Graphique 4 - Ratio Patients/ETP médical – Source SAE 2020 (Par exemple, on trouve au CH Valvert, un peu plus de 250 patients pour un 1 ETP médical)



Graphique 5 - % personnel médical exerçant en intra – Source SAE 2020



Graphique 6 - % personnel non médical exerçant en intra – Source SAE 2020



Etablissement	Type d'établissement	Pop adulte zone d'intervention	densité de lits d'hospitalisation temps plein (SAE 2022)	taux d'occupation des lits (SAE 2022)	densité ETP personnel médical	densité ETP personnel non médical	Ratio patients/ETP médical	Ratio Patients/ETP non médical	% personnel médical exerçant en intra	% personnel non médical exerçant en intra	Part de lits occupés par des séjours longs	File active totale (SAE 2022)	Taux de recours à l'établissement
CH Valvert	Public spécialisé	257373	54,8	73,6	9,6	97,1	262,4	26,0	33%	65%	8,5	6499	25,3
CH Buëch-Durance	Public général	84628	60,3	64,2	11,9	156,9	246,2	18,7	68%	60%		3302	39,0
CHU de Saint-Etienne	Public général	342149	49,7	95,6	10,7	138,6	297,8	23,0	21%	49%		10907	31,9
CPA (Bourg-en-Bresse)	Privé non lucratif	479741	63,4	80,7	7,6	140,0	312,3	17,0	23%	57%	27,3	11412	23,8
EPSM Lille Métropole	Public spécialisé	453590	34,8	82,4	11,3	162,0	426,6	29,7	33%	38%	7,6	21781	48,0
GHU	Public général	1349011	68,7	82,0	22,2	186,0	144,0	17,2	29%	51,4	11,4	43153	32,0
CHS Saint-Marie (Puy-en-Velay)	Privé non lucratif	175518	85,5	83,8	15,7	229,9	246,1	16,8	49%	NR	23,3	6766	38,5
France*		52228307	67,9	83,2	11,1	146,0	289,9	22,0	34%	51%	25,4	1675182	32,1
* Public et Espic pour capacités, personnel, HLC (SAE)													

Tableau 2 - Données générales, offre de soins et effectifs des établissements des tâches 2 et 3 – Source SAE et INSEE 2022



Etablissement/secteur ▼	Pop adulte zone d'intervention ▼	Nb de patients hospitalisés à temps plein ▼	Taux recours hospitalisation à temps plein ▼	DMAH ▼	Nombre de patients hospitalisés sans consentement ▼	Taux de recours à l'hospitalisation sans consentement ▼	Nb de patients placés à l'isolement ▼	Taux de recours à l'isolement ▼	Nombre de patients placés en contention ▼	Taux de recours à la contention ▼
CH Valvert	257373	1184	460,0	33	337	130,9	141	54,8	0	0
13G07	49451	190	384,2	35	77	155,7	35	70,8	0	0
13G08	75546	292	386,5	40	98	129,7	39	51,6	0	0,0
CH Buëch-Durance	84628	674	796,4	32	119	140,6	18	21,3	0	0,0
05G01	84628	355	419,5	43	119	140,6	18	21,3	0	0,0
EPSM Lille Métropole	453590	2588	570,6	20	747	164,7	198	43,7	121	26,7
59G18	63572	429	674,8	11	84	132,1	22	34,6	10	15,7
59G21	54133	238	439,7	14	89	164,4	3	5,5	3	5,5
CH/GHU Saint-Anne	575000									
75G03	85499	674	788,3	17	234	273,7	21	24,6	9	10,5
75G04	42758	243	568,3	24	143	334,4	31	72,5	15	35,1
CHU de Saint-Etienne	342149	1367	399,5	41	381	111,4	214	62,5	126	36,8
42G06	137210	469	341,8	43	162	118,1	55	40,1	26	18,9
CPA (Bourg-en-Bresse)	479741	1976	411,9	47	826	172,2	355	74,0	159	33,1
CHS Saint-Marie (Puy-en-Velay)	175518	973	554,4	51	259	147,6	97	55,3	23	13,1
France*	52228307	307269	588,3	54	76178	145,9	32175	61,6	9432	18,1
* Y compris cliniques pour activité (Rim-P)										

Tableau 3 - Données relatives à l'hospitalisation et la coercition des établissements des tâches 2 et 3 – Source Rim-P 2022

Tableau 4 – Caractéristiques générales et organisation des soins dans les quatre établissements historiquement moins coercitifs (2022)

	Hôpital 1 (CHBD)	Hôpital 2 (CHV)	Hôpital 3 (Secteur 3)	Hôpital 4 (Pôle G21)
Nombre de secteurs	2	4	1	1
Nombre lits psychiatrie adulte	33	150	26	10
File active	2800, dont 674 en Hospitalisation Temps Plein (HTP)	9000, dont 1184 en HTP	5060, dont 674 en HTP	3500, dont 238 en HTP
Situation géographique	Rural (département)	Urbain	Urbain	Urbain
Environnement	Grand terrain arboré à proximité d'un village, pavillons	Grand terrain arboré dans la ville, pavillons	Service au 2 ^{ème} étage d'un bâtiment dans un grand hôpital parisien avec espaces verts	Pavillon avec jardin dans grand hôpital dans la ville
Année de construction ou de transformation	1959	1975	1980	1977
Offre de soins (en sus des structures habituelles)	Appartements thérapeutiques ; Centre d'Accueil et de Consultation ; Activité de psychiatrie de liaison aux urgences ; Deux équipes mobiles (réhabilitation psychosociale et psychiatrie-précarité)	Sociothérapie ; Service de réhabilitation et resocialisation ; Hospitalisations à la semaine ; Centre d'Accueil et de Crise et de Consultations ; Équipe mobile intersectorielle de réhabilitation	Centre d'Accueil et de Crise, foyer de postcure, appartements associatifs	Nombreuses antennes de consultation, domiciles associatifs et thérapeutiques, accueil familial thérapeutique, hébergement thérapeutique transitoire, service de soins intensifs intégrés dans la cité, etc.



Document 3 – Exemple de Fiche de synthèse

Synthèse entretien E14b

Données générales : Infirmier de nuit unité d'hospitalisation, né en 1965 (58 ans), diplôme IDE en 1996. Au CHV depuis 2001 (soit 22 ans) et dans l'unité depuis 2016 (soit 7 ans).

Contexte de l'entretien: Nous devions rencontrer Gérard avec Loïc à la fin du printemps 2022 et l'avions choisi pour sa longue expérience au CHV et dans l'unité étudiée. Nous avons échangé à plusieurs reprises avec lui lors des observations. Il s'était toujours montré avenant, loquace. Cependant, nous n'avons pas pu le rencontrer, car il avait eu un accident lors d'une intervention en CI. La réalisation de l'entretien a donc été différé au printemps 2023. Je l'ai réalisé seul, au sein de l'unité. Il est venu cependant sur son temps personnel, exprès pour l'entretien. Nous avons donc pu prendre le temps et n'avons pas non plus été interrompus. L'entretien est très riche, avec beaucoup d'éléments de compréhension et de détails.

Bref résumé du parcours : Une fois diplômé, en 1996, Gérard a travaillé jusqu'en 2001 dans un autre établissement, dans un "secteur fermé" (petite unité de 6 lits). Dans ce service, il semble n'avoir été confronté à la contention qu'à une seule reprise et "*n'en garde pas un bon souvenir*", précisant que, selon lui "*les contentions n'étaient pas du tout utiles dans ce cas-là*". En 2001, il souhaite "*changer d'orientation*" (i.e. ne plus travailler en CHU où, selon lui, on ne fait que donner des médicaments et où on l'empêche de faire des activités) et postule au CHV, qu'il connaissait par le biais d'un stage : "*J'étais passé en stage et j'avais vu la grande différence entre X et le CHV. Il y avait beaucoup plus de liberté, beaucoup plus de trucs (...) Donc je me suis dit allez ça va, on va arrêter de faire que donner des médicaments*". Il a travaillé d'abord à l'unité d'hospitalisation des Marguerites (1 ans), puis dans une unité autiste (5 ans), à l'hôpital de jour (8 ans) et aux Sapins (7 ans au moment de l'entretien).

Apports de l'entretien par dimensions : Cet entretien apporte des éléments sur l'ensemble des rubriques, mis à part la rubrique « Histoire, acteurs, culture ».

- Modalités d'organisation et coopération

Thèmes/éléments de repérage à l'échelle de l'établissement :

- Qualité de l'accueil et de l'ambiance au niveau de l'établissement
- Effacement des statuts au profit de la rencontre interpersonnelle

Thèmes/éléments à l'échelle de l'unité

- La mise en place d'activités : une tâche reconnue et facilitée
- Une équipe très soudée et un même axe de travail, liée à une politique/culture d'unité
- Des relations "exceptionnelles" et de confiance avec les cadres et les médecins, facteur de création d'un environnement de travail confortable
- Une politique d'attractivité et fidélisation des médecins et des stagiaires

Dans le récit qu'il fait de son recrutement, il mentionne la **qualité de l'accueil et de l'ambiance**, lié en partie à **l'effacement des statuts au profit de la rencontre interpersonnelle** : "*C'était même pas la DRH que j'avais en face, c'était une dame avec qui on échangeait des points de vue. C'était peut-être sa façon de faire, sa façon de travailler, je sais pas mais en tout cas c'était bien agréable, il y avait pas de pression, c'était vraiment très cool*".

Interrogé sur ce qui change au CHV par rapport à son poste antérieur, il mentionne le fait que faire des activités est **une tâche reconnue et facilitée** par la mise à en place d'équipements : "*là [au CHV], c'était reconnu, j'avais une salle dédiée, tu avais les collègues, le matériel, ça change la donne*". Interrogé sur l'équipe, l'ambiance et les relations, il rend compte d'une **équipe très soudée**, travaillant avec un **"même axe de travail"**. Plus loin, il fait état d'une ambiance "*bon enfant, familiale et surtout, bienveillante*" et suggère que cela est le fruit d'un travail de la



hiérarchie et d'une forme de **politique d'unité qui perdure dans le temps** : *"Je pense que cet axe perdure dans le temps. Là notamment avec la cadre, avec Alexandra et Dr X, (...) il a été gardé et plutôt renforcé. Je veux bien croire au facteur chance, mais bon, que chaque fois on ait des recrues qui s'intègrent très bien, qu'on ait le même axe de travail, intéressées et tout, il n'y a pas que de la chance.... C'est X postulants, ils ont dû repérer les deux ou trois. Et comme je t'ai dit, pas mal de derniers qui sont rentrés sont passés en stage."*

C'est à propos des relations avec les cadres et les médecins ("la hiérarchie") qu'il se montre le plus louangeur, mobilisant le terme **"exceptionnel"** à plusieurs reprises : *"On a la chance d'avoir une équipe exceptionnelle derrière avec qui on s'entend très bien"* ; *"Les relations avec les médecins? Exceptionnelles"* ; *"L'écoute? Elle est très forte et en cas de coup dur, exceptionnelle"*. Il insiste sur le fait qu'ils sont effectivement **"écoutés et très souvent entendus"**, précisant que leur avis est pris en compte. Il suggère que ces relations caractérisent cette unité et en constitue une forme de marque de fabrique : *"Exceptionnelles, et ce, malgré les différents chefs de service que j'ai pu connaître. Là j'en suis à mon troisième, les PH je les compte même plus. Et c'est toujours la même [écoute]"*. Il rend compte également d'une **relation de confiance** : *"On sait qu'on peut compter sur eux en cas de souci, ils savent que tout au long de l'année ils peuvent compter sur nous. Quand il y a un manque quelque part ou qu'il y a un coup dur, ils galèrent pas à chercher... C'est tout bénéf pour eux aussi, c'est gagnant-gagnant"*.

Concernant le recrutement, il décrit une **stratégie visant à fidéliser** tant les stagiaires que les médecins : *"On se met un point d'honneur chaque fois qu'il y a des étudiants (...) on les intègre au maximum (...) il y en a beaucoup qui nous font un retour positif dans ce sens cela, 'merci pour votre accueil, pour cet encadrement, j'avais jamais connu ça'. Nous on le fait parce que c'est comme ça, c'est notre politique, mais on le fait aussi pour leur faire prendre goût à la psychiatrie et on sait jamais pourquoi pas, dans tout ce lot il y en a déjà qui sont revenus postuler et qui voulaient travailler aux Sapins. C'est un bon outil de travail de retour. Et je pense que chez les médecins c'est pareil"*.

– Pratiques, savoirs, représentations, outils, dispositifs

Thèmes généraux

-Diversité des activités au niveau de l'hôpital de jour, apparemment liée à la prise d'initiatives

Thèmes/éléments de repérage liés à l'ouverture des portes et à la possibilité de circulation des patients dans le parc :

-Une vigilance et une préoccupation constantes et soutenues, liées à une culture de service

-Une mobilité (tours dans le parc)

-Le détachement d'un infirmier et du "un pour un" (avec système de relai)

-Occuper le patient et remédier à son désœuvrement

-Entre fermeture momentanée du service et stratégie de gestion de l'espace

Thèmes/éléments de repérage liés à l'isolement et à la moindre coercition en générale

-Un cercle vertueux : moindre coercition => construction de liens solides et durables avec le patient => moindre coercition

-Faire sortir le plus rapidement possible le patient de la CI, en partie par des sorties aménagées

-Une première rencontre déterminante pour la construction du lien et du reste de la prise en charge

Dans le récit de son parcours, apparaissent d'abord la diversité et l'importance des activités au sein de l'hôpital de jour, où il a travaillé 8 ans : tir à l'arc, piscine, activité journal et expression libre, cuisine. Il met l'accent sur "la créativité" et suggère que la mise en place de ces activités dépendait de prises d'initiatives et d'une forme de bricolage.



Spontanément, et à la question de savoir ce qui a changé dans sa façon de travailler en arrivant au CHV, il mentionne d'emblée le fait de travailler avec les portes ouvertes et dans un *"champ d'action beaucoup plus élargi"*. Cela implique tant le **développement d'une vigilance et d'une préoccupation plus soutenue** que d'une **mobilité** : *"un patient qui est suicidaire et va dans le parc, tu sais très bien qu'il va pas sortir de l'hôpital, mais que dans le parc, tout peut arriver. Donc tu peux te faire du souci, tu te dis 'oh là ça fait deux heures qu'il est dans le parc, je vais faire un tour, je vais quand même voir'" ; "il faut que tu aies constamment en tête que untel est sorti, que tu l'as pas revu, qu'en fonction de la clinique lui, ça va, il va bien, lui, par contre, il va moins bien, il est sorti"*. Il conclut en expliquant que cette préoccupation pour les patients relève d'une **manière de travailler partagée** et d'une forme de **culture de service** : *"Tu peux très bien te dire il est sorti, je m'en fous, il est pas dans le service, basta. Mais non, on ne travaille pas comme ça"*. Cette vigilance est aussi soulignée plus tard dans l'entretien lorsqu'il est question de la baisse des isolements dans le service : *"Les patients, même s'ils sont pas complètement aptes à sortir de CI, on essaie de pas le prolonger. Donc forcément ils sortent un petit peu moins stabilisés que s'ils étaient restés trois, quatre, cinq jours de plus. Donc effectivement de la part de l'équipe ça nécessite beaucoup plus de la surveillance, l'investissement"*.

Sur ce qui a changé dans sa manière de travailler en arrivant au CHV, il mentionne le fait de faire des activités, en insistant sur le fait que le changement réside dans le fait d'être aujourd'hui autorisé à en pratiquer (cf partie "Organisation"). Plus loin, il précise l'importance d'occuper le patient : à la question de savoir comment ils procèdent lorsqu'un patient qui a "la consigne pavillon" cherche à partir, il mentionne l'**occupation**, couplée à la **pratique du "un pour un" en relai** : *"Il y en a un qui essaie de rester constamment avec lui, on se relaye, on essaie de l'occuper, 'viens m'aider à faire ci, viens on va faire ça, viens m'aider, on va préparer le gouter'. On l'intègre de manière à ce qu'il soit pas complètement désœuvré toute la journée"*. Au sujet du "un pour un", il précise à un autre moment de l'entretien que cela peut consister aussi à aller faire un tour avec le patient dans le parc ou à la cafétéria.

La mise en situation (autour d'un patient qui chercherait à partir) le conduit à mettre en évidence plusieurs pratiques, insistant sur une forme de **gradation** et de **gestion par paliers** : 1) *"Discussions longues et intenses"* afin que le patient comprenne la décision 2) détachement d'un infirmier ("un pour un") ; 3) **fermeture ("très exceptionnel") et momentanée du service** ou **stratégie de gestion de l'espace** : *"Généralement ce qu'on faisait le soir au moment du repas, quand il y avait ce type de patients, comme on n'a pas trop l'initiative de fermer, on fermait l'entrée du pavillon, on allait tous au réfectoire, on se posait tous et c'était le réfectoire qui était ouvert donc on l'avait de visu. Les autres n'étaient pas lésés parce qu'ils pouvaient rentrer et sortir comme ils voulaient, mais en attendant l'autre entrée possible était sécurisée, donc il était toujours sous notre vigilance comme ça on conciliait tout le monde"*.

Une autre mise en situation (patient agressif) le conduit à faire état d'autres pratiques : D'abord, un **entretien infirmier** pour comprendre pourquoi le patient s'agite, et pour éventuellement repérer une éventuelle rupture dans le traitement (ce qui implique une **orientation vers le médecin**). S'il s'avère que, malgré tout, le patient reste agité et agressif, la CI peut être envisagée et ce, pour *"quelques heures"*, en attendant que le médicament agisse. Sur la CI, il précise qu'il s'agit de *"faire sortir le plus rapidement possible"* et de procéder également à des sorties aménagées, notamment lors des repas (tout en pouvant utiliser la stratégie de l'espace mentionnée *supra*).

Interrogé plus globalement sur ce qui lui semble permettre la moindre coercition, il rend compte d'un **cercle vertueux** : la moindre coercition (en particulier, faire sortir très rapidement de la CI) requiert une attention et une proximité qui crée des liens "solides et durables", ces liens



permettant à leur tour, et par la suite (lors d'autres hospitalisations) d'éviter par exemple le recours à la CI : *"Quand ils reviennent qu'ils sont décompensés, des fois il y a même pas besoin de les mettre en CI parce qu'ils nous connaissent, il y a ce lien très fort qui vient interférer dans la relation. Très souvent une simple discussion, une remise à plat des faits, de ce qui l'a amené ici, il voit très bien que tu es pas là pour lui nuire, tout ce que tu dis c'est exact, ça lui fait écho et ça se passe plutôt pas mal."*

– Parcours, vécu et formations

Thèmes/éléments de repérage

- Un intérêt pour la psychiatrie, en partie lié au rôle propre et à la marge de manœuvre
- Un départ de son ancien lieu d'exercice lié à une restriction des tâches et l'impossibilité de faire des activités
- Une expérience très positive en hôpital de jour au CHV, lié à la créativité et aux activités
- Une charge mentale provoquée par le fait de travailler dans un service ouvert (en comparaison au confort et au côté rassurant du travail en service fermé, par ailleurs décrit cependant comme restreint, oppressant, limité)
- Une importante satisfaction en rapport avec la qualité de la relation avec la hiérarchie, source d'un environnement de travail confortable
- Un accident qui ne semble pas avoir entamé sa volonté de continuer de travailler au CHV
- Un travail de nuit apprécié pour la qualité de la relation aux patients que cela permet

Il rend compte d'un **intérêt précoce pour la psychiatrie**, expliquant qu'il avait déjà tenté le concours d'ISP. Ne l'ayant pas eu, il avait laissé tomber, mais, plus tard, c'était de nouveau intéressé à la psychiatrie lors de ses études d'infirmier : *"Lors des études [d'infirmier], je me suis dit au travers des stages, la psychiatrie est vraiment très intéressante puisqu'en fait le rôle propre est beaucoup plus large qu'en soins somatiques (...) Donc c'est ça qui m'a attiré vers la psychiatrie dans un premier temps"*.

En rapport avec des éléments qui ne sont pas évoqués, il se trouve dans l'obligation d'effectuer 5 ans dans un autre établissement psychiatrique (et dans des services fermés) d'où il partira dès que possible : *"Je suis arrivé, pas eu le choix, on m'a mis là et donc je suis resté deux ans et demi dans une unité et deux ans et demi dans une autre, et au bout de cinq ans j'ai dit 'Au revoir, c'est bon, je vous ai rendu les années, merci'. Parce qu'il n'y a pas possibilité d'évoluer, le travail est certes intéressant mais pas plus que ça, enfermé avec des patients en crise, tu vois pas l'évolution, qu'est-ce qu'ils deviennent, qu'est-ce qu'ils deviennent pas"*. Il dit qu'il y a fait ses armes, que c'était intéressant, mais rend compte d'un **travail plutôt insatisfaisant, se limitant à la distribution de médicaments**. Il insiste aussi sur le fait qu'il n'a pas pu mettre en place des activités *"plusieurs fois j'ai essayé de mettre en place des activités, plusieurs fois, on me les a reprochées"*.

Il postule à X **en rapport avec un stage** et du fait de la liberté, de la **place centrale des activités**, mentionnant également *"c'était la psychothérapie institutionnelle"*. Après un an dans une unité d'hospitalisation, il part sur une unité autiste pour des raisons familiales (en rapport avec les horaires). Il dit que c'était intéressant, mais difficile. Il fait ensuite 8 ans à l'hôpital de jour où il dit s'être "éclaté" : *"Là aussi franchement je me suis éclaté, j'ai fait pas mal de choses avec eux, notamment au niveau créativité"*.

Concernant son expérience aux Sapins, il ne cache pas que la pratique des portes ouvertes n'est pas de tout repos, du fait de la vigilance que cela implique (opposée au côté rassurant et confortable du service fermé). Il va jusqu'à parler de **"charge mentale"** : *"c'est pas 6 que tu en as à gérer, c'est 25 et pas forcément dans un champ réduit mais dans un champ beaucoup plus élargi donc il faut que tu aies constamment en tête que untel est sorti (...) C'est pas de tout repos mental"*. Il en va de même concernant le fait de peu recourir à la CI : *"Effectivement de*



la part de l'équipe, [de faire sortir rapidement le patient de la CI], ça nécessite beaucoup plus de la surveillance, l'investissement, ils sont avec nous et tout ce que tu veux, mais d'un autre côté on préfère fonctionner comme ça plutôt que de les voir tourner en rond dans une pièce fermée". On voit cependant que cela leur semble préférable, même si cela est plus éprouvant. Cela est notamment opposé au côté "restreint, limité, oppressant" du service fermé.

Il rend compte également d'une importante satisfaction, en rapport avec les relations avec la « hiérarchie » : *"Les relations avec les médecins? Exceptionnelles. C'est pour ça que je suis au secteur 7 et je compte pas le quitter".* Il insiste sur le fait que la qualité de cette relation participe de la construction d'un **environnement de travail confortable** : *"On est entendus et ça, c'est un confort de travail indescriptible. Quand tu sais que tu peux compter sur des médecins et que les médecins peuvent compter sur toi aussi c'est énorme".*

Il est important de mentionner qu'il a été victime d'un accident lors d'une intervention en CI dans un autre pavillon, accident qu'il attribue à des erreurs de l'équipe. Malgré une invalidité importante (il ne peut plus faire de vélo ni bricoler, ce qui est très important pour lui), cet incident ne semble pas avoir entamé sa volonté de continuer à travailler en psychiatrie, au CHV ou dans l'unité. Il travaille actuellement de nuit, ce qui lui va très bien et semble lui permettre de se centrer sur ce qu'il estime être le cœur du travail en psychiatrie, à savoir la relation avec le patient.



Document 4 – Extrait du tableau d'analyse



RURTIQUES	THEMATISATION ET CATEGORISATION	
Pratiques, savoirs, représentations, outils, dispositifs	ADMINISTRATIF (18)	
	ENTRETIENS	CATEGORISATION
	DIRECTEURS	
	E1-DS	-Laisser partir le patient : solution aux situations de tensions -Un isolement qui doit rester source de problèmes et le refus d'un espace dédié -Importance de l'environnement et des activités -Des soignants défendant auprès du DS la perméabilité des espaces et la disponibilité -La très grande connaissance des patients par les soignants du CMP -La créativité des agents (exemple du Drive-in pendant le COVID)
	E1B-DG	- La "possibilité" de fuguer et la dédramatisation de la fugue par les équipes - Acquérir la confiance des patients - Une prise en soin sans délai
	CADRES	
	E11-Cadre	-Disponibilité, engagement, présence : ingrédients du moindre recours -Une insistance sur la disponibilité et du deux pour un -Une disponibilité/présence pendant les crises qui crée du lien malgré tout -"Quand on a les outils, on les utilise" -Se questionner en permanence et collectivement sur la pertinence de l'isolement -'Une histoire d'engagement' (représentation du rôle de soignant) -Un isolement évité par les discussions et la dimension collective -L'isolement n'est pas un soin -Courir avec un patient plutôt que de l'isoler -Des fermetures momentanées nécessaires, mais très difficile -Une illustration de la réactivité des soignants (et de l'engagement de cette cadre dans les soins)

Document 5 – Extraits de carnet d'observation

Unité de Sociothérapie, Hôpital 2

Observations du 2 Mars 2022

**Nota bene : Les prénoms ont été modifiés*

L'unité de Sociothérapie est ouverte de 10h30 à 16h30. La matinée est consacrée à des activités et l'après-midi principalement à la partie comptoir.

L'équipe de sociothérapie est composée essentiellement d'infirmiers, d'une ASH et d'une art-thérapeute. Un infirmier est également éducateur sportif et gère également le gymnase du CH.

Chaque soignant est référent d'une unité et participe aux réunions cliniques.

Vers 10h, 3 infirmières et l'art-thérapeute font le tour des unités pour informer des activités du jour et proposer aux patients de participer. Aujourd'hui, il y a une activité foot, écriture et activités manuelles (dessins/peintures)

À chaque unité, les infirmières se dirigent directement vers les patients présents : tous sont susceptibles de participer aux activités. Elles ne vont pas à la rencontre des patients qui seraient dans leur chambre par exemple.

Sylvie, une infirmière me dit qu'il y a parfois des indications d'activités, mais c'est assez rare. Seule l'activité de comptoir se fait sur indication.

Au final, une petite dizaine de patients viendra ce matin pour participer aux activités. Selon Karine, il n'y a pas de régularité dans le taux de participation. Il y a parfois 2/3 personnes, parfois il y en a 25. Le type d'activités et le lieu de l'activité semblent avoir une incidence : lors du 1^{er} confinement COVID, les activités se faisaient dans le parc et semblait attirer davantage les patients.

Dans un premier temps, j'assiste à l'activité d'art-thérapie avec Perrine. Perrine travaillait à Maison Blanche à Paris et a vu les conditions de travail se dégrader. Elle est venue à Valvert en janvier 2022 par hasard, là où un poste était vacant. Elle est très contente d'être là, et de travailler dans un lieu ouvert. L'espace d'art-thérapie est bien fourni en matériel. Perrine me signale qu'elle est libre de l'utilisation de son budget, lui permettant de travailler avec ses propres fournisseurs (souvent plus avantageux que ceux des hôpitaux) : elle me racontera que dans son ancien établissement, elle était limitée à 20 articles avec le fournisseur de l'établissement alors qu'elle pouvait en avoir plus de 350 pour le même montant avec son propre fournisseur. On imagine bien l'écart de possibles entre les deux.

Dans me groupe écriture, 2 infirmières et l'ASH y participe accompagnées de 5 patients. Un fond sonore rend le moment apaisant. Aujourd'hui, il s'agit d'inventer un Haiku, petit proverbe japonais composé de 3 vers. Un des patients qui voulait juste regarder l'activité écriture participera finalement pleinement et avec intérêt à l'activité.

L'espace de sociothérapie est composée de vastes espaces : comptoir, cybercafé, nombreux fauteuils, patio extérieure, salle d'art-thérapie, salle de menuiserie, cuisine, salle de relaxation, terrasse.

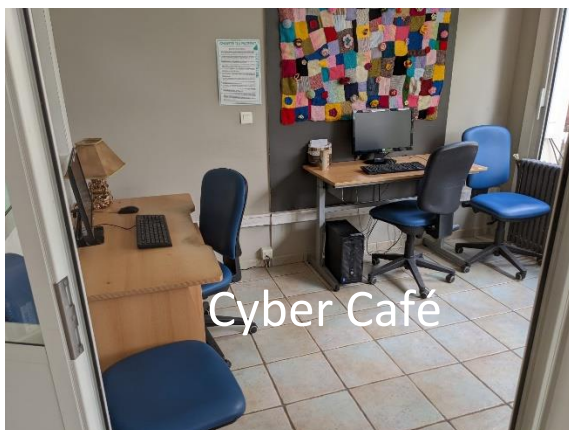
L'après-midi, à partir de 13h30, le comptoir ouvre. 2 infirmières gèrent le comptoir où l'on peut acheter divers sirops, sodas et boissons chaudes. Il y a aussi un espace avec des gâteaux.

Une réunion avec plusieurs soignants du pôle à lieu pour discuter des séjours thérapeutiques.

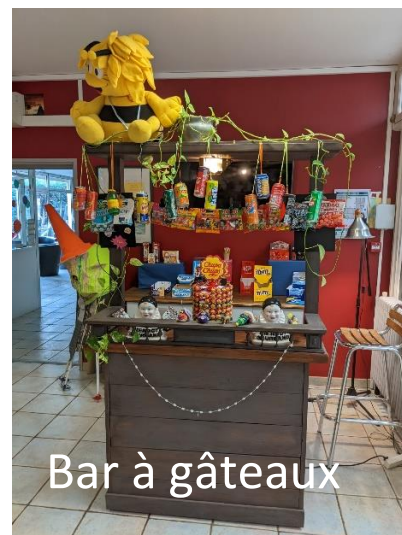
Les infirmières prennent du plaisir à travailler ici, expliquant que le comptoir n'est que le support permettant de travailler le lien à l'autre. Une infirmière ici depuis peu de temps (Novembre 2021) m'explique que les machines l'ont un peu effrayée au départ, et puis elle s'est rendu compte que ce n'était pas là l'essentiel. Elle dira que c'est particulier d' « être soignant derrière un bar », mais tous semblent y trouver là l'intérêt. Elle a toujours voulu travailler à Valvert. A régulièrement envoyé des lettres de motivation ou des emails, et un jour, sans trop y croire, l'hôpital lui a proposé une rencontre. Elle explique n'avoir jamais vécu d'entretien de recrutement de la sorte. Elle décrit une proximité avec la direction.

Les patients vont et viennent. Tous les soignants les connaissent. L'usage du prénom et du tutoiement est, comme au sein des unités, très utilisé.

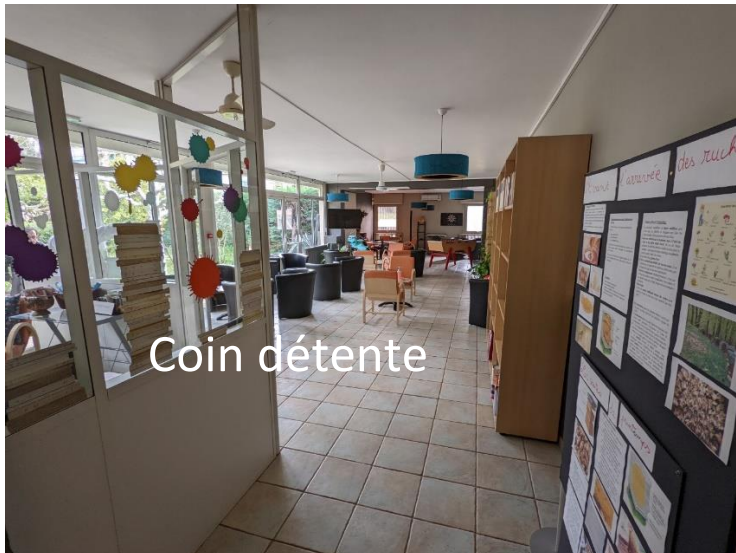
Tous les soignants me proposeront un café lors de mon observation. La fonction d'accueil est très intégrée. Cela est confirmé par les patients que je questionne sur leur appréciation de ce lieu : « on s'y sent bien », « ils sont tous gentils ici », « c'est bien qu'il y ait ça ».



Cyber Café



Bar à gâteaux



Document 6 – Premières impressions et reconstitution ethnographique

Premières impressions

Reconstitution ethnographique sur la base de différentes observations réalisées sur les quatre établissements

En comparaison avec des terrains et, pour les infirmiers, avec des expériences antérieures, ces établissements tranchent par leur singularité. Ils se caractérisent d'abord par une certaine ouverture : on y entre facilement et on y circule ensuite plutôt librement. Il en va de l'entrée de l'établissement, des services administratifs, mais aussi des unités de soin. Au sein de ces dernières, les différents bureaux sont ouverts la majeure partie du temps, et en particulier le bureau infirmier. Il n'est d'ailleurs pas rare d'y trouver des patients assis, soit silencieux, « juste » là ; soit en train de discuter avec les soignants ; soit, parfois, en train de jouer de la guitare. Il y a moins de « toc toc », notamment lors des « relèves », rares moments de la journée où le bureau n'est pas accessible aux patients, mais aussi moins de bruits de verrous et de clés, moins de cris. On y est aussi bien accueillis en tant que chercheurs. On se sent vite intégrés, on va nous chercher une chaise, on nous offre un café, on nous pose des questions. On y trouve aussi une bonne ambiance. Les soignants rigolent entre eux, et patients et soignants peuvent parfois blaguer ensemble. Il y a aussi beaucoup d'activités, parfois programmées et parfois pas (« Et si on faisait une coinche ! »). Les soignants ont globalement le sourire. Ils n'expriment pas de plaintes ou griefs, n'ont pas l'air exaspérés ou à bout, là encore, en comparaison avec des terrains antérieurs. Les patients semblent, eux aussi, plutôt « satisfaits », et semblent moins dans la plainte et la demande qu'ailleurs. De façon générale, les relations entre soignants et patients semblent plutôt bonnes. On repère aussi une forme de vigilance : tout en étant accueillant et disponible à notre rencontre, il n'est pas rare qu'un soignant interrompe l'échange et déserte rapidement la pièce. On peut trouver souvent des soignants en train de discuter avec les patients. Parfois, des soignants restent en permanence avec un patient. Concernant les chambres d'isolement, elles sont effectivement vides la plupart du temps. Lors des relèves et réunions entre soignants, les discussions autour des patients sont longues. Fait notable, la parole circule et tout le monde prend la parole. Souvent, on ne comprend pas vraiment qui est qui. Il y a beaucoup de monde aux relèves, certains avec la blouse, et d'autres sans. On comprend alors qu'un tel est médecin, un tel infirmier (avec ou sans blouse), tel autre stagiaire, tel autre encore, assistante sociale. On les croirait tous « soignants ». La secrétaire, avec qui l'on discute à la sortie de la relève, nous dit qu'elle fait un atelier journal avec les patients. Des patients partent aussi souvent se balader dans le parc, dans d'autres unités, comme la sociothérapie, qui est une unité au milieu de l'hôpital disposant d'un terrain de pétanque, d'un bar, d'une salle avec pleins de livres, de jeux, d'instruments, d'une cuisine, d'une salle de relaxation, de matériel de bricolage. On peut aussi trouver parfois un patient au service administratif, patient apparemment bien connu de tous et dont la présence dans ce service est tolérée.

Les leviers cliniques de la moindre coercition

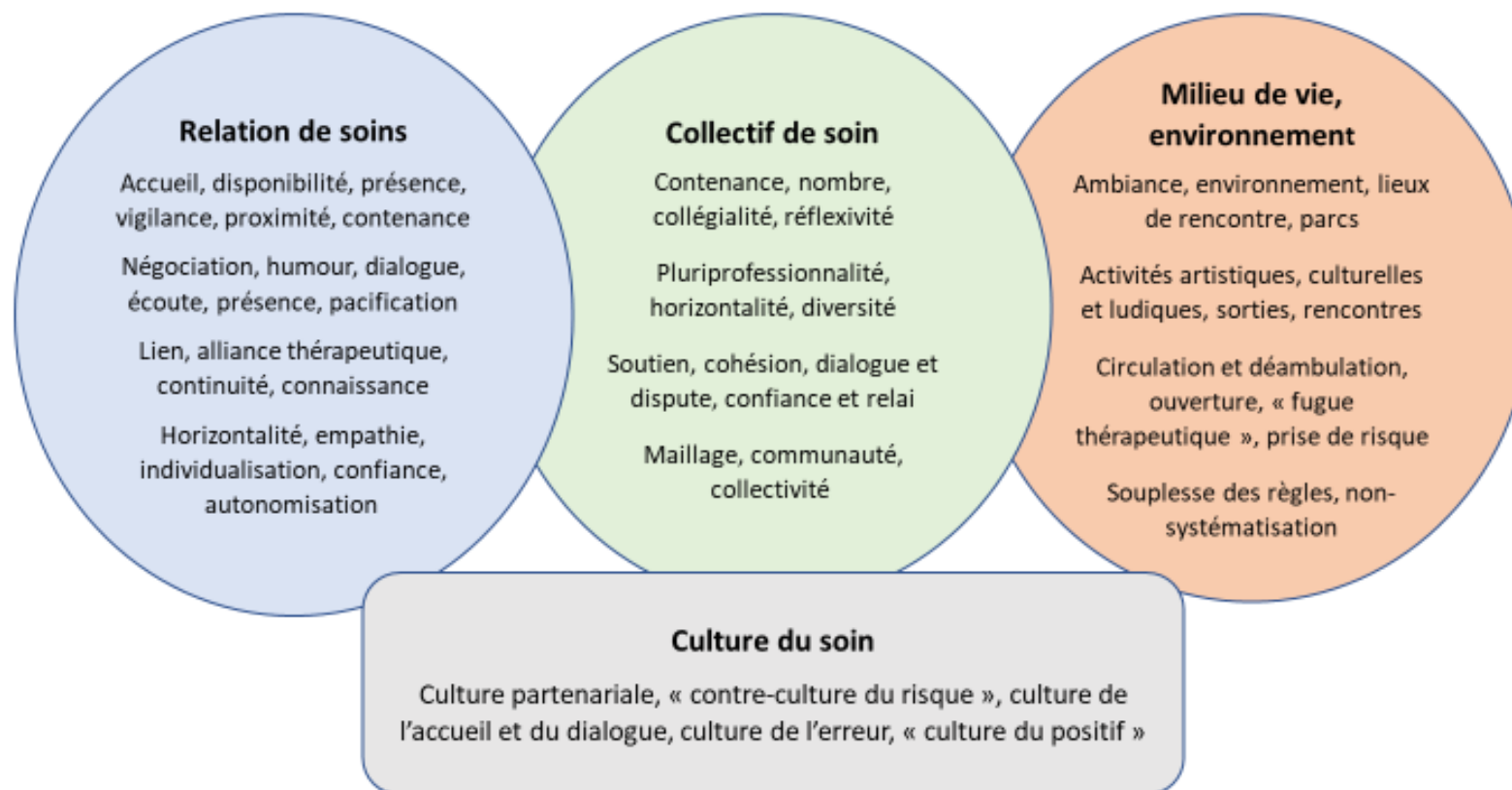


Figure 8 - Les leviers cliniques de la moindre coercition



Appel à manifestation d'intérêt

L'ANAP lance une journée de travail entre 10 établissements sur la dynamique de réduction de l'isolement et la contention en psychiatrie

Depuis 2022 la réglementation relative à l'isolement et la contention dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie évolue. Outre les aspects organisationnels exigés par la loi, les établissements mettent en œuvre une politique d'amélioration de la qualité des prises en charge en soins sans consentement pour réduire le recours aux pratiques d'isolement et de contention.

Des réflexions sur les organisations et les pratiques se mettent en place sur notre territoire et un travail de recherche est mené par PLAID CARE sur ce sujet.

L'ANAP, l'ADESM et l'équipe de PLAID CARE, s'associent pour rassembler dix établissements autour d'un challenge, qui se déroulera le vendredi 16 juin 2023 au CH VALVERT à Marseille.

Qui ?

Vous êtes une équipe pluridisciplinaire et le sujet de la réduction de l'isolement et la contention est une priorité au sein de votre établissement/ pôle.

Vous avez mis en place des organisations, des formations, des espaces de réflexion ou vous souhaitez revoir votre schéma immobilier pour l'adapter aux nouvelles pratiques.

Vous souhaitez vous engager dans une démarche de réduction de l'isolement et de contention avec d'autres établissements.

Vous voulez partager vos expériences, alors inscrivez-vous par équipe de quatre à cette journée !

Pourquoi ?

Votre expérience nous intéresse ! Votre participation sera l'occasion de valoriser vos travaux, de promouvoir vos organisations, d'échanger entre pairs et de réfléchir aux conditions de répliquabilité de certaines expériences, à partir des leviers et des modes opératoires que vous aurez identifiés pendant cette journée. Ainsi, l'apport de votre expertise permettra de coconstruire un cadre de mise en œuvre transposable à destination d'équipes qui souhaitent s'engager dans ce domaine.

Comment répondre ?

Sont éligibles tous les établissements autorisés en psychiatrie et recevant des personnes en soins sans consentement.

Pour des raisons de capacité d'accueil, seuls 4 professionnels pourront représenter leur établissement.

Pour candidater, d'ici le 30 avril, merci d'adresser votre candidature à Karyn.guisard@anap.fr.

L'ensemble des candidatures sera étudié et une réponse vous sera adressée, au plus tard le 5 mai 2022.