

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Adeline CLENET

le 24 septembre 2018

INCIDENCE ET CARACTERISTIQUES DE L'UTILISATION DE
LA CONTENTION MECANIQUE DANS 11 ETABLISSEMENTS
DE PSYCHIATRIE EN OCCITANIE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Raphaël CARRE

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Assesseur
Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Assesseur
Monsieur le Docteur Raphaël CARRE	Assesseur
Monsieur le Docteur Radoine HAOUI	Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Yves	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSSE Philippe
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Franck
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. RENE Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippa	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. DUFFAULT Michel	Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques	Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
		Professeur Honoraire	M. CLANET Michel

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur MURAT	Professeur SIMON Jacques
Professeur MANELFE Claude	Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur LOUVET P.	Professeur ARBUS Louis
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CARATERO Claude	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur ADER Jean-Louis	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur LAZORTHE Yves	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis	Professeur CHAP Hugues
Professeur JOFFRE François	Professeur LAURENT Guy
Professeur BONEU Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADQUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie Thoracique et cardio-vascul	M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. GAME Xavier	Urologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. OLMOT Jean-Marco	Neurologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. PERON Jean-Marc	Hépatogastro-entérologie
M. GEERERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. LANGIN Dominique	Nutrition		
M. LAJQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne		
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie		
M. LEBLAU Roland (C.E)	Immunologie		
M. MALAUAUD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAÏDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie: Ecot de la Santé et Prévention
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUÉ Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H. 2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓVHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Génatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pat André	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HÁMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et myologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emile	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERS Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anna-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jili	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Prosurpologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Céline	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Médecine Générale
Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

A notre président du jury, le Professeur Christophe ARBUS,

Nous vous sommes très reconnaissants de nous faire l'honneur de présider ce jury, nous tenons à vous remercier pour votre aide précieuse et votre soutien dans ce travail. Merci également pour votre présence, votre réactivité et votre implication auprès des internes. En espérant que ce travail soit à la hauteur de votre confiance.

Au Professeur Jean-Philippe RAYNAUD,

C'est un honneur de pouvoir vous compter parmi ce jury de thèse. Merci pour votre implication auprès des internes et pour la transmission de votre savoir, ce qui est très précieux même pour une future psychiatre adulte. Vous avez toute ma gratitude et mon respect.

Au Professeur Laurent SCHMITT,

Toute notre reconnaissance pour votre participation à ce jury de thèse. Merci pour le partage de votre expérience et de votre regard sur ce travail. En espérant qu'il soit digne de vos attentes.

A notre directeur de thèse, le Docteur Raphaël CARRE,

Merci de m'avoir fait l'honneur de pouvoir participer à ce travail ; travail qui reflète ta bienveillance envers les patients et ton engagement quotidien pour améliorer leur prise en charge.

Merci pour ton implication infaillible, ta disponibilité, tes conseils, ton accompagnement et ton soutien, sans lesquels ce travail n'aurait jamais vu le jour.

Au Docteur Radoine HAOUI,

Merci de m'avoir fait l'honneur de pouvoir participer à ce travail. Merci pour votre soutien et votre implication dans ce travail,

Je vous suis reconnaissante de votre disponibilité et de l'importance que vous accordez à la formation des internes.

Au Docteur François OLIVIER,

Je vous suis reconnaissante d'avoir permis ce travail au sein de la FERREPSY. Je ne vous remercierai jamais assez d'avoir partagé votre expérience, votre savoir-faire

et votre savoir-être auprès des patients pendant mes 6 mois de stage à l'HAD. J'ai pu découvrir un aspect très différent des soins et au plus près du quotidien des patients. Merci pour votre ouverture d'esprit et votre confiance, j'espère avoir le privilège de travailler à vos côtés un jour.

A Monsieur Sébastien DEJEAN, Ingénieur de recherche en calcul scientifique, Institut de Mathématique de Toulouse,

Un immense merci pour ton travail, ton avis d'expert, ta réactivité, ta disponibilité et ta curiosité sur ce sujet. Ce fut un immense plaisir de développer ce travail avec toi. Je te suis très reconnaissante d'avoir corrigé à plusieurs reprises nos erreurs de « débutants » !

Aux membres de l'Observatoire Régional de Santé d'Occitanie plus particulièrement Monsieur Guillaume SUDERIE et Monsieur Thibaud BOUILLIE,
Merci pour ce partenariat dans cette étude, pour ces ambitions communes et pour votre travail. Au portail informatique, sans qui, le recueil de données aurait été bien plus fastidieux...

A Madame Maëlle BIOTTEAU, Madame Mathilde TEOLI et aux autres membres de la FERREPSY, merci pour votre accompagnement, votre soutien et vos conseils avisés.

Aux référents de l'étude, aux équipes, aux médecins DIM et aux directeurs des différents établissements qui ont participé à l'étude,

Sans votre participation, ce travail n'aurait jamais vu le jour, nous avons bien conscience du temps que cela vous a demandé et de l'énergie consacrée. Un immense merci pour votre patience, votre motivation et quel plaisir d'obtenir ces résultats ensemble !

Au Docteur Olivier LAURENT, Au Docteur Amin AKBARI, Au Docteur Philippe MARTY, Au Docteur Céline MAS, Au Docteur Sylvie BARTOLUCCI, A Monsieur Michel BASSO et à tous les membres de l'équipe de Lavour,

Quel bonheur d'avoir partagé ces six mois avec vous, c'est ici que j'ai été initiée à une psychiatrie bienveillante. Merci pour cette excellente formation et cet accompagnement sans faille, merci de m'avoir fait partager votre attention toute

particulière aux libertés des patients. Je suis extrêmement reconnaissante de ce que j'ai pu apprendre à vos côtés et en plus dans une ambiance familiale ! J'espère devenir un jour une psychiatre aussi avisée que vous tous.

Au Docteur Chantal MARTINEZ, Au Docteur Margot FRANCOIS et aux équipes de Foville,

Merci de votre disponibilité et de votre présence pour les internes. Je suis très heureuse d'avoir pu bénéficier de votre enseignement et de votre vision des soins tournée vers le rétablissement. J'espère avoir l'honneur de participer un jour à ce dynamisme et à vos nombreux projets audacieux. Ce serait un plaisir d'avoir des collègues comme vous.

Au Docteur Marie FRERE et à toute l'équipe de l'UCHA,

Merci de m'avoir accompagnée dans ce monde obscur de la pédopsychiatrie, ce fut un stage très enrichissant et plaisant,

Marie, merci de m'avoir fait partager tes techniques d'entretien et merci de m'avoir initiée à la bibliographie (très utile pour la thèse).

A ceux qui se reconnaîtront, merci pour les différents verres et soirées, qui font partie d'un de mes meilleurs souvenirs de l'internat, à continuer !

Au Docteur Anjali MATHUR, Au Docteur Emmanuelle BOUGON, Au Docteur Christine SARRAMON,

Aux infirmiers ; Edith, Franck, Hélène, Julien,

A Corinne,

A Charlotte,

Je ne vous remercierai jamais assez de cette expérience au CTB, quelle intensité mais quelle formation d'excellence ! Merci d'avoir partagé vos connaissances sur la prise en charge de crise, merci pour votre soutien et votre solidarité. Vous m'avez tous apporté quelque chose lors de ce stage, chacun à sa manière et ce fut un plaisir de travailler dans cette ambiance. Vous m'avez également permis de découvrir un lien tout particulier avec les patients, que j'espère savoir recréer à l'avenir.

Au Docteur Geneviève MARCHANT-HERISSOU et à l'équipe de l'hôpital de jour des Petits,

Merci de m'avoir fait découvrir le quotidien de ces enfants si attachants,

Ce fut un plaisir d'observer leur évolution sur six mois avec des progrès bien grands pour ces petits, je suis impressionnée par votre travail et je l'avoue la séparation fut un peu difficile...Une petite pensée pour la tortue Topsy !

**Au Docteur François OLIVIER, au Docteur Emilie THIBON,
Aux infirmiers ; Céline, Sandrine, Nicolas, Jean-Philippe, Patrice, Régis
Et à toute l'équipe de l'HAD,**

C'est le genre de stage qu'on ne veut jamais quitter,

Merci à tous pour le partage de votre expérience singulière,

Merci pour votre humour,

Merci de m'avoir fait découvrir cet aspect des soins au plus près du quotidien des patients,

Emilie, pensée particulière pour toi, merci de ta bienveillance, de ta pédagogie, de ton soutien et de ta conduite accompagnée (tu comprendras...). J'aimerais avoir le plaisir de continuer à travailler avec toi.

Merci à tous les autres professionnels que j'ai rencontrés lors de mon internat et que j'ai probablement omis de citer : médecins, infirmiers, aides-soignants, secrétaires, assistantes sociales, psychologues, ...

Merci à ceux qui m'ont accompagnée pendant mes remplacements, plus particulièrement à l'équipe d'Aufrery et de Lou Camin ; merci pour votre soutien et votre bienveillance, j'ai beaucoup appris à vos côtés.

A mes parents, un immense merci pour votre soutien infaillible et vos encouragements, merci de m'avoir accompagnée, écoutée et d'avoir supporté mon stress tout au long de ces dix années d'études. Je suis très fière des valeurs que vous avez sues me transmettre et je n'en serai pas là sans vous. Maman, merci pour tes relectures de la thèse et les corrections des fautes d'orthographe.

A mon grand frère, Wilfried, merci pour ton soutien et ton affection,

Merci de m'avoir offert le privilège d'être tata ; Noah et Alice sont bien évidemment les plus mignons et les plus chers à mes yeux, ils sont bien chanceux de t'avoir comme père.

A Denis, merci de prendre soin de maman, d'avoir accepté toute la famille et de m'avoir conseillée le Cap-Vert en destination post-thèse.

A toute ma famille ; grands-parents, tantes, oncles, cousins, cousines, merci pour votre clémence lors de mes absences regrettées, merci pour tous les souvenirs et les fous rires en famille.

A mes amis de longue date,

Camille O, Camille C, Elise et Sarah, que de bons souvenirs en votre compagnie, des amies sur lesquelles on peut compter. Vous faites partie de mes repères, quelle tristesse d'être séparées géographiquement mais quelle joie de se retrouver ! Merci pour votre soutien très important pour moi. Les parisiennes et parisiens (Pierre, Simon, Vincent), merci de m'avoir accueillie dans vos demeures mensuellement. Elise, merci pour ces « footings » et repas quand je reviens aux sources.

A Noémie, il y en aurait trop à dire sur nos nombreuses bêtises d'adolescentes, qu'est-ce que je t'admire, on en a parcouru du chemin, quel bonheur de t'avoir à Toulouse. Merci pour la parenthèse à Rome lors de la rédaction de la thèse, j'espère avoir plus le temps de partager des moments comme ça avec toi.

A Clément, merci pour ton amitié infailible, ton ouverture d'esprit et ton humour. Je suis fière de ton parcours depuis le lycée et promis je vais pouvoir t'avoir au téléphone bientôt.

A ma deuxième famille ;

Je remercie la 1^{ère} année de médecine qui a permis notre rencontre, nous avons su nous soutenir et qu'est-ce qu'on s'est marrés quand même. 10 ans après, nous avons bien grandi mais ce lien si particulier est toujours là, tant dans les moments drôles, affectueux et festifs que dans les moments difficiles. J'ai hâte de continuer à grandir (ou vieillir plutôt) à vos côtés. Chacun d'entre vous m'apporte tant que les mots qui suivent me semblent faibles.

Barbara, pour ta folie et ton humour,

Camille, pour ton humour et ta présence malgré l'éloignement géographique,

Cécilia, pour ta fidélité, ton écoute, ton soutien à toute épreuve et ta sensibilité,

Dahlia, pour ta fiabilité et ta force sur lesquelles on peut s'appuyer, pour nous faire l'honneur d'être tes demoiselles d'honneur et de participer au 1^{er} mariage de notre jolie bande,

Guillaume B, pour ton humour et ton affection (surtout alcoolisé),
Guillaume D, pour ta franchise, ton soutien et tes conseils,
Jean-Baptiste, pour ta générosité, ton humour et ton attention aux autres,
Maéva, pour ta détermination, ton intelligence et ta bienveillance si importante pour moi,
Manon, pour ta bonne humeur et ta simplicité,
Marie, pour ton soutien permanent (surtout en ce moment), ton écoute, tes attentions et ta capacité à résoudre tous les problèmes et à même les rendre drôles !
Mathilde, qu'est-ce que tu nous manques quand tu n'es pas là, je déteste quand le travail t'enlève à nous les week-ends, merci pour ton courage et ton affection,
Maxime, pour ta présence, ta fidélité et ton soutien,
Raphaëlle, pour ton écoute, ton affection et tes conseils avisés.

A Carole, ma compère poitevine et toulousaine, quelle joie d'avoir pu partager l'externat et l'internat à tes côtés ; à toutes les étapes franchies ensemble, à tous nos souvenirs. Merci pour cette grande amitié, ta joie de vivre, ta franchise et ta simplicité.

A Sophie et Carole, clairement on n'en serait pas là sans nos chères sous-colles et sans notre soutien mutuel. Nous avons franchi l'étape de l'ECN avec succès et nous avons su rester soudées. Merci d'être toujours présentes et toujours aussi drôles. A nos futurs week-ends remplis de repas, de vin et de fous rires. Sophie, merci pour ton futur discours à mon pot de thèse avec l'accent québécois. Carole, merci pour ton futur câlin à mon pot de thèse. Une pensée pour la si jolie Juliette.

A mes co-internes si spéciales, Jeanne, Lucia et Cécile, merci pour votre présence et votre soutien. J'adore nos soirées autour d'un verre à rire et à se plaindre (seulement parfois bien sûr). Je suis heureuse de vous compter parmi mes amies,

Jeanne, merci pour ta compréhension, pour les appels et messages quotidiens lors de cette période difficile, hâte de fêter ça avec toi au Cap Vert pour ces vacances bien méritées.

Lucia, dès le week-end d'intégration, j'ai su que tu serais une amie, merci pour ton écoute et ta simplicité.

Cécile, merci pour ton humour, tes conseils avisés et ta franchise, (merci à Lady Moving d'avoir renforcé notre lien par la sueur).

A Ariane, ma seule vraie co-interne de mon internat, merci pour ton aide précieuse lors du stage au CTB, j'y ai découvert une personne authentique, bienveillante, compétente, et que j'admire tant. Je te confie mon amitié et ma santé mentale les yeux fermés !

A Fanny et Pauline, merci pour tous ces fous rires et ces vacances maltaises parfaites, hâte de programmer une nouvelle destination.

A Aurélie, Alice, Mélissa, Yolaine, Nathalie, Laure, Anne-Sophie, Lucie, Camille Chauvois,

Merci pour tous les bons moments passés ensemble et pour les autres à venir.

Aux auscitains, Axelle, Sarah, Rémi, Alexandre, Reda et Alexis, merci pour ces 6 mois de cohabitation si simple, merci de m'avoir intégrée et fait découvrir Toulouse, merci pour vos hébergements ponctuels et votre présence.

A Florence et Paul, merci pour ces 6 mois à Montauban, à nos discussions dans le train et à nos soirées par la suite. Paul, merci pour tes conseils gastronomiques sur Toulouse.

A Lola, merci pour ces trois années et plus de colocation, pour ta présence, ton soutien et merci de m'avoir fait découvrir un Toulouse non médical (ahah). Merci pour ta compréhension dans ces derniers moments (ce n'est pas très drôle une coloc qui écrit sa thèse), et malgré notre envol, on continuera nos potins en terrasse.

A William, merci d'avoir rendu cette période plus douce, merci pour toutes tes attentions, ta compréhension et ton soutien qui m'ont bien aidée. A notre complicité, à tous nos bons moments et aux futurs qui arrivent.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ANNEXES	15
ABREVIATIONS	16
ILLUSTRATIONS	17
RESUME	21
ABSTRACT	22
INTRODUCTION	23
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	25
1- METHODOLOGIE.....	25
2- DEFINITIONS.....	25
3- INCIDENCE DE L'UTILISATION DE LA CONTENTION.....	26
3.1- <i>A travers le monde</i>	26
3.1.1- Taux de contention.....	26
3.1.2- Taux des mesures coercitives.....	31
3.2- <i>En France</i>	33
4- CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET ADMINISTRATIVES DES PATIENTS.....	36
4.1- <i>Sexe</i>	36
4.2- <i>Age</i>	36
4.3- <i>Origine ethnique</i>	37
4.4- <i>Niveau socio-économique</i>	38
4.5- <i>Mode légal de soins</i>	38
4.6- <i>Mode et Lieu de provenance</i>	38
5- CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET DIAGNOSTIQUES DES PATIENTS.....	39
5.1- <i>Diagnostic</i>	39
5.2- <i>Symptomatologie</i>	40
5.3- <i>Antécédent d'exposition à la contention mécanique</i>	41
5.4- <i>Antécédent d'hospitalisation</i>	41
5.5- <i>Durée de séjour</i>	42
6- CARACTERISTIQUES DE LA MESURE DE CONTENTION MECANIQUE.....	44
6.1- <i>Durée de la contention</i>	44
6.2- <i>Motifs de la contention</i>	45
7- CARACTERISTIQUES ENVIRONNEMENTALES DE LA MESURE DE CONTENTION MECANIQUE.....	47
7.1- <i>Présence et caractéristiques du personnel et de l'établissement</i>	47
7.2- <i>Distribution horaire, journalière, mensuelle et saisonnière de la contention</i>	49
7.3- <i>Lieu où est réalisé la mesure de contention</i>	51
7.4- <i>Traitement médicamenteux associé à la mesure</i>	51
8- POPULATION SPECIFIQUE : PATIENTS EXPOSES A PLUSIEURS REPRISES A LA CONTENTION.....	52
9- COMPLICATIONS DE LA MESURE DE CONTENTION MECANIQUE.....	53
10- STRATEGIES POUR REDUIRE L'UTILISATION DE LA CONTENTION ET ALTERNATIVES.....	55
DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL EXPLORATOIRE	61
1- PROBLEMATIQUE.....	61
2- MATERIEL ET METHODES.....	62
2.1- <i>Objectifs et critères de jugement de l'étude</i>	62
2.2- <i>Site de l'étude</i>	62
2.3- <i>Population de l'étude</i>	63
2.3.1- Critères d'inclusion.....	63
2.3.2- Critères de non inclusion.....	63
2.4- <i>Recueil de données</i>	63
2.5- <i>Variables étudiées</i>	65
2.5.1- Données sociodémographiques et administratives.....	65
2.5.2- Données cliniques et diagnostiques.....	65
2.5.3- Données en lien avec la mesure de la contention.....	65
2.5.4- Caractéristiques en lien avec l'environnement de la mesure de contention mécanique.....	66
2.6- <i>Analyse statistique</i>	66
3- RESULTATS.....	66
3.1- <i>Données générales</i>	66

3.1.1- Incidence globale	66
3.1.2- Incidence aux urgences psychiatriques	67
3.1.3- Répartition des contentions par patient.....	67
3.2- <i>Caractéristiques socio-démographiques et administratives</i>	68
3.2.1- Sexe- Analyse univariée	68
3.2.2- Age- Analyse univariée	69
3.2.3- Mode légal de soins- Analyse univariée.....	71
3.2.4- Analyses multivariées	71
3.3- <i>Caractéristiques cliniques et diagnostiques</i>	72
3.3.1- Diagnostic	72
3.3.2- Antécédent d'exposition à la contention.....	81
3.4- <i>Caractéristiques de la mesure</i>	82
3.4.1- Durée de la contention	82
3.4.2- Motifs de la contention	88
3.4.3- Moyens utilisés.....	98
3.5- <i>Caractéristiques environnementales de la mesure</i>	98
3.5.1- Présence et caractéristiques du personnel	98
3.5.2- Distribution temporelle de la contention	100
3.5.3- Lieu où est réalisé la mesure de contention.....	102
3.5.4- Traitement médicamenteux associé à la mesure	103
4- DISCUSSION	106
4.1- <i>Incidence</i>	108
4.1.1- Incidence globale	108
4.1.2- Incidence aux urgences psychiatriques	109
4.2- <i>Caractéristiques socio-démographiques et administratives</i>	109
4.3- <i>Caractéristiques cliniques et diagnostiques</i>	110
4.4- <i>Caractéristiques de la mesure</i>	111
4.4.1- Durée de la contention	111
4.4.2- Motifs de la contention	112
4.5- <i>Caractéristiques de l'environnement de la mesure</i>	113
4.6- <i>Limites et biais de l'étude</i>	114
4.7- <i>Perspectives</i>	115
CONCLUSION	117
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	119
ANNEXES	126

LISTE DES ANNEXES

- **Annexe 1** : Fiche de recueil des données
- **Annexe 2** : Tableau récapitulatif des variables associées à la contention par étude

ABREVIATIONS

ATCD	: Antécédent
CGLPL	: Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
CH	: Centre Hospitalier
CHS	: Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CSP	: Code de la Santé Publique
DIM	: Département d'Information Médicale
HAS	: Haute Autorité de Santé
ORS	: Observatoire Régional de la Santé
SPDT	: Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
SPPI	: Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent
SPDRE	: Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat
TED	: Troubles Envahissants du Développement
UHSA	: Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
UMD	: Unité pour Malades Difficiles

ILLUSTRATIONS

Figures :

- [Figure 1](#) : Répartition du sexe dans la population exposée à la contention et dans la population totale
- [Figure 2](#) : Distribution de l'âge dans la population de patients exposés et dans la population totale
- [Figure 3](#) : Distribution des catégories diagnostiques chez les patients exposés
- [Figure 4](#) : Différence entre les effectifs observés et les effectifs théoriques attendus sous l'hypothèse d'égalité des proportions dans les catégories diagnostiques
- [Figure 5](#) : Différence entre les effectifs observés et les effectifs théoriques attendus sous l'hypothèse d'indépendance selon le diagnostic et le sexe
- [Figure 6](#) : Différence entre les effectifs observés et les effectifs théoriques attendus sous l'hypothèse d'indépendance selon le diagnostic et l'âge
- [Figure 7](#) : Différence entre les effectifs observés et les effectifs théoriques attendus sous l'hypothèse d'indépendance selon le diagnostic et le mode légal de soins
- [Figure 8](#) : Répartition des événements de contention selon les antécédents d'exposition
- [Figure 9](#) : Répartition des événements de contention selon la durée médiane et le sexe
- [Figure 10](#) : Répartition des événements de contention autour de la durée de 24 heures et selon le sexe
- [Figure 11](#) : Distribution de la durée de contention selon les différentes classes d'âge
- [Figure 12](#) : Répartition des motifs de contention
- [Figure 13](#) : Répartition des événements de contention selon le motif et selon la classe d'âge
- [Figure 14](#) : Répartition des événements de contentions selon le motif et le sexe

- [Figure 15](#) : Différence entre les effectifs observés et les effectifs théoriques attendus sous l'hypothèse d'indépendance selon le motif chez les patients de sexe masculin
- [Figure 16](#) : Répartition des évènements de contention selon le motif et le diagnostic
- [Figure 17](#) : Répartition des évènements de contention selon le motif et le mode légal de soins
- [Figure 18](#) : Différence entre les effectifs observés et les effectifs théoriques attendus sous l'hypothèse d'indépendance selon le motif et le mode légal de soins
- [Figure 19](#) : Répartition des évènements de contention selon le motif et l'unité
- [Figure 20](#) : Différence entre les effectifs observés et les effectifs théoriques attendus sous l'hypothèse d'indépendance selon le motif et le type d'unité
- [Figure 21](#) : Répartition de la présence médicale lors de la mise en place de la contention
- [Figure 22](#) : Répartition du genre des soignants présents
- [Figure 23](#) : Répartition des renforts
- [Figures 24 et 25](#) : Répartition des évènements de contention selon l'heure de début
- [Figure 26](#) : Répartition des évènements de contention selon le jour de la semaine
- [Figure 27](#) : Répartition du lieu de la mesure de contention
- [Figure 28](#) : Répartition du traitement médicamenteux associé à la mesure

Tableaux :

- [Tableau 1](#) : Récapitulatif des incidences de contention par pays
- [Tableau 2](#) : Récapitulatif des incidences de contention par étude
- [Tableau 3](#) : Récapitulatif du profil socio-démographique et administratif
- [Tableau 4](#) : Récapitulatif du profil clinique et diagnostique
- [Tableau 5](#) : Récapitulatif des durées de contention par pays
- [Tableau 6](#) : Facteurs associés à une durée de contention plus longue
- [Tableau 7](#) : Récapitulatif des caractéristiques du personnel ou de l'établissement
- [Tableau 8](#) : Récapitulatif de la distribution temporelle de la contention
- [Tableau 9](#) : Recours à la contention mécanique avec et sans contention pharmacologique
- [Tableau 10](#) : Variables associées au recours multiple à la contention
- [Tableau 11](#) : Récapitulatif des stratégies de prévention du recours à la contention
- [Tableau 12](#) : Comparaison de l'incidence aux urgences psychiatriques avec l'incidence dans les autres unités
- [Tableau 13](#) : Nombre de contentions par patient
- [Tableau 14](#) : Répartition du nombre de contentions par patient
- [Tableau 15](#) : Incidence de la contention selon le sexe
- [Tableau 16](#) : Répartition de l'âge en années
- [Tableau 17](#) : Incidence par classes d'âge
- [Tableau 18](#) : Incidence selon le mode d'hospitalisation
- [Tableau 19](#) : Répartition et incidence par diagnostic
- [Tableau 20](#) : Incidence par diagnostic selon le sexe
- [Tableau 21](#) : Incidence par diagnostic selon la classe d'âge
- [Tableau 22](#) : Incidence par diagnostic selon le mode d'hospitalisation
- [Tableau 23](#) : Durée de la contention en minutes/heures
- [Tableau 24](#) : Répartition des événements de contention selon la durée
- [Tableau 25](#) : Durée de la contention selon le sexe en minutes
- [Tableau 26](#) : Répartition selon la durée médiane et le sexe
- [Tableau 27](#) : Répartition selon la durée autour de 24 heures et selon le sexe
- [Tableau 28](#) : Durée selon l'âge (en minutes)
- [Tableau 29](#) : Répartition selon la durée et l'âge

- [Tableau 30](#) : Durée selon le mode légal de soins (en minutes)
- [Tableau 31](#) : Durée selon le diagnostic (en minutes)
- [Tableau 32](#) : Durée selon l'unité (en minutes)
- [Tableau 33](#) : Répartition selon le motif de contention par ordre décroissant
- [Tableau 34](#) : Répartition selon le motif et la classe d'âge
- [Tableau 35](#) : Répartition des évènements de contention selon le motif et le sexe
- [Tableau 36](#) : Répartition selon le motif et le mode légal de soins
- [Tableau 37](#) : Répartition selon le motif et le type d'unité
- [Tableau 38](#) : Présence médicale lors de la mise en place de la contention
- [Tableau 39](#) : Répartition du genre des soignants présents
- [Tableau 40](#) : Présence de renforts
- [Tableau 41](#) : Délai entre l'admission et le jour de la mesure de contention (en jours)
- [Tableau 42](#) : Répartition du délai entre l'admission et le jour de la mesure de contention
- [Tableau 43](#) : Répartition des évènements de contention selon le jour de la semaine
- [Tableau 44](#) : Tableau récapitulatif des variables associées significativement au recours à la contention

RESUME

Incidence et caractéristiques de l'utilisation de la contention mécanique dans 11 établissements de psychiatrie en Occitanie

Contexte : D'après plusieurs rapports, le recours à la contention serait en recrudescence en France. Un cadre législatif est alors créé en janvier 2016 officialisant une politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention. Cependant, la revue de la littérature scientifique internationale retrouve très peu d'études françaises publiées, ce qui reflète l'absence de données objectives en France sur l'utilisation de la contention en psychiatrie.

Méthode : Cette thèse propose une étude prospective descriptive et analytique. L'objectif de cette étude est de calculer l'incidence du recours à la contention mécanique sur la période du 02/11/2016 au 02/11/2017 dans onze établissements de santé en psychiatrie de la région Occitanie et d'évaluer les caractéristiques du recours à la contention.

Résultats : L'incidence des patients exposés à la contention mécanique est de 2,5 % des patients admis en hospitalisation. Le recours à la contention mécanique est significativement plus fréquent dans le service d'urgences psychiatriques avec une incidence à 6,9 %. Les durées moyenne et médiane d'exposition à la contention sont de 16,5 heures et 5,0 heures. Les patients exposés sont significativement plus jeunes, d'un âge entre 18 et 29 ans, plus souvent de sexe masculin et hospitalisés sans consentement. Ils souffrent plus fréquemment d'un trouble bipolaire, d'un trouble psychotique (schizophrénie, trouble schizotypique, troubles délirants) ou d'un trouble de personnalité.

Conclusion : Ces résultats apportent pour la première fois des connaissances sur la pratique de la contention mécanique en France. Il semble nécessaire de poursuivre le suivi quantitatif de cette pratique par un observatoire et de développer des stratégies alternatives.

ABSTRACT

Incidence and characteristics of the use of mechanical restraint in 11 psychiatric hospitals in Occitania, France.

Background: According to several reports, restraint use would be increasing in France. It leads to a law creation in January 2016 formalizing a reduction policy concerning the use of seclusion and restraint. However, the international scientific literature review contains a very few French studies published, which reflects the lack of objective data in France about the use of restraint in psychiatry.

Method: This thesis proposes a descriptive and analytical prospective study. This study aims to calculate the incidence of the use of mechanical restraint over the period from 02/11/2016 until 02/11/2017 in eleven psychiatric hospitals of the region Occitania in France and to evaluate the characteristics of this use.

Results: The incidence of restraint exposed patients is 2,5 % of the patients admitted in hospitalization. The use of restraint is significantly more frequent in the psychiatry emergency unit with an incidence at 6,9 %. The average and median restraint durations are 16,5 hours and 5 hours. The exposed patients are significantly younger, mostly aged between 18 and 29 years, male, and hospitalized without consent. They more frequently suffer from a bipolar, psychotic (schizophrenia, schizotypal, delirious) or personality disorder.

Conclusion: For the first time, these results bring knowledge on this practice in France. It seems necessary to continue the quantitative follow-up of this practice by an observatory and to develop alternative strategies.

INTRODUCTION

La contention mécanique est une mesure de restriction des libertés qui est régulièrement utilisée en psychiatrie et qui interpelle sur nos pratiques professionnelles.

Depuis plusieurs années, les restrictions de liberté comme la contention ou l'isolement sont l'objet de débats sur le plan international, que ce soit de la part des usagers, soignants, associations ou politiciens.

La nécessité d'un meilleur encadrement de ces mesures pour en diminuer le recours faisait déjà l'objet d'une assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies en 1991 (1). Le conseil de l'Europe, en 2004, énonçait également cet objectif et s'appuyait sur le « principe de la restriction minimale » (2). Quant au Comité Européen pour la Prévention de la Torture, son rapport paru en 2010 qualifiait l'isolement et la contention comme « des mesures extrêmes et ne devant pas être appliquées à titre de sanction » (3).

En 2013, le député Denys Robiliard alertait sur une recrudescence de la pratique de la contention en France et recommandait la constitution d'un registre administratif dans chaque établissement (4). En parallèle, le rapport annuel du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté initiait une réflexion autour des conditions de mise en place de la contention et qualifiait cette mesure, ainsi que celle de l'isolement, comme « attentatoires aux libertés » (5). Le CGLPL soulignait en 2014 des disparités dans la pratique de l'isolement et de la contention selon les établissements (6) puis présentait en 2016 plusieurs recommandations notamment sur la traçabilité et la surveillance de ces mesures (7).

En 2016 et pour la première fois en France, un cadre législatif est créé sur ce sujet officialisant clairement une politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention. L'article 72 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (CSP) définit ces mesures comme « des pratiques de dernier recours pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui sur décision d'un psychiatre » et instaure la tenue obligatoire d'un registre (8,9). Cette loi entraîne une évolution lexicale très importante « passant du terme de prescription à celui de décision médicale » (10).

En février 2017, de nouvelles recommandations HAS viennent encadrer les pratiques

d'isolement et de contention en psychiatrie générale et les définissent comme des mesures de protection (11).

Malgré ces différentes préconisations et l'inquiétude autour de ces pratiques, très peu d'études françaises ont été publiées dans la littérature médico-scientifique. Nous n'avons donc pas de données objectives sur ces pratiques en France. Or il semble indispensable d'établir un état des lieux de nos pratiques professionnelles. D'autant plus, qu'aucune étude n'a démontré l'efficacité thérapeutique de la contention mécanique (12).

Le travail présenté est inclus dans un programme de recherche sur la contention mécanique.

En effet, une première étude réalisée en 2014 à Toulouse par Dr CARRE s'est intéressée au vécu des patients de la mesure de contention physique (13). Le vécu est essentiellement négatif avec des thématiques d'impuissance, de violence, de déshumanisation, de soumission et domination.

Ce travail de recherche a permis d'initier une réflexion autour de ce sujet et de poursuivre la recherche à la fois sur un versant qualitatif et quantitatif. La création de l'association de recherche FERREPSY en 2015 a alors permis l'élaboration de ces deux travaux de recherche en partenariat avec l'Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées et l'Institut de Mathématiques de Toulouse.

Une étude sur le vécu des soignants de la contention physique réalisée par Dr PORTEAU retrouve un vécu de peur, de violence et un sentiment de culpabilité (14). L'importance du lien relationnel dans la prise de décisions autour de cette mesure est citée à plusieurs reprises par les soignants.

Sur le plan quantitatif, l'étude épidémiologique qui suit a été réalisée en parallèle dans 11 établissements de santé psychiatrique afin d'obtenir des données objectives sur cette pratique, et ceci pour la première fois en France.

Nous présenterons d'abord les données épidémiologiques sur la contention disponibles dans la littérature médico-scientifique puis nous détaillerons le travail de l'étude.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

1- Méthodologie

Cette revue de littérature a été réalisée en utilisant les bases de données Pubmed, Google Scholar, Cairn et Cochrane.

Les mots-clés suivants ont été utilisés : « restraint » OR « physical restraint » AND « psychiatry ».

Suite aux revues de littérature de Steinert et de Beghi (15,16), les études publiées entre 2010 et 2018 ont été sélectionnées selon la pertinence de leur titre puis de leur résumé. Les références bibliographiques de chaque article ont également été analysées sur ces mêmes critères.

Deux études ont été incluses malgré une date de publication antérieure : celle de Fisher (17) et celle de Guedj (18) ; la première parce que c'est le premier auteur à s'être intéressé à la contention et la seconde parce qu'elle est la seule étude française publiée sur l'incidence.

2- Définitions

Il existe plusieurs types de contention : physique, mécanique ou chimique par exemple. Ce travail s'intéressera plus particulièrement à la contention mécanique, qui a fait l'objet de recommandations HAS en 2017 (11).

Selon l'HAS, la contention mécanique est définie comme « l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou une partie du corps » (11).

Ces recommandations citent également les définitions suivantes de la contention physique :

- celle de la Mental Health Commission : «Utilisation de la force physique (par une ou plusieurs personnes) dans le but d'empêcher les mouvements libres d'un patient, lorsqu'il présente un risque immédiat de blessures pour lui-même ou pour autrui » (19).

- celle du Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec : « une mesure de contrôle qui consiste à empêcher ou à limiter la liberté de mouvement d'une personne en utilisant la force humaine, un moyen mécanique ou en la privant d'un moyen qu'elle utilise pour pallier un handicap » (20).
- celle de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé : « consiste à restreindre, à maîtriser les mouvements d'un patient en l'immobilisant sur un brancard ou un lit muni d'attaches verrouillées » (21). Cette dernière définition est la plus représentative de nos pratiques dans les services psychiatriques à ce jour.

3- Incidence de l'utilisation de la contention

3.1- A travers le monde

3.1.1- Taux de contention

Fisher, dans sa revue de littérature (1994), est le premier auteur à s'intéresser à la contention et souligne l'existence de plusieurs méthodes de calcul d'incidence pouvant expliquer la variabilité des résultats (17).

La première méthode consiste à calculer le pourcentage de patients exposés admis sur un intervalle de temps défini avec une période de suivi. La seconde méthode tient compte du pourcentage de patients exposés en cours d'hospitalisation sur une période de temps définie. La troisième méthode reflète l'utilisation de la contention en nombre d'heures de contention par épisode ou par patient.

La revue de littérature de Steinert retient les travaux réalisés entre 2000 et 2008 sur le taux d'utilisation de l'isolement et de la contention en milieu hospitalier psychiatrique et utilisant la même méthode de calcul (15) : pourcentage d'admissions exposées sur une zone géographique définie et pendant une période définie. Les études concernant un échantillon de population spécifique (géronto-psychiatrie, pédo-psychiatrie ou psychiatrie médico-légale) ont été exclues.

Steinert fait l'hypothèse que le pourcentage de patients exposés est à peu près égal à celui des admissions exposées si l'incidence d'exposition est la même en admission ou en réadmission. Si ce n'est pas le cas, le pourcentage de patients exposés risque d'être un peu plus élevé que le pourcentage d'admissions exposées

compte-tenu des réadmissions.

Cette revue de littérature inclut des travaux de 12 pays différents mais il existe des chiffres nationaux seulement dans 2 pays (Norvège et Finlande) et une grande disparité dans les taux d'utilisation et les durées des mesures restrictives.

Le taux d'utilisation de la contention physique est de :

- 7,3 % dans une première étude et 2,5 % selon une autre étude en Angleterre
- 6,5 % en Nouvelle-Zélande
- 5,7% au Pays de Galles.

Le taux d'utilisation de la contention mécanique est de :

- 5 % en Finlande
- 8 % en Allemagne
- 4,1 % au Japon
- 1,2 % aux Pays-Bas
- 2,6 % en Norvège
- 3,1 % en Suisse.

La revue de littérature de Beghi s'intéresse aux études publiées entre 1990 et 2010 et retrouve une prévalence d'utilisation de la contention en psychiatrie entre 3,8 % et 20 % (16) :

- 3,8 % en Finlande
- 5 % en Slovénie
- 6,6 % en Suisse
- 7 % et 10,4 % en Allemagne
- 8 % aux Etats-Unis
- 9,4 % et 12,5 % en Australie
- 14,1 % en Norvège
- 15,7% en Pologne
- 14,2 % en Israël
- 18 % et 20 % au Japon.

Les études s'intéressant à des populations spécifiques (diagnostics spécifiques autres que la psychose, adolescence, gériatrie, déficit mental, ...) ont été exclues. Cette revue de littérature ne précise pas les différentes méthodes de calcul d'incidence utilisées dans les études citées. Les types d'étude sont différents avec des études rétrospectives, des études prospectives, des études cas-témoins, une étude transversale « cross-sectional » et une étude descriptive.

Une étude transversale complétée par une revue de littérature a comparé entre 10 pays européens l'utilisation de la contention mécanique sur des patients psychiatriques hospitalisés. Les données ont été récoltées par une revue de littérature incluant les articles publiés, les rapports internationaux et nationaux entre 1999 et 2010 et par une enquête sous forme de questionnaire envoyé entre mai et juillet 2009 aux autorités sanitaires et à la section psychiatrique de l'Union Européenne des médecins spécialistes. Le taux pour 100 000 habitants variait de 7 à 70 (22). Les données étaient disponibles pour les pays suivants :

- Danemark : Taux à 34
- Suède : Taux à 70
- Norvège : Taux à 21
- Finlande : Taux à 14
- Islande : Taux à 0
- Pays-Bas : Taux à 14
- Royaume-Uni : Taux à 0
- Italie : Taux à 7.

En Allemagne, une étude transversale réalisée par questionnaire retrouve un taux de 3 % de contention mécanique en 2012 dans les hôpitaux médico-légaux participant sur un total de 240 patients (23). Ils observaient alors une augmentation du recours à la contention mécanique qu'il mettait en lien avec la modification législative de 2011 où le tribunal constitutionnel allemand avait simplifié le refus de traitement médicamenteux par le patient. Une autre étude retrouve de manière rétrospective un taux de contention mécanique en 2014 à 3,3 % des patients admis (529 admissions sur 15 832 admissions) sur 7 sites psychiatriques (24). Les données ont été extraites de la base de données électronique des différents sites.

Aux Pays-Bas, une étude retrouve de manière rétrospective via les bases de données des centres un taux de contention mécanique à 0,8 % du nombre total de patients admis et à 2,7 pour 100 000 habitants (25).

En Autriche, une étude retrouve un taux de contention mécanique de 28 % : 148 patients admis exposés sur 529 (26). Ce taux élevé peut s'expliquer par une définition de la contention mécanique différente. En effet, en plus des points de

fixation au lit, sont également inclus les moyens de fixation aux barrières de lit ou sur une chaise ou autre pour les personnes âgées en prévention du risque de chute.

En Espagne, une étude retrouve un taux de 8,65% de patients admis exposés à la contention (210 admissions sur 2427) (27). En tenant compte des réadmissions, le nombre de patients exposés est de 174 sur un nombre total de 1428 patients soit 12,18 % des patients.

Tableau 1 : Récapitulatif des incidences de contention par pays

Pays	Taux retrouvés dans les études
Allemagne	- 8 % de contention mécanique (15) - 7 % et 10,4 % (16) - 3 % de contention mécanique (23) - 3,3 % de contention mécanique (24)
Angleterre	- 2,5 % de contention physique (15) - 7,3 % de contention physique (15)
Australie	- 9,4 % et 12,5 % (16)
Autriche	- 28 % de contention mécanique (26)
Danemark	- 34 pour 100 000 habitants de contention mécanique (22)
Etats-Unis	- 8 % (16)
Espagne	- 8,65 % (27)
Finlande	- 5 % de contention mécanique (15) - 3,8 % de contention (16) - 14 pour 100 000 habitants de contention mécanique (22)
Italie	- 7 pour 100 000 habitants de contention mécanique (22)
Israël	- 14,2 % (16)
Japon	- 4,1 % de contention mécanique (15) - 18 % et 20 % (16)
Norvège	- 2,6 % de contention mécanique (15) - 14,1 % (16) - 21 pour 100 000 habitants de contention mécanique (22)
Nouvelle-Zélande	- 6,5 % de contention physique (15)
Pays Bas	- 1,2 % de contention mécanique (15) - 14 pour 100 000 habitants de contention mécanique (22) - 0,8 % de contention mécanique (25) - 2,7 pour 100 000 habitants de contention mécanique (25)
Pays de Galles	- 5,7 % de contention physique (15)
Pologne	- 15,7 % (16)
Slovénie	- 5 % (16)
Suède	- 70 pour 100 000 habitants de contention mécanique (22)
Suisse	- 3,1 % de contention mécanique (15) - 6,6 % (16)

Depuis les revues de littérature de Steinert et de Beghi, nous retrouvons 6 études indiquant un taux d'utilisation de la contention en psychiatrie dans la littérature médico-scientifique. Seulement 2 de ces études s'intéressaient spécifiquement à la contention (26,27), le reste y associait l'évaluation d'autres mesures coercitives telles que l'isolement ou la médication forcée.

Les résultats montrent une grande variabilité du recours à la contention qui peut s'expliquer dans un premier temps par des méthodologies différentes. Le calcul de l'incidence n'est pas effectué de la même manière dans les études et l'incidence n'est pas constamment transcrite avec la même unité. Quatre études sont des analyses rétrospectives (24–27), une est une enquête réalisée par questionnaire (23) et une est basée sur une revue de la littérature associée à une enquête par questionnaire (22). La durée des études varie de six mois à deux ans. Seulement deux études sont multicentriques (24,25) . De plus, les populations incluses ne sont pas identiques entre les études.

Cependant, malgré une méthodologie plus précise, comme les études sélectionnées dans la revue de littérature de Steinert (15), la disparité des résultats persiste. Les auteurs pointent les différences législatives entre les pays et prennent l'exemple de l'Islande, où la contention mécanique est abolie depuis 1932, ou du Royaume-Uni où elle est également interdite. En Suisse, certains cantons interdisent la contention. De plus, ils soulignent les différences culturelles. En effet, la perception des mesures coercitives n'est pas identique d'un pays à l'autre. Par exemple, en Norvège ou aux Pays-Bas, la médication forcée est perçue comme une mesure plus restrictive que la contention mécanique alors qu'en France c'est l'inverse (22).

3.1.2- Taux des mesures coercitives

Comme précisé précédemment, la majorité des études s'intéresse aux mesures coercitives en globalité. Les études présentées ci-dessous ne reflètent donc pas l'exhaustivité des études publiées sur les mesures coercitives ; nous avons sélectionné celles où la contention était clairement citée et détaillée.

Une étude a comparé 4 pays européens sur l'utilisation des mesures coercitives (isolement, contention physique et mécanique, médication forcée) : Pays de Galles, Irlande, Pays Bas et Sud-Ouest de l'Allemagne (28). L'incidence des mesures coercitives varie de 4,51 à 9,8 % :

- 5,37 % pour le Pays de Galles (incluant les services médico-légaux),
- 5,72 et 5,94 % pour l'Irlande (sans et avec les services médico-légaux),
- 9,4 et 9,8 % pour les Pays Bas (sans et avec les services médico-légaux),
- 4,51 et 5,27 % pour l'Allemagne (sans et avec les services médico-légaux).

Le nombre d'évènements pour 100 admissions par mois varie de 17,40 à 26,92. Le nombre de patients pour 100 admissions par mois varie de 5,37 à 8,10. Le nombre d'évènements pour 100 000 habitants varie de 60,84 à 211,17 par an. Le taux d'utilisation de chaque type de mesure n'est pas précisé.

L'étude descriptive réalisée par le groupe de Recherche Européen sur la violence en psychiatrie auprès de 17 pays européens retrouve la contention physique comme l'une des trois méthodes coercitives les plus fréquentes avec l'isolement et l'administration forcée des médicaments. Ce groupe regrette l'absence de directives européennes sur la gestion de la violence dans les services de santé mentale, ce qui participerait à une forte disparité des pratiques entre les différents pays (29).

L'étude européenne EUNOMIA sur les mesures coercitives (isolement, contention et médication forcée) chez des patients admis involontairement en psychiatrie a été réalisée dans les 10 pays européens suivants : Bulgarie, République Tchèque, Allemagne, Grèce, Italie, Lituanie, Pologne, Espagne, Suède et Royaume-Uni. Sur 4 semaines, 2027 patients admis involontairement ont été inclus dans la cohorte prospective et 770 d'entre eux ont été exposés à une mesure coercitive soit un taux moyen de 38 % ; avec un taux le plus bas à 21 % en Espagne et un taux le plus élevé à 59 % en Pologne (30,31).

En Pologne, une étude prospective dans un hôpital psychiatrique retrouve un taux de coercition (contention physique et mécanique et médication forcée) à 15 % sur un an avec 226 patients admis exposés à au moins une mesure coercitive sur 1476 patients admis. Cette étude précise que la méthode la plus utilisée est celle de la contention mécanique (1,23 en moyenne par patient exposé) (32).

En Norvège, une étude rétrospective a analysé les protocoles manuscrits du 1^{er} janvier 2004 au 31 décembre 2011 réalisés lors d'une mesure de contention mécanique ou pharmacologique dans les services de psychiatrie aigüe d'un hôpital et si nécessaire les a complétés avec les données du système administratif. Le taux

moyen de contention mécanique et pharmacologique retrouvé est de 1,7 % des patients admis sur 8 ans avec 324 patients admis exposés sur 19 283 patients admis ; soit 13 pour 100 000 habitants dont 59,2 % de contention mécanique (33).

Aux Etats-Unis, une étude a examiné les dossiers et les registres infirmiers, de manière rétrospective, d'un service d'urgences psychiatriques et retrouve sur un an un taux de 14 % d'isolement ou de contention correspondant à 746 consultations de patients sur 5335 consultations (correspondant à 3669 patients) (34).

Au Canada, une étude, après avoir analysé de manière rétrospective les dossiers informatisés d'un hôpital psychiatrique, rapporte un taux de 17,5 % d'isolement avec contention mécanique sur 2 ans correspondant à 476 patients sur 2721 patients ; sachant que dans ce pays la contention ne se pratique que lors d'un isolement (35).

En Australie, une étude retrouve les taux d'isolement et de contention suivants :

- 8,60 évènements pour 1000 jours lits occupés en 2010 et 10,17 en 2011
- 3,17 patients pour 1000 jours lits occupés en 2010 et 3,98 en 2011 (36).

3.2- En France

Aucune étude française n'apparaît dans les revues de littérature internationales et aucun établissement français n'a participé aux études européennes citées précédemment.

La seule étude française publiée a été réalisée dans le service des urgences de Saint-Anne à Paris sur 6 mois en 1999 et retrouve une incidence de la contention mécanique à 1,4 % des patients reçus (N :76) (18). Les données ont été recueillies à partir des dossiers des patients et des feuilles de contention remplies lors de la réalisation de cette mesure. La méthode de calcul n'est pas explicitement décrite.

La méthodologie de cette étude se base sur un recueil rétrospectif descriptif sans analyse comparative avec les patients non exposés à la contention. Un seul service a participé à l'étude, ce qui est peu représentatif et de plus implique la spécificité des urgences psychiatriques. Les résultats sont donc peu extrapolables aux autres services, aux autres centres hospitaliers et à la population générale des patients hospitalisés en psychiatrie en France.

Tableau 2 : Récapitulatif des incidences de contention par étude

Les revues de littératures n'ont pas été incluses (15,16,22)

Pays et Auteurs	% de patients admis exposés	Durée de la contention	Nombre de contention par patient	/100 000 habitants	Nombre de patients	Durée de l'étude	Description
Allemagne, Jakovljevic et Al (23)	3 %						-Etude par questionnaire -9 médecins en clinique médico-légale
Autriche, Frajo-Apor et Al (26)	28 %				-559 dossiers -148 patients exposés	-Juillet- Décembre 2009 -6 mois	-Analyse rétrospective -Département psychiatrique d'un hôpital universitaire -Gérontopsychiatrie incluse -En zone fermée
Espagne, Guzman-Parra et Al (27)	8,5 %		2,73		-2427 admissions -210 admissions exposées	-2012-2014 -2 ans	-Etude rétrospective -Un centre hospitalier universitaire -Service de psychiatrie aigüe
France, Guedj et Al (18)	1,4 %	-Durée moyenne de 120 minutes				-Juillet- Décembre 1999 -6 mois	-Etude rétrospective -Un service d'urgences psychiatriques

Pays et Auteurs	% de patients admis exposés	Durée moyenne ou médiane	Nombre de contention par patient	/100 000 habitants	Nombre de patients	Durée de l'étude	Description
Pays-Bas, Noorthoorn et Al (25)	0,8 %	-Moyenne : 332 heures -Médiane : 35,5 heures		2,7	-379 patients sur 42 960 patients -Total de 93347 admissions	-2011 -1 an	- Analyse rétrospective -75 hôpitaux psychiatriques -20 instituts en santé mentale -Gériatrie et médecine légale incluses
Allemagne, Flammer et Al (24)	3,3 % des admissions	-Durée moyenne de 8,1 heures			15 832 admissions	-1 an	-Etude rétrospective -7 sites psychiatriques en Allemagne

4- Caractéristiques socio-démographiques et administratives des patients

4.1- Sexe

Dans la revue de littérature de Beghi, 4 études sur 8 avec analyses multivariées et 6 études sur 15 avec analyses univariées retrouvent une association significative entre le recours à la contention et le sexe masculin. Seulement 2 études (1 multivariée et 1 univariée) retrouvent une association significative avec le sexe féminin. (16)

Depuis, la majorité des études décrivent une population plutôt masculine. En effet, 8 études retrouvent une association significative avec le sexe masculin : 4 concernent l'isolement et la contention (36–39), 1 concerne la contention mécanique et pharmacologique (33), 2 concernent plusieurs mesures coercitives (isolement, contention pharmacologique ou mécanique, médication forcée) (32,40) et 1 s'intéresse spécifiquement à la contention (41). Toutefois 5 études ne retrouvent pas de différence statistiquement significative concernant le sexe par rapport à la population témoin (26,34,35,42,43). Une seule étude retrouve un risque plus élevé d'exposition à la contention chez les femmes (44).

Dans l'étude de Taylor, l'exposition à plusieurs événements (isolement ou contention) est associée significativement au sexe masculin par rapport au groupe témoin mais l'exposition à un événement ou plus ne l'est pas (39).

Dans la seule étude française, 63 % des patients exposés à la contention sont des hommes (18).

4.2- Age

Dans la revue de littérature de Beghi, 3 études avec analyses multivariées sur 7 et 6 études avec analyses univariées sur 17 retrouvent une association significative avec une tranche d'âge jeune. 2 études avec analyses univariées retrouvent une association avec une tranche d'âge plus âgée et 1 étude avec analyse univariée retrouve une tranche d'âge intermédiaire (16). Les tranches d'âge exactes ne sont pas précisées.

La grande majorité des études décrit une population de patients exposés jeunes. En effet, l'âge jeune est significativement associé au recours à la contention dans 8

études (32,33,35,37,38,40,41,44). Sur les 8 études, seulement 3 études évaluent spécifiquement la contention, les autres évaluent plusieurs mesures coercitives. Les études comparent l'âge des patients exposés à celui des patients non exposés soit par le biais de la moyenne d'âge soit par des catégories d'âge. Dans ce dernier cas, c'est la catégorie « 18-29 » qui ressort significativement.

5 études ne retrouvent pas d'association significative (34,36,39,42,43).

L'étude française retrouve un âge moyen de 32 ans (18).

4.3- Origine ethnique

Beghi a mis en évidence une association significative entre la contention et une ethnie autre qu'autochtone dans 1 sur 4 études avec analyses multivariées et 3 sur 5 études avec analyses univariées (16). Deux études ont révélé une association négative (1 UV et 1 MV).

Plusieurs autres études se sont intéressées à l'origine ethnique des patients exposés à la contention.

Une étude italienne prospective retrouve notamment un taux de contention mécanique significativement plus élevé dans le groupe de patients migrants (11 %) que dans le groupe de patients nés en Italie (3 %) au sein d'une unité de soins intensifs psychiatriques ($p = 0,027$ avec un risque relatif à 3,67 [1,05-12,7]) (45). La durée de la contention et le nombre de contentions par patient ne sont pas significativement différents. Les deux groupes étaient appariés sur l'âge, le sexe et le diagnostic. Il n'y a pas de différence significative retrouvée entre les traitements des deux groupes ni entre les scores de gravité clinique et de fonctionnement global ni dans le nombre d'admissions sous contrainte.

De même, une étude danoise retrouve des taux d'utilisation de la contention physique et/ou de la médication forcée plus élevés chez les patients réfugiés et migrants que chez les patients danois : 38,3 % chez les patients réfugiés contre 15,1 % chez les témoins danois natifs (appariement sur l'âge et le sexe) et 29,1 % chez les patients migrants contre 20,8 % chez les témoins danois natifs (46). Il est à préciser que dans cette étude le niveau socio-économique n'est pas pris en compte et les migrants provenant de pays occidentaux ne sont pas inclus.

Knutzen retrouve une association significative entre un antécédent d'immigration

(deux parents nés dans un autre pays) et l'exposition à l'isolement ou à la contention (37).

Les autres études ne retrouvent pas de résultats significatifs (38–42).

4.4- Niveau socio-économique

Les études ne mettent pas en évidence un profil socio-économique particulier ; le niveau scolaire, le statut professionnel ou familial et les revenus ne sembleraient pas significativement différents de la population générale hospitalisée en psychiatrie (30,38–40,43,44).

4.5- Mode légal de soins

Dans la revue de littérature de Beghi, le statut involontaire de l'admission est associé significativement au recours à la contention dans 2 études avec analyses multivariées sur 3 et 4 études avec analyses univariées sur 5 (16).

Les études s'accordent sur ce point avec 7 études retrouvant des résultats significatifs vis-à-vis du statut involontaire de l'admission (32,33,37,39–42). 6 de ces études s'intéressent à plusieurs mesures coercitives, 1 seule évalue spécifiquement la contention.

Seulement 2 études ne retrouvent pas de résultats significatifs (43,44).

Dans l'étude de Guedj, 80 % des patients exposés à la contention ont été hospitalisés sous contrainte, 12 % en libre et 8 % n'ont pas été hospitalisés (18).

4.6- Mode et Lieu de provenance

A ce jour, la littérature ne dispose de résultats homogènes. Un lieu de résidence différent de celui desservi par l'établissement est mis en évidence dans 1 étude sur l'isolement et la contention (37). Deux études ne retrouvent pas de différence significative du lieu de résidence entre les patients exposés et les patients non exposés (38,42). Une étude s'intéresse plus particulièrement au mode de

provenance et identifie un recours plus fréquent à la contention et à l'isolement lorsque le patient est arrivé déjà maintenu, lorsque son heure d'admission est entre 19 heures et 00h59 et lorsqu'il ne vient pas spontanément et est adressé par la police ou autrui (34).

Tableau 3 : Récapitulatif du profil socio-démographique et administratif

Variable étudiée	Nombre d'études avec résultats significatifs	Nombre d'études avec résultats non significatifs
Sexe	Sexe masculin : 8 études Sexe féminin : 1 étude	5 études
Age jeune	8 études	5 études
Origine ethnique différente du pays	3 études	5 études
Niveau socio-économique	0 étude	6 études
Statut involontaire de l'admission	7 études	2 études
Lieu de résidence différent du secteur desservi	1 étude	2 études
Heure admission (19h-00h59)	1 étude	0 étude
Patient déjà en cours de contention à l'arrivée lors de l'admission	1 étude	0 étude

5- Caractéristiques cliniques et diagnostiques des patients

5.1- Diagnostic

La revue de littérature de Beghi retrouve les éléments suivants pour le diagnostic principal (16) :

- Trouble organique associé positivement à la contention dans 2 sur 3 études (analyses univariées)
- Schizophrénie associée positivement dans 4 sur 5 analyses multivariées et 9 sur 16 univariées
- Schizophrénie associée négativement dans 2 études (1 univariée et 1

multivariée)

- Trouble bipolaire significatif dans 1 analyse univariée sur 3 existantes
- Trouble lié à l'usage de substances associé positivement dans 3 sur 8 études univariées
- Troubles de personnalité corrélés à la contention dans 1 sur 2 études multivariées et 1 sur 4 univariées
- Dépression associée négativement dans la seule étude multivariée

La majorité des études se base sur la classification internationale des maladies (CIM).

Les catégories diagnostiques suivantes se détachent dans les travaux :

- Troubles psychotiques incluant la schizophrénie (31,33,37,38,40,47)
- Troubles de l'humeur, trouble bipolaire (manie ou épisode mixte lorsque c'est précisé) (33–35,37)
- Troubles de la personnalité (35,37,38,47)
- Troubles liés à l'usage de substances (32,37,47) et intoxication aiguë (42)
- Retard mental (38,39)
- Démence (26), maladie de Huntington (39)
- Troubles organiques (38)

La plupart des études concernent à nouveau plusieurs mesures coercitives.

Les diagnostics les plus fréquents dans l'étude française sont la schizophrénie et les troubles de la personnalité (18).

Une étude a identifié la dépression ou la suicidalité comme facteur protecteur du recours à la contention ou à l'isolement (34).

Seulement deux études n'ont pas retrouvé de résultats significatifs concernant le diagnostic (41,44)

5.2- Symptomatologie

Plusieurs études se sont intéressées au type et à la sévérité des symptômes présentés par les patients exposés. La sévérité des troubles semble être un facteur prédictif d'un risque du recours à la coercition (38). Par exemple, un score de gravité

clinique élevé (échelle CGI-S) ainsi que des scores élevés dans les items sur l'échelle BPRSE (résistance, activation, désorganisation) sont plus fréquemment observés dans la population exposée (41). De même, une étude retrouve une association entre la sévérité des symptômes psychotiques et du comportement perturbateur (agressivité, hostilité, désorganisation, excitation) et le recours à la contention ou l'isolement (34). Une autre étude le confirme en retrouvant un score élevé de la BPRS-E sur les symptômes psychotiques, de méfiance et d'hostilité (30). Un défaut de coopération et un faible insight sont également associés à l'isolement ou à la contention (34,40).

Un score faible à la GAF ($p < 0,0001$) est retrouvé dans deux études (30,40).

Les patients exposés auraient également une perception de la coercition plus élevée sur une échelle visuelle analogique (30).

Un comportement agressif le mois précédent l'admission serait associé significativement à un risque de recours à la contention (44), de même qu'une admission pour violence (43), risque auto ou hétéroagressif (47).

5.3- Antécédent d'exposition à la contention mécanique

Les antécédents de contention ont été évalués dans deux études et les résultats ne sont pas statistiquement significatifs (34,43). On retrouve deux travaux pour lesquels l'association entre un antécédent de coercition (isolement, contention ou médication forcée) et une mesure coercitive est positive (32,40).

5.4- Antécédent d'hospitalisation

Beghi relève 1 étude univariée (sur 6) retrouvant une association significative avec un antécédent d'admission (16).

Quatre études se sont intéressées à cet aspect ; deux études mettent en évidence un nombre plus élevé d'admissions chez les patients exposés à l'isolement ou à la contention (37,47), les résultats ne sont pas significatifs dans les autres (43,44) .

Plusieurs auteurs retiennent le suivi ambulatoire avant l'admission ou le contact avec les services de santé mentale comme facteur protecteur (42,44).

5.5- Durée de séjour

Une durée de séjour plus longue se dégage chez les patients exposés à la contention par rapport aux populations témoins (35,37,43,47). Deux travaux ne retrouvent pas de résultats significatifs sur ce point (38,44).

Tableau 4 : Récapitulatif du profil clinique et diagnostique

Variable étudiée	Nombre d'études avec résultats significatifs	Nombre d'études avec résultats non significatifs
Diagnostic	-Troubles psychotiques : 6 études	2 études
	-Troubles de l'humeur, trouble bipolaire : 4 études	
	-Troubles de la personnalité : 4 études	
	-Trouble lié à l'usage de substances : 3 études	
	-Intoxication aiguë : 1 étude	
	-Retard mental : 2 études	
	-Démence : 1 étude	
	-Maladie de Huntington : 1 étude	
	-Troubles organiques : 1 étude	
	Sévérité des troubles	
	-Score élevé CGIS : 1 étude	
	-Score élevé BPRSE : 2 études	
	-Faible Insight/défaut de coopération : 2 études	
	-Score faible GAF : 2 études	
	-ATCD d'agression/admission pour violence, risque auto ou hétéroagressif : 3 études	
Antécédent de contention	0 étude	2 études
Antécédent d'admission	2 études	3 études
Durée de séjour plus longue	4 études	2 études
Facteurs protecteurs retrouvés		
Dépression, Crise suicidaire		
Suivi ambulatoire ou contact avec les services de santé mentale		

6- Caractéristiques de la mesure de contention mécanique

6.1- Durée de la contention

La revue de littérature de Steinert rapporte différentes durées de contention selon les pays (15). La durée moyenne varie de 1182 heures aux Pays-Bas à 7,9 heures en Norvège. Elle est de 9,8 heures en Allemagne ; 11,1 heures en Finlande ; 41,6 heures en Suisse ; 68 heures au Japon. La durée moyenne d'intervention est entre 10 et 20 minutes en Angleterre et de 9 minutes au Pays de Galles mais cette durée inclut à la fois l'isolement et la contention.

Tableau 5 : Récapitulatif des durées de contention par pays

Pays	Durée moyenne	Durée médiane
Allemagne	9,8 heures (15)	
	8,1 heures (24)	
Angleterre	10 minutes (15)	
	20 minutes (15)	
Canada	22,4 heures (35)	5,25 heures (35)
Finlande	11,1 heures (15)	
France	2 heures (18)	
Japon	68 heures (15)	82 heures (48)
	142 heures (48)	
Norvège	7,9 heures (15)	5,6 heures (49)
Pays Bas	1182 heures (15)	35,5 heures (25)
	332 heures (25)	
Pays de Galles	9 minutes (15)	
Suisse	41,6 heures (15)	17 heures (47)
	19 heures (47)	

En France, les recommandations HAS préconisent une durée la plus limitée possible. La 1^{ère} prescription doit être limitée à 6 heures puis une réévaluation médicale doit être réalisée toutes les 24 heures. Les durées de plus de 24 heures devraient être exceptionnelles (11).

Plusieurs études s'intéressent aux facteurs qui pourraient influencer sur la durée de la contention. Quatre études s'accordent sur une durée plus longue de la mesure chez les patients de sexe masculin (48–51). Une étude sur la contention pharmacologique

et mécanique identifie une durée plus courte de la contention mécanique lorsqu'elle est utilisée seule par rapport à l'association avec la contention pharmacologique (49). Les patients avec un diagnostic F10-F19 (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives) seraient contentonnés moins longtemps en comparaison avec les patients ayant un diagnostic F20-F29 (Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants) (48). Une étude australienne retrouve également des durées de contention plus longues chez les patients âgés de plus de 35 ans, les patients ayant été exposés à plusieurs reprises à la contention et dans les services classiques de santé mentale adulte par rapport aux services de psychiatrie légale (51).

Tableau 6 : Facteurs associés à une durée de contention plus longue

Sexe masculin	4 études
Contention pharmacologique associée	1 étude
Diagnostic F20-F29 (vs diagnostic F10-F19)	1 étude
Age > 35 ans	1 étude
ATCD de contention	1 étude
Services classiques de santé mentale adulte (vs services de psychiatrie légale)	1 étude

6.2- Motifs de la contention

La revue de littérature de Beghi (16) observe les motifs de contention suivants :

- Violence dans 5 sur 5 études avec analyses multivariées et 8 sur 11 études avec analyses univariées
- Risque de fugue dans 2 sur 3 études avec analyses multivariées et 2 sur 2 études avec analyses univariées
- Risque suicidaire dans 2 études (1 analyse univariée et 1 multivariée)
- Agitation dans 1 sur 2 études avec analyses multivariées et 1 sur 1 étude avec analyse univariée

De nombreux motifs de contention sont présents dans la littérature, ce qui les rend difficilement comparables ou classifiables. Les motifs les plus fréquemment retrouvés rejoignent la revue de littérature de Beghi avec :

- l'hétéroagressivité ou le risque hétéroagressif,
- l'autoagressivité ou le risque autoagressif,
- l'agitation
- le risque de fugue.

Nous nous intéresserons à quelques études qui ont approfondi la question des motifs de la contention.

Dans une étude américaine, les motifs sont répartis de la manière suivante :

- menaces de passage à l'acte hétéroagressif dans 34% des épisodes,
- agressions physiques du personnel dans 28%,
- automutilation dans 17%,
- agression physique d'un autre patient dans 10%,
- idées suicidaires ou tentative de suicide dans 1%,
- autres motifs dans 10% (destruction d'objets, fugue, ...) (52).

Une autre étude américaine réalisée dans 438 unités psychiatriques de 317 hôpitaux aux USA retrouve, entre 2007 et 2013, 8002 agressions par les patients soit 0,62 agressions pour 1000 patients-jours avec une utilisation de l'isolement et de la contention dans 17 % et 31,4 % des cas respectivement (53).

Une étude nationale finlandaise réalisée sur 15 ans a classifié en 6 catégories les motifs de contention et d'isolement par ordre décroissant de fréquence (54) :

- Agitation/Désorientation
- Passage à l'acte violent contre soi ou contre d'autres personnes ou violence non spécifiée
- Menaces de violence
- Raisons inclassables « pour la sécurité du patient », « polydipsie », etc
- Endommagement de matériel
- Menace de causer des dégâts matériels
- Agression/Dangerosité

Dans cette étude, le motif de passage à l'acte violent est plus fréquent chez les femmes et celui d'agression/dangerosité chez les hommes. Le diagnostic de trouble lié à l'usage de substances est significativement associé à l'agitation/désorientation. Ce motif était également plus fréquent en début d'hospitalisation (0-4 jours) comparativement aux autres temps d'hospitalisation.

Une étude européenne sur l'agitation réalisée dans 27 services d'urgences psychiatriques de 6 pays (Espagne, Allemagne, Autriche, Grèce, Portugal et Roumanie) retrouve la nécessité d'une contention physique ou mécanique dans 15,2 % et 26,7 % des épisodes d'agitation respectivement (55). L'agitation était alors définie comme « un état d'agitation motrice accompagnée de tension psychique, avec les signes psychiatriques suivants : hostilité, tension, excitation, manque de coopération et impulsivité, entraînant un comportement incontrôlable avec blessures, agressivité envers autrui ou menace de bris de matériel ».

Aux urgences, Guedj met en évidence les motifs suivants : refus de soins dans 43 % des cas et repérage de signes avant-coureurs (hétéroagressivité, opposition, idées délirantes, ...) dans 37 % des cas, auto ou hétéroagressivité dans 20 % des cas (18).

En France, les recommandations HAS sont désormais très claires et préconisent le recours à la contention uniquement dans les situations suivantes (11) :

- Prévention d'une violence imminente du patient ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui
- Lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.

7- Caractéristiques environnementales de la mesure de contention mécanique

7.1- Présence et caractéristiques du personnel et de l'établissement

Dans la revue de littérature de Beghi, la présence de personnel soignant de sexe masculin est associée positivement à la contention dans 2 sur 3 études avec analyses multivariées (16). Un faible ratio personnel/patient est associé à la contention dans 1 sur 1 étude avec analyse multivariée et 2 sur 4 études avec analyses univariées.

Les résultats concernant l'association entre la présence d'un soignant de sexe

masculin et le recours à la contention divergent : une étude retrouve une association significative (56) et une autre étude n'obtient pas de résultats significatifs (57). Dans l'étude de Laiho, l'incidence de l'isolement et de la contention serait moindre lorsqu'il y aurait plus de soignants masculins dans le service (58).

L'âge, l'ethnie ou la religion des soignants ne sont pas des facteurs significatifs dans les études (56,57).

Concernant le ratio soignant/patient ou la dotation en personnel, les études ne retrouvent pas d'association significative avec le recours à la contention (30,56,59). Une étude retrouve même une utilisation plus élevée de l'isolement ou de la contention lorsque la charge de travail d'un établissement est plus légère (évaluée en nombre de patients-jours/personnel soignant) comparativement à un établissement avec une charge de travail plus lourde (38). Dans cette même étude, un faible nombre de lits d'hospitalisation serait associé à un risque plus important de recours à la contention ou l'isolement au sein de l'établissement.

Un autre aspect abordé est le niveau d'éducation et d'expérience des professionnels, plusieurs études émettent l'hypothèse que cela influencerait la perception de la contention et donc son utilisation (58). Le personnel avec plus d'expérience professionnelle aurait moins recours aux mesures coercitives que les autres. Dans le cas d'un risque autoagressif, le personnel non qualifié serait le plus restrictif et le personnel médical serait le moins restrictif (60).

Une étude retrouve une corrélation positive entre la connaissance ($p < 0,05$) et l'attitude ($p < 0,04$) des infirmières avec leur pratique de la contention. Inversement, une corrélation négative est retrouvée entre l'intention des infirmières d'utiliser la contention et leur pratique ($p < 0,01$). En utilisant un modèle de régression linéaire multiple avec ces indicateurs, l'étude retrouve que 6 % de la variabilité des pratiques concernant la contention par l'équipe infirmière seraient expliqués par leur niveau de connaissance, leur attitude et leur intention d'utilisation envers la contention (61).

D'autres études ne retrouvent pas de différence significative concernant le niveau de formation ou d'expérience du personnel (56,57)

De Benedictis s'est intéressée à l'interaction entre les membres du personnel : lorsque l'expression de la colère et de l'agressivité est plus grande au sein d'une

équipe soignante, le recours à la contention est plus fréquent que dans les autres équipes soignantes (57). De même lorsque les membres de l'équipe ont un niveau plus élevé de perception d'agressivité physique contre soi, ils ont plus recours à la contention que les autres équipes.

Tableau 7 : Récapitulatif des caractéristiques du personnel ou de l'établissement

Variable étudiée	Nombre d'études avec résultats significatifs	Nombre d'études avec résultats non significatifs
Présence de soignant de sexe masculin	Facteur de risque : 1 étude Facteur protecteur : 1 étude	1 étude
Niveau de formation ou d'expérience	1 étude	2 études
Age, religion, ethnique	0 étude	1 étude
Ratio patient/personnel	0 étude	3 études
Charge de travail plus légère	1 étude	0 étude
Faible nombre de lits d'hospitalisation	1 étude	0 étude
Plus grande expression de la colère ou de l'agressivité au sein de l'équipe	1 étude	0 étude
Perception plus élevée d'agressivité physique contre soi	1 étude	0 étude

7.2- Distribution horaire, journalière, mensuelle et saisonnière de la contention

Dans la revue de littérature de Beghi, 1 étude avec analyse multivariée sur 3 retrouve un taux plus élevé de contention dans la journée que dans la nuit. Un taux plus élevé en soirée est retrouvé dans les 3 études avec analyses univariées. 1 sur 3 études avec analyses univariées retrouve un taux plus élevé dans la matinée (16).

Plusieurs études soulignent une distribution particulière de la contention notamment par rapport aux quarts de travail.

Le quart de travail du soir est significativement associé à la contention dans deux

études (50,56). Frajo-Apor observe que 40,6 % des contentions relevées dans son étude ont eu lieu entre 19 et 23 heures (26) et le taux de contention est significativement plus faible entre 2 et 6 heures. Dans une autre étude, c'est également la journée où il y aurait le plus de contentions : 60 % auraient lieu entre 12h et 00h (33). Une autre étude rejoint ces résultats en retrouvant une association négative entre le quart de travail de nuit et la contention (39). Une étude ne retrouve pas de résultats significatifs entre les différents quarts de travail (43) et les temps de changement d'équipes ne seraient pas non plus significativement associés au recours à la contention (56).

Concernant la répartition du taux de contention sur l'année, Kodak constate un plus fort taux en début d'année (56) contrairement à une autre étude finlandaise qui retrouve un taux significativement plus faible en janvier et en hiver de la contention et de l'isolement (62). Aucune variation mensuelle et saisonnière des incidents violents n'est retrouvée dans l'étude finlandaise. Ces résultats sont confirmés par l'étude de Reitan qui identifie un taux de contention mécanique plus important l'été (33).

Guedj constate que toutes les contentions au cours de l'étude ont été réalisées sur 1/3 des jours de l'étude et 43 % ont eu lieu le même jour qu'une ou plusieurs autres contentions (18).

Tableau 8 : Récapitulatif de la distribution temporelle de la contention

Variable étudiée	Nombre d'études avec résultats significatifs	Nombre d'études avec résultats non significatifs
Quarts de travail	-Soir : 2 études -Journée : 1 étude -Recours plus faible la nuit : 2 études	1 étude
Temps de changement d'équipes	0 étude	1 étude
Période de l'année	-Début d'année : 1 étude -Eté : 1 étude -Recours plus faible l'hiver : 1 étude	0 étude

7.3- Lieu où est réalisé la mesure de contention

Une étude réalisée au Québec, par questionnaire auprès de 309 membres du personnel, retrouve un taux de contentions significativement plus important dans les unités d'urgences ou de soins intensifs (57). Une étude française sur l'isolement réalisée dans une unité médicale d'accueil d'urgence observe que 70 % des patients isolés sont exposés à la contention mécanique soit en chambre d'isolement soit dans une chambre simple aménagée en chambre d'isolement avec un lit non scellé (63).

Les recommandations HAS indiquent que la mesure de contention doit être réalisée uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement (11).

Une étude s'est intéressée aux taux d'isolement et de contention avant et après un changement de conception de l'unité dans un service psychiatrique d'urgence. Après le placement d'une porte pour restreindre l'accès des patients à la zone d'attente de l'unité, le taux d'utilisation de l'isolement et de la contention a significativement été réduit. La porte a limité l'attente des patients à l'espace d'attente, elle a réduit l'accès aux zones de l'unité menant aux lits des patients, à la zone d'évaluation, aux salles d'entrevue et au bureau du directeur médical (64).

7.4- Traitement médicamenteux associé à la mesure

Une étude retrouve un taux de 11,1 % de patients admis exposés à la contention mécanique et/ou pharmacologique. Sur les patients exposés, 82,5% sont exposés à la contention mécanique dont 47,2 % de manière seule et 35,3 % de manière associée avec la contention pharmacologique (49). La contention mécanique serait significativement plus souvent utilisée seule si le patient est hospitalisé de manière volontaire ($p=0,023$) ou s'il souffre d'un trouble de personnalité ($p<0,001$). Lorsque le motif de la contention est l'hétéroagressivité, alors l'association des deux types de contention est significativement plus fréquente.

Dans une étude autrichienne, 32,2 % des contentions sont associées à un traitement médicamenteux (26). Une étude rétrospective réalisée en Suisse, dans une population de patients admis involontairement, retrouve de manière significative des posologies de traitement plus élevées chez les patients exposés (47).

Une contention pharmacologique concomitante serait significativement associée à

une durée plus longue de contention dans une étude américaine (50).

Tableau 9 : Recours à la contention mécanique avec et sans contention pharmacologique

Variables associées au recours à la contention mécanique associée à la contention pharmacologique

Hétéroagressivité

Durée plus longue de la contention

Variables associées au recours à la contention mécanique seule sans contention pharmacologique

Statut volontaire de l'admission

Diagnostic de troubles de la personnalité

8- Population spécifique : Patients exposés à plusieurs reprises à la contention

Plusieurs études s'accordent sur le fait d'une distribution non homogène des différents épisodes de mesures coercitives. Dans une étude américaine, 20 % des patients exposés à l'isolement ou à la contention représentent 75 % des épisodes, 10 % représentent 61 % et 1 % représente 21 % des épisodes (65). Une étude norvégienne confirme cette tendance avec 9,1 % des patients restreints mécaniquement et pharmacologiquement représentant 39,2 % des épisodes (66).

Le nombre moyen de mesures coercitives par patient décrit dans les études diffère de 2,23 à 9,2 :

- 2,23 épisodes de contention mécanique par patient dans une étude iranienne (43)
- 2,3 épisodes de contention physique ou mécanique dans une étude américaine (39)
- 2,73 épisodes de contention mécanique dans une étude espagnole (27)
- 4,5 épisodes de contention mécanique ou pharmacologique par patient dans une étude norvégienne (33)
- 9,2 épisodes d'isolement ou de contention par patient avec un nombre médian à 3 dans une étude américaine (65)

Le seuil de contention multiple diffère selon les études :

- Supérieur ou égal à 2 dans deux études (26,39).
- Supérieur ou égal à 6 dans une étude (66), ce qui correspond au 90^{ème} percentile du nombre total d'épisodes.

La population à risque de contention multiple serait significativement plus fréquemment de sexe masculin (39) et d'un âge jeune (27,66). Les patients auraient significativement plus d'antécédents d'agression lors des précédentes hospitalisations ou de l'hospitalisation en cours (39) et un nombre total d'admissions plus élevé (66) ou être réadmis dans les 30 jours d'une précédente hospitalisation (27). La durée de séjour de ces patients est significativement plus longue (27,39,66).

Tableau 10 : Variables associées au recours multiple à la contention

Variable étudiée	Nombre d'études avec résultats significatifs
Sexe masculin	1 étude
Age jeune	2 études
ATCD agression	1 étude
Nombre d'admissions plus élevé	1 étude
Réadmission dans les 30 jours d'une précédente hospitalisation	1 étude
Durée de séjour plus longue	3 études

9- Complications de la mesure de contention mécanique

La revue de la littérature de Rakhmatullina sur la morbidité et la mortalité associée à l'utilisation de la contention retient les études de 2002 à 2012 et retrouve des traumatismes physiques, psychiques et des complications pouvant aller jusqu'au décès dans certains cas (67).

Les traumatismes physiques décrits chez les patients ou le personnel soignant impliqué dans la mise en œuvre de la mesure sont : une abrasion de la peau, un traumatisme thoracique, des fractures ou des blessures ophtalmologiques. Des troubles musculo-squelettiques peuvent également impacter le personnel soignant. Une invalidité permanente du personnel causée par des blessures lors de la mise en

œuvre de la contention a pu être décrite dans la littérature.

Concernant les traumatismes psychiques, le vécu des patients et des soignants est décrit comme négatif. Les patients rapportent un sentiment d'humiliation, de déshumanisation et de détresse. Les soignants verbalisent un sentiment de frustration et de culpabilité.

Concernant les décès lors d'une mesure de contention, 40 % seraient par asphyxie. Mohr supposait que l'asphyxie était liée à la restriction des mouvements respiratoires, à l'obstruction des voies aériennes supérieures et à la libération de cathécolamines lors de l'effort physique (68). Les autres causes des décès citées étaient en lien avec une strangulation, un incendie ou un arrêt cardiaque. Un risque d'inhalation est également décrit et serait aggravée par la sédation médicamenteuse. Rakhmatullina vient ajouter plusieurs complications pouvant entraîner le décès de patients lors de la mesure de contention : cardiomyopathie de stress entraînant des troubles du rythme cardiaque, acidose lactique liée à une intoxication à la cocaïne concomitante, embolie pulmonaire sur thrombose veineuse profonde et rhabdomyolyse.

Il est également rapporté une augmentation du risque de délirium tremens et de lésion hépatique induite par le traitement médicamenteux lors d'une contention. Il est à noter chez les personnes âgées plusieurs effets indésirables particuliers liés à la contention : diminution de l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne, augmentation de la dépendance lors de la marche, aggravation des dysfonctionnements cognitifs et augmentation des chutes.

Une revue de la littérature incluant les études qualitatives ou les études avec au moins une partie qualitative sur la perception de la contention physique des patients, publiées entre 1996 et 2009, retrouvait également un vécu négatif avec les sentiments suivants : colère, peur, déshumanisation, détresse, impuissance, dégradation et humiliation (69). La réactivation d'un traumatisme antérieur était également citée.

Guivarch a identifié chez les soignants un vécu plutôt négatif de la contention avec un sentiment de frustration, de colère et parfois l'absence de ressenti. Les soignants

considéraient alors la contention comme un acte de soin et de sécurité (70).

L'étude qualitative sur le vécu des soignants de la contention en psychiatrie réalisée en Occitanie auprès de 32 soignants de 11 services de 5 établissements différents rapporte un vécu de violence et de peur avec une thématique centrale sur le lien relationnel. Pour les soignants, la contention serait associée à des représentations de dernier recours, de nécessité et de protection. Des divergences sont identifiées concernant la perception de la contention comme un outil thérapeutique et comme ayant un potentiel effet d'apaisement.

10-Stratégies pour réduire l'utilisation de la contention et alternatives

De nombreuses études s'intéressent aux stratégies ou programmes d'intervention dans le but de réduire l'utilisation des mesures coercitives. Nous nous intéresserons donc plus particulièrement à celles qui ont détaillé l'effet sur la contention.

Six stratégies ont été décrites aux Etats-Unis pour réduire le recours à l'isolement et à la contention (71) :

- l'établissement d'un leadership avec une politique d'établissement en faveur d'une diminution du recours à ces mesures
- Utilisation des données sur ces pratiques sans aspect punitif, à but d'encouragement
- Formation du personnel à la gestion de la violence et au psychotraumatisme
- Utilisation des outils de réduction connus : identifier les facteurs psychologiques, les facteurs de risque de violence ou les facteurs de risque médicaux, les techniques de désescalade, apprendre au patient l'autogestion, ...
- Impliquer les usagers, prévoir des activités thérapeutiques quotidiennes
- Debriefing suite à une situation de recours à ces mesures

Plusieurs études ont repris ces stratégies et ont démontré leur efficacité :

- Une étude a évalué l'effet de l'implémentation de ces six stratégies dans 43 établissements psychiatriques aux Etats-Unis entre 2004 et 2007 (72). 28 de ces établissements les ont utilisées de manière stable et ont obtenu une réduction du pourcentage de patients isolés de 17 %, du pourcentage de

patients contentonnés de 30 % et du temps passé en isolement de 19 %. La durée totale de la contention n'a pas diminué de manière significative.

- Un programme de réduction d'utilisation de l'isolement et de la contention basé notamment sur ces six stratégies a été réalisé dans 9 hôpitaux publics de Pennsylvanie. Une diminution significative du recours à la contention mécanique passant de 0,37 à 0,08 épisodes pour 1000 jours d'hospitalisation de 2001 à 2010 a été observée (52). La durée est passée de 0,52 heures à 0,07 heures pour 1000 jours. Il n'y a pas eu de changement significatif dans le nombre d'agressions.

Scanlan, dans sa revue de littérature, réalisée en 2010, a décrit sept stratégies dont certaines rejoignent les six précédemment décrites (73) :

- L'évaluation par un comité externe des incidents de coercition et le débriefing de chaque épisode
- L'utilisation des données à but rétroactif
- Le changement politique avec une modification de la loi ou de la réglementation associé à un leadership national et local démontrant son engagement et son soutien dans la réduction du recours à ces mesures
- La formation : techniques de désescalade, gestion de la crise pour le personnel et formation à la gestion de la colère pour les patients
- Implication des usagers et de leur entourage
- Augmentation du ratio personnel-patient et la mise en place d'équipes d'intervention en cas de crise
- Changement du programme thérapeutique : planification des soins, approches sensorielles, augmentation des activités, ...

Les autres études sur ce sujet rejoignent en globalité ces différentes stratégies, nous en détaillerons quelques-unes.

Trois facteurs préventifs de la contention mécanique ont été significativement associés à de plus faibles taux d'utilisation de la contention mécanique (74) :

- Un temps de reprise, d'évaluation après tous les épisodes de contention mécanique
- L'implication des patients avec leur participation à des réunions au sein de l'institution, au règlement de l'unité et leur influence sur le contenu du journal

des infirmières

- Le « non encombrement » : 1 seul lit par chambre, plus de 25m² d'espace accessible toute la journée par patient et la perception du non-encombrement de l'espace

Pour comprendre la différence d'utilisation de la contention mécanique entre le Danemark et la Norvège, Bak a retrouvé 5 facteurs de prévention de la contention mécanique pouvant en diminuer le recours (75):

- l'identification précoce des facteurs déclenchants de la crise
- le ratio patient/personnel supérieur ou égal à 3
- la formation du personnel pour la gestion de la violence
- un environnement de travail sain
- faible recours au personnel remplaçant

Un programme de réduction américain du taux d'isolement et de contention dans un service psychiatrique de 120 lits comprenait (76) :

- l'utilisation de l'échelle de violence BVC
- la formation du personnel à la gestion de la crise (cours de 8 heures) et à un modèle de soins axé sur les traumatismes
- une augmentation de la fréquence de la réévaluation médicale de la mesure (toutes les deux heures)
- une analyse de tous les événements par le chef de service et le cadre infirmier
- l'amélioration de l'environnement avec des techniques sensorielles (76).

Le taux d'isolement a alors diminué de 52% et le taux de contention a diminué de 6% de manière non significative ($p=0,44$). La durée de l'isolement par admission aurait diminué de 27 % mais la durée de contention par admission aurait augmenté de 52%.

Une étude finlandaise a réalisé un essai contrôlé randomisé dans 4 quartiers de haute sécurité d'un hôpital psychiatrique pour des patients de sexe masculin souffrant de troubles psychotiques avec des comportements violents dans le but de diminuer l'utilisation de l'isolement et de la contention par une intervention (77).

Cette intervention comprenait 6 mois de formation sur des stratégies de base de prévention (implication des usagers avec une réunion une heure par semaine, analyse quotidienne des incidents, plan de crise individuel, formation à la gestion de

la crise, analyse des chiffres une fois par mois, ...) et 6 mois de supervision.

Dans le groupe d'intervention, le taux de coercition a diminué de 30 à 15 % du temps total des patients et de 25 à 19 % dans le groupe contrôle. La différence entre ces deux groupes est bien significative ($p < 0,001$).

Le temps des mesures coercitives a également diminué de 110 à 56 heures dans le groupe d'intervention.

Le taux d'incidents violents a diminué de 1,1 à 0,4 % et de 0,1 % à 0 % dans les groupes d'intervention et de contrôle respectivement mais la différence n'est pas significative.

L'implication des patients et de leurs familles est citée à plusieurs reprises (78).

Par exemple, des directives préalables de la part du patient précisant ses souhaits concernant son traitement seraient intéressantes à développer (78). Un questionnaire d'autoévaluation émotionnelle permettrait également au patient de choisir plusieurs réponses à une éventuelle perte de contrôle émotionnel, en cas d'angoisse, d'auto ou d'hétéroagressivité (63). Ces réponses doivent être réévaluées régulièrement et après chaque crise

Une revue de la littérature repère les facteurs influençant l'expérience subjective des patients concernant l'isolement, la contention et l'administration forcée de médicaments et pouvant améliorer le vécu de la coercition (79) :

- l'information détaillée des mesures aux patients et leur raison de mise en place
- la présence du personnel au cours de la mesure et un comportement respectueux empathique et soutenant de leur part
- la présence de proches du patient
- amélioration de l'environnement (port de vêtements propres, présence d'objets personnels par exemple)
- debriefing avec le patient après une mesure coercitive

La crainte de la mise en place de stratégies de réduction du recours à la contention est de la remplacer par d'autres mesures coercitives telles que l'isolement ou la contention chimique. Ce phénomène est décrit dans certaines études et est infirmé dans d'autres études.

Par exemple, un changement légal transitoire dans un des états fédéraux en

Allemagne interdisant la médication forcée (médicaments nécessitant la contention physique pour être administrés) de juin 2012 à février 2013 aurait entraîné une augmentation de l'utilisation de l'isolement et de la contention chez les patients souffrant d'une schizophrénie ou d'un trouble bipolaire (80). Une étude démontre une augmentation de 39,8 % dans une analyse transversale et de 124,4 % dans une analyse longitudinale de l'utilisation de l'isolement et de la contention lors de cette période. Les actes agressifs auraient également augmenté de 45,7 % et de 128 % dans les analyses transversale et longitudinale respectivement. L'étude précise tout de même que la durée cumulée des mesures n'a pas augmenté et que la proportion des patients exposés n'est pas significativement différente. De plus, le changement législatif n'a pas été accompagné par d'autres mesures de réduction.

A l'inverse, une étude observationnelle au Danemark ne retrouve pas d'augmentation significative d'utilisation des médicaments (antipsychotiques et benzodiazépines) suite à la mise en œuvre d'une intervention de réduction des mesures coercitives (81). Les posologies ne sont pas non plus significativement différentes et les prescriptions médicamenteuses respectent les recommandations. L'intervention aurait permis de diminuer de 80 % le recours à la contention mécanique.

Tableau 11 : Récapitulatif des stratégies de prévention du recours à la contention

Stratégies	Nombre d'études
Mise en place d'un leadership avec une politique de réduction du recours	2 études (71,73)
Utilisation des données	3 études (71,73,77)
Debriefing	4 études (71,73,74,76)
Evaluation par un comité externe	1 étude (73)
Formation du personnel	5 études (71,73,75-77)
Identification des facteurs de risque de violence	2 études (73,76)
Identification précoce des facteurs déclenchants d'une crise	2 études (75,77)
Implication des usagers	3 études (74,77,78)
Techniques de désescalade	2 études (71,73)
Autogestion des émotions	3 études (71,73,78)
Approches sensorielles	2 études (73,76)
Augmentation des activités thérapeutiques quotidiennes	2 études (71,73)
Planification des soins	1 étude (73)
Augmentation du ratio personnel-patient	2 études (73,75)
Equipes d'intervention en cas de crise	1 étude (73)
Faible recours au personnel remplaçant	1 étude (75)
Aménagement des espaces	3 études (74-76)
Augmentation de la fréquence de réévaluation médicale de la mesure	1 étude (76)

DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL EXPLORATOIRE

1- Problématique

Comme nous l'avons développé en première partie, la littérature internationale retrouve des taux d'utilisation de la contention disparates avec des méthodologies différentes et pour la plupart de manière rétrospective. Cependant, le profil des patients exposés décrit semble plutôt homogène avec une population jeune, de sexe masculin pouvant être d'origine ethnique différente du pays autochtone. Leur statut d'admission est souvent involontaire et leur durée de séjour plus longue ; ils auraient également souvent été hospitalisés antérieurement. Les trois diagnostics les plus retrouvés sont les troubles psychotiques incluant la schizophrénie, les troubles de personnalité et les troubles bipolaires (épisode maniaque ou mixte). La contention mécanique serait moins utilisée lors d'une dépression ou lors d'une crise suicidaire. La sévérité des troubles serait un facteur prédictif d'une utilisation de la contention. Le recours à la contention a souvent lieu suite à une hétéro-agressivité, auto-agressivité, agitation ou risque de fugue. Les caractéristiques du personnel pourraient influencer l'utilisation de la contention mécanique notamment par rapport au niveau de formation. Il existerait également une variation horaire, mensuelle et saisonnière de la contention.

La majorité des études s'intéressent à plusieurs mesures coercitives, rares sont celles qui évaluent spécifiquement la contention. De plus, une seule étude épidémiologique publiée a été réalisée en France et dans un service spécifique, les urgences psychiatriques où le recours à la contention est considéré comme plus important dans la littérature. Il semble indispensable d'améliorer nos connaissances spécifiquement en France en raison des différences législatives et de l'impact culturel dans la variation des pratiques.

Dans ce contexte, notre hypothèse de départ est que l'incidence du recours à la contention mécanique en Occitanie devrait être semblable aux taux de certains pays européens et que la population exposée devrait présenter les mêmes caractéristiques socio-démographiques et cliniques que celles décrites dans la littérature. Ainsi, nous proposons de réaliser une étude prospective multicentrique descriptive et analytique sur ce sujet.

2- Matériel et Méthodes

2.1- Objectifs et critères de jugement de l'étude

L'objectif principal est le calcul de l'incidence d'utilisation de la contention mécanique en milieu hospitalier en psychiatrie.

Le critère de jugement principal est le calcul du pourcentage de patients admis exposés à la contention mécanique. La détermination de la méthode de calcul a été faite en prenant en compte les méthodes utilisées au sein de la revue de littérature notamment celle de la revue de littérature de Steinert (15).

Les objectifs secondaires sont d'étudier :

- les caractéristiques socio-démographiques,
- les caractéristiques cliniques et diagnostiques des patients exposés à la contention mécanique
- les caractéristiques liées à la contention mécanique
- les caractéristiques liées à l'environnement de cette mesure.

2.2- Site de l'étude

Cette étude a été réalisée dans treize établissements de santé en psychiatrie de la région Occitanie, tous adhérents à la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (FERREPSY) :

- CHS d'Albi : Etablissement Pierre Jamet
- CHS d'Auch
- Clinique de Beaupuy
- Clinique des Cèdres
- CH de Lannemezan
- CH de Lavaur : Etablissement Philippe Pinel
- CHS de Leyme : Institut Camille Miret
- CHS de Limoux
- CHS de Toulouse : Etablissement Gérard Marchant
- CH de Montauban
- CHU de Toulouse : Etablissement Purpan

- CHS de Rodez : Sainte Marie
- CH de Saint Girons : Etablissement Ariège Couserans

Ces treize établissements comprennent à la fois des infrastructures hospitalières publiques et privées (Clinique de Beaupuy et Clinique des Cèdres). Les centres de Limoux, Leyme et Rodez sont des établissements à but non lucratif participant au service public.

Hormis la clinique des Cèdres, ces établissements de santé en psychiatrie sont autorisés et désignés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement.

Deux établissements publics de la région Midi-Pyrénées n'ont pas participé à l'étude.

2.3- Population de l'étude

2.3.1- *Critères d'inclusion*

Les sujets inclus pour cette étude sont les patients adultes admis en hospitalisation à temps plein entre le 02/11/2016 et le 02/11/2017 au sein des différentes unités des onze établissements. Nous nous sommes donc basés sur le numéro IEP des patients pour les identifier.

2.3.2- *Critères de non inclusion*

Les patients mineurs et les patients hospitalisés en unité de gérontopsychiatrie ne sont pas inclus dans l'étude ; comme dans la majorité des études citées dans la revue de littérature.

2.4- Recueil de données

Dans chaque établissement, deux référents de l'étude (un référent médical et un référent cadre ou infirmier) ont été identifiés sur la base du volontariat. Ils avaient pour mission de récolter les données inscrites sur les fiches de recueil et de les

centraliser sur un portail informatique. Les fiches de recueil ont été complétées soit par les prescripteurs de la contention mécanique, soit par les infirmiers, soit par les référents, soit par le DIM selon le centre. Tout le personnel soignant des établissements participants a été convié à une journée de formation sur la contention le 15 septembre 2016 où le protocole de l'étude a été présenté. Nous leur avons ensuite envoyé par mail un récapitulatif écrit avant le lancement du recueil le 02 novembre 2016. Les pilotes de l'étude étaient joignables par téléphone et par mail tout au long du recueil par les référents. Ces derniers ont régulièrement été relancés par mail et invités à plusieurs réunions afin de soutenir l'activité du recueil.

La fiche de recueil des données (Annexe 1) a été élaborée en groupe de travail à partir des données collectées lors de la revue de la littérature médico-scientifique. Le groupe de travail était composé des pilotes de l'étude, de membres de la FERREPSY, de deux référents par établissement (cadre et médecin) et d'intervenants de l'ORS. Un médecin de l'ARS a participé à une réunion du groupe de travail.

La fiche de recueil comprend quatre parties correspondant aux objectifs secondaires. Sur chaque fiche de recueil est inscrit le numéro IEP (numéro de séjour du patient), ce qui permet d'identifier les patients exposés à plusieurs contentions mécaniques lors d'un même séjour hospitalier.

Le portail informatique a été créé en collaboration avec l'Observatoire Régional de la Santé en Midi-Pyrénées. Ce portail était sécurisé par identifiant et mot de passe et seulement accessible par les référents de l'étude sur internet à l'adresse suivante : www.ferrepsy.fr/contention.

Les données suivantes ont été fournies par le DIM de chaque établissement avec l'accord du directeur :

- Nombre de patients admis dans chaque établissement pour la période de l'étude
- Les données des patients hospitalisés au cours de l'étude et les données liées à leur séjour : IEP, âge, sexe, diagnostic, modalité d'hospitalisation et lieu de provenance. La modalité d'hospitalisation n'était pas disponible pour le service des urgences psychiatriques du CHU.

Le protocole de recherche a été validé et enregistré par la CNIL le 30/01/2018 sous

la déclaration numéro 1974890. Il a également été présenté au comité éthique du Centre Hospitalier de Gérard Marchant. Les patients ont été informés de l'étude en cours à travers un document d'information affiché dans les unités participantes.

2.5- Variables étudiées

2.5.1- *Données sociodémographiques et administratives*

Les caractéristiques sociodémographiques suivantes ont été évaluées :

- l'âge (au jour de l'exposition à la contention, à partir de l'année de naissance)
- le genre
- la date d'admission dans l'unité afin de calculer le délai entre l'admission et la contention
- l'unité d'hospitalisation
- le mode légal de soins
- le lieu de provenance.

2.5.2- *Données cliniques et diagnostiques*

Sur le plan clinique, les données suivantes ont été évaluées

- le diagnostic principal basé sur la CIM10
- un éventuel antécédent d'exposition à une mesure de contention mécanique.

2.5.3- *Données en lien avec la mesure de la contention*

Concernant la mesure de contention mécanique les données suivantes ont été évaluées :

- la durée (entre le début et la fin horodatées de la mesure),
- le motif principal de la mesure
- le nombre et type d'attaches mises en place

2.5.4- *Caractéristiques en lien avec l'environnement de la mesure de contention mécanique*

Les caractéristiques environnementales suivantes ont été évaluées :

- le lieu de la mesure
- le traitement éventuel associé
- la présence éventuelle d'un soignant masculin
- la présence éventuelle de renforts
- la présence médicale ou non lors de la mise en œuvre de la mesure
- en l'absence de présence médicale physique : le début horodaté effectif de la mesure, de l'information et de la décision médicale de la mesure et de la prescription écrite de la mesure
- la répartition horaire et journalière

2.6- Analyse statistique

Pour ce travail, nous avons bénéficié du soutien de l'Institut de Mathématiques de Toulouse avec la participation de Sébastien Déjean, Ingénieur de Recherche en calcul scientifique.

Les données de onze centres ont été analysées. En effet, deux centres ont été exclus au cours de l'étude, l'un n'a finalement pas réalisé le recueil de données et n'a pas donné suite à nos réunions, mails ou appels ; l'autre a refusé la transmission des données DIM de la population générale hospitalisée en psychiatrie. Nous avons donc conservé les données des centres particulièrement investis dans l'étude pour avoir un recueil le plus fiable possible.

3- Résultats

3.1- Données générales

3.1.1- Incidence globale

Du 02 novembre 2016 au 02 novembre 2017, 13 321 admissions ont été réalisées sur la totalité des centres participants.

Nous avons recueilli 506 évènements d'exposition à la contention correspondant à 336 patients admis. 133 de ces patients ont été admis antérieurement à la période de recueil de l'étude, nous les avons inclus en nous appuyant sur l'hypothèse de Steinert où le nombre de patients exposés à la contention et admis antérieurement correspondrait au nombre de patients admis pendant la période de l'étude mais qui seront exposés uniquement après la période de l'étude (14).

Nous retrouvons donc une incidence globale de 2,5 % ; soit 2,5 % des patients admis en hospitalisation dans les établissements psychiatriques participants ont été exposés à au moins un épisode de contention mécanique.

3.1.2- Incidence aux urgences psychiatriques

Tableau 12 : Comparaison de l'incidence aux urgences psychiatriques avec l'incidence dans les autres unités

	Aux urgences	Autres unités
Nombre de patients admis	2062	11 259
Nombre de patients exposés	142	191
Incidence	6,9 %*	1,7 %

*($p < 0,01$)

L'incidence retrouvée aux urgences psychiatriques est de 6,9 % des patients admis (Tableau 12).

Par rapport aux autres unités, le recours à la contention est significativement plus fréquent aux urgences psychiatriques (*Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction ; p -value < 2.2e-16*).

3.1.3- Répartition des contentions par patient

Tableau 13 : Nombre de contentions par patient

Moyenne	Minimum	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile	Maximum
1,5	1,0	1,0	1,0	1,0	17,0

Comme indiqué dans le tableau 13, les nombres moyen et médian de contention par patient sont respectivement 1,5 et 1,0. Le nombre maximum de contentions par patient retrouvé dans cette étude est de 17,0.

Tableau 14 : Répartition du nombre de contentions par patient

Nombre de contentions par patient	1	2	3	4	5	6	7	8	10	13	16	17
Nombre de patients	278	33	7	5	4	1	1	2	1	1	2	1

A partir du tableau 14, nous identifions que 82,7 % (N : 278) des patients exposés ont connu un seul épisode de contention et représentent 55,0 % des évènements de contention. 17,3 % (N : 58) des patients exposés à la contention l'ont été plus d'une fois et représentent 45,0 % des évènements de contention au total.

3.2- Caractéristiques socio-démographiques et administratives

Les résultats suivants ont été calculés à partir des données du premier épisode de contention de chaque patient admis (par IEP).

3.2.1- *Sexe- Analyse univariée*

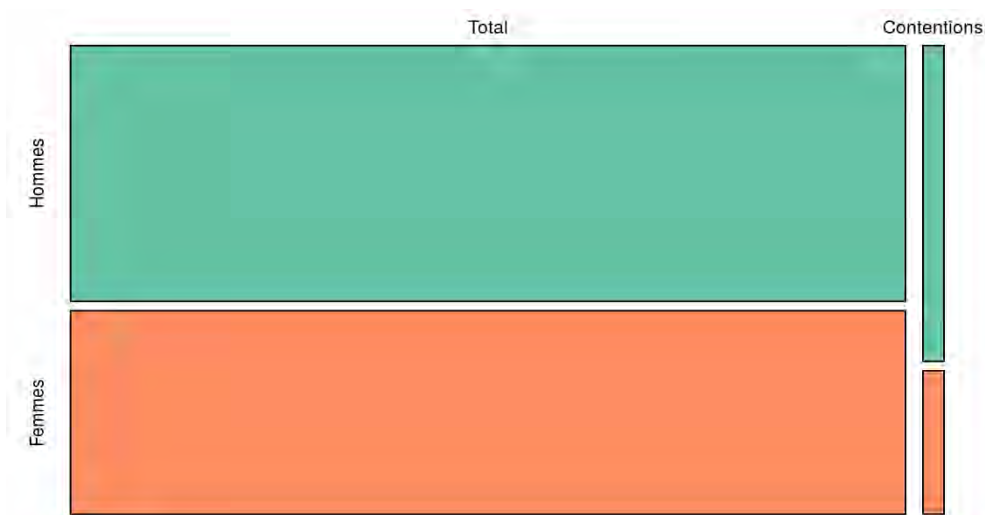
Tableau 15 : Incidence de la contention selon le sexe

	Sexe masculin	Sexe féminin
Nombre de patients admis	7415	5906
Nombre de patients exposés	231	105
Incidence	3,1 %*	1,8 %

*p<0,01

Dans la population des patients exposés, 68,8 % sont des hommes et 31,2 % sont des femmes. Le pourcentage d'hommes dans la population globale des patients admis au cours de l'étude est de 55,7 % et le pourcentage de femmes est de 44,3 %. Ces répartitions sont présentées dans le graphique ci-dessous (Figure 1).

Figure 1 : Répartition du sexe dans la population exposée à la contention et dans la population totale



Comme indiqué dans le tableau 15, 3,1 % des hommes et 1,8 % des femmes admis(es) en hospitalisation ont donc été exposé(e)s au moins une fois à la contention mécanique.

Les patients de sexe masculin sont significativement plus exposés à la contention (*Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction ; p-value = 2.397e-06*).

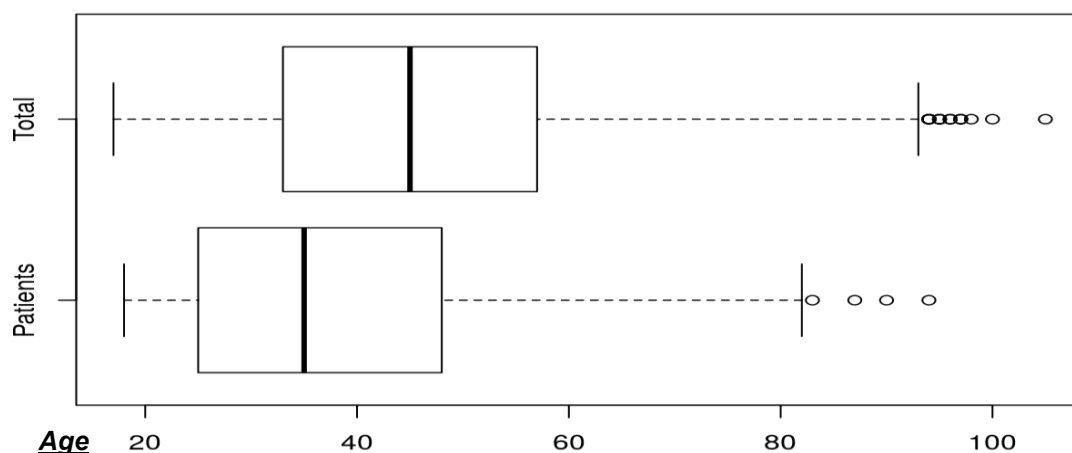
3.2.2- Age- Analyse univariée

Tableau 16 : Répartition de l'âge en années

	Moyenne	Minimum	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile	Maximum
Patients admis						
Age en années	46,2	18,0	33,0	45,0	57,0	105,0
Patients exposés						
Age en années*	37,3	18,0	23,0	31,0	47,0	94,0

*p<0,01

Figure 2 : Distribution de l'âge dans la population de patients exposés et dans la population totale



Comme nous l'observons dans le tableau 16 et dans le boxplot (Figure 2), les patients exposés sont plus jeunes que dans la population globale avec une moyenne et médiane d'âge à 37,3 et 31,0 ans respectivement.

Les patients exposés sont significativement plus jeunes que la population totale des patients admis (*Test Student* : $p\text{-value} = 2.487e-15$ / *Test Wilcoxon* : $p\text{-value} < 2.2e-16$).

Tableau 17 : Incidence par classes d'âge

	18-29 ans	30-49 ans	50-69 ans	+ de 70 ans
Nombre de patients admis	2188	4951	3356	1152
Nombre de patients exposés	132	123	64	17
Incidence	6,0 %*	2,5 %	1,9 %	1,5 %

* $p < 0,01$

Comme indiqué dans le tableau 17, les patients de la classe d'âge 18-29 ans sont significativement plus fréquemment exposés à la contention mécanique que les autres classes d'âge (*Pearson's Chi-squared test* ; $p\text{-value} < 2.2e-16$).

L'incidence du recours à la contention dans cette classe d'âge est de 6,0 %. Nous observons une décroissance de l'incidence avec l'âge avec une incidence à 2,5 % entre 30 et 49 ans, à 1,9 % entre 50 et 69 ans et à 1,5% après 70 ans.

3.2.3- Mode légal de soins- Analyse univariée

Comme mentionné dans la méthodologie, le mode légal de soins n'est pas renseigné pour les urgences psychiatriques du CHU (2062 patients) et 44 autres données sont manquantes.

Tableau 18 : Incidence selon le mode d'hospitalisation

	HL	SPDT	SPPI	SPDRE
Nombre de patients admis	7496	2197	677	845
Nombre de patients exposés	33	92	30	53
Incidence	0,4 %*	4,2 %	4,4 %	6,3 %

* $p < 0,01$

L'incidence du recours à la contention est beaucoup plus faible chez les patients hospitalisés de manière libre avec seulement 0,4 % des patients que chez les patients hospitalisés sous contrainte (Tableau 18).

Comparativement au mode d'hospitalisation libre, les hospitalisations sous contrainte (SPDT/SPPI/SPDRE) sont significativement associées au recours à la contention (*Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction ; p-value < 2.2e-16*).

L'analyse comparative des modes d'hospitalisation sous contrainte (SPDT/SPPI/SPDRE) entre eux ne retrouve pas de différence statistiquement significative (*Pearson's Chi-squared test ; p-value = 0.06543*).

3.2.4- Analyses multivariées

L'effet de la classe d'âge est identique chez les hommes et chez les femmes avec un recours à la contention plus fréquent chez les 18-29 ans (*Pearson's Chi-squared test ; p-value = 6.072e-10 ; p-value = 4.976e-10 respectivement*).

De même, nous ne retrouvons pas d'influence particulière du sexe sur le mode légal de soins. Chez les femmes et chez les hommes, la proportion des patients exposés est répartie de façon identique selon le mode d'hospitalisation avec un recours plus important à la contention lors d'hospitalisations sous contrainte (*Pearson's Chi-*

squared test ; chez les hommes, *p-value* < 2.2e-16 ; chez les femmes, *p-value* < 2.2e-16).

3.3- Caractéristiques cliniques et diagnostiques

3.3.1- *Diagnostic*

Les résultats suivants ont été calculés à partir des données du premier épisode de contention de chaque patient admis (par IEP).

Nous avons regroupé les diagnostics en sous-catégories :

- Démence (F00-F03)
- Trouble lié à l'usage de substances (F10-F19)
- Schizophrénies, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29)
- Trouble bipolaire (F30-F31.9)
- Troubles dépressifs (F32-F34)
- Troubles névrotiques (F40-F48)
- Anorexie (F50 et F50.1)
- Troubles de la personnalité (F60-F69)
- Retard mental (F70-F79)
- Troubles envahissants du développement (F84)
- Autres (autres codes CIM10)

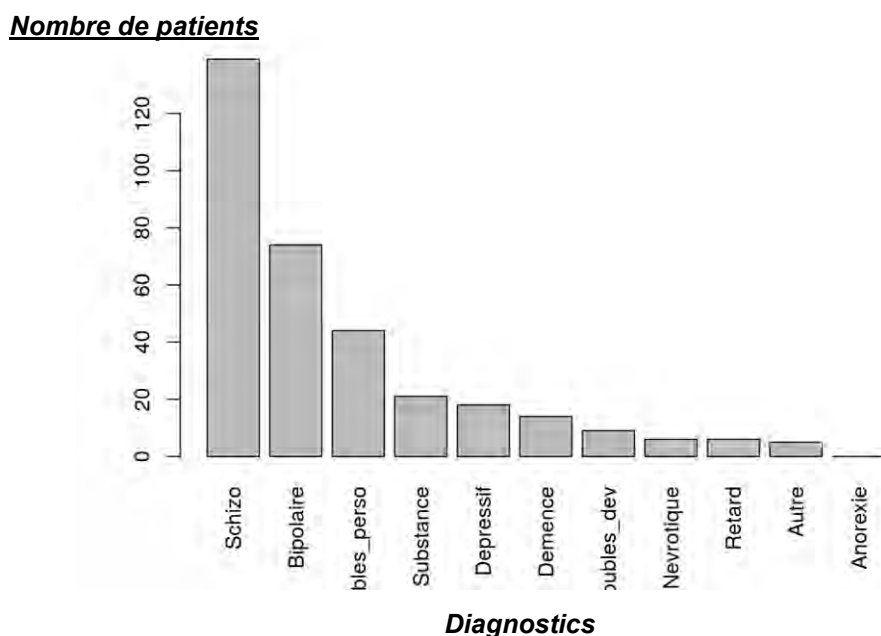
Tableau 19 : Répartition et incidence par diagnostic

	Nombre de patients exposés		Nombre de patients admis		Incidence par diagnostic
	Nombre	%	Nombre	%	%
Démence	14	4,2 %	236	1,8 %	5,9 %
Trouble lié à l'usage de substances	21	6,2 %	1067	8,0 %	2,0 %
Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants	139	41,4 %	4198	31,5 %	3,3 %
Trouble bipolaire	74	22,0 %	1748	13,1 %	4,2 %
Troubles dépressifs	18	5,4 %	2072	15,6 %	0,9 %
Troubles névrotiques	6	1,8 %	1745	13,1 %	0,3 %
Anorexie	0	0,0 %	55	0,4 %	0,0 %
Troubles de la personnalité	44	13,1 %	1161	8,7 %	3,8 %
Retard mental	6	1,8 %	261	2,0 %	2,3 %
Troubles envahissants du développement	9	2,7 %	298	2,2 %	3,0 %
Autres	5	1,5 %	480	3,6 %	1,0 %

Chez les patients exposés, les quatre diagnostics les plus fréquents sont (Tableau 19 et Figure 3) :

- Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (41,4 %, N : 139)
- Trouble bipolaire (22,0 %, N : 74)
- Trouble de la personnalité (13,1 %, N : 44)
- Trouble lié à l'usage de substances (6,2 %, N : 21).

Figure 3 : Distribution des catégories diagnostiques chez les patients exposés



En termes d'incidence, les quatre incidences les plus élevées sont retrouvées chez les patients souffrant de (Tableau 19) :

- Démence (incidence à 5,9 %)
- Trouble bipolaire (incidence à 4,2 %)
- Troubles de la personnalité (incidence à 3,8 %)
- Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (incidence à 3,3 %).

L'incidence est significativement différente selon le diagnostic (*Pearson's Chi-squared test* ; $p\text{-value} < 2.2e-16$).

Comme présenté dans le graphique ci-dessous (Figure 4), les trois catégories diagnostiques surreprésentées dans la population de patients exposés par rapport à la population globale sont :

- Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants
- Trouble bipolaire
- Troubles de la personnalité.

Les trois catégories diagnostiques sous-représentées dans la population de patients exposés sont (Figure 4):

- Troubles névrotiques
- Troubles dépressifs
- Autres.

Figure 4 : Différence entre les effectifs observés et les effectifs théoriques attendus sous l'hypothèse d'égalité des proportions dans les catégories diagnostiques

Effectifs observés

- Effectifs théoriques

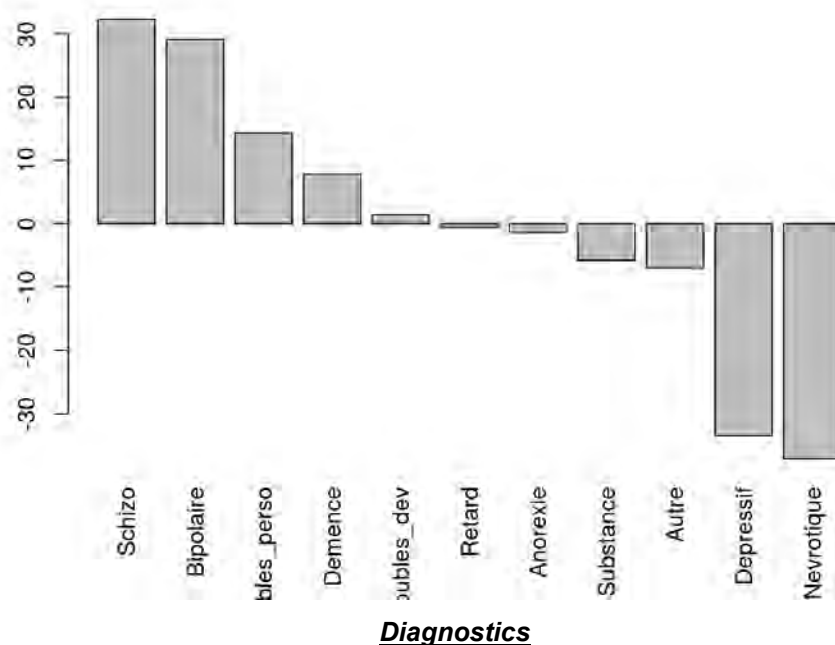


Tableau 20 : Incidence par diagnostic selon le sexe

	Masculin	Féminin
Démence	6,1 % (N : 8/131)	5,7 % (N : 6/105)
Trouble lié à l'usage de substances	2,2 % (N : 17/776)	1,4 % (N : 4/291)
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	4,1 % (N : 110/2689)	1,9 % (N : 29/1509)
Trouble bipolaire	6,1 % (N : 47/770)	2,8 % (N : 27/978)
Troubles dépressifs	1,2 % (N : 11/901)	0,6 % (N : 7/1171)
Troubles névrotiques	0,6 % (N : 5/848)	0,1 % (N : 1/897)
Anorexie	0,0 % (N : 0/7)	0,0 % (N : 0/48)
Troubles de la personnalité	3,4 % (N : 21/626)	4,3 % (N : 23/535)
Retard mental	3,1 % (N : 5/159)	1,0 % (N : 1/102)
Troubles envahissants du développement	2,3 % (N : 5/216)	4,9 % (N : 4/82)
Autres	0,7 % (N : 2/292)	1,6 % (N : 3/188)

Chez les hommes, les incidences les plus élevées sont retrouvées chez les patients souffrant des diagnostics suivants (Tableau 20) :

- Démence (incidence à 6,1 %)
- Trouble bipolaire (incidence à 6,1 %)
- Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (incidence à 4,1 %)
- Troubles de la personnalité (incidence à 3,4 %).

Chez les femmes, ce sont les quatre diagnostics suivants (Tableau 20) :

- Démence (incidence à 5,7 %)
- Troubles envahissants du développement (incidence à 4,9 %)
- Troubles de la personnalité (incidence à 4,3 %)
- Trouble bipolaire (incidence à 2,8 %).
-

Les proportions de patients exposés à la contention diffèrent significativement selon le diagnostic chez les hommes et chez les femmes (*Test de Chi2, p-value < 2.2e-16*).

Comme représenté dans le graphique ci-dessous (Figure 5), chez les hommes ce sont les catégories diagnostiques « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants » et « trouble bipolaire » qui sont surtout surreprésentées et chez les femmes c'est la catégorie « troubles de la personnalité ». Les « troubles dépressifs » et les « troubles névrotiques » sont sous-représentés dans les deux sexes mais surtout chez les femmes.

Figure 5 : Différence entre les effectifs observés et les effectifs théoriques attendus sous l'hypothèse d'indépendance selon le diagnostic et le sexe

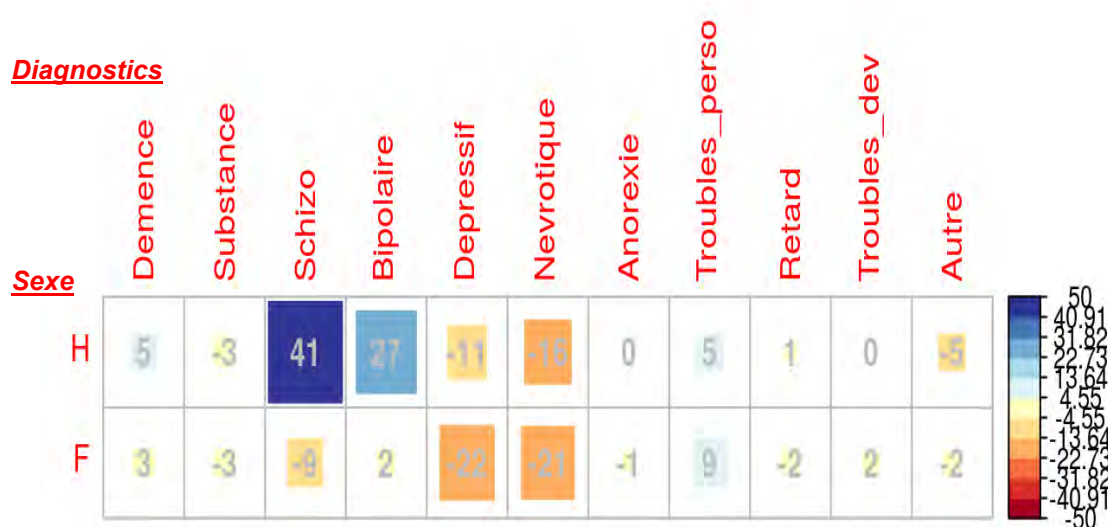


Tableau 21 : Incidence par diagnostic selon la classe d'âge

	18-29	30-49	50-69	+ de 70
Démence	28,6 % (N : 2/7)	8,1 % (N : 3/37)	11,8 % (N : 4/34)	3,3 % (N : 5/152)
Trouble lié à l'usage de substances	4,4 % (N : 6/136)	1,9 % (N : 11/581)	1,3 % (N : 4/312)	0,0 % (N : 0/18)
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	7,5 % (N : 54/721)	3,2 % (N : 60/1902)	2,5 % (N : 24/956)	0,6 % (N : 1/155)
Trouble bipolaire	13,5 % (N : 21/155)	5,3 % (N : 26/493)	3,7 % (N : 21/561)	3,9 % (N : 6/152)
Troubles dépressifs	2,3 % (N : 4/177)	1,1 % (N : 5/465)	0,8 % (N : 5/632)	1,1 % (N : 4/354)
Troubles névrotiques	1,0 % (N : 3/295)	0,4 % (N : 2/557)	0,2 % (N : 1/426)	0,0 % (N : 0/169)
Anorexie	0,0 % (N : 0/29)	0,0 % (N : 0/19)	0,0 % (N : 0/3)	0,0 % (N : 0/2)
Troubles de la personnalité	8,5 % (N : 26/306)	2,9 % (N : 14/475)	1,2 % (N : 3/242)	0,9 % (N : 1/107)
Retard mental	3,8 % (N : 3/79)	0,9 % (N : 1/116)	3,6 % (N : 2/55)	0,0 % (N : 0/5)
Troubles envahissants du développement	5,8 % (N : 8/138)	0,8 % (N : 1/131)	0,0 % (N : 0/24)	0,0 % (N : 0/0)
Autres	3,4 % (N : 5/145)	0,0 % (N : 0/175)	0,0 % (N : 0/111)	0,0 % (N : 0/38)

Chez les patients âgés de 18 à 29 ans, les quatre incidences les plus élevées sont retrouvées chez les patients souffrant de (Tableau 21) :

- Démence (28,6 %)
- Trouble bipolaire (13,5 %)
- Troubles de la personnalité (8,5 %)

- Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (7,5 %).

Chez les patients âgés de 30 à 49 ans, ce sont (Tableau 21) :

- Démence (8,1 %)
- Trouble bipolaire (5,3 %)
- Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (3,2 %)
- Troubles de la personnalité (2,9 %).

Chez les patients âgés de 50 à 69 ans, ce sont (Tableau 21) :

- Démence (11,8 %)
- Trouble bipolaire (3,7 %)
- Retard mental (3,6 %)
- Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants (2,5 %).

Chez les patients âgés de plus de 70 ans, ce sont (Tableau 21) :

- Trouble bipolaire (3,9 %)
- Démence (3,3 %)
- Troubles dépressifs (1,1 %)
- Troubles de la personnalité (0,9 %).

Comme présenté dans le graphique ci-dessous (Figure 6), les catégories diagnostiques les plus sur-représentées dans la classe d'âge 18-29 ans sont « schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants », « trouble bipolaire » et « troubles de la personnalité. Dans la classe d'âge 30-49 ans, ce sont le « trouble bipolaire » puis « schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants ». Dans les classes d'âge 50-69 ans et plus de 70 ans, ce sont le « trouble bipolaire » et la catégorie « démences ».

Figure 6 : Différence entre les effectifs observés et les effectifs théoriques attendus sous l'hypothèse d'indépendance selon le diagnostic et l'âge

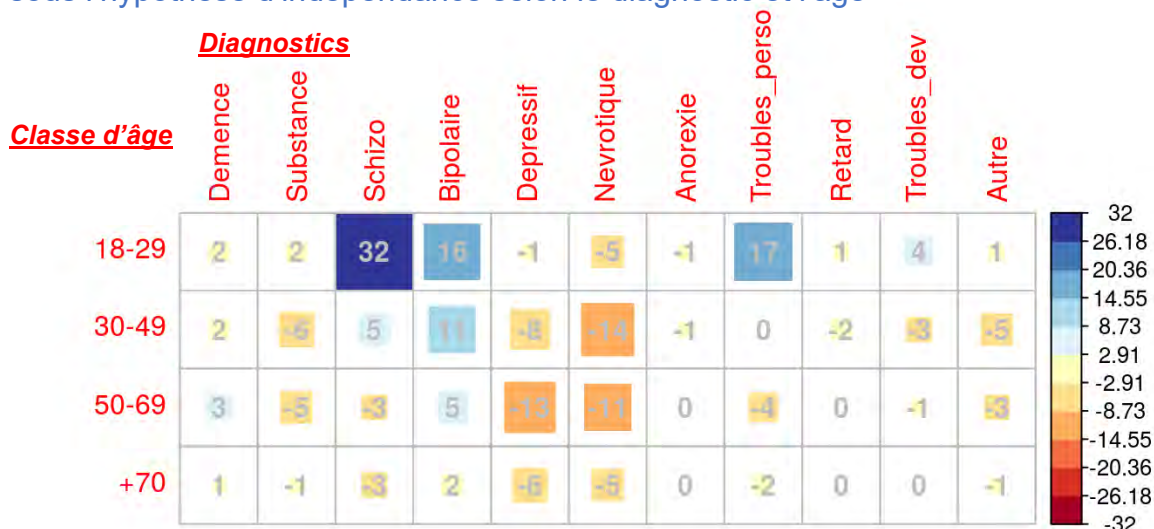


Tableau 22 : Incidence par diagnostic selon le mode d'hospitalisation

	HL	SPDT	SPPI	SPDRE
Démence	4,8 % (N : 8/167)	14,8 % (N : 4/27)	0,0 % (N : 0/9)	40,0 % (N : 2/5)
Trouble lié à l'usage de substances	0,1 % (N : 1/686)	6,7 % (N : 9/135)	14,3 % (N : 9/63)	2,5 % (N : 2/80)
Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants	0,8 % (N : 16/1883)	6,1 % (N : 60/990)	6,5 % (N : 17/263)	10,6 % (N : 46/435)
Trouble bipolaire	1,8 % (N : 15/844)	11,8 % (N : 43/364)	11,5 % (N : 11/96)	7,7 % (N : 5/65)
Troubles dépressifs	0,3 % (N : 4/1415)	6,1 % (N : 10/163)	1,5 % (N : 1/66)	10,0 % (N : 3/30)
Troubles névrotiques	0,2 % (N : 2/1157)	0,7 % (N : 1/137)	3,2 % (N : 2/63)	2,6 % (N : 1/39)
Anorexie	0,0 % (N : 0/41)	0,0 % (N : 0/9)	0,0 % (N : 0/0)	0,0 % (N : 0/0)
Troubles de la personnalité	1,6 % (N : 11/685)	8,8 % (N : 15/170)	9,2 % (N : 7/76)	13,6 % (N : 11/81)
Retard mental	0,0 % (N : 0/158)	3,5 % (N : 2/57)	7,1 % (N : 1/14)	14,3 % (N : 3/21)
Troubles envahissants du développement	2,0 % (N : 5/244)	8,0 % (N : 2/25)	0,0 % (N : 0/2)	14,3 % (N : 2/14)
Autres	0,5 % (N : 1/216)	1,7 % (N : 2/120)	0,0 % (N : 0/25)	2,7 % (N : 2/75)

Chez les patients hospitalisés en libre, les incidences les plus élevées sont retrouvées dans les catégories diagnostiques suivantes (Tableau 22) :

- Démence (4,8 %)
- Troubles envahissants du développement (2,0 %)
- Trouble bipolaire (1,8 %)
- Troubles de la personnalité (1,6 %).

Chez les patients hospitalisés en SPDT, ce sont (Tableau 22) :

- Démence (14,8 %)
- Trouble bipolaire (11,8 %)
- Troubles de la personnalité (8,8 %)
- Troubles envahissants du développement (8,0 %).

Chez les patients hospitalisés en SPPI, ce sont (Tableau 22) :

- Trouble lié à l'usage de substances (14,3 %)
- Trouble bipolaire (11,5 %)
- Troubles de la personnalité (9,2 %)
- Retard mental (7,1 %)

Chez les patients hospitalisés en SPDRE, ce sont (Tableau 22) :

- Démence (40,0 %)
- Retard mental (14,3 %)
- Troubles envahissants du développement (14,3 %)
- Troubles de la personnalité (13,6 %).

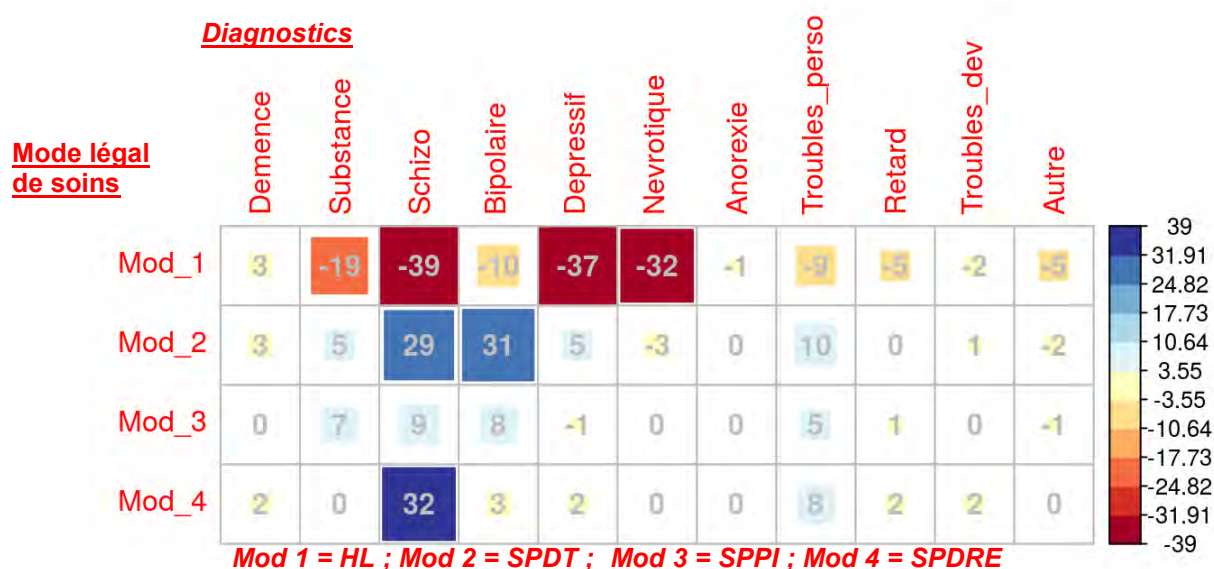
Comme présenté ci-dessous (Figure 7), la seule catégorie diagnostique surreprésentée dans la population de patients exposés et hospitalisés en libre est la démence. Dans cette même population, il est intéressant de souligner que la catégorie diagnostique la plus sous-représentée est « schizophrénie, trouble schizotypique, troubles délirants ».

Dans la population hospitalisée en SPDT, les catégories diagnostiques « schizophrénie, trouble schizotypique, troubles délirants » et « trouble bipolaire » sont clairement surreprésentées, suivies par la catégorie « troubles de personnalité ».

Dans la population hospitalisée en SPPI, les catégories diagnostiques les plus surreprésentées sont « schizophrénie, trouble schizotypique, troubles délirants », « trouble bipolaire » et « trouble lié à l'usage de substances » avec des différences moins importantes que dans les autres modes d'hospitalisation sous contrainte.

Dans la population hospitalisée en SDRE, la catégorie diagnostique la plus surreprésentée est très nettement « schizophrénie, trouble schizotypique, troubles délirants ».

Figure 7 : Différence entre les effectifs observés et les effectifs théoriques attendus sous l'hypothèse d'indépendance selon le diagnostic et le mode légal de soins

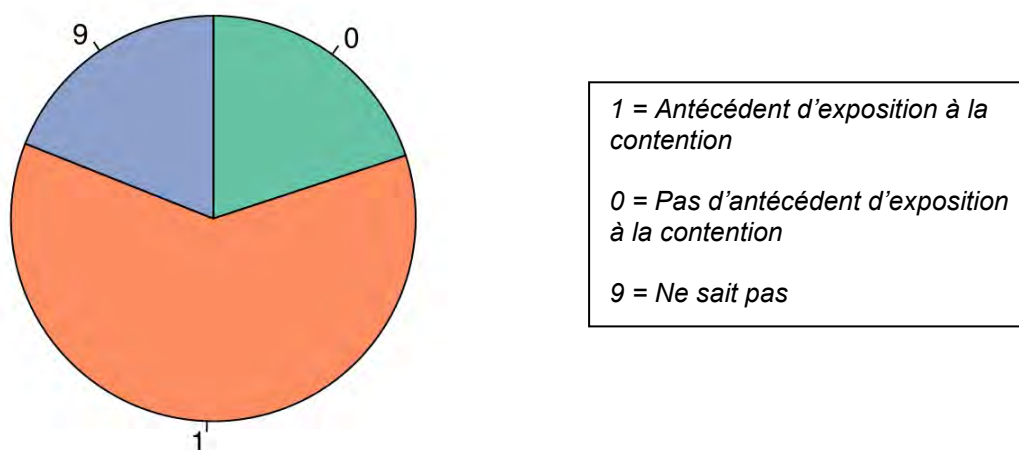


3.3.2- Antécédent d'exposition à la contention

Les résultats suivants ont été calculés à partir des données de chaque évènement de contention.

Dans 61,0 % des évènements de contention (N : 309), un antécédent d'exposition à la contention est connu. 20,0 % des contentions (N : 101) sont un premier épisode d'exposition à la contention pour le patient. Pour le reste (19,0 %, N : 96), la donnée n'est pas connue.

Figure 8 : Répartition des évènements de contention selon les antécédents d'exposition



3.4- Caractéristiques de la mesure

Les résultats suivants ont été calculés à partir des données de chaque évènement de contention.

3.4.1- Durée de la contention

Tableau 23 : Durée de la contention en minutes/heures

Moyenne	Minimum	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile	Maximum
990,9 min = 16,5 h	0,0	120,0 min = 2,0 h	300,0 min = 5,0 h	815,0 min = 13,6 h	37485,0 min = 624,8 h Soit 26 jours

Comme indiqué dans le tableau 23, la durée moyenne de contention est de 16,5 heures et la durée médiane de 5,0 heures. Quelques épisodes de contention ont des durées très élevées, ce qui majore fortement la moyenne.

Tableau 24 : Répartition des évènements de contention selon la durée

10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %
60,0 min	95,0 min	135,0 min	190,0 min	300,0 min	480,0 min	716,9 min	1002,0 min	1497,0 min

Comme indiqué dans le tableau 24, 10,0 % des contentions durent moins de 60 minutes. 90,0 % des épisodes de contention durent moins de 24 heures (N : 428).

Tableau 25 : Durée de la contention selon le sexe en minutes

	Moyenne	Minimum	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile	Maximum
Hommes*	1221,2	0,0	120,0	375,0	886,5	37485,0
Femmes	572,1	0,0	110,0	210,0	630,5	6705,0

*p<0,01

La durée moyenne et médiane de contention est de 1221,2 heures et 375,0 heures respectivement chez les hommes et de 572,1 heures et 210,0 heures chez les

femmes (Tableau 25). La durée de contention chez les hommes est significativement plus élevée que chez les femmes (*Test de Wilcoxon, p-value = 0.004503*).

Tableau 26 : Répartition selon la durée médiane et le sexe

	Sexe masculin*	Sexe féminin
Durée inférieure à la médiane (<300 min)	139	101
Durée supérieure à la médiane (> 300 min)	171	69

*Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction ; *p-value = 0.003091*

Comme indiqué dans le tableau 26 et représenté dans la figure ci-dessous (Figure 9), les proportions d'évènements de contention selon la durée médiane sont bien différentes selon le sexe. En effet, en proportion, les hommes connaissent significativement plus des durées de contention supérieures à la médiane que les femmes.

Figure 9 : Répartition des évènements de contention selon la durée médiane et le sexe

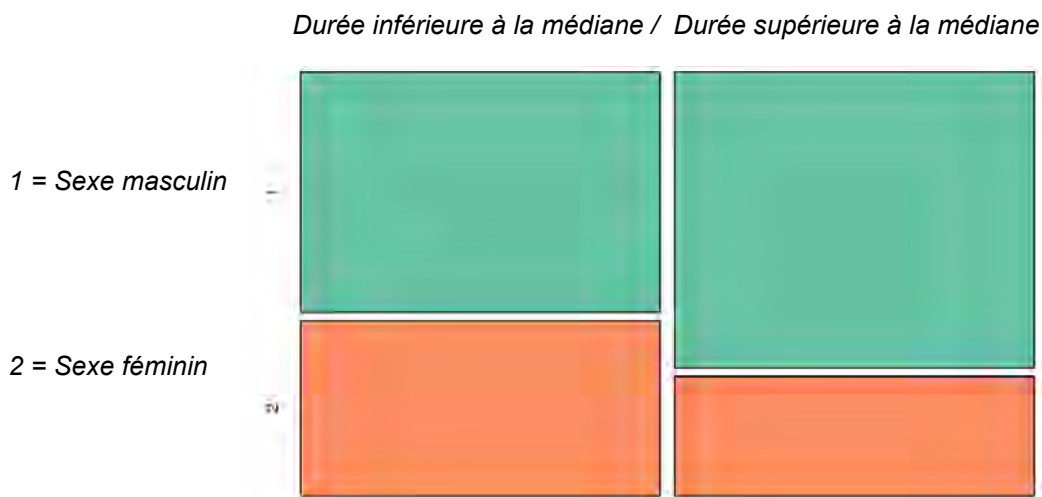


Tableau 27 : Répartition autour de la durée de 24 heures et selon le sexe

	Sexe masculin*	Sexe féminin
Durée ≤ à 24 heures	270	158
Durée > à 24 heures	40	12

*Pearson's Chi-squared test with Yates' continuity correction ; *p-value = 0.06925*

Comme indiqué dans le tableau 27 et représenté dans la figure ci-dessous (Figure 10), en proportion, les hommes connaissent significativement plus de durées de contention supérieures à 24 heures que les femmes.

Figure 10 : Répartition des évènements de contention selon la durée autour de 24 heures et le sexe

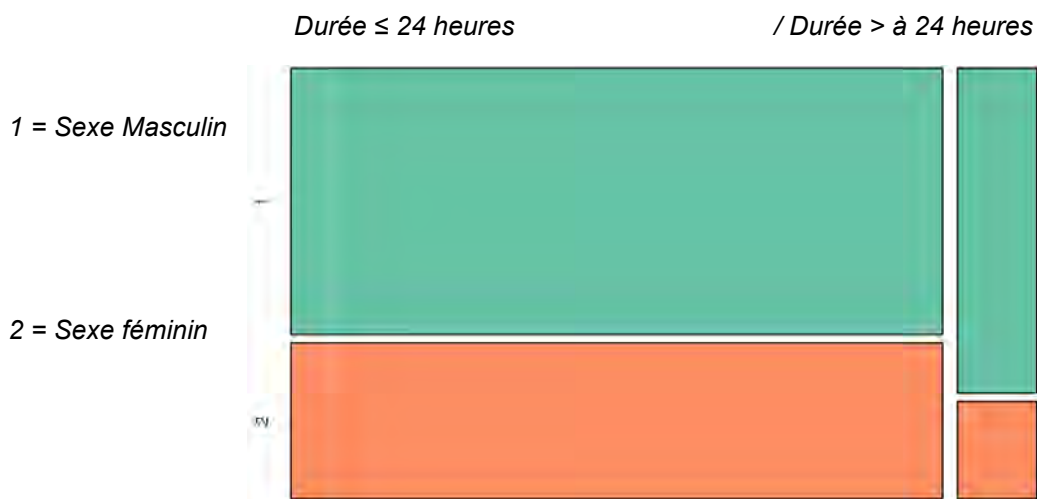


Tableau 28 : Durée selon l'âge (en minutes)

	Moyenne	Minimum	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile	Maximum
18-29 ans*	1055,4	0,0	105,0	200,0	664,5	37485,0
30-49 ans	704,3	0,0	104,2	360,0	729,8	6705,0
50-69 ans	1272,5	30,0	142,5	495,0	1045,0	17296,0
+ de 70 ans	1226,9	30,0	262,5	716,0	1035,0	7095,0

*p<0,01

Comme observé dans le tableau 28 et dans le boxplot (Figure 11), la durée de contention est significativement différente entre les classes d'âge (*Kruskal-Wallis*, *p-value* = 0.0007803) ; avec une durée médiane la plus faible dans la classe d'âge 18-29 et une durée médiane la plus forte dans la classe d'âge « plus de 70 ans » ; les durées médianes augmentant avec l'âge.

La durée de la contention est significativement plus courte dans la classe d'âge 18-29 ans comparativement à la classe d'âge 50-69 ans (*Test de Wilcoxon*, *p value* = 0,0049) et à la classe d'âge de plus de 70 ans (*Test de Wilcoxon*, *p value* = 0,0364).

La comparaison des autres classes d'âge entre elles ne retrouve pas de différence significative.

Figure 11 : Distribution de la durée de contention selon les différentes classes d'âge

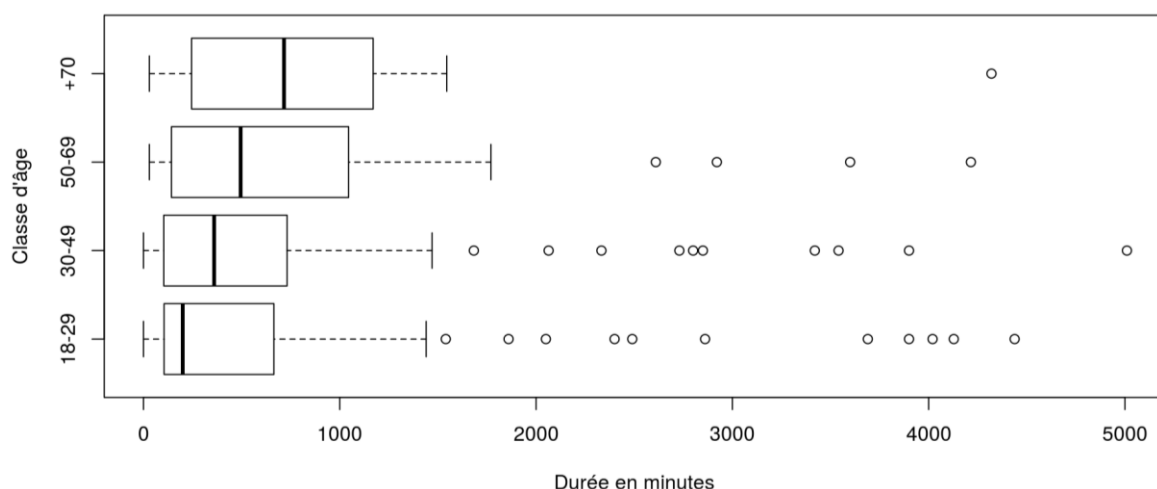


Tableau 29 : Répartition selon la durée et l'âge

	18-29 ans	30-49	50-69	+ 70
Durée ≤ à la médiane	122	74	36	8
Durée > à la médiane	88	81	51	20

Comme observé dans le tableau 29, on constate effectivement que la classe d'âge de plus de 70 ans connaît en proportion des durées de contention plus longues avec des durées en majorité supérieures à la médiane. La répartition de la durée des évènements de contention selon la médiane est différente dans la classe d'âge 18-29 ans comparativement aux autres classes avec une proportion de contention de durée inférieure à la médiane plus importante.

Tableau 30 : Durée selon le mode légal de soins (en minutes)

	Moyenne	Minimum	1^{er} quartile	Médiane	3^{ème} quartile	Maximum
HL	954,5	5,0	90,0	222,5	750,0	17296,0
SPDT	807,3	0,0	120,0	270,0	720,0	37485,0
SPPI	1006,8	30,0	187,5	477,5	1007,5	9360,0
SPDRE	1426,0	0,0	120,0	360,0	1020,0	18680,0

La durée médiane la moins importante concerne la population de patients hospitalisée en libre (Tableau 30).

La comparaison de la durée de contention selon les différentes modalités d'hospitalisation ne retrouve pas de différence significative (*Kruskal-Wallis, p-value = 0.05666*).

Tableau 31 : Durée selon le diagnostic (en minutes)

	Moyenne	Minimum	1^{er} quartile	Médiane	3^{ème} quartile	Maximum
Démence	1002,0	30,0	120,0	352,5	832,5	7365,0
Trouble lié à l'usage de substances	954,8	30,0	352,5	480,0	830,5	5010,0
Schizophrénie, troubles schizotypiques et délirants	1354,9	0,0	140,0	462,5	1173,8	37485,0
Trouble bipolaire	909,7	7,0	190,0	438,0	850,0	17296,0
Troubles dépressifs	637,7	30,0	90,0	165,0	706,5	7043,0
Troubles névrotiques	390,0	5,0	41,25	127,50	817,50	1020,0
Anorexie	469,5	270,0	369,8	469,5	569,2	669,0
Troubles de la personnalité	812,8	30,0	94,5	190,0	688,2	14455,0
Retard mental	1788,3	30,0	82,5	150,0	382,5	17050,0
Troubles envahissants du développement*	184,5	0,0	58,5	107,5	212,5	803,0
Autres	658,6	30,0	112,5	147,5	678,2	4020,0

*p<0,01 vs schizophrénie, trouble bipolaire, trouble lié à l'usage de substances et p<0,05 vs troubles de la personnalité

Comme nous pouvons l'observer dans le tableau 31, les durées médiane et moyenne les moins importantes concernent la population de patients souffrant de « troubles envahissants du développement ». La durée médiane la plus importante

concerne la population de patients souffrant de « troubles liés à l'usage de substances ». La durée moyenne la plus importante concerne la population de patients souffrant de « retard mental ».

La durée de contention varie selon le diagnostic et de manière significative (*Kruskal-Wallis ; p-value = 1.984e-06*).

La durée de contention lorsque le patient est diagnostiqué « Troubles envahissants du développement » est significativement plus courte que celle des patients souffrant (*Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test*) :

- de schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants ($p= 3.1e-06$),
- de trouble bipolaire ($p= 6.0e-06$),
- de trouble lié à l'usage de substances ($p= 0.00042$)
- de troubles de personnalité ($p= 0.03518$).

La comparaison des autres diagnostics entre eux ne retrouve pas de résultat significatif.

Tableau 32 : Durée selon l'unité (en minutes)

	Moyenne	Minimum	1^{er} quartile	Médiane	3^{ème} quartile	Maximum
Admission	1324,2	0,0	118,5	420,0	1055,0	37485,0
Suite/Long séjour	449,1	5,0	62,5	244,0	607,5	1470,0
UMD*	1120,4	40,0	60,0	77,5	120,0	14455,0
UHSA	523,9	22,0	150,0	355,0	401,0	3900,0
Urgences psychiatriques	422,0	30,0	120,0	255,0	582,5	2800,0
Autres	2017,7	65,0	247,5	855,0	2115,0	14400,0

* $p<0,01$ vs urgences psychiatriques et $p<0,05$ vs unité d'admission et autres

La durée médiane la plus faible est retrouvée dans l'unité UMD et la durée moyenne la plus faible est retrouvée aux urgences psychiatriques (Tableau 32). Les durées médiane et moyenne les plus élevées sont retrouvées dans les unités « Autres ».

La durée de contention varie significativement selon l'unité (*Kruskal-Wallis ; p-value = 0.0002728*).

La durée de contention en UMD semble plus courte et est significativement différente de la durée des unités suivantes (Tableau 32) (*Pairwise comparisons using Wilcoxon rank sum test*) :

- Unité d'admission ($p= 0.0162$),
- Urgences psychiatriques ($p= 0.0058$)
- Autres ($p= 0.0106$).

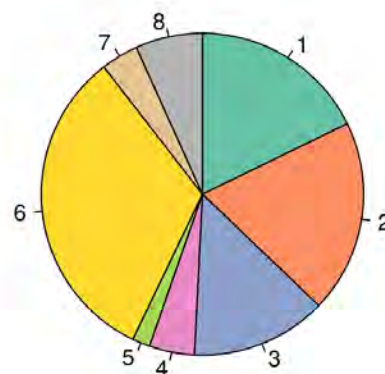
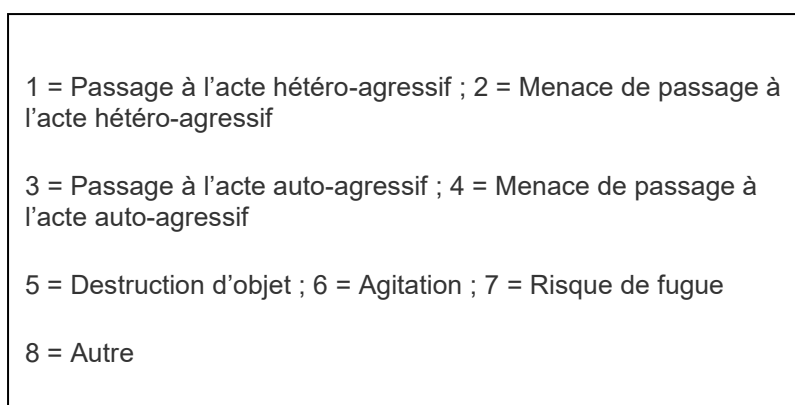
La comparaison des autres unités ne retrouve pas de résultat significatif.

3.4.2- Motifs de la contention

Tableau 33 : Répartition selon le motif de contention par ordre décroissant

Agitation	32,4 % (N : 164)
Menaces de passage à l'acte hétéroagressif	19,4 % (N : 98)
Passage à l'acte hétéroagressif	17,8 % (N : 90)
Passage à l'acte autoagressif	13,6 % (N : 69)
Autres	6,7 % (N : 34)
Menaces de passage à l'acte autoagressif	4,5 % (N : 23)
Risque de fugue	3,8 % (N : 19)
Destruction d'objet	1,8 % (N : 9)

Figure 12 : Répartition des motifs de contention



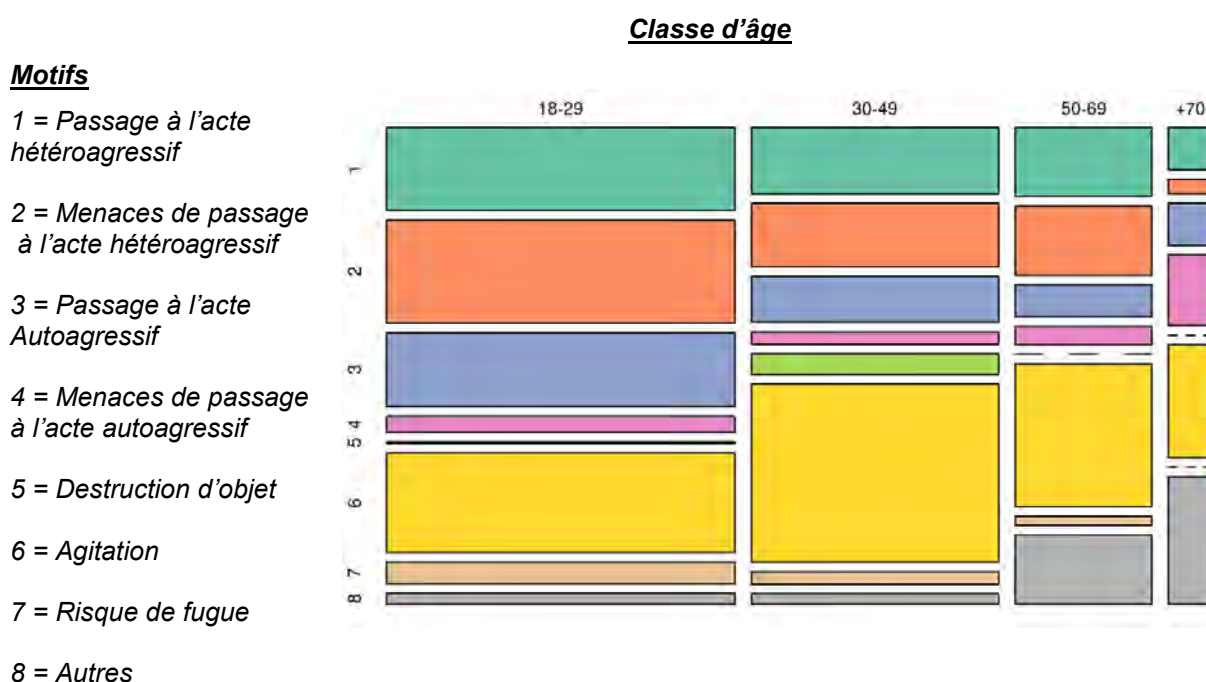
Comme indiqué dans le tableau 33 et présenté dans le graphique (Figure 12), les quatre motifs les plus fréquents sont :

- l'agitation (32,4 %)
- les menaces de passage à l'acte hétéroagressif (19,4 %)
- le passage à l'acte hétéroagressif (17,8 %)
- passage à l'acte autoagressif (13,6%).

Tableau 34 : Répartition selon le motif et la classe d'âge

	18-29	30-49	50-69	+ de 70
Passage à l'acte hétéroagressif	9,1 % (N :46)	5,1 % (N :26)	3,0 % (N :15)	0,6 % (N :3)
Menaces de passage à l'acte hétéroagressif	11,3 % (N :57)	4,9 % (N :25)	3,0 % (N :15)	0,2 % (N :1)
Passage à l'acte autoagressif	8,1 % (N :41)	3,6 % (N :18)	1,4 % (N :7)	0,6 % (N :3)
Menaces de passage à l'acte autoagressif	1,8 % (N :9)	1,0 % (N :5)	0,8 % (N :4)	1,0 % (N :5)
Destruction d'objet	0,2 % (N :1)	1,6 % (N :8)	0 % (N :0)	0,0 % (N :0)
Agitation	10,9 % (N :55)	13,8 % (N :70)	6,1 % (N :31)	1,6 % (N :8)
Risque de fugue	2,4 % (N :12)	1,0 % (N :5)	0,4 % (N :2)	0,0 % (N :0)
Autres	1,2 % (N :6)	0,8 % (N :4)	3,0 % (N :15)	1,8 % (N :9)

Figure 13 : Répartition des évènements de contention selon le motif et selon la classe d'âge



Comme présenté dans le tableau 34, la destruction d'objet et l'agitation sont des motifs plus fréquents dans la classe d'âge 30-49 ans que dans les autres classes d'âge. Les autres motifs sont retrouvés plus fréquemment dans la classe d'âge 18-29 ans. Le motif « Autres » est retrouvé plus fréquemment dans la classe d'âge 50-69 ans.

Comme présenté dans le graphique ci-dessus (Figure 13), dans la classe d'âge 18-29 ans, les motifs les plus retrouvés sont :

- Menace de passage à l'acte hétéroagressif
- Agitation.

Dans la classe d'âge 30-49 ans, c'est l'agitation qui est le premier motif.

Dans la classe d'âge 50-69 ans, c'est également l'agitation.

Dans la classe d'âge de plus de 70 ans, ce sont :

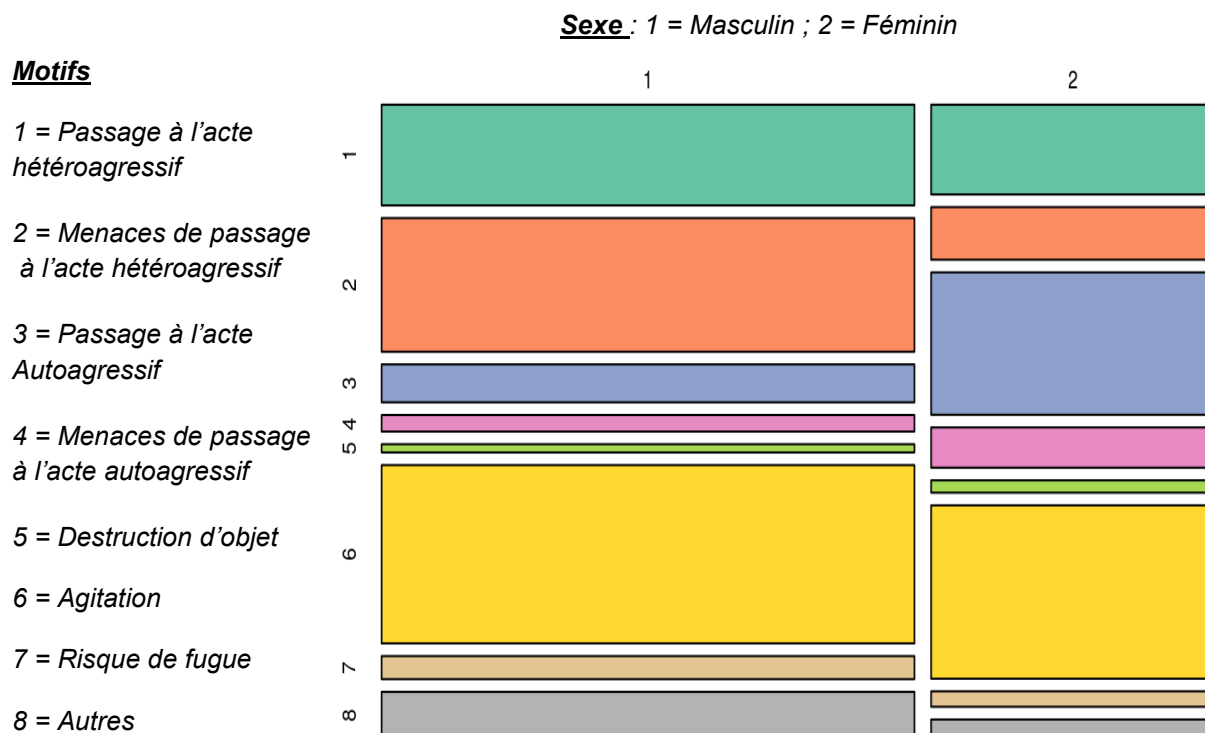
- Agitation
- Autres.

Les motifs sont significativement différents selon la classe d'âge (*Pearson's Chi-squared test ; p-value = 2.784e-13*).

Tableau 35 : Répartition des évènements de contention selon le motif et le sexe

	Masculin	Féminin
Passage à l'acte hétéroagressif	12,1 % (N : 61)	5,7 % (N : 29)
Menaces de passage à l'acte hétéroagressif	16,0 % (N : 81)	3,4 % (N : 17)
Passage à l'acte autoagressif	4,5 % (N : 23)	9,1 % (N : 46)
Menaces de passage à l'acte autoagressif	2,0 % (N : 10)	2,6 % (N : 13)
Destruction d'objet	1,0 % (N : 5)	0,8 % (N : 4)
Agitation	21,3 % (N : 108)	11,1 % (N : 56)
Risque de fugue	2,8 % (N : 14)	1,0 % (N : 5)
Autres	5,5 % (N : 28)	1,2 % (N : 6)

Figure 14 : Répartition des évènements de contentions selon le motif et le sexe



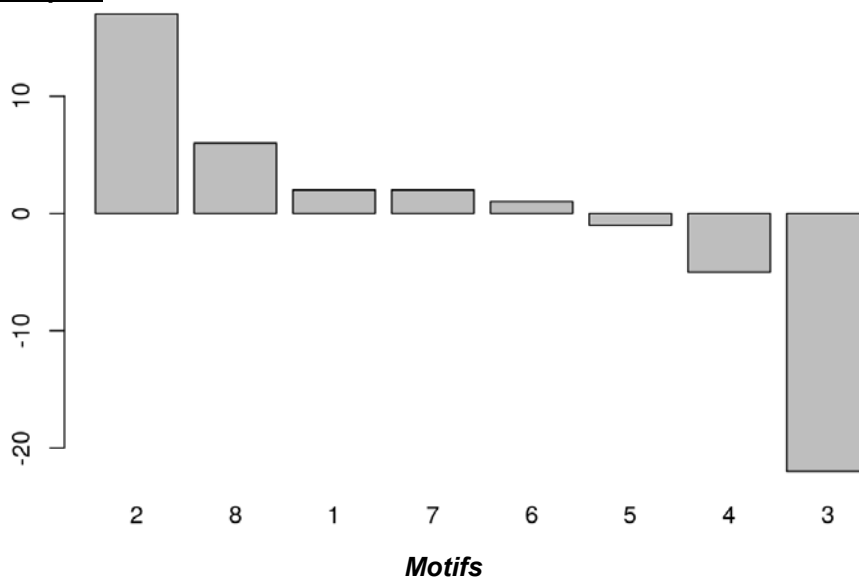
Comme observé dans le tableau 35 et le graphique ci-dessus (Figure 14), les motifs « passage à l'acte hétéroagressif » et « menaces de passage à l'acte hétéroagressif » sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Inversement, les motifs « passage à l'acte autoagressif » et « menaces de passage à l'acte autoagressif » sont plus fréquents chez les femmes.

Il existe une différence significative entre les différents motifs de contention selon le sexe (*Pearson's Chi-squared test ; p-value = 1.866e-09*).

Figure 15 : Différence entre les effectifs observés et les effectifs théoriques attendus sous l'hypothèse d'indépendance selon le motif chez les patients de sexe masculin

Effectifs observés

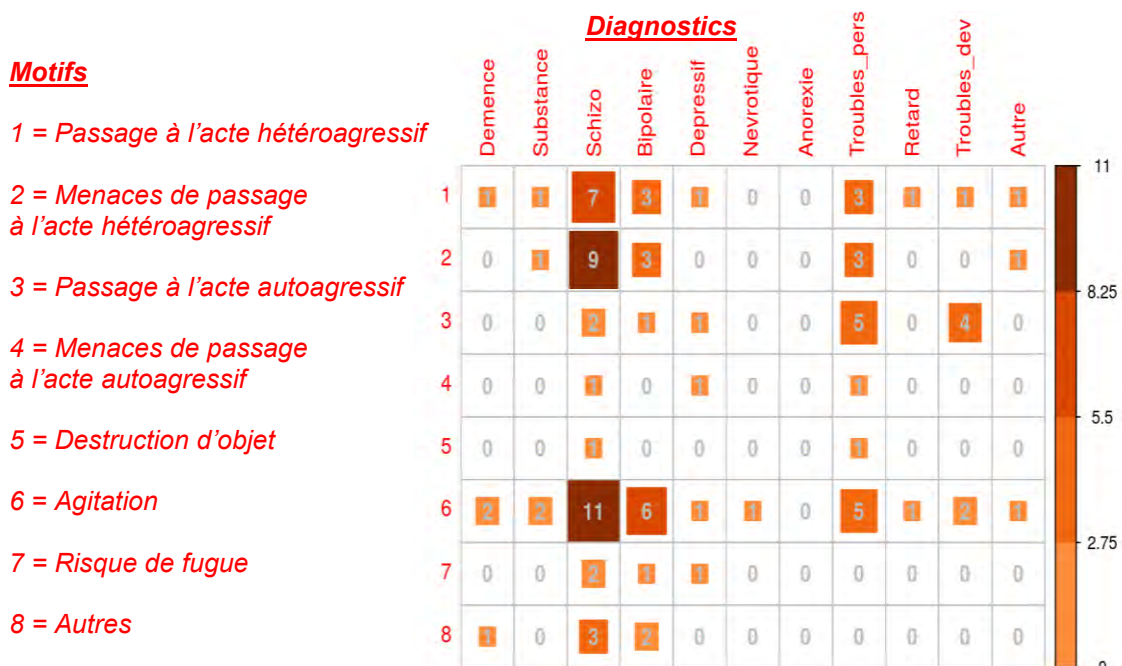
- **Effectifs théoriques**



- 1 = Passage à l'acte hétéroagressif ; 2 = Menaces de passage à l'acte hétéroagressif
- 3 = Passage à l'acte autoagressif ; 4 = Menaces de passage à l'acte autoagressif
- 5 = Destruction d'objet ; 6 = Agitation ; 7 = Risque de fugue ; 8 = Autres

L'analyse réalisée sur l'hypothèse d'indépendance (Figure 15) confirme ceci avec une sur-représentation du motif « menaces de passage à l'acte hétéroagressif » chez les hommes et une sur-représentation du motif « passage à l'acte autoagressif » chez les femmes.

Figure 16 : Répartition des évènements de contention selon le motif et le diagnostic



Les trois motifs les plus fréquents dans la catégorie diagnostique « schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants sont » (Figure 16) :

- Agitation (11,0 %)
- Menaces de passage à l'acte hétéroagressif (9,0 %)
- Passage à l'acte hétéroagressif (7,0 %).

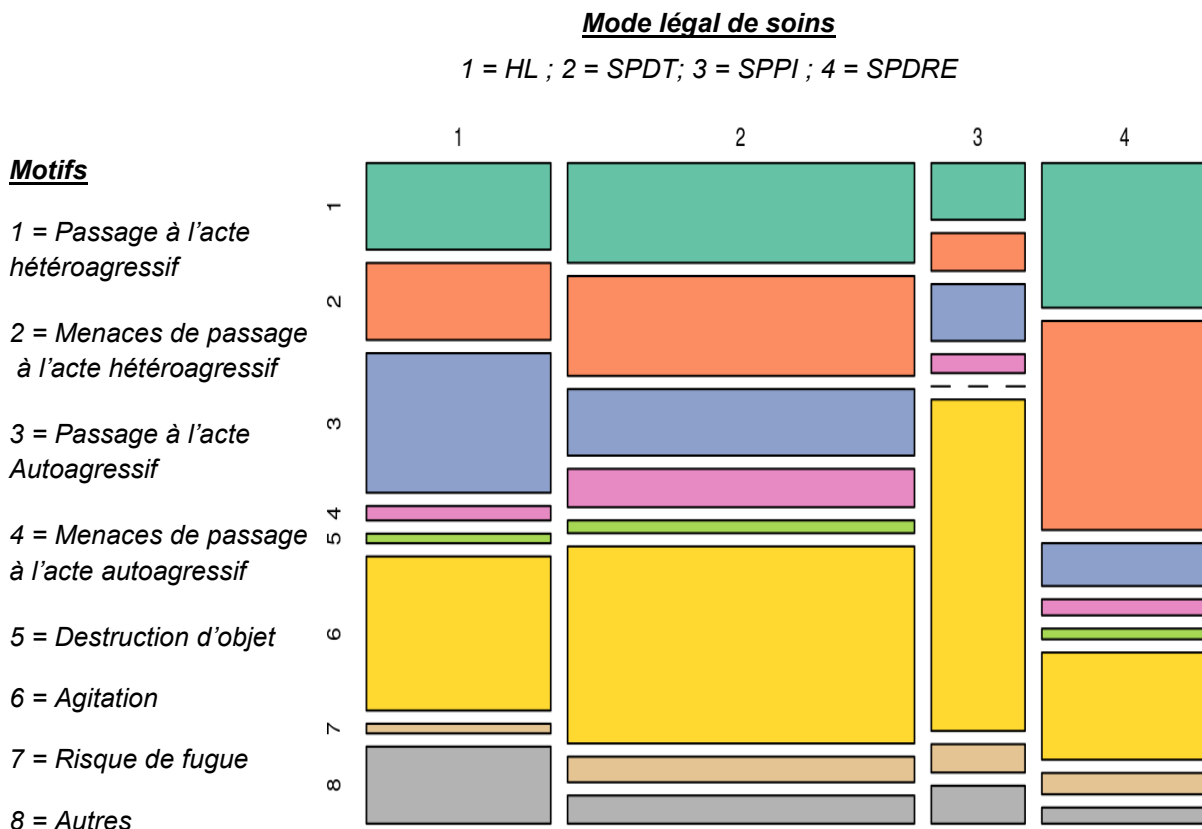
L'agitation est également prédominante dans la catégorie « trouble bipolaire » (6,0 %) (Figure 16).

Le motif de « passage à l'acte autoagressif » est le plus fréquent dans les catégories « troubles de la personnalité » (5,0 %) et « troubles envahissants du développement » (4,0 %) (Figure 16).

Tableau 36 : Répartition selon le motif et le mode légal de soins

	HL	SPDT	SPPI	SPDRE
Passage à l'acte hétéroagressif	3,6 % N : 18	7,7 % N : 39	1,2 % N : 6	5,3 % N : 27
Menaces de passage à l'acte hétéroagressif	3,2 % N : 16	7,7 % N : 39	0,8 % N : 4	7,7 % N : 39
Passage à l'acte autoagressif	5,7 % N : 29	5,1 % N : 26	1,2 % N : 6	1,6 % N : 8
Menaces de passage à l'acte autoagressif	0,6 % N : 3	3,0 % N : 15	0,4 % N : 2	0,6 % N : 3
Destruction d'objet	0,4 % N : 2	1,0 % N : 5	0,0 % N : 0	0,4 % N : 2
Agitation	6,3 % N : 32	15,2 % N : 77	6,9 % N : 35	4,0 % N : 20
Risque de fugue	0,4 % N : 2	2,0 % N : 10	0,6 % N : 3	0,8 % N : 4
Autres	3,2 % N : 16	2,2 % N : 11	0,8 % N : 4	0,6 % N : 3

Figure 17 : Répartition des évènements de contention selon le motif et le mode légal de soins

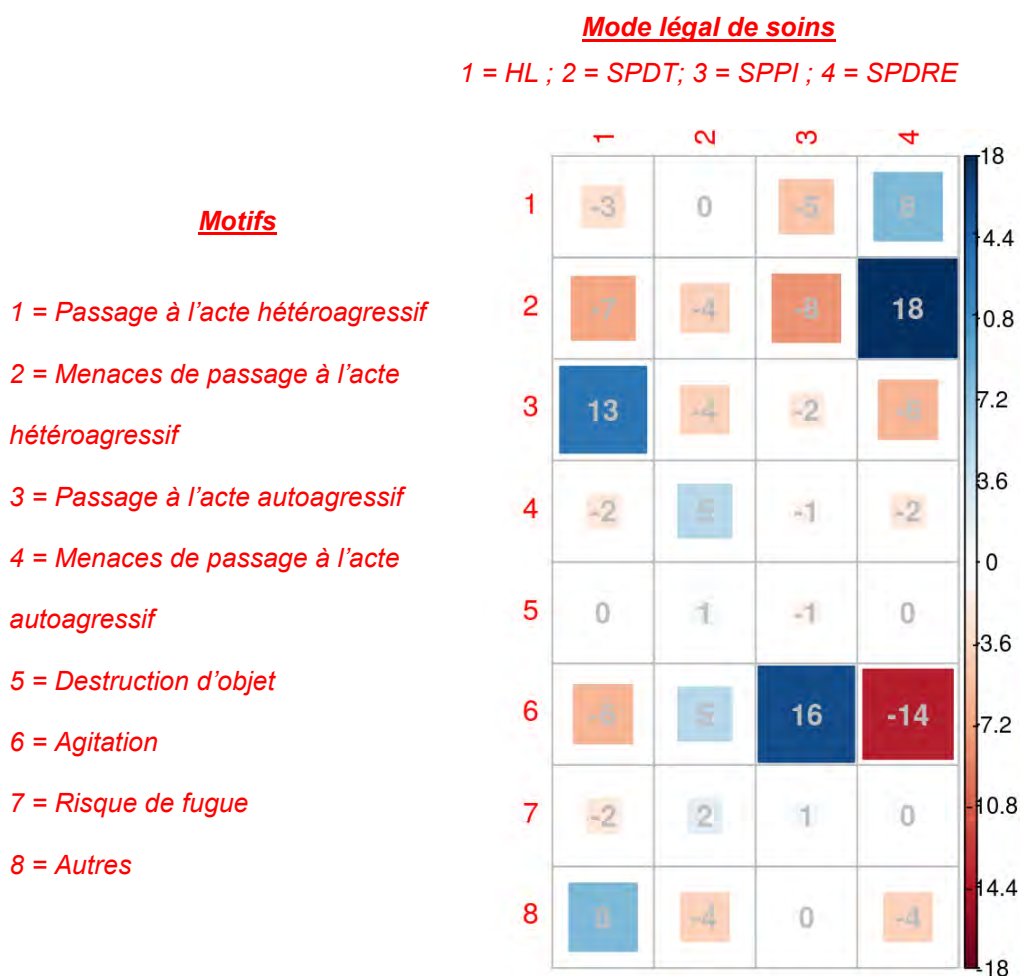


Comme exposé dans le tableau 36 et le graphique ci-dessus (Figure 17), chez les patients exposés hospitalisés de manière libre, les motifs de contention les plus fréquents sont « passage à l'acte hétéroagressif » (3,6 %), « passage à l'acte autoagressif » (5,7 %) et « agitation » (6,3 %). Chez les patients en SPDT ou SPDRE, les motifs de contention les plus fréquents sont « agitation » (15,2 % et 4,0 %), « menaces de passage à l'acte hétéroagressif » (7,7 % et 7,7 %) et « passage à l'acte hétéroagressif » (7,7 % et 5,3 %).

Chez les patients en SPPI, c'est le motif « agitation » qui est le plus fréquent (15,2 %).

Les motifs de contention sont significativement différents selon la modalité légale de soins (*Pearson's Chi-squared test ; p-value = 2.093e-09*).

Figure 18 : Différence entre les effectifs observés et les effectifs théoriques attendus sous l'hypothèse d'indépendance selon le motif et le mode légal de soins

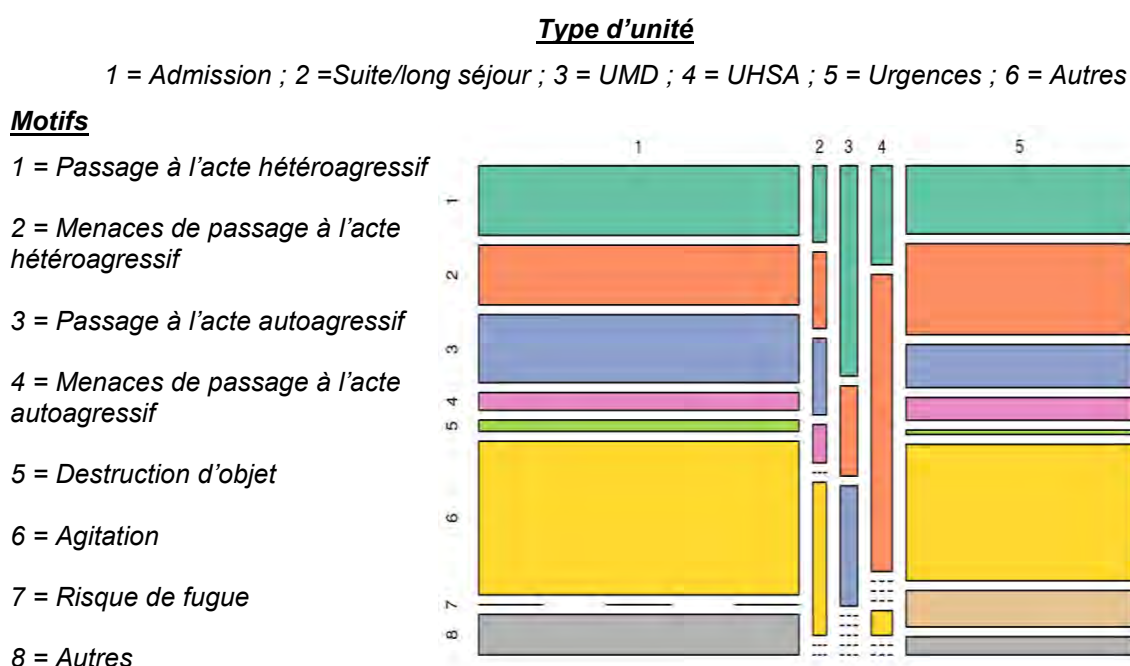


L'analyse réalisée sur l'hypothèse d'indépendance le confirme (Figure 18) et montre une sur-représentation des motifs « Passage à l'acte autoagressif » et « Autres » dans la population de patients hospitalisés en libre. Les motifs « Menaces de passage à l'acte autoagressif » et « agitation » sont sur-représentés dans la population de patients hospitalisés en SPDT. Dans la population de patients hospitalisés en SPPI, c'est le motif « agitation » qui est clairement sur-représenté. Pour les patients hospitalisés en SPDRE, ce sont les motifs « menaces de passage à l'acte hétéroagressif » et « passage à l'acte hétéroagressif » qui sont sur-représentés. Il est à noter que dans cette catégorie de patients le motif « agitation » est sous-représenté.

Tableau 37 : Répartition selon le motif et le type d'unité

	Admission	Suite/long séjour	UMD	UHSA	Urgences	Autres
Passage à l'acte hétéroagressif	8,5 % N : 43	0,4 % N : 2	1,4 % N : 7	0,8 % N : 4	5,9 % N : 30	0,8 % N : 4
Menaces de passage à l'acte hétéroagressif	7,3 % N : 37	0,4 % N : 2	0,6 % N : 3	2,4 % N : 12	7,9 % N : 40	0,8 % N : 4
Passage à l'acte autoagressif	8,3 % N : 42	0,4 % N : 2	0,8 % N : 4	0,0 % N : 0	3,8 % N : 19	0,4 % N : 2
Menaces de passage à l'acte autoagressif	2,2 % N : 11	0,2 % N : 1	0,0 % N : 0	0,0 % N : 0	2,0 % N : 10	0,2 % N : 1
Destruction d'objet	1,4 % N : 7	0,0 % N : 0	0,0 % N : 0	0,0 % N : 0	0,4 % N : 2	0,0 % N : 0
Agitation	18,8 % N : 95	0,8 % N : 4	0,0 % N : 0	0,0 % N : 1	11,9 % N : 60	0,8 % N : 4
Risque de fugue	0,0 % N : 0	0,0 % N : 0	0,0 % N : 0	0,0 % N : 0	3,2 % N : 16	0,6 % N : 3
Autres	4,9 % N : 25	0,0 % N : 0	0,0 % N : 0	0,0 % N : 0	1,6 % N : 8	0,2 % N : 1

Figure 19 : Répartition des évènements de contention selon le motif et l'unité



Comme observé dans le tableau 37 et dans le graphique ci-dessus (Figure 19),

En UMD, les motifs retrouvés sont :

- passage à l'acte hétéroagressif,
- menaces de passage à l'acte hétéroagressif
- passage à l'acte autoagressif.

En UHSA, les motifs retrouvés sont :

- menaces de passage à l'acte hétéroagressif
- passage à l'acte hétéroagressif.

Aux urgences et en unités d'admission, les motifs sont plus diversifiés avec l'agitation qui est le motif le plus fréquent.

Les motifs de contention sont significativement différents selon le type d'unité (*Pearson's Chi-squared test ; p-value = 8.215e-08*).

Figure 20 : Différence entre les effectifs observés et les effectifs théoriques attendus sous l'hypothèse d'indépendance selon le motif et le type d'unité



L'analyse sur l'hypothèse d'indépendance (Figure 20) confirme ceci et montre une sur-représentation du motif « Passage à l'acte hétéroagressif » en UMD notamment. Le motif « Menaces de passage à l'acte hétéroagressif » est sur-représenté à l'UHSA et aux urgences psychiatriques et sous-représenté en unités d'admission. Le motif « passage à l'acte autoagressif » est sur-représenté en unités d'admission et en UMD. Le motif « menaces de passage à l'acte autoagressif » est sur-représenté uniquement aux urgences et le motif « Destruction d'objet » uniquement en unités d'admission ». Le motif « agitation » est sur-représenté en unités d'admission. Le motif « risque de fugue » est sur-représenté aux urgences et sous-représenté en unités d'admission. Le motif « Autres » est sur-représenté en unités d'admission.

3.4.3- Moyens utilisés

Dans 89,5 % des cas (N : 453), les 4 membres sont fixés. Seulement 2 membres sont fixés dans 7,5 % des cas (N : 38). Dans les autres cas, il s'agit soit d'1 seul membre fixé (0,6 % ; N : 3), soit de 3 membres (1 %, N : 5) ou d'une contention ventrale (1,4 % ; N : 7).

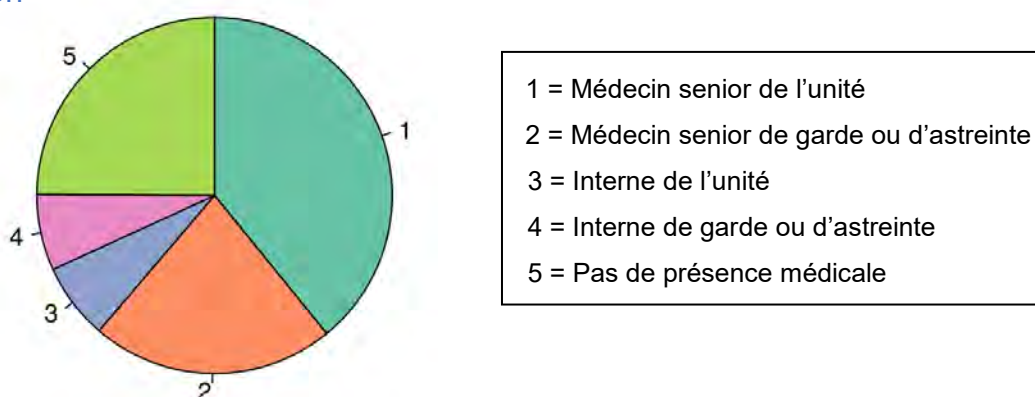
3.5- Caractéristiques environnementales de la mesure

3.5.1- Présence et caractéristiques du personnel

Tableau 38 : Présence médicale lors de la mise en place de la contention

Médecin senior de l'unité (1)	39,1 % des contentions (N : 198)
Médecin senior de garde ou d'astreinte (2)	22,1 % des contentions (N : 112)
Interne de l'unité (3)	6,9 % des contentions (N : 35)
Interne de garde ou d'astreinte (4)	6,9 % des contentions (N : 35)
Pas de présence médicale (5)	24,9 % des contentions (N : 126)

Figure 21 : Répartition de la présence médicale lors de la mise en place de la contention

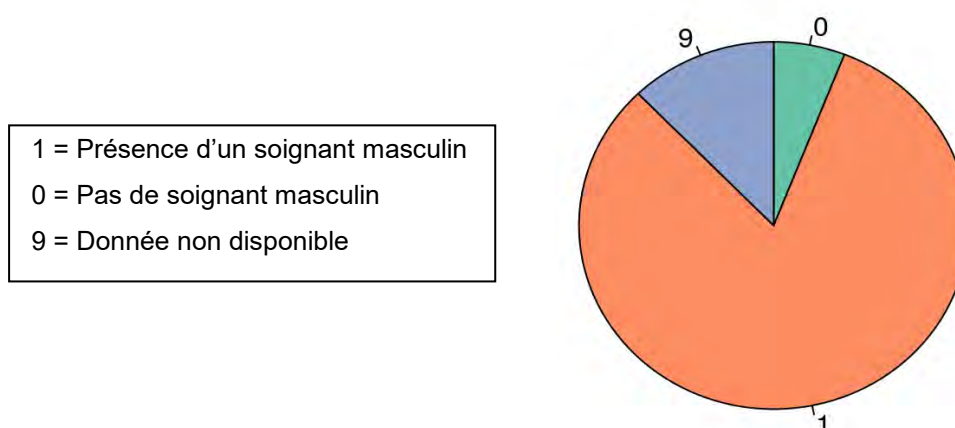


Comme présenté dans le tableau 38 et dans le graphique (Figure 21), il n'y a pas de présence médicale lors de la mise en place de la contention seulement dans 24,9 % des cas. Dans 61,2 % des cas, c'est un médecin senior qui est présent.

Tableau 39 : Répartition du genre des soignants présents

Oui	81,8 % des contentions (N : 414)
Non	5,9 % des contentions (N : 30)
Donnée non disponible	12,3 % des contentions (N : 62)

Figure 22 : Répartition du genre des soignants présents



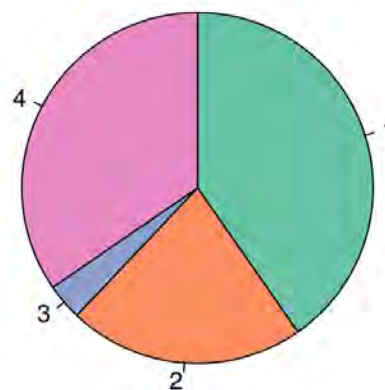
Comme présenté dans le tableau 39 et dans le graphique ci-dessus (Figure 22), un soignant de sexe masculin est présent dans 81,8 % des événements de contention. Dans 5,9 % des événements, seules des soignantes femmes sont présentes. Pour les situations restantes (12,3 %), cette donnée n'est pas disponible.

Tableau 40 : Présence de renforts

Oui	65,4 % des contentions -Soignant : 40,3 % (N : 204) -Agents de sécurité : 21,7 % (N : 110) -Agents de l'établissement pénitentiaire : 3,4 % (N : 17)
Non	34,6 % des contentions (N : 175)

Figure 23 : Répartition des renforts

1 = Renfort soignant
2 = Renfort par agents de sécurité
3 = Renfort par agents de l'établissement pénitentiaire
4 = Aucun renfort



Comme présenté dans le tableau 40 et le graphique ci-dessus (Figure 23), des renforts ont été appelés dans 65 % des mesures de contention :

- 40,3 % de renfort par des soignants (N : 204),
- 21,7 % par des agents de sécurité (N : 110)
- 3,4 % par des agents de l'établissement pénitentiaire (N : 17).

34,6 % des mesures de contention n'ont pas nécessité de renfort (N : 175).

3.5.2- Distribution temporelle de la contention

Tableau 41 : Délai entre l'admission et le jour de la mesure de contention (en jours)

Moyenne	Minimum	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^{ème} quartile	Maximum
102,3	0,0	0,8	2,5	26,3	2725,8

Comme indiqué dans le tableau 41, le délai moyen entre le jour d'admission et le jour où est réalisé la mesure de contention est de 102,3 jours alors que le délai médian est de 2,5 jours. Quelques délais très élevés expliquent la majoration de la moyenne.

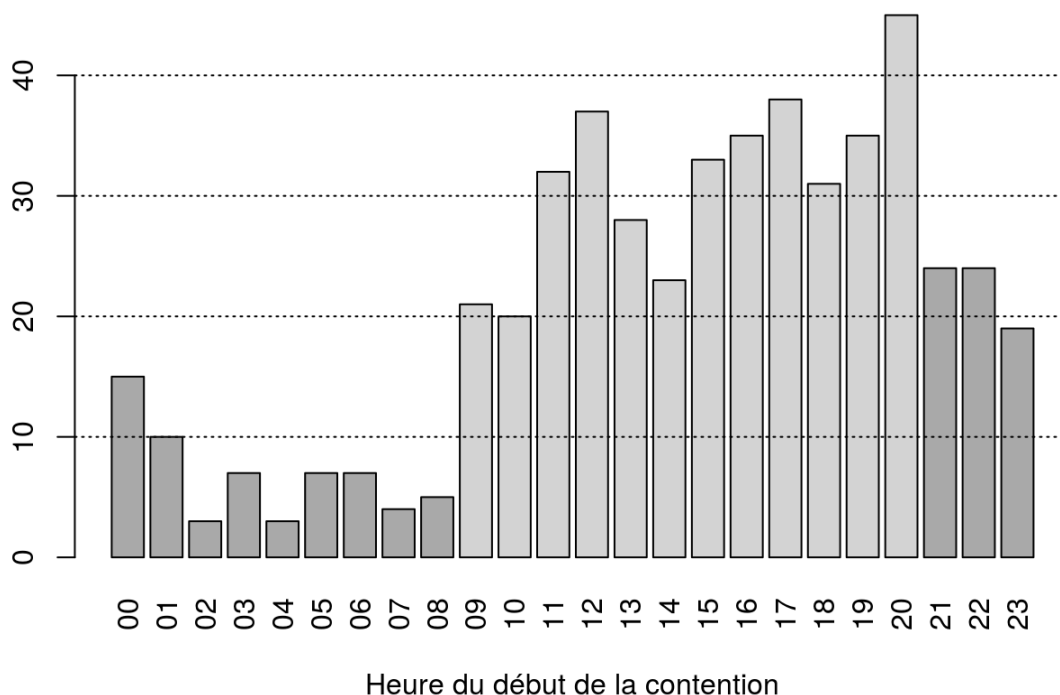
Tableau 42 : Répartition du délai entre l'admission et le jour de la mesure de contention

10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %
0,5 j	0,7 j	0,9 j	1,3 j	2,5 j	6,4 j	14,4 j	56,5 j	406,2 j

Comme indiqué dans le tableau 42, 70,0 % des mesures de contention ont été réalisées en début d'hospitalisation entre 0 et 14,4 jours d'admission.

Figures 24 et 25 : Répartition des évènements de contention selon l'heure de début

Nombre de contentions



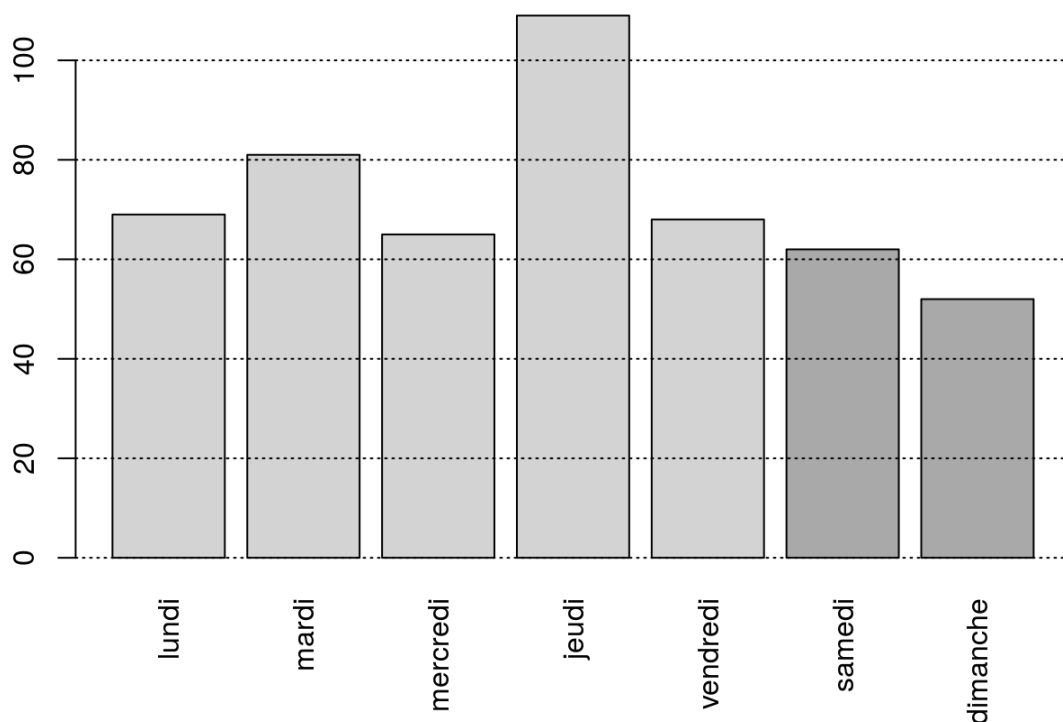
Comme présenté dans les graphiques ci-dessus (Figures 24 et 25), 74,7 % (N :378) des évènements de contention ont débuté entre 9h et 20h59 et 25,3 % (N : 128) entre 21h et 08h59. Les mesures de contention sont plus fréquentes en journée. L'heure où il y a le plus de mesures de contention initiées est 20 heures.

Tableau 43 : Répartition des évènements de contention selon le jour de la semaine

Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
69	81	65	109	68	62	52

Figure 26 : Répartition des évènements de contention selon le jour de la semaine

Nombre de contentions

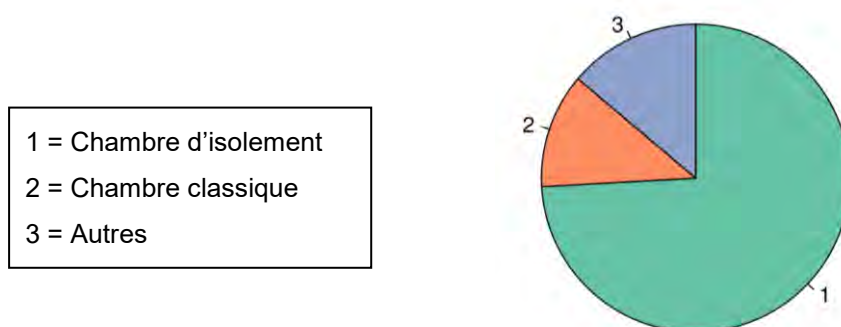


Comme observé dans le tableau 43 et le graphique ci-dessus (Figure 26), il ne semble pas y avoir d'écart important dans le recours à la contention selon les jours hormis le jeudi où il y a un pic.

3.5.3- Lieu où est réalisé la mesure de contention

Comme présenté dans la figure ci-dessous (Figure 27), dans 74,1 % des cas (N : 375), la mesure est réalisée en chambre d'isolement. 12,1 % (N : 61) des contentions sont réalisées en chambre classique et 13,8 % (N : 70) dans des lieux « Autres ».

Figure 27 : Répartition du lieu de la mesure de contention



3.5.4- Traitement médicamenteux associé à la mesure

Comme représenté par la figure 28, un traitement médicamenteux est associé à la mesure dans 84,2 % des cas : 44,1 % (N : 223) en intramusculaire et 40,1 % en per os (N : 203). Dans 15,8 % des cas (N : 80), aucun traitement médicamenteux n'est associé.

Figure 28 : Répartition du traitement médicamenteux associé à la mesure

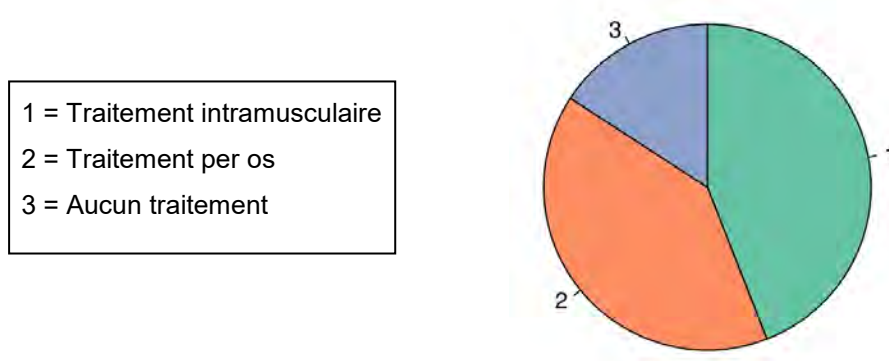


Tableau 44 : Tableau récapitulatif des variables associées significativement au recours à la contention

Variables		Résultats de l'analyse
- Type d'unité :	<u>Urgences</u>	<i>p-value</i> < 2.2e-16
- Genre :	<u>Sexe masculin</u>	<i>p-value</i> = 2.397e-06
- Age :	<u>18-29 ans</u>	<i>p-value</i> < 2.2e-16
- Mode légal de soins :	<u>Sous contrainte</u>	<i>p-value</i> < 2.2e-16
- Diagnostic :	- <u>Schizophrénie, trouble schizotypique, troubles délirants</u> - <u>Trouble bipolaire</u> - <u>Troubles de la personnalité</u>	<i>p-value</i> < 2.2e-16
- Diagnostic et sexe masculin :	- <u>Schizophrénie, trouble schizotypique, troubles délirants</u> - <u>Trouble bipolaire</u>	<i>p-value</i> < 2.2e-16
- Diagnostic et sexe féminin	- <u>Troubles de la personnalité</u>	<i>p-value</i> < 2.2e-16
- Durée plus importante	- <u>Sexe masculin</u>	<i>p-value</i> = 0,004503
	- <u>Age</u>	<i>p-value</i> = 0,0007803
- Durée plus courte	- <u>18-29 ans</u> / 50-69 ans	<i>p-value</i> = 0,0049
	- <u>18-29 ans</u> / plus de 70 ans	<i>p-value</i> = 0,0364
	- <u>Diagnostic</u>	<i>p-value</i> = 1.984e-06
	- <u>TED</u> / Schizophrénie	<i>p-value</i> = 3,1e-06
	- <u>TED</u> / Trouble bipolaire	<i>p-value</i> = 6,0e-06
	- <u>TED</u> / Trouble lié à l'usage de substance	<i>p-value</i> = 0,00042
	- <u>TED</u> / Troubles de la personnalité	<i>p-value</i> = 0,03518
	- <u>Unité</u>	<i>p-value</i> = 0,0002728
	- <u>UMD</u> / Admission	<i>p-value</i> = 0,0162
	- <u>UMD</u> / Urgences	<i>p-value</i> = 0,0058
- <u>UMD</u> / Autres	<i>p-value</i> = 0,0106	

Variables		Résultats de l'analyse
- Durée supérieure à la médiane	- <u>Sexe masculin</u>	<i>p-value = 0,00309</i>
- Durée supérieure à 24 heures	- <u>Sexe masculin</u>	<i>p-value = 0,06925</i>
- Motifs	- <u>Age</u>	<i>p-value = 2.784e-13</i>
- Motifs et sexe masculin	- <u>Menaces de passage à l'acte hétéroagressif</u>	<i>p-value = 1.866e-09</i>
- Motifs et sexe féminin	- <u>Passage à l'acte autoagressif</u>	<i>p-value = 1.866e-09</i>
- Motifs et hospitalisation libre :	- <u>Passage à l'acte autoagressif</u> - <u>Autres</u>	<i>p-value = 2.093e-09</i>
- Motifs et SPDT	- <u>Menaces de passage à l'acte autoagressif</u> - <u>Agitation</u>	<i>p-value = 2.093e-09</i>
- Motifs et SPPI	- <u>Agitation</u>	<i>p-value = 2.093e-09</i>
- Motifs et SPDRE	- <u>Menaces de passage à l'acte hétéroagressif</u> - <u>Passage à l'acte hétéroagressif</u>	<i>p-value = 2.093e-09</i>
- Motifs et unité d'admission	- <u>Passage à l'acte autoagressif</u> - <u>Autres</u>	<i>p-value = 8.215e-08</i>
- Motifs et unité UMD	- <u>Passage à l'acte hétéroagressif</u>	<i>p-value = 8.215e-08</i>
- Motifs et unité UHSA	- <u>Menaces de passage à l'acte hétéroagressif</u>	<i>p-value = 8.215e-08</i>
- Motifs et unité urgences	- <u>Menaces de passage à l'acte hétéroagressif</u> - <u>Risque de fuque</u>	<i>p-value = 8.215e-08</i>

4- Discussion

Ce travail retrouve une incidence du recours à la contention mécanique à 2,5 % des patients admis en hospitalisation sur un an dans les 11 établissements participants en Occitanie. L'incidence dans les services d'urgences psychiatriques est significativement plus élevée avec un taux à 6,9 % des patients admis. Le nombre moyen de contention par patient est de 1,5 et le nombre médian de 1,0. La distribution des événements de contention n'est pas homogène. En effet, 17,3 % des patients représentent 45,0 % des événements de contention et 82,7 % des patients n'ont connu qu'un seul événement de contention.

L'analyse met en avant de manière significative chez les patients exposés les caractéristiques suivantes : un âge plus jeune, plus précisément âgés entre 18-29 ans, un genre de sexe masculin et un mode d'hospitalisation sous contrainte.

Le recours à la contention varie de manière significative selon le diagnostic. Les catégories diagnostiques « Schizophrénie, trouble schizotypique, troubles délirants », « trouble bipolaire » et « troubles de la personnalité » sont sur-représentés dans la population de patients exposés et seraient donc associés au recours à la contention. Les catégories diagnostiques « Troubles névrotiques », « Troubles dépressifs » et « Autres » sont sous-représentés dans la population exposée. Il est à noter que le type de diagnostic est significativement associé au recours à la contention et de manière différente selon le sexe : chez les femmes, ce sont les troubles de personnalité qui sont sur-représentés alors que chez les hommes, ce sont la schizophrénie, trouble schizotypique, troubles délirants et le trouble bipolaire.

Les durées moyenne et médiane sont respectivement de 16,5 heures et de 5,0 heures. La durée est significativement plus longue chez les hommes. Elle est également associée significativement à l'âge avec une durée plus courte dans la classe d'âge 18-29 ans. La durée de contention augmente avec l'âge. La durée est significativement plus courte chez les patients souffrant de troubles envahissants du développement et chez les patients hospitalisés en UMD.

Les quatre motifs de contention les plus fréquents sont l'agitation, les menaces de passage à l'acte hétéroagressif, le passage à l'acte hétéroagressif et le passage à l'acte autoagressif.

Les délais moyen et médian entre le jour d'admission et le jour de la mesure de contention sont respectivement de 102,3 jours et 2,5 jours. 70,0 % des évènements de contention ont débuté avant les 15 premiers jours d'admission. La majorité des contentions ont débuté en journée, en chambre d'isolement et étaient associées à un traitement médicamenteux. Lors de la mise en place de la contention, dans la majorité des situations, un médecin est présent et des renforts sont appelés. La présence d'un personnel soignant de sexe masculin est également décrite.

Les interprétations de ce travail quantitatif doivent être faites avec prudence compte-tenu de la complexité et de l'aspect multifactoriel des situations de recours à la contention mécanique.

La théorie en trois modèles proposée par Nijman (82) est très intéressante et permet de comprendre les aspects multifactoriels d'un comportement agressif d'un patient hospitalisé. En effet, il émet l'hypothèse qu'un comportement violent d'un patient est lié à la psychopathologie dont il souffre et les distorsions cognitives qu'elle entraîne (modèle interne) mais que celui-ci peut être exacerbé par l'environnement (modèle externe) dans lequel est le patient et par l'aspect communicationnel avec l'équipe soignante (modèle interactionnel). Par exemple, un service agité avec de nombreux patients ou un service avec une architecture inadaptée peut augmenter le stress subi par le patient et entraîner un comportement agressif. De même, des difficultés de communication avec l'équipe soignante ou des soignants surchargés de travail peuvent participer à l'augmentation de ce stress. Il évoque également « un cercle vicieux » ; lorsqu'un comportement violent a lieu, afin de mettre les personnes en sécurité, il existe des conséquences telles qu'une mise en chambre d'isolement, un recours à la contention ou un appel à des renforts. Ces mesures sont nécessaires mais peuvent exacerber les distorsions cognitives du patient et le stress subi.

Le recours à la contention mécanique peut également être expliqué par cette théorie. Nous faisons donc l'hypothèse que ce recours n'est pas seulement en lien avec la psychopathologie du patient mais aussi en lien avec l'environnement hospitalier et le fonctionnement de l'équipe soignante. Le travail qualitatif réalisé sur le vécu des

soignants de la contention (13) retrouve notamment cette réflexion dans les entretiens avec les soignants.

Quelques hypothèses d'explication sont réalisées dans la discussion ci-dessous.

4.1- Incidence

4.1.1- Incidence globale

Notre étude retrouve une incidence du recours à la contention mécanique dans des proportions comparables à celles des pays européens nordiques correspondant aux valeurs basses retrouvées dans la littérature internationale (15,16,23–27). Compte-tenu des différences des systèmes de soin, des différences culturelles et législatives entre les pays, il est difficile de comparer la pratique du recours à la contention mécanique. Par exemple, la contention mécanique a été abolie en Islande mais le système de soins est bien différent du nôtre, leur rapport soignant-patient est notamment de 1.

La valeur d'incidence obtenue est plus élevée que celle de la seule étude française (18), ce qui pourrait s'expliquer par une méthode de calcul différente ; l'autre étude utilisant un pourcentage de patients reçus et pas forcément admis en hospitalisation, ce qui augmente fortement le dénominateur et diminue la valeur d'incidence. De plus, cette étude ne concernait que les urgences psychiatriques d'un hôpital alors que notre étude inclut différents centres hospitaliers et différents types de service (urgences, unités d'admission, UMD, UHSA et unité de suite et de long séjour). Leur échantillon de patients est donc moins important que le nôtre, ce qui rend leur puissance d'étude plus faible.

La méthodologie prospective et le déroulement multicentrique de notre étude renforce sa puissance. La durée de l'étude d'un an a permis d'éviter les éventuels biais de variation temporelle du recours à la contention. De même, l'inclusion de différents types d'unités et centres a permis d'obtenir un échantillon de patients globalement représentatif de la population adulte hospitalisée en France en psychiatrie.

4.1.2- Incidence aux urgences psychiatriques

Dans notre étude, le recours à la contention mécanique est significativement plus fréquent aux urgences que dans les autres unités, ce qui rejoint les données de la littérature internationale (57). L'étude qualitative sur le vécu des soignants (14) rapporte déjà cet élément dans les entretiens avec les soignants où ils évoquent la particularité clinique des urgences qui accueillent les patients en phase de décompensation aiguë, où les locaux ne sont pas très adaptés notamment lors de l'accueil des patients à la consultation et où l'activité importante entraîne une disponibilité moindre des soignants. Ce sont donc à la fois des facteurs liés au patient et au diagnostic clinique, des facteurs liés aux soignants et des facteurs liés à l'environnement de travail qui pourraient expliquer cette donnée, ce qui rejoint la théorie en trois modèles de Nijman.

4.2- Caractéristiques socio-démographiques et administratives

Ce travail retrouve un profil sociodémographique et administratif concordant avec la littérature internationale. L'analyse met en évidence de façon significative chez les patients exposés à la contention les caractéristiques suivantes :

- un sexe masculin
- un âge jeune compris entre 18 et 29 ans
- une modalité d'hospitalisation sous contrainte.

Ces critères peuvent être considérés comme des situations à risque d'exposition à la contention mécanique. Cependant, ceux-ci ne doivent pas être perçus comme l'unique axe de prévention. En effet, la littérature internationale s'accorde sur ce profil mais les disparités concernant le recours à la contention sont tout de même présentes et doivent donc s'expliquer par bien d'autres facteurs.

Par exemple, il est à souligner que dans l'étude qualitative française sur le vécu des soignants de la contention (14), ces derniers évoquent la carrure physique des patients comme facteur intervenant dans le processus décisionnel. Dans les représentations des soignants, une carrure plus importante est associée à un potentiel de dangerosité plus élevé et pourrait accélérer la décision de contention, ce qui amène une part de subjectivité à cette décision. Nous pourrions donc faire l'hypothèse qu'un patient jeune et de sexe masculin pourrait amener à une

représentation plus élevée de dangerosité physique et être plus fréquemment exposé à la contention sans différence clinique majeure.

Concernant la modalité d'hospitalisation sous contrainte, les patients ne sont pas hospitalisés de manière volontaire et le non consentement des soins peut amener à des difficultés à établir l'alliance thérapeutique. De plus, législativement, en France, la contention mécanique ne peut être initiée qu'en cas de soins sans consentement sauf de manière exceptionnelle et temporaire dans certains cas d'hospitalisation libre, il n'est donc pas surprenant de retrouver cette association dans notre étude.

4.3- Caractéristiques cliniques et diagnostiques

Notre travail identifie les mêmes catégories diagnostiques chez les patients exposés que celles retrouvées dans la littérature internationale notamment les troubles psychotiques (incluant la schizophrénie, le trouble schizotypique et les troubles délirants), le trouble bipolaire et les troubles de la personnalité.

Dans l'étude qualitative sur le vécu des soignants (14), les soignants mettent au premier plan une symptomatologie avec des troubles du comportement (agressivité/agitation, impossibilité d'entrer en relation) plutôt qu'une dimension nosographique. Ce qui est intéressant, étant donné la diversité des diagnostics retrouvés chez les patients exposés et leur psychopathologie différente, ces éléments doivent donc être soulignés mais ne peuvent être un axe unique de prévention. Ceci nous oriente donc plutôt vers une prise en charge individualisée de chaque patient en cas de crise qu'une prise en charge basée sur le diagnostic.

La majorité des patients de cette étude avaient déjà été exposés par le passé à une contention mécanique. Plusieurs hypothèses peuvent être discutées à ce sujet. Nous pourrions supposer que l'antécédent d'exposition est en lien avec le profil psychopathologique particulier du patient et que ce patient est plus à risque d'exposition à la contention au vu de ses troubles. Nous pourrions également établir un tout autre lien, connaître les antécédents d'exposition à la contention du patient pourrait amener à une représentation négative de ce patient et accélérer le processus décisionnel de la mise sous contention. Cette hypothèse est appuyée par le travail qualitatif (14) où il est mis en évidence que le fait de connaître les antécédents violents des patients pourrait accélérer le processus décisionnel par rapport à d'autres patients non connus et manifestant pourtant les mêmes symptômes.

4.4- Caractéristiques de la mesure

4.4.1- Durée de la contention

La durée moyenne de contention de 16,5 heures dans notre étude est légèrement supérieure à celle des pays européens dans la littérature internationale sauf celle des Pays-Bas et de la Suisse ; où elle est entre 332 et 1182 heures pour les Pays Bas et entre 19 et 41,6 heures pour la Suisse (15,24,25,35,47–49). Cependant, la durée médiane de 5,0 heures est dans les plus courtes. Comparativement à l'étude française (18), la durée moyenne de contention de notre étude est plus importante. Ceci s'explique par quelques durées de contention très longues qui majorent la moyenne.

Les recommandations HAS sont globalement respectées avec 90 % des épisodes de contention durant moins de 24 heures (11).

Les facteurs significatifs influençant sur la durée de contention retrouvés dans l'étude sont :

- Le sexe
- L'âge
- Le diagnostic
- L'unité.

En effet, la durée de contention est plus élevée chez les hommes comparativement aux femmes, ce qui rejoint les données de la littérature internationale (48–51). De même pour l'âge (51), la durée est plus courte dans la catégorie d'âge 18-29 ans et la durée médiane augmente avec l'âge. Concernant le diagnostic, une durée plus courte est retrouvée chez les patients souffrant de troubles envahissants du développement comparativement aux patients souffrant de troubles psychotiques, trouble bipolaire, troubles de la personnalité et trouble lié à l'usage de substances. A notre connaissance, aucune étude n'avait retrouvé cette donnée. Une durée plus courte est significativement associée au type d'unité « UMD » comparativement aux unités d'admission, d'urgences et « autres ». Plusieurs facteurs explicatifs peuvent être en cause tels que le ratio patient/soignant, la différence architecturale des locaux ou la formation des équipes. Par exemple, nous savons que plusieurs médecins de cette unité UMD sont formés à une technique de gestion et de prévention des situations de violence et d'agressivité. Cette technique est

mentionnée à plusieurs reprises dans la revue de la littérature internationale comme stratégie de réduction du recours à la contention.

Plusieurs études rapportent des aspects subjectifs concernant la prise de décision de levée de la contention. Par exemple, une étude qualitative dans un établissement médico-légal met en évidence que le niveau d'alliance thérapeutique évalué par le soignant rentrerait en compte lors de la réévaluation de la mesure de la contention (83). Les 17 membres du personnel interrogés rapportent évaluer le niveau de compréhension de la situation actuelle du patient, la capacité du patient à entrer en relation avec le personnel de manière stable, la coopération du patient et le niveau d'alliance thérapeutique habituel avec le patient : facteurs qui participent au maintien ou non de la mesure. L'étude qualitative (14) rapporte également que l'alliance est prise en compte dans la décision de levée. De plus selon cette étude, plus les soignants auraient un vécu négatif de la contention plus ils la retireraient rapidement. Le processus de décision de levée de la contention est donc tout aussi complexe et multifactoriel que celui de la décision d'initiation de la contention. Une étude serait en cours pour évaluer une échelle complétant le processus de décision autour de la contention qui permettrait a priori de participer à la diminution de la durée de la contention : instrument MR-CRAS « Mechanical Restraint : Confounders, Risk, Alliance, Score » (59).

4.4.2- Motifs de la contention

Les motifs les plus fréquents retrouvés dans notre étude sont les mêmes que ceux rapportés dans la littérature internationale :

- Agitation
- Menaces de passage à l'acte hétéroagressif
- Passage à l'acte hétéroagressif
- Passage à l'acte autoagressif.

Les définitions des trois derniers motifs sont consensuelles mais la définition de l'agitation peut être différente selon la personne qui a renseigné le recueil. Ce motif englobe donc une grande proportion d'évènements de contention mais il est difficile de définir précisément la situation clinique correspondante.

Les recommandations HAS sont très claires concernant les motifs de recours à la contention (11):

- Prévention d'une violence imminente du patient

- Réponse à une violence immédiate du patient non maîtrisable
- Avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou autrui.

La méthodologie de notre étude a été conçue avant la publication de ces recommandations, ce qui explique pourquoi tous les motifs observés dans notre étude n'y sont pas retrouvés.

Les facteurs significatifs influençant les motifs de contention retrouvés dans l'étude sont donc :

- Classe d'âge
- Sexe
- Mode légal de soins
- Diagnostic
- Type d'unité.

Chez les femmes, c'est le motif autoagressif qui est prévalent, ce qui correspond également au diagnostic sur-représenté chez les femmes exposées : troubles de la personnalité. De même, lors d'une hospitalisation libre, les motifs les plus fréquents sont l'agitation et le passage à l'acte autoagressif. Alors que dans la majorité des hospitalisations sous contrainte, l'agitation et le risque hétéroagressif prédominent. De ces éléments peuvent donc ressortir deux profils : un profil de patient, de sexe masculin, hospitalisé sous contrainte et exposé à la contention suite à un risque hétéroagressif et un profil de patient, de sexe féminin, hospitalisé en libre et exposé à la contention suite à un risque autoagressif.

4.5- Caractéristiques de l'environnement de la mesure

Un personnel soignant de sexe masculin est présent dans 81,8 % des mises en contention. Les renforts sont appelés dans 65,4 %, cela explique en partie le fort pourcentage de présence d'un soignant de sexe masculin comme la plupart des renforts sont des hommes. Dans l'étude qualitative sur le vécu des soignants (14), les soignants identifient deux effets de l'appel aux renforts soit un effet d'apaisement avec parfois l'évitement d'une mise en contention soit un effet renforçateur de l'agitation avec la mise en place « d'un rapport de force ».

Le délai entre le jour de l'admission et le jour de la mesure de contention est faible avec 70,0 % des contentions se réalisant dans les 15 premiers jours d'admission, ce qui concorde avec les résultats des études de la littérature médico-scientifique (54). Nous pouvons mettre en lien cet élément soit avec la non stabilisation des troubles

psychiques en début d'hospitalisation, soit avec le fait que les soignants ne connaissent pas encore bien le patient et qu'il est alors plus difficile de trouver des stratégies alternatives efficaces et que le vécu de peur ou de danger est plus important.

Dans notre étude, la majorité des contentions ont débuté en journée et très peu la nuit, ce qui rejoint les résultats de la revue de littérature (26,33,50,56). Ceci peut s'expliquer par une plus faible activité la nuit.

Concernant la mesure d'isolement associée à titre systématique, comme recommandé par l'HAS (11), l'étude montre que c'est le cas dans la majorité des situations. Il existe tout de même des situations où le recours à la contention est initié en dehors d'une chambre d'isolement, les équipes ont alors rapporté qu'il n'y avait plus de chambre d'isolement disponible.

4.6- Limites et biais de l'étude

Ce travail présente plusieurs biais et limites qu'il convient de préciser.

La méthodologie du recueil des données de cette étude peut être un biais, en effet, chaque référent de l'étude avait pour mission de récolter les données et de les transcrire sur le portail informatique. Nous n'avons pas la possibilité de vérifier que toutes les prescriptions de contention réalisées soient bien retranscrites sur le portail. L'incidence retrouvée est donc possiblement sous-estimée. Il est également possible que le type de prescription du centre influe sur la durée de contention retrouvée, en effet, dans certains centres, la prescription informatique se fait en majorité sur 24 heures et il est possible qu'elle ne soit pas arrêtée avant 24 heures alors que la contention n'est plus d'actualité, ce qui majorerait les résultats de durée. Les registres obligatoires depuis janvier 2016 étaient en cours de mise en place dans les centres pendant la période de l'étude et nous n'avons donc pas pu comparer les données des registres avec les nôtres. Pour limiter ce biais, nous avons relancé à plusieurs reprises les référents par mail, ainsi que les directeurs d'établissement et nous les avons conviés à plusieurs réunions pour obtenir un recueil le plus exhaustif possible. Comme mentionné dans la méthodologie, nous avons dû exclure deux centres.

Il est à noter que les nombres moyen et médian de contentions par patient sont inférieurs à ceux de la littérature internationale, la grande majorité des patients n'ayant été exposés qu'une seule fois. Ceci pourrait s'expliquer par notre

méthodologie, en effet, seule la donnée IEP est relevée (numéro de séjour) et la donnée IPP est absente de notre recueil, nous ne pouvons donc pas identifier un patient (IPP identique) qui aurait réalisé plusieurs séjours (plusieurs IEP) au sein de la période de l'étude. Il est donc possible que plusieurs événements de contention aient eu lieu chez un même patient mais lors de séjours hospitaliers différents. Nous avons choisi de réaliser ce type de méthodologie dans le but de protéger les données sensibles des patients afin d'éviter la possibilité d'une identification.

Un biais de sélection pourrait être également souligné, en effet, les centres participants étaient volontaires et adhérents à l'association de recherche FERREPSY. Nous pourrions nous questionner sur les éventuelles pratiques des centres non volontaires et non-inscrits dans une démarche de recherche. Ce biais est tout de même limité car quasiment tous les établissements hospitaliers psychiatriques de la région ont participé.

Il convient également de rappeler que les services de gérontopsychiatrie et de pédopsychiatrie n'ont pas été inclus dans l'étude, or il est fortement possible que les pratiques de recours à la contention dans ces services soient très différentes. Un travail de recherche dans ces services sera donc nécessaire.

Comme discuté plus haut, l'analyse des résultats a permis d'identifier plusieurs facteurs significativement liés au recours à la contention mais cette étude observationnelle ne permet pas d'affirmer une relation de cause à effet.

4.7- Perspectives

A la suite de cette étude, il semblerait particulièrement intéressant de poursuivre un suivi quantitatif du recours à la contention mécanique. En effet, comme démontré dans la revue de littérature, plusieurs études citent le suivi quantitatif comme une des stratégies de réduction du recours à la contention. Lors de la journée sur la contrainte en psychiatrie, le 14 mars 2017, organisée par le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale, la mise en place d'un observatoire national de la contrainte et des libertés était d'ailleurs demandée par les différents participants.

Dans l'étude qualitative du vécu des soignants de la contention, il est rapporté par la majorité des soignants la perception d'une absence d'alternative possible dans les conditions actuelles. Or comme cité dans la revue de la littérature, plusieurs études ont démontré l'efficacité de stratégies alternatives à la contention. Il convient donc de

réfléchir à leur mise en place dans un but de réduction du recours à cette mesure. Il serait intéressant de définir des groupes de travail sur ce sujet. Ce travail a d'ailleurs été réalisé dans une perspective de politique de réduction du recours à cette mesure. Il est important de développer cette politique et de la maintenir. Un retour des résultats de cette étude est nécessaire auprès des référents de l'étude de chaque établissement inclus. Plus globalement, dans le but d'impliquer tous les soignants des établissements, une journée de formation sur la contention et ses alternatives va leur être proposée. Des alternatives immédiates peuvent être mises en place telles qu'une meilleure implication des usagers en leur proposant par exemple un plan individualisé en cas de crise ou un entretien de debriefing après un recours à une mesure restrictive. Des moyens devraient être mobilisés pour former le personnel à des techniques de désescalade, pour augmenter le ratio personnel-soignant et permettre plus d'activités thérapeutiques quotidiennes ; c'est d'ailleurs la demande des soignants eux-mêmes comme expliqué dans le travail du Dr Porteau (14).

Un travail de recherche sur la contention en pédopsychiatrie, à la fois quantitatif et qualitatif, va également être réalisé. Lors de ce travail, nous nous sommes également interrogés sur le recours à la contention dans d'autres spécialités (gériatrie, urgences générales, neurologie, etc) et dans le secteur médico-social. Ces aspects seraient intéressants à approfondir.

CONCLUSION

Le recours à la contention mécanique serait en recrudescence en France d'après les rapports du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté et du député Denys Robiliard. Des disparités dans les pratiques, selon les établissements et même selon les services, sont rapportées. La législation française se positionne en janvier 2016 en créant un cadre législatif autour de cette mesure et instaure la tenue obligatoire d'un registre. Une politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention est alors officialisée. Jusqu'ici aucune donnée objective n'était disponible en France.

Notre étude, qui avait pour objectif de calculer l'incidence du recours à la contention mécanique sur un an et de caractériser les données socio-démographiques, administratives, diagnostiques, cliniques et environnementales de cette mesure, retrouve une incidence à 2,5 %, comparable aux pays européens nordiques, et un profil de patients exposés en cohérence avec la littérature internationale. En effet, les variables associées de manière significative à la contention sont le sexe masculin, l'âge jeune (18-29 ans) et le mode d'hospitalisation sous contrainte. Les diagnostics associés au recours à la contention sont les troubles psychotiques (schizophrénie, trouble schizotypique, troubles délirants), le trouble bipolaire et les troubles de personnalité. La plupart des patients exposés avaient déjà été exposés par le passé. L'initiation de la contention a plutôt lieu en journée, dans les quinze premiers jours d'admission, suite à une agitation, à un passage à l'acte hétéroagressif ou autoagressif ou encore à des menaces de passage à l'acte hétéroagressif. Elle est associée en majorité à une mesure d'isolement et à un traitement médicamenteux. Les durées moyenne et médiane sont de 16,5 heures et 5,0 heures respectivement. La durée de la mesure varie significativement selon l'âge, le diagnostic et le sexe.

Ces résultats permettent d'approfondir nos connaissances sur cette pratique en France et d'identifier des caractéristiques associées. Nous pouvons alors nous appuyer sur ces résultats pour prévenir le recours à la contention en adaptant notre prise en charge lorsque ces caractéristiques sont présentes. Cependant, cet aspect ne doit pas constituer l'axe unique de prévention, des stratégies alternatives à la contention doivent y être associées. De plus, compte-tenu de l'absence de preuve d'efficacité de la contention, de la présence d'effets indésirables potentiellement graves et du vécu négatif des patients et des soignants, il est indispensable de suivre

les recommandations et de limiter au maximum le recours à la contention. Il convient de poursuivre le suivi quantitatif de nos pratiques sous la forme d'un observatoire national. De nouvelles études pourraient permettre de préciser les données épidémiologiques de la contention en pédopsychiatrie et en gérontopsychiatrie mais également d'accompagner la mise en place d'alternatives à cette pratique.

Vu le président
du jury
le 27/08/18


Professeur Christophe ARBUS
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE
CHU TOULOUSE | 330, avenue de Grande-Bretagne
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9
N° FINES : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10002909538

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil
03.09.2018
E. SERRANO



REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation des nations unies. Résolution 46/119. Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale. Dans: Organisation des nations unies, ed. Assemblée générale 46^e session. New York: ONU; 1991. p. 204-9.
2. Conseil de l'Europe. Recommandation Rec(2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2004.
3. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre au 10 décembre 2010. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2012.
4. « Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie » et présenté par M. Denys Robiliard, député, enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 décembre 2013.
5. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté - Rapport d'activité 2013.
6. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2014. Paris: Editions Dalloz; 2015.
7. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Paris: Editions Dalloz; 2016.
8. Article L.3222-5-1 du Code de la santé publique. janv 26, 2016.
9. Instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017.
10. Mauras T, Perony A, Yadak J, Velasco A, Goudal P, Marcel J-L. Isolement et contention : de la prescription à la décision. L'Encéphale [Internet]. mars 2018 [cité 8 mai 2018]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700617302336>
11. Haute Autorité de Santé. Isolement et contention en psychiatrie générale. 2017 févr.
12. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, et al. A Systematic Review of the Safety and Effectiveness of Restraint and Seclusion as Interventions for the Short-Term Management of Violence in Adult Psychiatric Inpatient Settings and Emergency Departments. Worldviews Evid Based Nurs. 1 mars 2006;3(1):8-18.
13. Carre R. Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients [thèse]. Toulouse: Université Paul Sabatier; 2014.

14. Porteau S. Contention physique : étude qualitative régionale du vécu des psoinnants [thèse]. Toulouse : Université Paul Sabatier; 2017.
15. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* sept 2010;45(9):889-97.
16. Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Riv Psichiatr.* 1 janv 2013;48(1):10-22.
17. Fisher WA. Restraint and seclusion: a review of the literature. *Am J Psychiatry.* nov 1994;151(11):1584-1591.
18. Guedj MJ, Raynaud P, Braitman A, Vanderschooten D. Pratique de la contention dans un service d'urgences psychiatriques. *L'Encéphale.* févr 2004;30(1):32-9.
19. Mental Health Commission. Rules governing the use of seclusion and mechanical means of bodily restraint. Issued pursuant to section 69(2) of the Mental Health Act, 2001. Dublin: MHC; 2009.
20. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. Contention, isolement et substances chimiques. Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle. Edition révisée. Québec: Gouvernement du Québec; 2015.
21. Société française de médecine d'urgence, Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Conférence de consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) ». Recommandations du jury. Texte court. *J Eur Urg* 2003;16(1):58-64.
22. Bak J, Aggern æ s H. Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nord J Psychiatry* 2012;66:297–302.
23. Jakovljević A-K, Wiesemann C. Zwangsmaßnahmen in der forensischen Psychiatrie: Aktuelle Behandlungspraxis im Maßregelvollzug aus medizinethischer Perspektive. *Nervenarzt.* juill 2016;87(7):780-6.
24. Flammer E, Steinert T. Involuntary Medication, Seclusion, and Restraint in German Psychiatric Hospitals after the Adoption of Legislation in 2013. *Front Psychiatry* [Internet]. 28 oct 2015 [cité 9 juin 2018];6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4623390/>
25. Noorthoorn E, Lepping P, Janssen W, Hoogendoorn A, Nijman H, Widdershoven G, et al. One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* déc 2015;50(12):1857-69.
26. Frajo-Apor B, Macha I, Kemmler G, Meise U. Mechanische Bewegungseinschränkungen: Die klinische Praxis an einer psychiatrischen Universitätsklinik. *neuropsychiatrie.* juin 2013;27(2):84-91.

27. Guzman-Parra J, Guzik J, Garcia-Sanchez JA, Pino-Benitez I, Aguilera-Serrano C, Mayoral-Cleries F. Characteristics of psychiatric hospitalizations with multiple mechanical restraint episodes versus hospitalization with a single mechanical restraint episode. *Psychiatry Res.* oct 2016;244:210-3.
28. Lepping P, Masood B, Flammer E, Noorthoorn EO. Comparison of restraint data from four countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* sept 2016;51(9):1301-9.
29. Cowman S, Björkdahl A, Clarke E, Gethin G, Maguire J. A descriptive survey study of violence management and priorities among psychiatric staff in mental health services, across seventeen european countries. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 19 janv 2017 [cité 29 janv 2017];17. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5248457/>
30. Kalisova L, Raboch J, Nawka A, Sampogna G, Cihal L, Kallert TW, et al. Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* oct 2014;49(10):1619-29.
31. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries. *PLoS ONE* [Internet]. 29 déc 2016 [cité 8 mai 2018];11(12). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5199011/>
32. Pawlowski T, Baranowski P. How patients' characteristics influence the use of coercive measures. *Indian J Psychiatry.* 2017;0(0):0.
33. Reitan SK, Helvik A-S, Iversen V. Use of mechanical and pharmacological restraint over an eight-year period and its relation to clinical factors. *Nord J Psychiatry.* 2 janv 2018;72(1):24-30.
34. Simpson SA, Joesch JM, West II, Pasic J. Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). *Gen Hosp Psychiatry.* janv 2014;36(1):113-8.
35. Dumais A, Larue C, Drapeau A, Ménard G, Giguère Allard M. Prevalence and correlates of seclusion with or without restraint in a Canadian psychiatric hospital: a 2-year retrospective audit. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* juin 2011;18(5):394-402.
36. Oster C, Gerace A, Thomson D, Muir-Cochrane E. Seclusion and restraint use in adult inpatient mental health care: An Australian perspective. *Collegian.* 1 juin 2016;23(2):183-90.
37. Knutzen M, Mjosund NH, Eidhammer G, Lorentzen S, Opjordsmoen S, Sandvik L, et al. Characteristics of Psychiatric Inpatients Who Experienced Restraint and Those Who Did Not: A Case-Control Study. *Psychiatr Serv.* 1 mai 2011;62(5):492-7.
38. Lay B, Nordt C, Rössler W. Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *Eur Psychiatry.* mai 2011;26(4):244-51.

39. Taylor K, Mammen K, Barnett S, Hayat M, dosReis S, Gross D. Characteristics of Patients With Histories of Multiple Seclusion and Restraint Events During a Single Psychiatric Hospitalization. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* mai 2012;18(3):159-65.
40. Georgieva I, Vesselinov R, Mulder CL. Early detection of risk factors for seclusion and restraint: a prospective study: Prediction model of seclusion and restraint. *Early Interv Psychiatry.* nov 2012;6(4):415-22.
41. Dazzi, F., Tarsitani, L., Di Nunzio, M., Trincia, V., Scifoni, G., Ducci, G. Psychopathological assessment of risk of restraint in acute psychiatric patients. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2017.
42. Andersen K, Nielsen B. Coercion in psychiatry: the importance of extramural factors. *Nord J Psychiatry.* 16 nov 2016;70(8):606-10.
43. Hadi F, Khosravi T, Shariat SV, Jalali Nadoushan AH. Predictors of physical restraint in a psychiatric emergency setting. *Med J Islam Repub Iran.* 17 nov 2015;29:296.
44. Zhu X-M, Xiang Y-T, Zhou J-S, Gou L, Himelhoch S, Ungvari GS, et al. Frequency of physical restraint and its associations with demographic and clinical characteristics in a Chinese psychiatric institution. *Perspect Psychiatr Care.* oct 2014;50(4):251-6.
45. Tarsitani L, Pasquini M, Maraone A, Zerella MP, Berardelli I, Giordani R, et al. Acute psychiatric treatment and the use of physical restraint in first-generation immigrants in Italy: a prospective concurrent study. *Int J Soc Psychiatry.* sept 2013;59(6):613-8.
46. Norredam M, Garcia-Lopez A, Keiding N, Krasnik A. Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes. *Acta Psychiatr Scand.* févr 2010;121(2):143-51.
47. Hotzy F, Moetteli S, Theodoridou A, Schneeberger AR, Seifritz E, Hoff P, et al. Clinical course and prevalence of coercive measures: an observational study among involuntarily hospitalised psychiatric patients. *Swiss Med Wkly.* 2018;148:w14616.
48. Noda T, Sugiyama N, Sato M, Ito H, Sailas E, Putkonen H, et al. Influence of patient characteristics on duration of seclusion/restraint in acute psychiatric settings in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 1 sept 2013;67(6):405-11.
49. Knutzen M, Bjørkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Helen Mjøsund N, Opjordsmoen S, et al. Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards--why and how are they used? *Psychiatry Res.* 30 août 2013;209(1):91-7.
50. Jacob T, Sahu G, Frankel V, Homel P, Berman B, McAfee S. Patterns of Restraint Utilization in a Community Hospital's Psychiatric Inpatient Units. *Psychiatr Q.* mars 2016;87(1):31-48.

51. McKenna B, McEvedy S, Maguire T, Ryan J, Furness T. Prolonged use of seclusion and mechanical restraint in mental health services: A statewide retrospective cohort study. *Int J Ment Health Nurs.* oct 2017;26(5):491-9.
52. Smith GM, Ashbridge DM, Davis RH, Steinmetz W. Correlation Between Reduction of Seclusion and Restraint and Assaults by Patients in Pennsylvania's State Hospitals. *Psychiatr Serv.* 17 nov 2014;66(3):303-9.
53. Staggs VS. Trends in Use of Seclusion and Restraint in Response to Injurious Assault in Psychiatric Units in U.S. Hospitals, 2007–2013. *Psychiatr Serv.* déc 2015;66(12):1369-72.
54. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto A-M, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R. The reasons for using restraint and seclusion in psychiatric inpatient care: A nationwide 15-year study. *Nord J Psychiatry.* avr 2010;64(2):136-44.
55. San L, Marksteiner J, Zwanzger P, Figuero MA, Romero FT, Kyropoulos G, et al. State of Acute Agitation at Psychiatric Emergencies in Europe: The STAGE Study. *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH.* 27 oct 2016;12:75-86.
56. Johanne Sofie Kodal, Jesper Nørgaard Kjær & Erik Roj Larsen : Mechanical restraint and characteristics of patient, staff and shifts in a psychiatric ward, *Nordic Journal of Psychiatry*, Vol 72, 2018.
57. De Benedictis L, Dumais A, Sieu N, Mailhot M-P, Létourneau G, Tran M-AM, et al. Staff perceptions and organizational factors as predictors of seclusion and restraint on psychiatric wards. *Psychiatr Serv Wash DC.* mai 2011;62(5):484-91.
58. Clinical decision making involved in secluding and restraining an adult psychiatric patient_ an integrative literature review - Laiho - 2013 - *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* - Wiley Online Library.html.
59. Deichmann Nielsen L, Bech P, Hounsgaard L, et al. "Mechanical restraint-confounders, risk, alliance score": testing the clinical validity of a new risk assessment instrument. *Nord J Psychiatry.* 2017;71:441–447.
60. Wynn R, Kvalvik A-M, Hynnekleiv T. Attitudes to coercion at two Norwegian psychiatric units. *Nord J Psychiatry.* avr 2011;65(2):133-7.
61. Eskandari F, Abdullah KL, Zainal NZ, Wong LP. Use of physical restraint: Nurses' knowledge, attitude, intention and practice and influencing factors. *J Clin Nurs.* déc 2017;26(23-24):4479-88.
62. Kuivalainen S, Vehviläinen-Julkunen K, Louheranta O, Putkonen A, Repo-Tiihonen E, Tiihonen J. Seasonal variation of hospital violence, seclusion and restraint in a forensic psychiatric hospital. *Int J Law Psychiatry.* mai 2017;52:1-6.
63. Dumont A, Giloux N, Terra J-L. Observation et évaluation d'une pratique clinique : l'isolement à l'unité médicale d'accueil du Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron. *Inf Psychiatr.* 28 déc 2012;Volume 88(8):687-93.
64. McCurdy JM, Haliburton JR, Yadav HC, Yoder AM, Norton LR, Froehlich JA, et al. Case Study: Design May Influence Use of Seclusion and Restraint. *HERD Health Environ Res Des J.* avr 2015;8(3):116-21.

65. Whitehead PD, Liljeros F. Heavy-Tailed Distribution of Seclusion and Restraint Episodes in a State Psychiatric Hospital. *J Am Acad Psychiatry Law Online*. 1 févr 2011;39(1):93-9.
66. Knutzen M, Bjørkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Mjøsund NH, Opjordsmoen S, et al. Characteristics of patients frequently subjected to pharmacological and mechanical restraint--a register study in three Norwegian acute psychiatric wards. *Psychiatry Res*. 30 janv 2014;215(1):127-33.
67. Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints : a review of literature. *Psychiatr Q*. déc 2013;84(4):499-512.
68. Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. juin 2003;48(5):330-7.
69. Strout TD. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs*. déc 2010;19(6):416-27.
70. Guivarch J. Retour de la contention en psychiatrie : perception des patients et soignants et considérations éthiques. *Éthique Santé*. déc 2016;13(4):209-14.
71. Huckshorn KA. Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. sept 2004;42(9):22-33.
72. Wieman DA, Camacho-Gonsalves T, Huckshorn KA, Leff S. Multisite study of an evidence-based practice to reduce seclusion and restraint in psychiatric inpatient facilities. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 mars 2014;65(3):345-51.
73. Scanlan JN. Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: what we know so far a review of the literature. *Int J Soc Psychiatry*. juill 2010;56(4):412-23.
74. Bak J, Zoffmann V, Sestoft DM, Almvik R, Brandt-Christensen M. Mechanical restraint in psychiatry: preventive factors in theory and practice. A Danish-Norwegian association study. *Perspect Psychiatr Care*. juill 2014;50(3):155-66.
75. Bak J, Zoffmann V, Sestoft DM, Almvik R, Siersma VD, Brandt-Christensen M. Comparing the effect of non-medical mechanical restraint preventive factors between psychiatric units in Denmark and Norway. *Nord J Psychiatry*. 18 août 2015;69(6):1715-25.
76. Blair EW, Woolley S, Szarek BL, Mucha TF, Dutka O, Schwartz HI, et al. Reduction of Seclusion and Restraint in an Inpatient Psychiatric Setting: A Pilot Study. *Psychiatr Q*. mars 2017;88(1):1-7.
77. Putkonen A, Kuivalainen S, Louheranta O, Repo-Tiihonen E, Ryyänen O-P, Kautiainen H, et al. Cluster-Randomized Controlled Trial of Reducing Seclusion and Restraint in Secured Care of Men With Schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 1 sept 2013;64(9):850-5.

78. Molodynski A, Khazaal Y, Callard F. Coercion in mental healthcare: time for a change in direction. *BJPsych Int.* févr 2016;13(1):1-3.
79. Aguilera-Serrano C, Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Moreno-Küstner B, Mayoral-Cleries F. Variables Associated With the Subjective Experience of Coercive Measures in Psychiatric Inpatients: A Systematic Review. *Can J Psychiatry.* févr 2018;63(2):129-44.
80. Flammer E, Steinert T. [Impact of the Temporaneous Lack of Legal Basis for Involuntary Treatment on the Frequency of Aggressive Incidents, Seclusion and Restraint among Patients with Chronic Schizophrenic Disorders]. *Psychiatr Prax.* juill 2015;42(5):260-6.
81. Højlund M, Høgh L, Bojesen AB, Munk-Jørgensen P, Stenager E. Use of antipsychotics and benzodiazepines in connection to minimising coercion and mechanical restraint in a general psychiatric ward. *Int J Soc Psychiatry.* mai 2018;64(3):258-65.
82. Nijman HL, aCampo JM, Ravelli DP, Merckelbach HL. A tentative model of aggression on inpatient psychiatric wards. *Psychiatr Serv Wash DC.* juin 1999;50(6):832-4.
83. Nielsen LD, Gildberg FA, Bech P, Lange Dalgaard J, Munksgaard G, Hounsgaard L. Forensic mental health clinician's experiences with and assessment of alliance regarding the patient's readiness to be released from mechanical restraint. *Int J Ment Health Nurs.* 16 déc 2016;

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de recueil de données

DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

Numéro du Patient :
(IEP : correspondant au « séjour » du patient)

Sexe : Masculin Féminin

Année de naissance : |_|_|_|_|_|

Date d'admission dans l'unité : |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Unité où est réalisée la mesure de contention physique :

- Unité d'admission
- Unité de suite/unité de séjour long
- UMD
- UHSA
- Service d'urgences psychiatriques
- Autre unité

Modalité d'hospitalisation :

- Hospitalisation libre
- Soins à la demande d'un tiers
- Péril imminent
- Soins sur décision d'un représentant de l'état

Lieu de provenance des patients :

- Transfert autre établissement
- Urgences
- Lieu de vie
- Etablissement pénitentiaire
- Autre

CARACTERISTIQUES CLINIQUES ET DIAGNOSTIQUES :

Diagnostic principal ; CIM10 :

Antécédent d'exposition à une mesure de contention physique Oui Non Ne sait pas

CARACTERISTIQUES EN LIEN AVEC LA MESURE DE CONTENTION PHYSIQUE :

Début horodaté de la mesure de la contention physique :

Motif principal de la mesure de contention (un item) :

- Passage à l'acte hétéro-agressif
- Menace de passage à l'acte hétéro-agressif
- Passage à l'acte auto-agressif
- Menace de passage à l'acte auto-agressif
- Destruction d'objet
- Agitation
- Risque de fugue
- Autre

Présence médicale physique lors de la mise en œuvre de la mesure :

- Oui, médecin sénior de l'unité
- Oui, médecin sénior de garde ou d'astreinte
- Oui, interne de l'unité
- Oui, interne de garde ou d'astreinte
- Non

Si absence de présence médicale physique :

- Début horodaté effectif de la mesure :
- Début horodaté de l'information et de la décision médicale de la mesure :
- Début horodaté de la prescription écrite de la mesure :

Moyens mis en œuvre de la mesure :

- Un membre
- Deux membres
- Trois membres
- Quatre membres
- Présence d'une contention ventrale

Fin horodatée de la mesure de contention :

CARACTERISTIQUES EN LIEN AVEC L'ENVIRONNEMENT DE LA MESURE DE CONTENTION PHYSIQUE :

Environnement de mise en œuvre de la mesure :

- Chambre d'isolement
- Chambre classique
- Autre

Présence d'un traitement sédatif mis en œuvre conjointement avec la mesure de contention physique :

- Oui, traitement intramusculaire
- Oui, traitement per os
- Non

Présence d'un soignant de sexe masculin : Oui Non Ne sait pas

Présence de renfort :

- Oui, renfort soignant
- Oui, agent(s) de sécurité
- Oui, agent(s) de l'administration pénitentiaire
- Non

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des variables associées à la contention par étude

Auteur, Année, Pays	Type d'étude	Nombre de patients	Variables étudiées	Résultats significatifs
Frajo-Apor et Al, 2013, Autriche (26)	Etude rétrospective sur dossiers	-559 admissions	-Sexe -Age -Diagnostic	-Diagnostic F0 -+ de 70 ans
Kodal et Al, 2018, Danemark (56)	Etude descriptive	-259 hospitalisations -114 épisodes de contention mécanique pour 20 patients	-Distribution horaire, journalière et mensuelle -Niveau du personnel (Diplôme, Expérience) -Démographie du personnel (âge, sexe) -Temps de changements d'équipe -Dotation du personnel	-Début de l'année associé à un plus haut risque de contention (p = 0,0001) -Quart du soir (OR : 1,29 / p= 0,01) -Soignant de sexe masculin (OR : 1,44 / p<0,04)

Tarsitani et Al, 2013, Italie (45)	Etude prospective	-100 patients migrants appariés à 100 patients nés en Italie sur l'âge, le sexe et le diagnostic	-Nombre d'admissions obligatoires -Taux, durée et nombre de contention -Posologie du traitement médicamenteux -Scores de gravité clinique et de fonctionnement global -Durée de séjour -1 ^{er} contact psychiatrique	-Taux de contention plus élevé dans le groupe migrants : 11 % vs 3 % (p=0,027 avec RR = 3,67 [1,05-12,7]) -Durée de séjour plus longue dans le groupe migrants (p=0,003) -1 ^{er} contact psychiatrique (p=0,007)
Taylor et Al, 2012, USA (39)	Etude rétrospective	-3585 patients non exposés -63 patients exposés plusieurs fois à l'isolement ou à la contention -110 patients exposés 1 fois	-Age -Sexe -Durée de séjour -Ethnie -Assurance de santé -Antécédent d'agression -Admission involontaire -Diagnostic	Pour multiples expositions : -Sexe masculin (p=0,005) -Durée de séjour plus longue (p<0,0001) -Antécédent d'agression (p<0,001) 1 ou + exposition: -Démence (p<0,0005) -Maladie de Huntington -Retard mental -Admission involontaire

Guzman- Parra et Al, 2016, Espagne (27)	Etude rétrospective	-71 patients exposés plus d'1 fois comparés à 103 patients exposés 1 fois	-Age -Sexe -Nationalité -Etat civil -Diagnostic -Durée de séjour cumulée et durée de séjour -Réadmission dans les 30 jours d'une précédente hospitalisation -Statut d'admission volontaire ou non -Hospitalisation programmée ou non	-Age plus jeune (p=0,033) -Durée cumulée de séjour plus longue (p=0,001) -Durée de séjour (p=0,003) -Réadmission (p=0,024)
--	------------------------	---	---	--

Knutzen et Al, 2011, Norvège (37)	Etude rétrospective cas-témoins	-375 patients isolés ou contentionnés	-374 témoins	-Age -Sexe -ATCD d'immigration -Lieu de résidence -Statut d'admission -Diagnostic -Durée de séjour -Nombre d'admission	-Sexe masculin (p=0,021) -Age jeune (p= 0,008) -ATCD d'immigration (p=0,025) -Lieu de résidence hors de la zone desservie (p=0,021) -Statut involontaire (p<0,001) -Diagnostic de trouble lié à l'usage de substance (p=0,021), schizophrénie (p<0,001), trouble bipolaire (p=0,004) -Durée de séjour plus longue (p<0,001) -Nombre d'admissions (p<0,001)
					Après ajustement de l'âge, du sexe, du lieu de résidence et de l'ATCD d'immigration : -Durée de séjour supérieur à 16 jours (p<0,001) -Nombre d'admissions supérieur à 2 (p<0,001) -Statut involontaire (p<0,001) -Trouble de la personnalité, trouble lié à l'usage de substance, trouble psychotique (p<0,001)

Andersen et Al, 2016, Danemark (42)	Etude rétrospective	-235 patients admis dont 66 exposés à une mesure coercitive (contention mécanique et physique, médication forcée)	-Age -Sexe -Diagnostic -Patients étrangers -Statut d'admission -Contact avec les services de santé mentale -1 ^{er} contact avec les services de santé mentale -Lieu de résidence -Intoxication aiguë par des substances	-Contact avec les services de santé mentale, facteur protecteur ($p < 0,05$) -Intoxication aiguë ($p < 0,001$) -Admission involontaire ($p < 0,001$)
--	---------------------	---	--	--

Hotzy et Al, 2018, Suisse (47)	Etude rétrospective	-612 patients admis involontairement -Etude sur les mesures coercitives incluant l'isolement, la contention mécanique et la médication forcée	-Sexe -Age -Motif d'admission -Traitement médicamenteux (benzodiazépines, antipsychotiques et antidépresseurs) -Médecin adresseur -Intervention de la police à l'admission -Diagnostic -Durée d'hospitalisation -Nombre d'admissions	-1 % de contention soit 7 patients et 11 épisodes -Durée moyenne de 19h et durée médiane de 17h par patient -Durée moyenne de 12h par contention p<0,001 : -Trouble de la personnalité, trouble psychotique, trouble lié à l'usage d'une substance -Intervention de la police -Admission pour risque auto ou hétéro agressif -Prescription de benzodiazépines et d'antipsychotiques plus élevée -Durée d'hospitalisation plus longue -Nombre d'admissions plus élevé
--	------------------------	--	--	---

Dazzi et Al, 2017, Italie (41)	Etude rétrospective	-1552 patients admis dont 157 exposés à la contention mécanique soit 10,1 %	-Sexe -Age -Nationalité -Proposition d'admission involontaire -Diagnostic psychiatrique -Comorbidité (démence déficit cognitif, abus de substance) -Echelle BPRS-E -Echelle de gravité CGI-S	-Sexe masculin (p=0,007) -Age jeune (p=0,007) -Admission involontaire(p<0,001) -Score de gravité élevé (CGI-S) (p=0,001) -Score élevé sur les items résistance, activation et désorganisation de l'échelle BPRS-E (p<0,001)
Kalisova et Al, 2014, 10 pays européens (30)	Etude prospective entre juillet 2003 et octobre 2005	-2027 admissions involontaires -Etude sur les mesures coercitives incluant l'isolement, la contention et la médication forcée	-Age -Sexe -Statut professionnel -Diagnostic -Score GAF -Perception de la coercition par le patient -Echelle BPRS -Ratio personnel-patient	-38 % de patients exposés à une mesure coercitive Variable significatives : -Score BPRS (p<0,0001) pour symptômes psychotiques et hostilité -Score GAF bas (p<0,0001) -Perception de la coercition élevée par le patient (p<0,01)

Georgieva et Al, 2012, Pays-Bas (40)	Etude prospective sur 20 mois	-520 patients admis -Etude sur les mesures coercitives incluant l'isolement, la contention chimique et la contention mécanique ou physique	-Sexe -Age -Origine ethnique -Statut d'admission -ATCD de coercition -Niveau scolaire -Statut familial -Statut professionnel -Diagnostic -Score GAF -Echelle Kennedy	-14 % de patients exposés à une mesure coercitive dont 4 % à une contention mécanique lors d'un isolement Variables significatives non ajustées : -Sexe masculin (p<0,01) -Age jeune 16-30 (p<0,01) -Statut d'admission involontaire (p<0,001) -ATCD de coercition (p<0,01) -Trouble psychotique (p<0,001) -GAF < 35 (p<0,01) -Admission la nuit (p<0,05) Analyse multivariée : -Déficience psychologique sur l'échelle Kennedy (p<0,001) -Statut d'admission involontaire (p<0,001) -Défaut de coopération (p<0,01)
---	-------------------------------	---	--	--

Pawlowski et Al, 2018, Pologne (32)	Etude prospective sur un an	-1476 patients admis -Etude sur les mesures coercitives incluant la contention physique, mécanique et la médication forcée -Analyse sur 183 patients	-Sexe -Age -Diagnostic -Statut d'admission -ATCD de coercition	-Sexe masculin (p<0,000) -Age jeune (p<0,000) -Trouble mental lié à l'usage de substances (p<0,05) -Statut involontaire d'admission (p<0,000) -ATCD coercition (p<0,046)
Zhu et Al, 2014, Chine (44)	Etude rétrospective	-Analyse sur 160 patients dont 82 exposés à la contention	-Diagnostic -Agressivité un mois précédant l'hospitalisation -Age -Sexe -Statut d'admission -Statut professionnel -Niveau d'éducation -Statut familial -Traitement ambulatoire -Revenus -Nombre d'admissions -Durée de séjour	-Age plus jeune (p<0,04) -Sexe féminin (p<0,001) -Comportement agressif un mois avant l'admission (p<0,002) -Absence de traitement ambulatoire (p<0,03) -Traitement par thymorégulateur (p<0,002)

Hadi et Al, 2015, Iran (43)	Etude rétrospective	-607 patients admis et exposé à une contention physique et 421 patients admis non exposés sur un an	-Age -Sexe -Niveau d'éducation -Statut professionnel -Statut marital -Statut d'admission -Motif d'admission -ATCD d'hospitalisations -ATCD de contention -Durée de séjour aux urgences -Durée de séjour total -Quarts de travail des professionnels	-Admis pour violence (p<0,001) -Durée de séjour aux urgences et totale plus longue (p<0,001) -2,23 épisodes par patient
Dumais et Al, 2011, Canada (35)	Etude rétrospective	-2721 patients admis	-Age -Sexe -Diagnostic -Durée de séjour	-17,5 % de contention mécanique (476 patients) -Age plus jeune (p<0,001) -Trouble bipolaire (p<0,001) -Trouble de la personnalité (p<0,001) -Durée de séjour plus longue (supérieur à 6 mois) (p<0,001)

De Benedictis et Al, 2011, Québec (57)	Etude descriptive analytique	-Questionnaire auprès de 309 membres du personnel de 8 hôpitaux psychiatriques	-Type d'hôpital (universitaire ou non) -Type d'unité (urgence, soins intensifs ou unité standard) -Sexe du soignant -Ethnie des soignants -Religion -Echelle de perception de l'agression -Perception de l'interaction entre les membres du personnel -Formation à la gestion de la violence -Perception des mesures de sécurité suffisantes ou non au travail	-Plus grande expression de la colère et de l'agressivité au sein de l'équipe (p<0,011) -Service d'urgences ou soins intensifs (p<0,004) -Perception d'une agression contre soi plus élevée (p<0,001)
---	------------------------------------	--	---	--

Simpson et AI, 2014, USA (34)	Etude rétrospective dans le service d'urgences psychiatriques pour 3669 patients -Etude sur l'isolement et la contention	-5335 consultations dans le service d'urgences psychiatriques pour 3669 patients -Etude sur l'isolement et la contention	-Heure d'admission -Arrivée patient contenu ou non -Diagnostic -Sévérité des symptômes -Sexe -Age -Fréquence cardiaque -ATCD de contention les 7 jours précédents -Consommation de substances -Adresseur aux urgences	-14 % des patients contenus ou isolés Analyse multivariée : -Adressé par la police ou autrui ($p<0,01$) -Patient arrivé contenu ($p<0,01$) -Heure d'arrivée entre 19 heures et 00h59 -Défaut d'insight ($p<0,01$) -Forte perturbation (hostilité, agressivité, non coopération, désorganisation) ($p<0,01$) -Symptômes psychotiques sévères ($p<0,01$) -Trouble bipolaire (manie ou épisode mixte) ($p<0,046$) Facteurs protecteurs : -Forte suicidalité ($p<0,04$) -Dépression ($p<0,04$)
--	---	--	--	---

Kuivalainen et Al, 2017, Finlande (62)	Etude rétrospective	-707 patients admis	-Variation des incidents violents selon les mois et les saison -Variation de l'isolement et de la contention selon les mois et les saisons	-2057 incidents violents -Aucune variation saisonnière ou mensuelle des incidents violents -Taux d'isolement et de contention plus faible en janvier et en hiver (p<0,001)
Lay et Al, 2011, Suisse (38)	Etude rétrospective	-9698 patients admis dont 625 isolés ou contenus -Sur 6 hôpitaux en 2007	-Sexe -Age -Diagnostic -Niveau d'éducation -Statut professionnel -Nationalité -Lieu de résidence -Sévérité des troubles -Durée moyenne de séjour -Nombre de lits par hôpital -Taux d'occupation des lits -Nombre de patients-jours par équipe d'infirmiers	-6,4 % des patients isolés ou contenus Variables significatives (p<0,01): -Sexe masculin -Age jeune -Trouble organique ou retard mental -Trouble psychotique -Trouble de la personnalité -Sévérité des troubles -Charge de travail légère pour l'équipe -Un faible nombre de lits d'hospitalisation

Reitan et Al, 2018, Norvège (33)	Etude rétrospective	-19283 patients admis dont 324 contenus mécaniquement ou pharmacologiquement dont 59,2 % de contention mécanique -1 hôpital sur 8 ans (2004-2011)	-Sexe -Age -Diagnostic -Statut d'admission -Date et heure de la contention -Saison	<p>Pour les 2 types de contention :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sexe masculin (p=0,011) -Age jeune (p<0,001) -Diagnostic de schizophrénie ou trouble de l'humeur (p=0,003) -Statut involontaire (p<0,001) -Plutôt la journée (p=0,007), 60 % entre 12h et 00h -Variation saisonnière (p=0,043) <p>Variables associés à la contention mécanique comparativement à la contention pharmacologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Sexe masculin (p=0,028) -Age jeune (p=0,002) -Schizophrénie (p=0,06) -Trouble mental d'origine organique (p=0,005) -Plutôt l'été
---	---------------------	---	---	--

Knutzen et Al, 2014, Norvège (66)	Etude rétrospective (1 ^{er} janvier 2004-31 décembre 2005)	-3365 patients admis -371 patients exposés à une contention mécanique ou pharmacologique	-Age	-55,8 % exposés une fois
			-Sexe	
			-Diagnostic	-35,1 % exposés entre 2 et 5 fois
			-Statut d'admission	-9,1 % exposés 6 fois ou plus représentant 39,2 % de tous les épisodes
			-Durée de séjour	
			-Nombre d'admissions	
			-Origine ethnique	
			-Hors secteur ou non	Variables associées à une fréquence élevée d'épisodes (6 ou plus) :
				-Age jeune (p=0,035)
				-Nombre élevé d'admissions (p<0,001)
				-Durée de séjour plus longue (p=0,01)
				-Age supérieur à 49 ans (OR = 0,094, p=0,024)
				-3 admissions ou plus (OR = 3,064, p=0,014)
				-Durée de séjour entre 16 et 279 jours (OR = 3,126, p=0,048)

Knutzen et Al, 2013, Norvège, (49)	Etude rétrospective (1 ^{er} janvier 2004-31 décembre 2005)	-3365 patients admis -371 patients exposés à une contention mécanique ou pharmacologique	-Age -Sexe -Diagnostic -Statut d'admission -Durée de séjour -Nombre d'admissions -Origine ethnique -Hors secteur ou non	<p>-82,5 % de contention mécanique dans les patients exposés dont 47,2% de contention mécanique seule et 35,3 % de contention mécanique associée à une contention pharmacologique</p> <p>-Durée médiane de 5,6 heures de contention mécanique</p> <p>Contention mécanique (vs pharmacologique) :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Age jeune (p<0,001) -Sexe masculin (p<0,001) -Agression (p<0,001) -Durée plus courte si contention mécanique seule (p=0,018) -Durée plus courte chez les femmes (ajustée, p=0,001) -Plus de contention mécanique seule si statut volontaire d'admission (p=0,023) et troubles de la personnalité (p<0,001) -Association des 2 types si hétéroagressivité (p=0,045)
---	---	---	--	--

Oster et Al, 2016 Australie, (36)	Etude rétrospective (2010-2011)	-18 unités de psychiatrie -1614 évènements d'isolement ou de contention soit 617 patients	-Age -Sexe -Distribution des évènements	-10 % des patients représentent 40 % des évènements -11 % des évènements incluait la contention -8,60 évènements pour 1000 jours-lits occupés en 2010 et 10,17 en 2011 -3,17 patients pour 1000 jours-lits occupés en 2010 et 3,98 en 2011 Variables associées : -Sexe masculin (p<0,001)
---	---------------------------------------	--	--	---

INCIDENCE ET CARACTERISTIQUES DE L'UTILISATION DE LA CONTENTION MECANIQUE DANS 11 ETABLISSEMENTS DE PSYCHIATRIE EN OCCITANIE

Contexte : D'après plusieurs rapports, le recours à la contention serait en recrudescence en France. Un cadre législatif est alors créé en janvier 2016 officialisant une politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention. Cependant, la revue de la littérature scientifique internationale retrouve très peu d'études françaises publiées, ce qui reflète l'absence de données objectives en France sur l'utilisation de la contention en psychiatrie. **Méthode :** Cette thèse propose une étude prospective descriptive et analytique. L'objectif de cette étude est de calculer l'incidence du recours à la contention mécanique sur la période du 02/11/2016 au 02/11/2017 dans onze établissements de santé en psychiatrie de la région Occitanie et d'évaluer les caractéristiques du recours à la contention. **Résultats :** L'incidence des patients exposés à la contention mécanique est de 2,5 % des patients admis en hospitalisation. Le recours à la contention est significativement plus fréquent dans le service d'urgences psychiatriques avec une incidence à 6,9 %. Les durées moyenne et médiane d'exposition à la contention sont de 16,5 heures et 5,0 heures. Les patients exposés sont significativement plus jeunes, d'un âge entre 18 et 29 ans, plus souvent de sexe masculin et hospitalisés sans consentement. Ils souffrent plus fréquemment d'un trouble bipolaire, d'un trouble psychotique (schizophrénie, trouble schizotypique, troubles délirants) ou d'un trouble de personnalité. **Conclusion :** Ces résultats apportent pour la première fois des connaissances sur la pratique de la contention mécanique en France. Il semble nécessaire de poursuivre le suivi quantitatif de cette pratique par un observatoire et de développer des stratégies alternatives.

Incidence and characteristics of the use of mechanical restraint in 11 psychiatric hospitals in Occitania, France.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : contention mécanique, psychiatrie adulte, incidence, épidémiologie

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Raphaël CARRE