

Isolement et contention en psychiatrie : pourquoi de telles différences entre établissements ? Éclairages croisés par des analyses mixtes

Coralie Gandré^a, Sébastien Saetta^b,
Esther Toutou-Burckard^c,
Magali Coldefy^a, en collaboration
avec Anis Ellini^d, Charlie Bourin^e
et le consortium Plaid-Care*

Repères

Ce travail, qui s'inscrit dans la continuité de recherches menées à l'Irdes sur les variations de pratiques en psychiatrie, présente les résultats du second volet du projet quantitatif Ricochet (Recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie : analyse des variations entre établissements et facteurs associés à l'échelle nationale). Ce projet a bénéficié d'un soutien financier du Congrès français de psychiatrie et a donné lieu à plusieurs publications [1, 2]. Ce travail présente également les résultats issus du projet de recherche ethnographique qualitatif Plaid-Care (Psychiatrie et liberté individuelles : étude d'établissements caractérisés par un moindre recours à la coercition), financé par l'Institut pour la recherche en santé publique [3, 4, 5]. Bien que distincts, les deux projets ont été menés en parallèle et en étroite collaboration.

Une première étude a montré que chaque année, un tiers des personnes hospitalisées sans leur consentement en psychiatrie sont mises à l'isolement, dont plus d'un quart sont également soumises à une contention mécanique, avec de fortes variations entre établissements. Ce second volet s'appuie sur l'analyse quantitative de 204 établissements délivrant des soins psychiatriques sans consentement et sur une étude ethnographique qualitative auprès de quatre établissements historiquement caractérisés par un faible recours à l'isolement et à la contention, afin d'identifier les facteurs associés à ces variations.

Les variations observées ne sont pas seulement liées aux spécificités des situations cliniques individuelles : une part significative dépend des établissements eux-mêmes, en particulier pour la contention. Pour autant, seules certaines de leurs caractéristiques montrent, à complexité de séjour comparable, un lien significatif avec le recours à l'isolement ou à la contention dans l'analyse quantitative. L'isolement est plus fréquent dans les établissements spécialisés en psychiatrie que dans les établissements pluridisciplinaires ou universitaires, tandis que la contention augmente quand les dotations en personnel infirmier sont plus faibles. Aucun lien n'a été mis en évidence avec les caractéristiques des territoires desservis par les établissements, comme la prévalence des troubles psychiques ou le niveau de défavorisation sociale. L'analyse qualitative révèle d'autres facteurs susceptibles de limiter l'usage de ces pratiques : la capacité des professionnels à se montrer accueillants et disponibles, des équipes stables et soudées, des médecins engagés et des valeurs partagées. Ces résultats suggèrent de premières pistes pour favoriser une baisse du recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie française.

Les variations de pratiques médicales, qui témoignent de la diversité des décisions cliniques appliquées aux usagers des services de santé, sont particulièrement courantes en psychiatrie [6]. Si certaines variations reflètent des adaptations légitimes aux besoins propres de chaque individu, d'autres résultent davantage de facteurs liés à l'offre ou au contexte, ce qui interroge la qualité et l'équité des soins [7]. Or, plusieurs travaux

ont montré que de tels facteurs étaient associés à diverses modalités de prises en charge en psychiatrie française [8, 9]. Les variations de pratiques interrogent tout particu-

^a Irdes ; ^b École nationale des solidarités, de l'encadrement et de l'intervention sociale-Enseis, CHU de Saint-Étienne ; ^c Irdes, Université d'Aix-Marseille ; ^d Établissement public de santé de Ville-Evrard ; ^e Irdes, Université Paris Nanterre.

Source et méthode

Ce travail repose sur une méthodologie mixte avec un design convergent, dont le principe est de combiner et comparer les résultats d'une approche quantitative et d'une approche qualitative.

Approche quantitative

À l'instar du premier volet du projet Ricochet [2] (Encadré Repères), ce second volet mobilise le Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) pour caractériser les variations du recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie en 2022. Son champ a été restreint aux 204 établissements désignés pour délivrer des soins sans consentement en psychiatrie générale en France hexagonale sur une zone d'intervention légalement définie, ayant rempli le recueil des mesures d'isolement et de contention dans le Rim-P et ayant réalisé plus de 30 hospitalisations à temps plein en soins sans consentement en 2022, pour éviter les biais statistiques. Ces critères d'inclusion ont fait l'objet de redressements additionnels par rapport au premier volet du projet Ricochet. Les établissements désignés pour délivrer des soins sans consentement inclus étaient à 42 % des établissements publics pluridisciplinaires, à 37 % des établissements publics spécialisés en psychiatrie, à 9 % de centres hospitaliers universitaires (CHU), à 12 % des établissements de santé privés d'intérêt collectif et à 0,5 % des établissements privés à but lucratif. Leurs caractéristiques différaient peu de celles des établissements exclus [1].

Outre le Rim-P, plusieurs sources de données complémentaires ont été mobilisées pour recueillir les facteurs potentiellement associés aux variations entre établissements. Pour les caractéristiques des personnes suivies, nous avons notamment recouru au Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO). Pour les caractéristiques des offreurs de soins, nous avons utilisé la Statistique annuelle des établissements (SAE) – les sources de données existantes à l'échelle nationale ne permettant pas d'obtenir des informations au niveau des services ou secteurs psychiatriques. Les caractéristiques contextuelles ont été mesurées sur la zone d'intervention des établissements, reconstruite à partir de données fournies par les agences régionales de santé (ARS) dans le cadre d'un stage de géographie [10]. Pour ces caractéristiques, nous avons mobilisé les données de recensement de l'Institut national de la statistique et des études économiques

(Insee) et des données agrégées issues du Système national des données de santé (SNDS). Les variables retenues ont été sélectionnées sur la base de la littérature et de l'expertise de terrain des chercheurs du projet Plaid-Care (« Approche qualitative » et Encadré Repères).

Des régressions logistiques multi-niveaux à intercept aléatoire, permettant de tenir compte de la structure hiérarchique des données, ont été mises en œuvre. Des méthodes spécifiquement adaptées à ce type de régression ont été mobilisées pour en calculer les principaux paramètres [11]. Nous avons tout d'abord modélisé la probabilité d'avoir reçu une mesure d'isolement parmi les séjours d'hospitalisation à temps plein en soins sans consentement, en lien avec le cadre légal en vigueur. Nous avons ensuite modélisé la probabilité d'avoir reçu une mesure de contention parmi les séjours d'hospitalisation à temps plein en soins sans consentement avec une mise à l'isolement. Ce choix est également lié au cadre légal en vigueur, qui n'autorise le recours à la contention que dans le contexte d'un isolement, et à l'objectif de documenter plus précisément les variations du recours à la contention, indépendamment de la décision préalable de recourir à l'isolement, analysée dans le premier modèle. Les caractéristiques individuelles des séjours et des personnes suivies ont été introduites au premier niveau et les caractéristiques de l'établissement de prise en charge et de sa zone d'intervention ont été introduites au deuxième niveau.

Approche qualitative

L'étude ethnographique, issue du projet Plaid-Care (Encadré Repères), a été réalisée en 2022 dans des établissements et secteurs caractérisés par un moindre recours à la coercition. Ce choix découlait d'une approche par « salutogénèse » visant à étudier les facteurs de protection plutôt que les facteurs de risque, soit, ici, les leviers permettant de prévenir le recours à la coercition, et ainsi étayer et soutenir l'évolution vers des pratiques moins coercitives en psychiatrie. Ne disposant pas, au moment de la rédaction du protocole, des données de l'étude Ricochet, les établissements et secteurs inclus ont été sélectionnés *via* des exploitations préliminaires du Rim-P, la littérature professionnelle et scientifique, des articles de presse et les rapports du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). Les critères considérés étaient les suivants : faible ou non recours à la contention ; faible ou non recours à

l'isolement ; ouverture de l'ensemble des unités d'hospitalisation. Deux établissements entiers, ainsi que deux secteurs aux pratiques spécifiques au sein d'établissements participant à la mission de sectorisation psychiatrique, ont été sélectionnés. Ils différaient en termes de taille pour la psychiatrie générale (petit établissement couvrant un seul secteur, établissement moyen couvrant quatre secteurs, et deux secteurs rattachés à des établissements de grande taille comptant respectivement neuf et 29 secteurs). En termes de configuration architecturale, ils regroupaient un pavillon au sein d'un grand hôpital général, des établissements construits dans les années 1970 sur le modèle de l'hôpital-village et des établissements bâtis au XIX^e siècle. Ils se différenciaient également les uns des autres en termes d'organisation des soins et d'adossement théorique (psychothérapie institutionnelle, psychiatrie citoyenne, psychiatrie de secteur). Enfin, leur environnement affichait des situations contrastées en termes de niveau d'urbanisation, de défavorisation et de fragmentation sociale.

Plusieurs méthodes qualitatives ont été combinées : observations dans les unités d'hospitalisation ainsi que dans d'autres services ou lieux de l'hôpital, totalisant 62 jours avec un carnet d'observations ; entretiens avec un échantillon diversifié d'acteurs (soignants, médecins, personnels administratifs, personnes anciennement hospitalisées, représentants d'une association de proches), totalisant 69 entretiens enregistrés et retranscrits ; méthode documentaire (projets de service et d'établissements, rapport d'activités, gazette de l'hôpital). Les établissements et secteurs ont été investigués par des binômes pluridisciplinaires (chercheur infirmier et sociologue) afin de bénéficier à la fois d'un regard de clinicien et d'un regard davantage dirigé vers les leviers institutionnels et organisationnels. L'analyse des matériaux a été réalisée collectivement. Les leviers de la moindre coercition cités dans les entretiens ont été classés et regroupés autour de trois catégories cliniques (leviers « directs ») et de leviers organisationnels et institutionnels (leviers « indirects »). Ces leviers ont été validés lors d'ateliers collectifs de travail, ainsi que d'entretiens de restitution au sein des établissements. Ils ont ensuite été illustrés par des extraits des carnets d'observation.

lièrement lorsqu'elles concernent des mesures coercitives, comme l'isolement ou la contention, dont les bénéfices thérapeutiques ne sont pas démontrés. Or, l'absence de consensus quant à leur utilité, ainsi que les débats autour de leur légitimité, exposent ces pratiques à un risque élevé de différences de recours entre offreurs de soins [7].

En France, ces mesures font l'objet d'un encadrement depuis 2016, qui s'est renforcé au fil du temps : leur définition a été inscrite dans le code de la santé publique, et elles sont soumises à un contrôle d'un juge des libertés et de la détention au-delà d'une certaine durée [12]. Des travaux récents montrent néanmoins que le recours à ces pratiques est loin d'être marginal au sein des établissements délivrant des soins en psychiatrie. Un tiers des personnes hospitalisées sans leur consentement sont mises à l'isolement chaque année, et plus d'un quart d'entre elles font également l'objet de mesures de contention mécanique, avec de fortes variations inter-établissements [2]. Certains établissements recourent toutefois peu, ou pas, à ces mesures et pourraient ainsi constituer des sources d'enseignement, au moment même où se renforce la volonté politique de réduire l'usage de ces pratiques [13], soutenue par des prises de position récentes de plusieurs acteurs du champ [14, 15]. En outre, les variations entre établissements interpellent d'autant plus que les recommandations nationales préconisent de n'utiliser l'isolement et la contention qu'en « dernier recours » au sein des soins sans consentement [16].

La littérature suggère que de multiples facteurs – relatifs aux personnes suivies, aux équipes soignantes, à l'organisation des soins, voire aux territoires – peuvent contribuer aux variations observées entre établissements [17]. Ces facteurs interviennent à plusieurs niveaux mais leurs interactions, leur influence sur les pratiques et leur rôle dans les variations de recours restent peu documentés. En effet, la majorité des travaux existants, essentiellement issus des sciences (para)médicales, portent avant tout sur les caractéristiques des personnes suivies, sans intégrer les facteurs liés à l'offre de soins et au contexte ter-

ritorial. Or, ces facteurs, parce qu'ils ne tiennent pas aux besoins ou préférences des individus, constituent autant de leviers d'action pour aider les équipes soignantes à limiter le recours aux mesures coercitives. Ce travail vise, dans ce contexte, à identifier les principaux facteurs liés aux variations du recours à l'isolement et à la contention mécanique dans les établissements français autorisés à délivrer des soins sans consentement en psychiatrie.

Recours à l'isolement et à la contention : de fortes variations selon les établissements

L'analyse du recours à l'isolement et à la contention au sein des 204 établissements inclus dans l'approche quantitative (Encadré Source et méthode) souligne l'ampleur des variations entre offreurs de soins (Tableau 1). Elle identifie également des établissements ne recourant pas à la contention (9 % d'entre eux) alors que tous, à l'exception d'un seul, ont recours à l'isolement. Concernant la contention, les taux élevés parfois observés (jusqu'à 100 % dans trois établissements) doivent être interprétés à la lumière du dénominateur retenu. Dans certains cas, ils reflètent une pratique systématique de contention des personnes placées à l'isolement, alors même que le recours à l'isolement reste faible et peut n'être mobilisé que lorsqu'une contention est jugée nécessaire.

Des variations liées aux caractéristiques individuelles des personnes suivies

La majorité des variations dans le recours aux mesures coercitives est liée à des différences internes à chaque établissement, en particulier pour l'isolement, selon l'analyse quantitative (Tableau 2). Celle-ci identifie également, chez les personnes suivies, des caractéristiques individuelles significativement associées à ces variations, toutes choses égales par ailleurs.

Le recours à l'isolement et à la contention est particulièrement fréquent pour les hommes jeunes (Graphique). S'agissant des facteurs cliniques, il apparaît que le diagnostic principal ayant motivé l'hospitalisation sans

T1 Synthèse des taux de recours à l'isolement et à la contention par établissement inclus

* pour 100 séjours d'hospitalisation à temps plein en soins sans consentement par établissement

	Minimum	Maximum	Moyenne (Écart-type)	Médiane (Écart interquartile)	Coefficient de variation (%)	Ratio entre le 90 ^e et le 10 ^e percentile
Taux de recours* à l'isolement (n=204)	0,0	78,1	31,2 (13,3)	30,8 (16,7)	42,7	3,3
Taux de recours* à la contention mécanique, avec mise à l'isolement (n=203)	0,0	100,0	27,8 (22,1)	22,4 (32,0)	79,4	44,3

Champ : Hospitalisations à temps plein en soins sans consentement en psychiatrie générale dans les 204 établissements inclus (Encadré Source et méthode) en 2022 (n=98 271). Pour la contention, le champ a été circonscrit aux hospitalisations à temps plein en soins sans consentement avec mise à l'isolement (n=31 679), et l'analyse a donc concerné 203 établissements, car un établissement ne rapporte aucune mesure d'isolement en 2022 (dénominateur nul). En incluant cet établissement, 19 établissements ne rapportent aucune mesure de contention en 2022.

Source : Rim-P.

[Télécharger les données](#)

T2 Paramètres des modèles de l'analyse quantitative

	Recours à l'isolement		Recours à la contention mécanique	
	Modèle vide	Modèle avec variables explicatives	Modèle vide	Modèle avec variables explicatives
Coefficient de corrélation intraclasse (%)	12,2	13,2	37,9	37,0
Coefficient de détermination (R ²) marginal (%)	-	8,8	-	3,5
Coefficient de détermination (R ²) conditionnel (%)	-	20,9	-	39,2

Lecture : Le coefficient de corrélation intraclasse du modèle vide (sans variables explicatives) permet d'identifier la part de la variabilité estimée par le modèle qui est située entre établissements par rapport à celle située au sein des établissements. Pour l'isolement, 12 % de la variabilité estimée par le modèle est inter-établissements et 88 % est intra-établissements. Pour la contention, 38 % de la variabilité estimée par le modèle est inter-établissements et 62 % intra-établissements. Le coefficient de détermination marginal indique la part de la variabilité expliquée par les variables introduites dans le modèle. Le coefficient de détermination conditionnel correspond à la part expliquée par l'ensemble du modèle, incluant également les différences structurelles entre établissements.

[Télécharger les données](#)

consentement de la personne constitue l'un des prédicteurs principaux du recours à ces pratiques. Cela inclut des diagnostics pour lesquels l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale n'est pas la plus recommandée, comme les déficiences intellectuelles ou les troubles du spectre de l'autisme (Graphique). En outre, un nombre élevé de journées d'hospitalisation à temps plein au cours de l'année pour les personnes suivies est associé à un risque plus fort de mise à l'isolement et de contention. L'admission par les services d'urgence est également associée à une probabilité plus élevée de recours à l'isolement. En revanche, des antécédents de tentatives de suicide sont associés à une baisse de cette probabilité (Graphique).

Les admissions de personnes détenues ou jugées pénalement irresponsables sont celles qui sont les plus fortement associées à un recours accru à l'isolement, et plus faible à la contention (Graphique), ce qui suggère que leur isolement relève moins de leur complexité clinique, puisqu'elles sont moins contentonnées, que de raisons sécuritaires. Or les recommandations indiquent que seuls des motifs cliniques doivent justifier le recours à ces mesures, y compris pour les détenus pris en charge en psychiatrie générale [18, 16]. Ainsi, les équipes soignantes peuvent être confrontées à des injonctions paradoxales, entre respect des droits des personnes et exigences sécuritaires. L'étude ethnographique a montré que, conformément aux recommandations, les professionnels exerçant dans les établissements peu coercitifs ne distinguent pas les personnes suivies selon leur statut légal, les détenus évoluant dans les mêmes unités de soins et étant soumis aux mêmes règles, par exemple en matière de circulation au sein de l'établissement.

Enfin, le fait d'être déjà connu des équipes soignantes, estimé par un antécédent d'hospitalisation à temps plein dans le même établissement, est associé à une probabi-

lité plus faible de recours à l'isolement (Graphique). Dans l'étude ethnographique, l'existence d'un lien avec les soignants a également été maintes fois citée comme un moyen de désamorcer les tensions :

« Quand ils reviennent, qu'ils sont décompensés, des fois il n'y a même pas besoin de les mettre en chambre d'isolement 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 n'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 »

Infirmier

Des variations liées aux caractéristiques des établissements

Si une part minoritaire mais non négligeable, des variations du recours à l'isolement et à la contention est liée à des différences entre établissements (12 % pour l'isolement et 38 % pour la contention) [Tableau 2], l'analyse quantitative n'identifie toutefois que peu de caractéristiques des établissements significativement associées à ces pratiques. Une part élevée des variations demeure inexpliquée par les variables considérées (Tableau 2). L'analyse qualitative met en lumière un certain nombre de facteurs complémentaires qui ne sont toutefois, à ce stade, pas mesurables à grande échelle.

Parmi les caractéristiques institutionnelles, seul le type d'établissement est lié au recours à l'isolement dans l'analyse quantitative, moins fréquent en moyenne dans les établissements publics pluridisciplinaires et les CHU que dans les établissements spécialisés en psychiatrie (Graphique). L'étude qualitative montre que le moindre recours à l'isolement et à la contention s'observe dans des environnements différents (milieu rural ou urbain, établissements de taille diverse, configurations architecturales variées...).

Un autre levier institutionnel souvent mentionné par les professionnels pour réduire l'isolement et la contention est la mise en place d'une politique d'ouverture des unités, qui a pour effet de diminuer le niveau de tension en leur sein. En outre, l'étude qualitative révèle que le moindre recours à ces mesures est lié à des décisions prises, voire imposées, par le personnel médical pour limiter certaines pratiques dans leur service ou à l'échelle de l'établissement. La présence de médecins engagés sur ces questions, et souvent cités comme des figures tutélaires, semble en effet nécessaire. Toutefois, pour s'ancrer durablement dans l'ensemble de l'établissement, il est apparu que le moindre recours à ces pratiques ne doit pas seulement être porté par des figures individuelles mais également à un niveau collectif et institutionnel, notamment par la communauté médicale. Dans l'un des établissements étudiés, celle-ci a par exemple décidé l'interdiction de la contention. Le soutien de la direction générale et de la direction des soins à une politique d'ouverture contribue aussi à faciliter le travail des équipes. Pour être durable, le moindre recours doit reposer sur une culture commune, institutionnelle, qui irrigue l'ensemble de l'organisation. Elle repose sur des conceptions du soin ainsi que des valeurs partagées comme la collégialité, l'horizontalité des relations, l'importance de l'accueil, la responsabilisation et l'autonomie. Par exemple, il a été étonnant de constater que la notion de « fugue thérapeutique » a été mentionnée dans les quatre sites enquêtés. Celle-ci implique que la possibilité de circuler, voire d'expérimenter la sortie non autorisée, fait partie du processus thérapeutique. Cette notion est autant défendue par des soignants, des médecins que des directeurs. À rebours de la conception du risque qui traverse la psychiatrie ainsi que l'ensemble de la société [19], ces établissements se démarquent par l'existence d'une forme de contre-culture du risque.

Concernant les caractéristiques organisationnelles des établissements, un ratio plus élevé d'infirmiers rapporté à la file active de l'établissement est associé à une moindre probabilité de recourir à la contention dans l'analyse quantitative (Graphique). L'étude qualitative a quant à elle, permis de constater que, même si les effectifs infirmiers apparaissent « standards » dans trois des quatre établissements enquêtés (trois à quatre infirmiers pour 20 à 25 personnes suivies dans les unités d'hospitalisation à temps plein), le moindre recours à la coercition repose sur des équipes stables, soudées et disponibles. Cette disponibilité est garantie tant par la présence quasi continue des infirmiers auprès des personnes prises en charge, que par celle des autres catégories de professionnels (travailleurs sociaux, agents d'entretien, secrétaires, psychologues). Celles-ci apparaissent particulièrement investies dans le travail de soin (participation à

des activités et aux échanges cliniques, présence soutenue dans les espaces communs...)

« Ici, on respecte beaucoup les professions des uns et des autres, et on se considère tous comme soignant. En tout cas, même si je suis la partie plutôt administrative, je pense en tout cas être soignante. Et je crois qu'on a tous conscience que nos compétences à tous sont importantes dans la prise en charge du patient et qu'on respecte beaucoup ça, et qu'on fait beaucoup confiance aux professionnels quels qu'ils soient, et à leurs compétences »

Assistante sociale

Ce collectif de soin semble aussi résulter d'une politique managériale portée par le service, voire l'établissement, axée sur une présence renforcée des équipes d'encadrement, ainsi que sur la fidélisation des professionnels et le développement de leur autonomie. Une partie des cadres établit un lien entre qualité de vie au travail et qualité des soins :

« Une équipe qui va mal, c'est des patients qui vont être en difficulté. Mais une équipe qui va bien, qui rigole, le patient souffle... (...) Quand on est bien au travail, c'est une équipe qui va bien, c'est un travail qui est bien fait, et c'est du coup du plaisir et du sens »

Cadre

La diversification et la régularité des activités proposées ont également montré leur effet positif (consolider le lien entre soignants et personnes prises en charge, permettre à celles-ci de se changer les idées ou de se défouler...). Une certaine souplesse dans l'organisation du quotidien a également été signalée comme un facteur permettant d'atténuer les tensions, et donc le risque de recours à des mesures coercitives.

Concernant la complexité de la file active suivie dans l'établissement, il a été observé que la probabilité de recourir à la contention diminue lorsque les séjours sans consentement représentent une part plus élevée des hospitalisations à temps plein (Graphique). Ce résultat pourrait traduire l'engagement d'établissements ayant privilégié des pratiques moins coercitives et fortement limité le recours à l'hospitalisation, ce qui augmente mécaniquement la part des séjours sans consentement dont la décision ne relève pas toujours de l'établissement. Une autre hypothèse est que les établissements prenant plus fréquemment en charge des personnes en soins sans consentement pourraient avoir développé des stratégies d'adaptation à leurs besoins spécifiques et manifester moins de crainte et de stigmatisation à leur égard, réduisant ainsi le recours à la contention.

Un rôle du territoire d'implantation des établissements ?

L'analyse quantitative n'a mis en évidence aucun lien entre des caractéristiques de la zone d'intervention des établissements (prévalence des troubles psychiques, défa-

G Facteurs associés au recours à l'isolement et à la contention dans l'analyse quantitative

Isolement

PREMIER NIVEAU : CARACTÉRISTIQUES DES SÉJOURS ET DES PERSONNES SUIVIES

Groupe diagnostique principal ayant conduit à l'hospitalisation

Référence :
Troubles dépressifs et autres troubles de l'humeur

- ▶ Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives
- ▶ Troubles psychotiques
- ▶ Épisodes maniaques et troubles bipolaires
- ▶ Troubles de la personnalité et du comportement
- ▶ Autres troubles psychiques^a
- ▶ Autres troubles mentaux et du comportement^b
- ▶ Autres (diagnostics somatiques ou bilans, examens, non renseigné...)

Type de mode légal du séjour en soins sans consentement

Référence :
Soins à la demande d'un tiers

- ▶ Soins sur décision d'un représentant de l'État
- ▶ Soins pour péril imminent
- ▶ Soins aux détenus et aux personnes jugées pénalement irresponsables

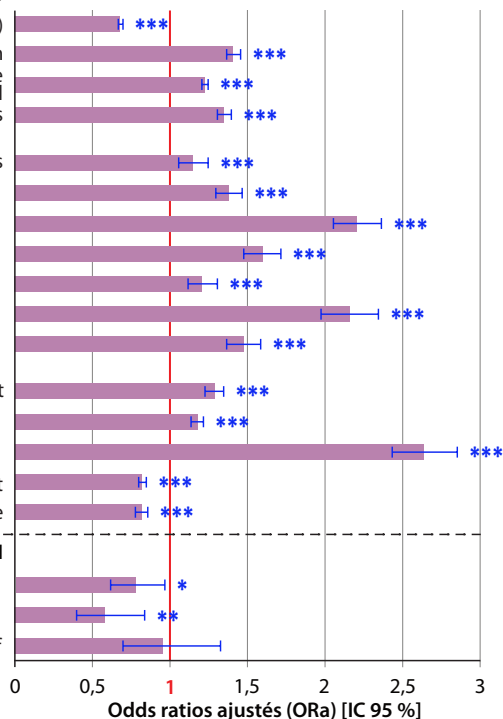
- ▶ Antécédents d'hospitalisation à temps plein dans le même établissement
- ▶ Antécédents de tentative de suicide

DEUXIEME NIVEAU : CARACTÉRISTIQUES DES ÉTABLISSEMENTS ET DE LEUR ZONE D'INTERVENTION

Type d'établissement :

Référence :
Établissement public spécialisé en psychiatrie

- ▶ Établissement public pluridisciplinaire
- ▶ Centre hospitalier universitaire
- ▶ Établissement privé d'intérêt collectif ou à but lucratif



Contention

PREMIER NIVEAU : CARACTÉRISTIQUES DES SÉJOURS ET DES PERSONNES SUIVIES

Groupe diagnostique principal ayant conduit à l'hospitalisation

Référence :
Troubles dépressifs et autres troubles de l'humeur

- ▶ Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives
- ▶ Troubles psychotiques
- ▶ Épisodes maniaques et troubles bipolaires
- ▶ Troubles de la personnalité et du comportement
- ▶ Autres troubles psychiques^a
- ▶ Autres troubles mentaux et du comportement^b
- ▶ Autres (diagnostics somatiques ou bilans, examens, non renseigné...)

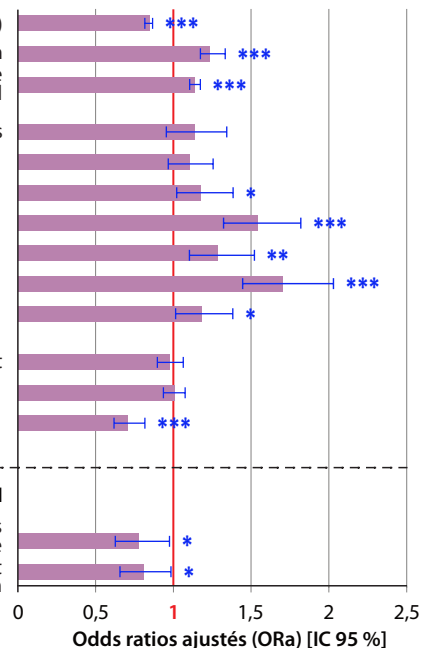
Type de mode légal du séjour en soins sans consentement

Référence :
Soins à la demande d'un tiers

- ▶ Soins sur décision d'un représentant de l'État
- ▶ Soins pour péril imminent
- ▶ Soins aux détenus et aux personnes jugées pénalement irresponsables

DEUXIEME NIVEAU : CARACTÉRISTIQUES DES ÉTABLISSEMENTS ET DE LEUR ZONE D'INTERVENTION

- ▶ Équivalents temps plein annuels moyens d'infirmiers salariés pour 100 personnes suivies dans l'établissement dans l'année
- ▶ Part de séjours sans consentement parmi les hospitalisations à temps plein



*** P-valeur < 0,001 ; ** P-valeur < 0,01 ; * P-valeur < 0,05 ; ^a Troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress, et somatoformes, et syndromes comportementaux ; ^b Troubles mentaux organiques, retard mental, trouble du développement psychologique, troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence.

La liste des variables investiguées, mais pour lesquelles aucune association significative n'a été retrouvée, ni avec le recours à l'isolement ni avec le recours à la contention, est présentée en [annexe électronique](#).

Lecture : Un ORa = 1 (Intervalle de confiance (IC) à 95 % \subset 1) traduit l'absence d'association significative entre la variable considérée et le recours à l'isolement ou à la contention, un ORa > 1 ou < 1 (IC 95 % $\not\subset$ 1) signale une association significative entre la variable considérée et l'augmentation ou la diminution du recours respectivement. Plus l'ORa est éloigné de 1, plus la force de l'association est importante.

Champ : Hospitalisations à temps plein en soins sans consentement en psychiatrie générale dans les 204 établissements inclus (Encadré Source et méthode) en 2022 (n=98 271). Pour la contention, le champ a été circonscrit aux hospitalisations à temps plein en soins sans consentement avec mise à l'isolement (n=31 679), et l'analyse a donc concerné 203 établissements, car un établissement ne rapporte aucune mesure d'isolement en 2022 (dénominateur nul).

Sources : Rim-P, PMSI-MCO, SAE, Insee, SNDS, ARS

[Télécharger les données](#)

vorisation ou fragmentation sociale sur le territoire...) et la probabilité de recourir à l'isolement ou à la contention ([annexe électronique](#)). L'approche qualitative suggère toutefois que le territoire constitue une échelle pertinente pour comprendre les variations de ce recours, les établissements s'inscrivant dans des contextes locaux qui semblent influencer leurs pratiques. Par exemple, le centre hospitalier de Valvert, qui appartient au groupement hospitalier de territoire (GHT) des Bouches-du-Rhône, a récemment impulsé une dynamique de non-recours à la contention, appelée à s'étendre à l'ensemble des établissements du GHT. Cette dynamique, fondée sur l'expérience de ce centre hospitalier et le soutien de représentants d'usagers des services de psychiatrie, aurait été, selon les professionnels rencontrés, favorisée par une culture locale de moindre recours à la contention. Celle-ci serait liée à une histoire spécifique qui reste à documenter pour mettre en évidence les liens et échanges existant entre ces établissements. L'influence des politiques locales portées par les agences régionales de santé peut également être soulignée. Bien que ces dernières aient été jugées peu soutenantes sur ces questions dans l'étude ethnographique, certaines régions se distinguent par des politiques affirmées de moindre recours à la coercition, qui restent toutefois à étudier. Le rôle des préfets et des maires, tel qu'il ressort de l'étude qualitative, apparaît également contrasté : certains constituent un soutien, tandis que d'autres font davantage obstacle. Enfin, le nombre et la qualité des partenariats avec le tissu associatif local, de même que l'ancrage et l'ouverture de l'hôpital sur son territoire, ont été cités parmi les facteurs à considérer. Il reste à documenter et objectiver plus finement ces variations entre territoires.

* * *

L'analyse mixte, à la fois quantitative et qualitative, montre que les variations marquées entre établissements dans le recours à l'isolement et à la contention en France ne sont pas seulement liées à la complexité des situations cliniques individuelles. Une part non négligeable de ces variations est liée aux établissements eux-mêmes – en particulier pour la contention. Néanmoins, seules quelques-unes de leurs caractéristiques observables (type d'établissement ou dotation en personnel infirmier), sont significativement associées au recours à l'isolement ou à la contention dans l'analyse quantitative. Aucun lien n'est mis en évidence avec les caractéristiques de la zone d'intervention des établissements, telles que la prévalence des troubles psychiques ou la défavorisation sociale des territoires. L'analyse qualitative révèle d'autres leviers possibles pour réduire le recours à ces pratiques, notamment une politique en faveur d'organisations et d'espaces permet-

tant de faciliter la circulation, l'implication de médecins et de directeurs qui, individuellement mais surtout collectivement, soutiennent le moindre recours à l'isolement et à la contention, ainsi que des valeurs communes et une culture partagée. Au niveau organisationnel, cela repose sur des équipes interprofessionnelles soudées, des activités régulières et variées proposées aux personnes suivies, et un encadrement attentif aux conditions de travail. Sur ce dernier point, les établissements peu coercitifs peuvent être rapprochés des hôpitaux « magnétiques » attirant et retenant les professionnels en faisant des conditions d'exercice un levier d'amélioration de la qualité des soins [20]. Une partie de ces facteurs pourrait être étudiée *via* des enquêtes quantitatives spécifiques, comme la présence de services ouverts, la satisfaction des professionnels, le nombre d'arrêts de travail ou le *turn-over*. D'autres apparaissent plus difficiles à mesurer à grande échelle, comme le niveau d'implication de l'ensemble du personnel dans les soins ou la présence d'une culture donnée ou de valeurs partagées. Ce dernier facteur repose généralement sur l'inscription des établissements ou services dans une histoire spécifique – qui peut être appréhendée à travers la notion de « chronosystème » [17], difficile à approcher *via* des méthodes quantitatives.

Plusieurs pistes de recommandations de politiques publiques peuvent être suggérées pour réduire le recours aux pratiques coercitives en psychiatrie. Elles s'appuient notamment sur un suivi renforcé par les équipes soignantes des personnes hospitalisées sans leur consentement dont le profil les expose davantage au risque d'être soumises à des mesures d'isolement et de contention. Cela inclut notamment les personnes admises par les urgences, celles présentant des troubles complexes, et celles en situation de détention. Des plans de soins et de soutien individualisés pourraient être mis en œuvre en tenant compte de ces facteurs de risque.

Les résultats de l'analyse mixte soulignent également l'importance de garantir des effectifs suffisants et stabilisés au sein des services psychiatriques, alors même que des ratios minimums de soignants sont en cours d'élaboration pour cette spécialité. Il s'agit d'éviter d'arriver à un seuil critique de professionnels en-deçà duquel le temps disponible pour la relation de soins devient insuffisant. Par ailleurs, il convient d'encourager la mise en place d'un suivi continu des mesures d'isolement et de contention, tant au niveau des établissements et services – avec des espaces de réflexion sur les pratiques professionnelles – qu'à l'échelle régionale ou nationale. Enfin, la promotion d'échanges de bonnes pratiques permettant de diffuser les approches les moins coercitives doit être soutenue. Cette démarche s'avère d'autant plus nécessaire que la Haute Autorité de santé a signalé une baisse de la qualité de l'argumenta-

tion et de la réévaluation du recours aux mesures d'isolement et de contention observée lors de la certification des établissements de santé [21]. Un résultat notable de l'étude mixte réside dans la capacité de certaines équipes à ne pas recourir à ces pratiques, notamment à la contention, d'autant plus que l'analyse quantitative au niveau des établissements a pu masquer certains services qui n'en font pas usage. En outre, une étude pilote examinant le lien entre faible recours à l'isolement et à la contention mécanique, et l'usage de la contention chimique *via* des psychotropes, suggère une baisse globale du niveau de contrainte au sein des établissements, plutôt qu'un effet de substitution [3]. Tous ces éléments soutiennent la possibilité que d'autres puissent parvenir aux mêmes résultats, en s'appuyant notamment sur des programmes multidimensionnels de réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention, en cours d'expérimentation et d'évaluation dans des établissements du territoire¹.

Ces travaux se poursuivront par une étude longitudinale du recours à l'isolement et à la contention, qui tentera d'intégrer d'autres dimensions de ce recours, dont la durée des mesures. Alors que le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a souligné que la contribution d'un contrôle juridictionnel de ces mesures à l'évolution des pratiques reste à objectiver [12], cette étude documentera l'impact de leur encadrement juridique en s'attachant à analyser ses effets différenciés, et les façons dont les acteurs se l'approprient. ◆

¹ <https://www.santementale.fr/2025/02/six-strategies-pour-lutter-contre-la-contrainte/>

* Les auteurs remercient les autres membres du consortium Plaid-Care ayant contribué à cette recherche : Loïc Rohr, Jean-Paul Lanquetin et Yvonne Quenum (CHU de Saint-Étienne), Delphine Moreau (École des hautes études en santé publique), Frédéric Mougeot et Daria Rostirolla (Enseis), et Livia Velpry (Université Paris 8). Enfin, les auteurs remercient les ARS qui leur ont transmis les informations nécessaires à la reconstruction des zones d'intervention des établissements.

Pour en savoir plus

- Toutou-Burckard E., Gandré C., Coldefy M., Ellini A., Saetta S. (2024). « 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*.
- Toutou-Burckard E., Coldefy M., Bourin C., Ellini A., Saetta S., Gandré C. (2025). "Behind closed doors: unlocking hospital variations in the use of seclusion and mechanical restraint – a nationwide multilevel analysis in adult mental healthcare in France". *BMC Psychiatry*.
- Blandin A.-C., Dalle S., Degry J., Fakra É., Hardy S., Liothier J. et al. (2024). « Étudier conjointement l'isolement, la contention mécanique et la contention chimique : Étude pilote dans trois établissements psychiatriques français ». *L'Encéphale*.
- Saetta S., Coldefy M., Degry J., Lanquetin J.-P., McCardell A., Moreau D. et al. (2023). "Plaid-Care: Research into the reduced use of coercion in France". *L'Encéphale*.
- Saetta S., Rohr R., Coldefy M., Lanquetin J.-P., McCardell-Kulcsar A., Mougeot F. et al. (2026). "Clinical, organizational and institutional levers to ensure low-coercion psychiatry: An ethnographic study of four French psychiatric hospitals". *En cours d'évaluation*.
- Lin E., Or Z., Coldefy M., Urbanoski K., Seitz D., Carlisle C. et al. (2015). "Medical practice variations in mental health and addictions care". In *Medical Practice Variations*. Springer.
- Wennberg J. (2010). *Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care*. Oxford University Press.
- Gandré C., Gervais J., Thillard J., Macé J.-M., Roelandt J.-L., Chevreur K. (2018). "Understanding geographic variations in psychiatric inpatient admission rates: Width of the variations and associations with the supply of health and social care in France". *BMC Psychiatry*.
- Lecarpentier P., Gandré C., Coldefy M., Ellini A. (2022). « Le recours à l'électroconvulsivothérapie en France : Des premières données nationales qui soulignent des disparités importantes ». *Questions d'économie de la santé*.
- Bourin C. (2024). « Les zonages de santé mentale en France : Une approche spatialisée de la justice et de l'injustice ». Mémoire de Master 1. Université Paris Nanterre et Université Paris-Est Créteil.
- Nakagawa S., Schielzeth H. (2013). "A general and simple method for obtaining R2 from generalized linear mixed-effects models". *Methods in Ecology and Evolution*.
- CGLPL (2026). « L'effectivité des voies de recours en psychiatrie ». Contrôleur général des lieux de privation de liberté.
- Ministère chargé de la santé et de l'accès aux soins (2025). « Santé mentale et psychiatrie ». Synthèse du bilan de la feuille de route. État d'avancement au 1^{er} mai 2025.
- AJPJA (2025). « Nous plaçons pour l'abolition des pratiques d'isolement et de contention, en augmentation constante ». *Le Monde, Association des jeunes psychiatres et des jeunes addictologues*.
- Unafam (2025). *Manifeste pour l'abolition de la contention en psychiatrie*. Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.
- HAS (2017). « Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandations pour la pratique clinique ». Haute Autorité de santé.
- Goulet M.-H., Lessard-Deschênes C. (2022). « Le modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale : une revue intégrative ». *Santé mentale au Québec*.
- DGOS (2024). Note d'information du 4 novembre 2024 portant guide des bonnes pratiques et principes fondamentaux relatifs à la prise en charge en soins psychiatriques sans consentement des patients détenus au sein d'établissements de santé autorisés en psychiatrie. Direction générale de l'offre de soins.
- Peretti-Watel P. (2010). *La société du risque*. La Découverte.
- Gravey I., Lebey-Thomas E. (2021). « Le "Magnet Hospital": d'un référentiel de bonnes pratiques à une transformation culturelle des hôpitaux leaders américains ». In *Innovations managériales et qualité de vie au travail dans la fonction publique hospitalière. Enjeux, stratégies, actions*.
- HAS (2026). « Quel est le niveau de la qualité des soins en France ? ». Dossier de presse. Haute Autorité de santé.

Institut de recherche et documentation
en économie de la santé

21-23, rue des Ardennes
75019 Paris

www.irdes.fr

Contact : publications@irdes.fr

Directeur de la publication :
Denis Raynaud

Éditrice :
Anna Marek

Relectrices :
Noémie Morize et Anne Penneau

Maquette : Franck-Séverin
Clérembault et Aude Sirvain

Mise en pages :
Franck-Séverin Clérembault

Diffusion :
Rouguiyatou Ndoye

Imprimeur :
Imprimerie Addax (Monteuil, France)

Dépôt légal : mars 2026

ISSN : 1283-4769

e-ISSN : 2498-0803