

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2020

2020 TOU3 1514

THÈSE

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

Présentée et soutenue publiquement

par

DA SILVA Pierre

le 18 Mars 2020

**Prévalence des mesures de contention et de mise en chambre
d'isolement chez les mineurs en services de pédopsychiatrie et aux
urgences**

Directeur de thèse : Dr Ivan GICQUEL

JURY

Monsieur le Professeur RAYNAUD Jean-Philippe	Président
Monsieur le Professeur ARBUS Christophe	Assesseur
Monsieur le Professeur BIRMES Philippe	Assesseur
Monsieur le Docteur GICQUEL Ivan	Assesseur
Monsieur le Docteur HENRY Marc	Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BRASSAT David	Neurologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-entéro	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Biologie du développement
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque		
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.		
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	P.U. Médecine générale	
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. OUSTRIC Stéphane (C.E)	
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Professeur Associé Médecine générale	
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. ABITTEBOUL Yves	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	Professeur Associé en Neurologie	
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Mme PAVY-LE TRAON Anne	
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence	Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière	
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	Mme MALAVAUD Sandra	
M. MALAVAUD 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. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
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. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépatogastro-entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépatogastro-entérologie		

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe Psychiatrie
M. ACAR Philippe Pédiatrie
M. ACCADBLE Franck Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E) Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E) Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E) Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E) Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E) Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E) Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E) Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud Rhumatologie
M. COURBON Frédéric Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric Hématologie
M. DELOBEL Pierre Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E) Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E) Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E) Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E) Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E) Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prév.
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E) Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E) Endocrinologie
M. HUYGHE Eric Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E) Néphrologie
M. LARRUE Vincent Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E) Biochimie
M. MALECAZE François (C.E) Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette Dermatologie
M. MINVILLE Vincent Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Philippe Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E) Nutrition
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

M. AUSSEIL Jérôme Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine Parasitologie
M. BOUNES Vincent Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane Pédiatrie
Mme FARUCH-BILFELD Marie Radiologie et Imagerie Médicale
M. FAGUER Stanislas Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio Chirurgie Plastique
M. GATIMEL Nicolas Médecine de la reproduction
Mme LAPRIE Anne Radiothérapie
M. LAURENT Camille Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric Génétique
M. MARCHEIX Bertrand Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein Réanimation
M. SOLER Vincent Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia Gériatrie 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

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre
M. STILLMUNKES André

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
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. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOIT Fabrice	Médecine Légale
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
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 FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOULAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila
Dr. BOUSSIER Nathalie

REMERCIEMENTS

A notre président du jury, le Pr Jean-Philippe RAYNAUD,

Merci de nous faire l'honneur de présider ce jury. Je vous suis reconnaissant de l'intérêt et de l'implication que vous avez portée à ce projet de recherche. Merci également pour votre bienveillance et votre enseignement, ainsi que de vos conseils tout au long de mes études. Ce sera un honneur de travailler à vos côtés.

Au Pr Christophe ARBUS,

C'est un honneur de pouvoir vous compter parmi notre jury. Merci de l'intérêt que vous portez à cette thèse. Merci également de votre implication auprès des internes, et de l'enseignement dont vous nous avez dispensés.

Au Pr Philippe BIRMES,

Je vous suis reconnaissant d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Je vous remercie de votre présence et de l'intérêt que vous portez à cette thèse. Merci également pour votre enseignement.

A notre directeur de thèse, le Dr Ivan GICQUEL,

Je vous suis reconnaissant de m'avoir permis de réaliser ce travail de recherche à vos côtés. Merci pour votre patience et vos réflexions précieuses pour ce projet. Malgré les retards dans la dead-line nous allons pouvoir mener à bout cette étude.

Au Dr Marc HENRY,

Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Je te remercie pour l'intérêt que tu portes à cette thèse, et de tes conseils pour la suite. Ce sera un honneur de pouvoir travailler à tes côtés.

Au Dr François Olivier, merci d'avoir soutenu et de m'avoir guidé sur le lancement de ce projet. Un grand merci pour tout le travail et le temps passé sur cette étude.

Aux membres du Creai-ORS, plus particulièrement à Mr Guillaume SUDERIE, merci pour vos précieux conseils et votre implication dans cette recherche.

A l'institut de mathématique, et plus particulièrement à Mr Sébastien DEJEAN, merci d'apporter votre contribution et votre aide à ce projet.

A Alexandrine SALIS, chargée de recherche à la FERREPSY, merci de ta participation et de ton soutien dans cette étude. Tu as été d'une aide précieuse, et ta réactivité a été exemplaire.

Aux autres membres de la FERREPSY, merci également pour votre participation et votre aide.

Aux référents de l'étude, aux équipes, aux médecins DIM et aux directeurs des différents établissements qui ont participé à l'étude, tout d'abord merci d'avoir répondu à mes nombreux appels, et enfin merci d'avoir porté un intérêt à ce projet, et d'avoir accepté de participer, sans quoi cette étude n'aurait pas pu avoir lieu.

Remerciements personnels

A toute l'équipe du Centre de Thérapie Brève, merci de m'avoir accueilli lors de mes premiers pas, d'avoir eu la patience et l'intelligence de m'apprendre les bases d'un bon soignant en psychiatrie, et d'avoir pu partager des moments humains avec vous.

A toute l'équipe de l'UF4, merci de m'avoir accompagné dans ce début d'internat, et de m'avoir transmis l'envie de continuer dans la psychiatrie.

A toute l'équipe de Rodez, merci de m'avoir fait découvrir le monde de la pédopsychiatrie, et toutes ces richesses, ainsi que l'Aveyron, son aligot, son froid, et son bowling. Spéciale dédicace à tous les internes avec qui j'ai partagé ce semestre.

A toute l'équipe de l'UF3, merci pour votre accueil, et votre légèreté au quotidien, ainsi que tous les moments passés ensemble en dehors du travail.

A toute l'équipe de un chez soi d'abord, merci de m'avoir fait voyager dans tous les recoins de Toulouse, de m'avoir imprégné de la notion de rétablissement, d'avoir partagé votre bonne humeur, votre joie de vivre, et une bonne partie de la coupe du monde de foot. Et un grand merci de m'avoir permis de reprendre la guitare.

A toute l'équipe de la liaison pédopsychiatrique, merci de m'avoir fait découvrir ce travail passionnant de liaison avec les pédiatres, votre patience, et votre finesse clinique.

A toute l'équipe douleur, merci de m'avoir permis de revêtir la double casquette d'interne en pédiatrie/interne en psychiatrie, de garder la bonne humeur même dans les moments difficiles, et merci à Agnès pour tes innombrables mets que tu apportais à l'équipe, véritable soutien au quotidien.

A toute l'équipe de Boris Vian, merci d'avoir été compréhensif sur mes longs moments dans le bureau passés à travailler cette thèse, à votre bonne humeur et tous ces moments à déguster de bonnes choses dans la salle de repos.

Merci à tous mes co-internes, Mathilde, Gabrielle, Damien, Laurie, Thibault, Gaël, Aurélie, avec qui les stages devenaient plus doux et plus vivants, et avec qui nous avons pu décompresser et rigoler.

Merci à mes parents, à ma sœur, qui depuis la première année ont cru en moi, ont su être présents et soutenant, ont fait preuve d'une disponibilité incommensurable, je ne les remercierai jamais assez.

Merci mes amis de Albi, Guillaume, Théo, Jean-loup, et Pierre, d'avoir été présents toutes ces années, d'avoir pu maintenir cette superbe amitié que nous avons, et d'avoir partagé tant de moments géniaux, dingues, et inoubliables.

Merci à tous mes amis de Limoges, Christopher, Maxime, Raphael, Louis, Slim, Margaux, et tous les autres, avec qui j'ai découvert la médecine, et cette superbe région qu'est le Limousin (oui oui!), nous avons partagé ces années d'externat dans la joie, et l'humeur carabine.

Merci à mes colocataires et amis, Thomas, Gabriel, Arthur, (et Bernard), pour tous ces superbes moments de convivialité, de partage d'intimité, et tous les autres moments aussi. Les mauvaises journées s'effaçaient dès lors que je mettais les pieds dans cet appartement.

Merci à tous les amis de Toulouse, Maxime, Quentin, Kevin, Edouard, Le bon Ed, Ines, Adrien, Charlotte, Lucas, et tous les autres, pour toutes ces années et tous ces bons moments.

Merci à tous les phénoménologues, qui m'ont fait découvrir cette superbe discipline, qui reste encore à ce jour assez obscur pour moi, mais qui me permet de m'évader et de m'apporter de précieux atouts cliniques, et d'avoir expérimenté à plusieurs reprises le FESTUM.

Merci à Lydie, pour tout le soutien et l'affection que tu m'apportes, de pouvoir me supporter au quotidien, et j'espère que l'on partagera encore pleins de moments ensemble.

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIÈRES	9
LISTE DES ANNEXES	11
ABREVIATIONS	12
ILLUSTRATIONS	13
ABSTRACT	15
INTRODUCTION	16
PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE	18
1. MÉTHODOLOGIE.....	18
2. DÉFINITIONS	18
2.1. <i>En France</i>	19
2.1.1. <i>Contention</i>	19
2.1.2. <i>Isolement</i>	20
2.1.3. <i>L'espace d'isolement</i>	20
2.1.4. <i>L'espace d'apaisement</i>	21
2.2. <i>Dans le reste du monde</i>	22
2.2.1. <i>Contention mécanique</i>	22
2.2.2. <i>Contention physique</i>	23
2.2.3. <i>Isolement</i>	24
2.2.4. <i>Au total</i>	28
3. PRÉVALENCE DE L'UTILISATION DE CES MESURES.....	28
3.1. <i>En France</i>	28
3.2. <i>En Finlande</i>	29
3.3. <i>Aux Etats-Unis</i>	30
3.4. <i>En Australie</i>	33
3.5. <i>En Nouvelle Zélande</i>	34
3.6. <i>En Norvège</i>	34
3.7. <i>Population spécifique : patients exposés à un nombre élevé de mesures.</i>	35
3.8. <i>Répartition des mesures restrictives</i>	36
4. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PATIENTS	38
4.1. <i>Age</i>	40
4.2. <i>Sexe</i>	41
4.3. <i>Origine ethnique</i>	42
5. CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET DIAGNOSTIQUES DES PATIENTS	43
5.1. <i>Diagnostic</i>	43
5.2. <i>Durée du séjour</i>	47
5.3. <i>Antécédents</i>	48
6. CARACTÉRISTIQUES EN LIEN AVEC LA MESURE RESTRICTIVE	49
6.1. <i>Motif du recours à la mesure</i>	49
6.2. <i>Durée des mesures de restrictions</i>	51
6.3. <i>Période de la journée, et de l'hospitalisation où est réalisée la mesure</i>	54
7. MÉSURES ALTERNATIVES	55
8. ASPECT LÉGISLATIF.....	57
8.1. <i>Le rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté de 2013 (1)</i>	58
8.2. <i>La loi de modernisation du système santé de 2016 (2)</i> :	59
8.3. <i>Le rapport du CGLPL de 2017 (3;5)</i> :	60
8.4. <i>Les recommandations de bonne pratique de l'HAS de 2017 (4)</i>	62
DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL EXPLORATOIRE	65
1. PROBLÉMATIQUE.....	65
2. MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	66

2.1.	<i>Définitions.....</i>	66
2.2.	<i>Objectifs et critères de jugement de l'étude.....</i>	66
2.3.	<i>Site de l'étude.....</i>	67
2.4.	<i>Population de l'étude.....</i>	69
2.4.1.	<i>Critères d'inclusion.....</i>	69
2.4.2.	<i>Critères de non inclusion.....</i>	69
2.5.	<i>Recueil de données.....</i>	69
2.6.	<i>Description des variables recueillies.....</i>	71
2.6.1.	<i>Données relatives aux services.....</i>	71
2.6.2.	<i>Données sociodémographiques et administratives.....</i>	71
2.6.3.	<i>Données cliniques et diagnostiques.....</i>	72
2.6.4.	<i>Modalités de prise en charge de(s) la mesure(s) de restriction.....</i>	72
2.6.5.	<i>Mesures alternatives.....</i>	73
2.7.	<i>Circuit des données et méthode de protection de leur confidentialité.....</i>	73
2.8.	<i>Analyse statistique.....</i>	74
2.9.	<i>Conservation des documents et des données.....</i>	74
2.10.	<i>Considérations éthiques et légales.....</i>	75
2.10.1.	<i>Engagement de conformité à la « Méthodologie de référence » MR 004.....</i>	75
2.10.2.	<i>Demande d'avis au Comité d'Ethique.....</i>	75
2.10.3.	<i>Modalités d'information de la population concernée.....</i>	75
3.	DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE.....	76
	DISCUSSION.....	79
	CONCLUSION.....	83
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	85
	ANNEXES.....	88

LISTE DES ANNEXES

- **Annexe 1** – Fiche de recueil centre
- **Annexe 2** – Fiche de recueil mesures restrictives
- **Annexe 3** – Fiche de renseignement équipes soignantes
- **Annexe 4** – Fiche de renseignement familles/patients
- **Annexe 5** – Notice d'information destinée aux représentants légaux
- **Annexe 6** – Tableau récapitulatif des variables étudiées par étude

ABREVIATIONS

AERI : Aggressive Events Requiring an Intervention

ATCD(S) : Antécédent(s)

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Libertés

CH/CHU : Centre Hospitalier/Universitaire

CIM/CID : Classification Internationale des Maladies

DIM : Département Information Médicale

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

FERREPSY : Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale

GAF : Global Assessment of Functioning

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

IEP : numéro de séjour du patient

IDE : Infirmière Diplômée d'Etat

JLD : Juge des libertés et de la détention

PAHA/PAA : Passage à l'Acte Hétéro-Agressif ou Auto-Agressif

PTSD : Post-Traumatic Stress Disorder

CREAI-ORS : Centre Régional d'Etudes, d'Actions et d'Information, Observatoire régional de la santé

SRU : Seclusion and Restrain Use

TDHA/ADHD : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TED : Trouble Envahissant du Développement

TSA : Trouble du Spectre Autistique

ILLUSTRATIONS

Tableaux :

- [Tableau 1](#) : Equivalence des définitions des mesures entre les articles et l'HAS
- [Tableau 2](#) : Récapitulatif des taux de prévalences des mesures de restrictions par étude
- [Tableau 3](#) : Données sociodémographiques de la population admise par étude
- [Tableau 4](#) : Récapitulatif du profil diagnostique
- [Tableau 5](#) : Récapitulatif des motifs de recours aux mesures de restriction
- [Tableau 6](#) : Récapitulatif des durées des mesures de restriction

Figure :

- [Figure 1](#) : Circuit des données

RESUME

Prévalence des mesures de contentions et de mise en chambre d'isolement chez les mineurs en service de pédopsychiatrie et aux urgences

Contexte : Ces dernières années, plusieurs rapports constatent une recrudescence des pratiques de contention et d'isolement. Les données dans la littérature internationale retrouvent une seule étude Française étudiant les mesures d'isolement en pédopsychiatrie, rendant nécessaire l'objectivation de la pratique de ces mesures de restriction en France.

Méthodes : Cette thèse propose donc une revue de la littérature internationale des pratiques de contention mécanique, physique, et de mise en chambre d'isolement ainsi que le protocole de la recherche que nous avons mis en place qui étudie la prévalence de ces mesures en Occitanie. Il s'agit d'une étude prospective, multicentrique, descriptive, et analytique s'effectuant du 25/02/2020 au 25/02/2021.

Résultats : Les différentes études retrouvent un taux de prévalence des mesures de restrictives allant de 6.5 à 40 %. Ces mesures sont plus fréquemment associées à une population masculine, en majorité avec un diagnostic de trouble psychotique, de troubles des conduites/troubles oppositionnels, ou de TDAH, et à une durée d'hospitalisation plus longue. Elles surviennent plus fréquemment le soir, et en cas d'agitation, de passage à l'acte auto et/ou hétéro-agressif, et de conduites suicidaires. La mise en place de notre étude a permis de constater une hétérogénéité des pratiques d'un service à l'autre, le manque d'utilisation d'un registre de recueil spécifique à ces mesures, et la difficulté de certaines équipes à saisir une définition commune de la contention physique.

Conclusion : Notre étude permet de réaliser un premier état des lieux des pratiques de contention physique et mécanique, et de mise en chambre d'isolement en pédopsychiatrie en France. Il semble nécessaire de poursuivre les recherches sur un plan qualitatif et de développer l'étude et l'usage des stratégies alternatives

ABSTRACT

Prevalence of restraint and seclusion in child psychiatric and emergency units

Context : In recent years, several reports have noted an increase in restraint and seclusion practices. Data in international literature shows a single French survey studying seclusion in child psychiatry, making it necessary to objectify the practice of these restrictive measures in France.

Methods: This thesis therefore proposes a review of the international literature on mechanical, physical restraint and seclusion practices as well as the research protocol that we have implemented which studies the prevalence of these measures in Occitania. It is a prospective, multicentric, descriptive, and analytical study carried out from 2/25/2020 to 2/25/2021.

Results : The various studies find a rate of prevalence of restrictive measures ranging from 6.5 to 40%. These measures are more frequently associated with a male population, the majority of whom are diagnosed with a psychotic disorder, conduct/oppositional disorder, or ADHD. They arise more frequently the evening, in case of agitation, auto or hetero-aggressive acts, and suicidal behavior. The implementation of our study made it possible to note a heterogeneity of practices from one service to another, the lack of use of a specific register to these measures, and the difficulty of certain teams in grasping a common definition of physical restraint.

Conclusion : Our study makes a first inventory of the practices of physical, mechanical restraint, and seclusion in child psychiatry in France. It seems necessary to continue research on a qualitative level and to develop the study and use of alternative strategies.

INTRODUCTION

La question de la violence et de sa prise en charge en psychiatrie est depuis quelques années un sujet de débat qui s'étend à la sphère politique et juridique. Celle-ci a surtout été développée en psychiatrie adulte, mais elle reste à ce jour très peu abordée en pédopsychiatrie.

En psychiatrie adulte, les professionnels de santé mentale semblent rapporter ces dernières années un accroissement des violences et des pratiques de contention et d'isolement au sein de leurs établissements (1). Face à celles-ci, le recours à la contention et à la mise en chambre d'isolement est questionné dans sa pertinence clinique ainsi que sous l'angle juridique de la restriction des libertés.

En effet le contrôleur général des lieux de privation de libertés (CGLPL) a pointé dès 2013, que l'utilisation de ces mesures constitue une restriction majeure à la liberté individuelle et doit donc rester exceptionnelle et limitée dans le temps. Sa mise en œuvre implique le respect de la dignité, de la sécurité, du confort du patient et nécessite une surveillance clinique attentive.

Dans la lignée de ce rapport de 2013, la loi de modernisation de la santé de 2016 donne un cadre juridique spécifique aux recours à l'isolement et la contention. Définies comme des « *pratiques de dernier recours* », elles sont uniquement destinées à « *prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée* » (2).

Cette loi exige notamment un recensement de ces mesures au sein d'un registre garantissant ainsi leur traçabilité, avec la production d'un rapport annuel.

La HAS a par la suite publié en 2017, à partir du rapport du CGLPL témoignant des pratiques de contention et de mise en chambre d'isolement dans les différents établissements de santé (3), une recommandation de bonne pratique s'appuyant sur cette loi de modernisation en 2016 (4).

Lors de sa visite dans les différentes structures, le CGLPL a constaté que la question des soins aux mineurs était particulièrement délicate. Les hospitalisations en milieu pédopsychiatrique peuvent être totalement imposées par un tiers sans qu'ils bénéficient des garanties reconnues en matière de soins sous contraintes,

notamment l'intervention d'un juge des libertés. L'institution s'en remet à l'autorité parentale. Parce que les mineurs hospitalisés sont particulièrement vulnérables, l'interrogation des droits des enfants et des parents dans leurs rapports avec l'hôpital et avec les autorités, avait été soulevée (5).

Ces dernières années plusieurs travaux de recherches sur la contention chez l'adulte ont été publiés, en collaboration avec la FERREPSY, à partir de trois thèses de médecine (6–8).

A notre connaissance, il n'existe à l'heure actuelle dans la littérature française, qu'une seule étude quantitative portant sur la prévalence des mesures d'isolement en milieu pédopsychiatrique (9). Aucune ne porte sur l'étude chiffrée de l'utilisation des mesures de contention.

Il semble indispensable d'établir, dans un premier temps de façon régionale, un recueil de ces données, et d'en apprécier la prévalence. C'est dans ce contexte que ce travail de thèse s'est mis en place. Il s'inclue dans un projet de recherche sur la contention et la mise en chambre d'isolement soutenue par la FERREPSY (10) et l'Observatoire régional de la santé (ORS).

Au cours de l'année dernière, nous avons ainsi mis en place le protocole de notre étude sur ces mesures restrictives, et effectuer le recrutement des différents centres sur la région Occitanie. Nous avons donc pu proposer aux équipes soignantes participantes un recueil prospectif de ces événements afin de décrire et d'apprécier l'utilisation de la contention et de la mise en chambre d'isolement sur 12 mois d'activités.

Une approche qualitative permettra de compléter cette approche secondairement. Nous présenterons d'abord les données épidémiologiques de ces mesures, disponibles dans la littérature médico-scientifiques, puis nous détaillerons le protocole de recherche mis en place. Les résultats de l'étude seront présentés lors d'un autre travail de thèse compte tenu de la date du lancement de l'étude.

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE

1. Méthodologie

Cette revue de la littérature a été effectuée en utilisant les articles disponibles sur PubMed, googlescholar, CAIRN, et Cochrane. Les mots-clefs utilisés étaient : restraint, seclusion, pediatric, psychiatric, children.

Les articles sélectionnés recouvraient la période entre 2000 à 2019, et ont été sélectionnés selon la pertinence de leur titre et de leur résumé. Les articles précédant les années 2000 n'ont pas été sélectionnés car la plupart d'entre eux étaient déjà inclus dans les recherches ultérieures. Les références de certains de ces articles, ont permis d'élargir et d'améliorer nos recherches.

L'objectif principal de notre étude portant sur la prévalence des mesures restrictives, la sélection finale des articles s'est donc basée sur la recherche des mots-clefs sus cités ainsi que sur la présence d'une mesure chiffrée des événements de contention et d'isolement permettant de quantifier ces pratiques (prévalence, incidence, autre).

Un total de 14 articles répondait à la totalité de ces critères.

Certains articles ne comprenant pas de mesure de taux d'incidence ou de prévalence ont néanmoins été inclus, permettant ainsi d'élargir les données portant sur les objectifs secondaires de notre étude (données sociodémographiques, cliniques, diagnostiques, et environnementales).

2. Définitions

Il apparaît que les définitions peuvent différer d'une étude à l'autre, d'un pays à l'autre, d'une période donnée à une autre, et même au sein d'un même pays.

Pour uniformiser les différentes données, nous nous sommes référés aux définitions de la HAS (4) concernant les mesures de contention, de chambre d'isolement, et de chambre d'apaisement.

Dans cette thèse, nous emploierons le terme général "contention", pour évoquer à la fois la contention mécanique et la contention physique.

Nous emploierons le terme de "mesures de restrictions" ou "mesures restrictives" pour définir l'ensemble des mesures de contention (physique et mécanique) et d'isolement.

2.1. En France

Il existe plusieurs types de mesures de contention, notamment la contention mécanique, physique ou chimique.

Cette étude s'intéresse principalement aux mesures de contention physique et mécanique. La contention chimique, parfois appelée sédation, sera évoquée comme une mesure associée ou alternative à celles-ci.

L'isolement et la contention mécanique sont des mesures de protection limitées dans le temps pour prévenir une violence imminente sous-tendue par des troubles mentaux. Elles s'inscrivent dans le cadre d'une démarche thérapeutique. Elles ne doivent être utilisées qu'en dernier recours après échec des mesures alternatives de prise en charge.

L'HAS parle « d'espace d'apaisement » (communément appelé chambre d'apaisement) comme mesure alternative à l'isolement.

2.1.1. Contention

2.1.1.1 - Contention physique (manuelle)

« Maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique » (4).

A comprendre comme l'absence d'usage d'un quelconque outil (draps, sangle, attaches, etc.), par opposition à la contention mécanique.

2.1.1.2 - Contention mécanique

« Utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui » (4).

2.1.2. Isolement

« Placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté » (4).

2.1.3. L'espace d'isolement

« Il est recommandé que la mesure d'isolement soit faite dans un espace prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural.

L'absence de tout objet dangereux est vérifiée dans l'espace d'isolement ainsi que sur le patient. En cas d'existence d'un objet dangereux, les mesures adaptées sont prises.

Il doit respecter l'intimité et la dignité du patient et permettre le repos et l'apaisement.

La disponibilité de la chambre du patient est assurée à tout moment. Il est recommandé que l'espace d'isolement :

- Soit suffisamment grand pour permettre d'accueillir le patient et un nombre suffisant de soignants ;
- Bénéficie d'un accès aux toilettes et à la douche ;

- Soit entretenu et propre ;
Soit pourvu d'équipements de qualité ne présentant pas de danger pour le patient, notamment un mobilier (lit, siège, etc.) confortable mais sécurisé et robuste ne pouvant devenir un objet dangereux ;
- Soit équipé de moyens d'orientation temporelle : heure, date, nouvelles ou informations... ;
- Permette à l'équipe d'observer et de communiquer facilement avec le patient ;
- Soit situé à proximité du bureau infirmier afin de permettre une surveillance rapprochée et dispose de deux accès ;
- Soit équipé d'un dispositif d'appel toujours accessible par le patient ;
- Soit bien isolé et ventilé avec un contrôle de la température à l'extérieur de la pièce ;
- Soit équipé d'un dispositif d'éclairage pouvant être réglé de l'extérieur pour faciliter la surveillance, mais incluant également un éclairage qui peut être contrôlé par le patient. La prise en charge du patient nécessite une surveillance physique et une interaction relationnelle qui ne peuvent être remplacées par un système de vidéosurveillance » (4).

2.1.4. L'espace d'apaisement

« L'espace d'apaisement est un lieu dédié (souvent, une pièce) dont la porte n'est pas fermée à clé. Il est conçu pour procurer un espace de faible stimulation afin de diminuer la tension interne d'un patient et de les aider à retrouver leur calme lorsqu'ils reconnaissent les signes avant-coureurs d'une perte de contrôle pouvant provoquer des comportements violents (auto-agressifs ou hétéro-agressifs).

L'accès à cet espace est libre. Il est utilisé de façon volontaire, le plus souvent sur demande du patient ou sur suggestion de l'équipe soignante, dans le respect d'un cadre défini pour son utilisation.

Le patient peut choisir de quitter l'espace d'apaisement à tout moment.

Il peut contenir des matelas, du matériel pour écouter de la musique, des fauteuils confortables, des livres, des lumières douces, etc.

Avec l'accord du patient, sa chambre, dont il peut sortir à tout moment, peut également être utilisée dans un accompagnement soignant de désescalade.

Un espace d'apaisement n'est donc pas une chambre d'isolement ; il n'est pas non plus à proprement parler une « alternative » à l'isolement et à la contention, car son utilisation est volontaire et doit intervenir de manière précoce, en amont de la crise » (4).

2.2. Dans le reste du monde

A l'aide des définitions de l'HAS, nous avons comparé les similitudes et les différences des définitions utilisées dans les articles sélectionnés avec celles-ci.

Une partie non négligeable de ces définitions diffèrent en certains points de celles de l'HAS.

Dans cette partie, nous apporterons également des commentaires sur des définitions en prenant appui sur certaines remarques que les services ont pu nous faire au cours de la phase préparatoire de notre étude. Le but étant de mieux cerner les difficultés que les équipes ont pu rencontrer à inclure ou non certains évènements compte tenu de leurs pratiques et des définitions de l'HAS.

2.2.1. Contention mécanique

Les définitions de la contention mécanique à travers le monde sont pour la plupart du temps assez standardisées et conformes à celle de l'HAS, laissant peu

de place à l'interprétation, et se définissent surtout par la nécessité du recours à un outil (sangles, draps, autre) pour contenir.

Par exemple :

- La contention mécanique consiste à attacher un patient à un lit avec des dispositifs mécaniques (11).
- Ou encore, la contention mécanique réfère à une intervention physique nécessitant l'utilisation de matériels de contention (12).

Certaines des études à l'étranger précisent que la contention se réalise sur un lit (11 ; 13), là où la HAS ne précise pas ce point.

2.2.2. Contention physique

Concernant la contention physique, les définitions sont assez similaires à celle de l'HAS, et sont dénommées par les termes "therapeutic holding", "physical hold", "physical holding", "manual restraints", ou "holding".

Par exemple :

- La contention physique est définie dans l'étude de Sourander et Al. (13) par le terme *therapeutic holding*, et est définie comme une technique de traitement dans laquelle un patient violent est physiquement retenu par des membres de personnel. Ils précisent également que le personnel formé maintient le patient assis ou au sol pendant qu'il utilise une réassurance verbale et du réconfort.
- Dans l'étude de Timbo et Al. (14) elle est dénommée par le terme "physical hold" et consiste en une restriction de la liberté de mouvement ou de l'accès normal d'une personne sur son propre corps, au moyen d'une prise physique par un membre du personnel.
- Ou encore, dans l'étude de Furre et Al. (11), elle correspond à un maintien physique par un membre du personnel sans aucun outil.

Il est précisé selon l'étude de David et Al. (15), que "le placement de ses mains sur un patient pour le contrôler ou le guider constitue en soi une contention physique".

Il s'agit d'une précision assez pertinente cliniquement. En effet, lors de la réalisation de notre étude, de nombreux soignants se sont interrogés sur cette notion. Les questions étaient les suivantes : à partir de quel moment, le contact physique avec un patient constitue-t-il une mesure de contention physique ? Par exemple le fait d'accompagner un patient dans sa chambre ou vers une chambre d'apaisement et/ou d'isolement en le tenant fermement en constitue-t-il une ? Y-a-t-il une nuance dans la manière dont le contact physique s'effectue, notamment par le degré de force physique employé ? Les définitions actuelles ne nous permettent pas de répondre à ces questions.

Dans notre étude nous avons pris le parti d'inclure tous contact physique avec le patient dès lors qu'il existe une restriction de mouvement volontaire. Une réassurance en serrant d'une manière contenante le patient à sa demande, ou ne restreignant pas ses mouvements volontaires ne constituent donc pas une contention physique. Nous n'avons pas défini de durée minimale à la contention physique.

2.2.3. Isolement

Concernant l'isolement, certaines études emploient le terme de *seclusion* pour parler de l'isolement tel que le définit l'HAS, mais d'autres emploient ce terme pour évoquer la chambre d'apaisement, pouvant porter à confusion.

Dans le premier cas, *seclusion* renvoi au concept de chambre d'isolement et est par exemple définie dans plusieurs études comme :

- Un placement involontaire d'un patient dans une pièce ou une zone de telle sorte que la personne est physiquement empêchée de sortir (14).
- Un confinement dans une « pièce sécurisée » rembourré avec une porte verrouillée (16).

- Le placement d'un patient dans une chambre spécifiquement désignée pour effectuer une désescalade du comportement, assurer la sûreté physique, et permettre un contrôle du comportement (12).
- Un internement non volontaire d'un patient dans une pièce où il est physiquement empêché de partir (17).
- Un internement dans une pièce sans présence du personnel où la porte verrouillée (11).

Dans le second cas, *seclusion* renverra donc au concept de l'espace d'apaisement tel que l'HAS le définit.

C'est le cas de l'étude Sourander et Al. (13), où le terme *seclusion* consiste à retirer un patient du milieu de vie dans une *salle d'apaisement (isolation room)*, à des fins de contrôle comportemental, généralement en présence d'un membre du personnel ou en maintenant la porte ouverte.

Dans cette même étude (13), il est également utilisé le terme *time-out* qui correspond à un temps effectué dans la chambre du patient, consistant à faire sortir un patient d'un espace commun afin de contrôler son comportement. Ce *time-out* correspondrait à un équivalent de chambre d'apaisement, ou du moins à une mesure associée/alternative, si l'on se reporte aux définitions de l'HAS.

Dans l'étude de Baeza et Al. (18), le terme de *quiet room* est utilisé, et rentre dans la définition d'un espace d'apaisement (chambre meublée avec un matelas uniquement avec la porte déverrouillée).

Parfois même, la définition de l'isolement regroupe à la fois les termes d'isolement et de chambre d'apaisement telles qu'elles sont décrites par l'HAS. En effet, dans l'étude de Pogges et Al. (15), tout enfermement d'un patient dans une chambre, même avec la porte ouverte, constitue une forme d'isolement.

L'étude française de Naderau et Al. (9) définit la chambre d'isolement par le terme de « chambre de soins intensifs ». Deux types sont distingués dans cette étude, correspondant également à deux définitions différentes selon l'HAS : l'isolement « strict » où la chambre reste fermée en permanence avec une visite

des soignants toutes les heures (l'isolement stricto sensu selon l'HAS) ; et l'isolement « ouvert » où l'adolescent peut évoluer dans le petit salon ou dans le service sur des temps définis (la chambre d'apaisement selon l'HAS).

L'étude de Swadi et Al. (19) inclut une nouvelle notion de temporalité, non décrite par l'HAS, celle de temps minimal entre chaque isolement. Ainsi, selon leurs définitions, un nouvel épisode est enregistré si le patient est sorti d'isolement pendant deux heures avant sa nouvelle mise en isolement, ou bien quatre heures avant son nouvel isolement si le patient était précédemment en isolement depuis plus de 24 heures.

Cette notion de temps minimal d'un évènement a également été soulevé par les équipes soignantes lors de notre première phase test, notamment concernant la durée minimale de contention physique nécessaire à l'inclusion de celle-ci dans le recueil. En effet leur question était de savoir s'il fallait recueillir les évènements de contention physique si le patient était contenu (au sens large du terme) sur une durée très courte, de l'ordre de quelques secondes par exemple.

Là non plus les définitions actuelles ne nous permettent pas de répondre à cette question.

Tableau 1 - Equivalence des définitions des mesures entre les articles et l'HAS :

Auteurs, année	Termes de l'étude	Équivalence définitions HAS
Sourander et Al, Finlande (13)	Seclusion	Mise en chambre d'apaisement
	Time-out	
	Mechanical restraints	Contention mécanique
	Therapeutic holding	Contention physique
Ulla et Al, Finlande (20)	Seclusion	N'est pas précisé s'il s'agit de l'isolement, de la mise en chambre d'apaisement, ou des deux

	Restraints	Mechanical restraints	Contention mécaniquement
		Therapeutic holding	Contention physique
Timbo et Al, Etats-Unis (14)	Seclusion		Isolement
	Restraints	Mechanical restraints	Contention mécanique
		Physical hold	Contention physique
Dorfmann et Al, Etats Unis (21)			Ne parle pas d'isolement, ni de contention mécanique
	Physical restraints		Contention physique
Martin et Al, Etats-Unis (16)	Seclusion		Isolement
	Mechanical restraints		Contention mécanique
			La contention physique n'est pas abordée
Pogge et Al, Etats-Unis (15)	Seclusion		Isolement
	Restraints	Mechanical restraint	Contention mécanique
		Physical restraint/therapeutic holding	Contention physique
De Herdt et Al, Etats-Unis (12)	Seclusion		N'est pas précisé s'il s'agit de l'isolement, de la mise ne chambre d'apaisement, ou des deux
	Restraints	Mechanical restraint	Contention mécanique
		Physical restraint/therapeutic holding	Contention physique
Swadi et Al, Australien (19)	Seclusion		N'est pas précisé s'il s'agit de l'isolement, de la mise ne chambre d'apaisement, ou des deux
Baeza et Al, EtatsUnis (18)	Seclusion	Strict seclusion	Isolement
		Quiet room	Chambre d'apaisement
	Restraints	Mechanical restraint	Contention mécanique
Azeem et Al,	Seclusion		Isolement

Etats-Unis (17)	Restraint (manual or mechanical)		Contentions physique ou mécanique
Nadereau et Al, France (9)	Chambre d'isolement ou chambre de soins intensif	Isolement strict	Chambre d'isolement
		Isolement ouvert	Aucune correspondance
Furre et Al, Norvège (11)	Seclusion		Isolement
	Restrains	Mecanical restraints	Contention mécanique
		Physical holding	Contention physique
Duke et Al, Australie (22)	Seclusion		Isolement
	Restrains	Physical restraint	Contention physique
		Mechanical restraint	Contention mécanique (0 sur l'étude)
Hottinen et Al, Finlande (23)	Mechanical restraint		Contention mécanique

2.2.4. Au total

La dénomination et la définition de la contention mécanique sont assez communes d'une étude à l'autre.

Cependant celles des mesures de contention physique ou d'isolement varient d'un pays à l'autre, voire d'un établissement à un autre et amènent dans cette revue de littérature à des biais de comparaison, compte tenu de l'hétérogénéité de celles-ci.

3. Prévalence de l'utilisation de ces mesures

3.1. En France

A notre connaissance une seule étude française fait référence à la prévalence des mesures d'isolement chez l'enfant ou l'adolescent en milieu pédopsychiatrique, dans la littérature internationale, mais aucune ne renseigne celle des mesures de contention. A savoir que l'isolement dans cette étude regroupe l'*isolement strict* tel que le définit l'HAS, et l'isolement *ouvert* qui elle n'y répond pas (cf partie définition ci-dessus).

Il s'agit d'une étude rétrospective publiée en 2013 qui s'est intéressée aux données sociodémographiques et cliniques d'adolescents (12-17 ans) mis en chambre d'isolement ainsi que les modalités pratiques de ce soin, dans un service d'hospitalisation temps plein.

Il a été mis en évidence que 13% des patients admis (sur la période de 2005 à 2010) ont été sujets à une mesure d'isolement (9).

3.2. En Finlande

L'étude publiée la plus ancienne inclut dans cette revue est un article Finlandais publié en 2002 par Sourander et Al. Les auteurs ont calculé la prévalence des mesures de contention mécanique, physique, et de mise en chambre d'apaisement (regroupant les termes *seclusion* et *time-out* dans l'étude) pour les enfants et adolescent de 2 à 18 ans au cours de l'année 2000.

Il est montré qu'environ 40% des patients admis ont connu un certain type de procédure de restrictions pendant la durée de l'hospitalisation. Le taux de mise en chambre d'apaisement était de 36,7 % (8,5% *seclusion* et 28,2% *time-out*), 26% pour la contention physique, et 4% en contention mécanique chez les patients admis (13).

Il est fait référence à un article de Troutman et Al de 1998, qui avait avaient montré dans une étude qu'il y avait entre 20 et 60% d'enfants/ado en psychiatrie qui été concernés par la contention et l'isolement (24).

Une autre étude rétrospective Finlandaise de 2011, portant sur une période de 8 ans (1996-2003) indique une prévalence moyenne de l'isolement et de la contention de 1,71 / 10 000 / an pour des adolescents âgés de 12 à 17 ans.

Cette étude a mis en évidence des variations des taux au cours du temps. En effet le recours à l'isolement et la contention dans les soins hospitaliers psychiatriques pour adolescents a d'abord augmenté, atteignant un sommet en 1999-2001, puis a diminué. La diminution s'est produite après l'instauration en 2002 d'un contrôle législatif plus strict de l'utilisation de l'isolement ou de la contention. Des variations régionales considérables ont également été observées dans le recours de ces mesures (20).

L'étude prospective de Hottinen et Al. a mesuré la prévalence des mesures de contentions mécanique de plusieurs services pour adolescents âgés de 13 à 17 ans.

L'hôpital comprenait des services ouverts et des services fermés.

Parmi les adolescents hospitalisés en secteur fermé, la prévalence sur un an de contention mécanique était de 9,5%. Parmi tous les adolescents hospitalisés, la prévalence était de 6,9%. Le nombre de personnes contentonnées mécaniquement était de 57,1 pour 100 000 habitants (23).

3.3. Aux Etats-Unis

L'étude rétrospective Américaine de Timbo et Al., a étudié la prévalence et les facteurs de risques de contentions et d'isolement au sein d'un hôpital de jours, pour une population de 5 à 17 ans sur une période de 2009 à 2010.

Durant l'étude, 11,7% des patients admis ont eu une mesure de restriction, dont 86% d'isolement (10 % patients admis), 6% (0,7 % des patients admis) de contention (mécanique et physique), et 8% (1 % des patients admis) d'isolement et de contention (14).

Dorfman et Al., publie en 2006 une étude rétrospective ayant pour but d'examiner la prévalence des mesures de contention physique, les données démographiques des

patients et les principales plaintes liées à l'utilisation de moyens de contention dans un service d'urgence pédiatrique, sur une période de 2001 à 2002.

Les données étaient disponibles pour 82% des patients ayant subi une évaluation psychiatrique d'urgence. Il est retrouvé que 6,8% des patients admis ont eu des mesures de restrictions sur la période de l'étude dont 3,3 % de contention physique, 1,7 % de contention chimique, et 1,8 % les deux (21).

Martin et Al. réalisent en 2015 une étude prospective proposant un modèle alternatif à l'utilisation des mesures de contention et d'isolement ayant pour but une diminution du temps d'exposition de celles-ci, sur une période de 2003 à 2007.

Sur le nombre total de mesures de contention et d'isolement au cours des cinq années de recueil, 25% concernés les mesures de contentions, et 75% les mesures de mise en chambre d'isolement. Il n'est cependant pas indiqué la prévalence ou l'incidence par rapport à une population témoin.

Au cours de chaque année de l'étude, un petit nombre de patients (environ 5%) représentait un nombre disproportionné d'événements de contention et d'isolement. Pendant cette période, et après la mise en œuvre complète de leur modèle, le recours aux moyens de contention avait nettement diminué (une réduction de 37,6 et de 3,2 fois respectivement pour la contention et l'isolement) ainsi que pour la durée moyenne de ces mesures (cf ci-dessous section correspondante).

L'étude conclut que la mise en œuvre d'un modèle de soins a permis une nette réduction de ces mesures de contrainte, avec moins d'utilisations, et une moindre durée lorsque celles-ci étaient nécessaires (16).

L'étude de David et Al. présente des données recueillies de manière prospective sur la contention et l'isolement dans un hôpital psychiatrique privé, sur une période de 2 ans (2008-2009).

Selon leurs résultats, 29% des patients admis ont subi une contention physique ou un isolement. Aucune contention mécanique n'a été utilisée au cours des deux années considérées. A noter que le personnel soignant était formé aux techniques de contentions physiques (15).

La revue de littérature de De Hert et Al. (2011), s'intéresse aux travaux réalisés de 2001 à 2011. Elle regroupe sept articles traitant du taux d'utilisation de la contention et de l'isolement pour une population inférieure à 21 ans.

Elle indique que la littérature précédente les années 2000 indique des taux de contention et d'isolement entre 28 et 60%, ce qui est conforme aux chiffres de l'étude de Troutman et Al cités précédemment. Elle met en évidence un haut taux de prévalence pour ces mesures avec une moyenne de 26% (8,5-61% ; 67/1000 patient/jour) pour la contention et 29% (42,7/1000 patient/jour) pour l'isolement.

Dans 4 études, il a été montré que l'introduction d'une intervention spécifique (non détaillée) à visée de réduction de ces mesures, a permis une diminution du taux de contention de 93,2%, et une diminution également de la durée de contention de 54,2%. Le taux d'isolement lui ne diminuait que très peu (-0,6%) mais les résultats étaient hétérogènes. Dans une autre étude, il était noté une augmentation de l'utilisation de contention. Dans les autres études, les épisodes d'isolement réduisaient de 74,7%, accompagnés d'une diminution de la durée de 32,4% (12).

Baeza et Al. ont publié en 2013 un article décrivant les événements violents nécessitant une intervention (AERI : *Aggressive Events Requiring an Intervention*).

Ces événements étaient définis comme des situations dans lesquelles les patients posaient un danger important pour eux-mêmes ou pour autrui, et les interventions incluaient notamment les mesures de contention mécanique, de mise en chambre d'isolement et/ou d'apaisement.

28,4 % des patients hospitalisés ont eu recours à au moins une de ces mesures (AERI). 56,6% des AERI étaient imputables à sept patients seulement (1,7%), avec des fréquences cumulatives individuelles allant de 52 à 258 AERI. La mise en chambre d'isolement, en chambre d'apaisement, et/ou l'utilisation d'une contention mécanique (SRU) avaient été utilisées au moins une fois chez 16,9% du nombre total de patients admis. 13,2% ont eu recours à une contention mécanique, et 10,3% à une mise en chambre d'isolement et/ou d'apaisement (18).

L'étude américaine rétrospective de Azeem et Al., portant sur une période de 2004-2007, cherchait à déterminer l'efficacité de six stratégies de réduction des risques d'isolement et de contention chez les jeunes hospitalisés (détail des stratégies dans mesures alternatives).

17,2% des patients admis dans les différents services ont eu besoin de contention ou d'isolements (57 % isolements et 43 % contentions sur le nombre total d'évènements), avec un nombre moyen de 3,5 épisodes par patient (extrêmes 1–28). 46% des enfants et des adolescents placés en isolement et / ou en contention ont eu trois épisodes ou plus.

Des variations temporelles ont été décrites : Au cours des six premiers mois de l'étude, le pourcentage d'épisodes d'isolement / contention était de 33% (78 % isolements / 22 % contention), impliquant 4,8 % des enfants et des adolescents (50 % femmes, 50 % hommes). Comparativement, au cours des six derniers mois d'étude suivant le programme de formation, 11 % des épisodes (6 isolements / 25 contraintes) ont été observés chez 2,4 % des enfants et adolescents (64 % femmes, 36 % hommes).

Les auteurs concluent que d'après leurs résultats, il a existé une nette réduction du recours à la contention et à l'isolement en milieu hospitalier psychiatrique pour enfants et adolescents après introduction de leur stratégie de réduction (17).

3.4. En Australie

L'étude prospective de Duke et Al. (2014)(22), a étudié la prévalence des mesures restrictives et les caractéristiques des patients restreints, sur une unité d'hospitalisation d'enfants et d'adolescents, sur une période de 15 mois.

Il a été retrouvé que 26,9 % des patients admis ont eu une mesure de restriction au cours de l'étude. L'isolement (seclusion) représentait 87,2% des incidents, suivi de la sédation chimique (10,0%) et de la contention physique (2,8%). Lors de l'étude, il n'y a pas eu de contention mécanique (22).

A noter que pour la gestion de l'agression, l'unité utilise un programme complet de gestion du comportement qui avait été étudié et publié en 2007 (25).

3.5. En Nouvelle Zélande

L'étude de Swadi et Al. s'est intéressée au taux, aux indications et au processus d'utilisation de l'isolement chez les adolescents.

Les données ont été recueillies de manière prospective et rétrospective.

Au cours de la période d'enquête, 8,4% du total des admissions ont abouti à un isolement. Et 12,8% des patients admis ont été isolés.

Une poignée de patients ont été isolés lors de deux ou trois admissions distinctes, mais la plupart ont été isolés lors d'une seule admission.

La contention physique personnelle (*personal physical restraint*) a été utilisée dans 33% des épisodes d'isolement. La contention totale (*full restraint*), qui contraignait le patient au sol, a été utilisée dans 16%, tandis que la contention partielle (*partial restraint*) consistant à tenir et à escorter par deux membres du personnel a été utilisée dans 17% des isolements. Mais les définitions de ces différentes formes de contentions ne sont pas précisées : il semblerait qu'elles correspondent à la contention physique de l'HAS (19).

3.6. En Norvège

Furre et Al. publient en 2016 une étude Norvégienne rétrospective ayant pour but de calculer la prévalence et d'examiner les caractéristiques des épisodes de contention mécanique, physique, chimique, et mis en chambre d'isolement dans les unités de soins pédopsychiatriques de courte durée pour adolescents de 13 à 17 ans sur la période de 2008 à 2010.

6,5% des adolescents admis ont subi une mesure de restriction. Sur le nombre total d'évènements, 13,4% étaient liés à une contention mécanique, 1,6% à une contention pharmacologique, 5,9% à un isolement et 78,7% à une contention physique (11).

3.7. Population spécifique : patients exposés à un nombre élevé de mesures.

Certaines études ont souligné le fait qu'une partie de la population de patients a été exposée à un plus grand nombre de mesures restrictives que la moyenne, constituant une partie non négligeable de l'ensemble de ces mesures qu'il est important de prendre en compte.

Par exemple, dans l'étude de Azeem et Al., le nombre moyen d'épisodes était de 3,5 / patient avec pour extrêmes 1 et 28. Près de la moitié (46%) des enfants et adolescents placés en isolement et/ou en contention avaient eu trois épisodes ou plus (17).

Dans une autre étude, il est constaté un réel écart dans les pratiques concernant une minorité de patient. En effet, la plupart des patients n'ont été isolés qu'une ou deux fois, bien que 13 patients (3.3% des patients admis, 26 % des patients isolés) aient été isolés à plus de 10 reprises, et trois patients ont été isolés beaucoup plus longtemps que les autres. Ce groupe représentait la plupart des épisodes de contention (77%)(19).

L'étude de Baeza et Al. retrouve que 56,6% des mesures de restrictions (AERI) étaient imputables à seulement sept patients (1,7%), avec des fréquences cumulatives individuelles allant de 52 à 258 événements. Quatre de ces sept patients étaient des garçons, avec un âge moyen de 14.7 ans.

Dans cette population les diagnostics retrouvés étaient par ordre de fréquence : TDAH, trouble du spectre de l'autisme, trouble de l'humeur, trouble oppositionnelle/trouble des conduites, trouble obsessionnel-compulsif, trouble de Tourette, trouble bipolaire. Les sept patients ont connu des hospitalisations relativement longues (138 - 63 jours, médiane 128), les hospitalisations antérieures étaient fréquentes (moyenne 1,2, médiane 0,5), et le GAF moyen à l'admission était bas (18).

Dans l'étude de Furre et Al., il a été observé que parmi les patients ayant subi une contention, le nombre d'épisodes de contention variait largement : quelques

patients avaient connu un grand nombre d'épisodes. En effet, le nombre médian d'épisodes de contention par patient était de deux, la plage était comprise entre 1 et 171 et 18% des patients avaient eu au moins 10 épisodes (11).

Des études plus anciennes comme Earle et Forquer avaient constaté que 7% des enfants et des adolescents qui avaient subi une contention constituaient 50% des épisodes, ou encore Angold et Pickles avaient rapporté que 7,3% des patients immobilisés représentaient 81% des épisodes de contention et que deux patients représentaient 45% des épisodes (26 ; 27).

3.8. Répartition des mesures restrictives

Quatre articles se sont intéressés à la répartition des mesures de contention et d'isolement chez les patients ayant eu des mesures de restriction :

- 86% isolement, 6% contention et 8% les deux (14).
- 75% isolement et 25% contention (16).
- 57 % isolement et 43 % contention (17).

Un article s'est intéressé à la répartition des mesures de contention mécanique, physique et d'isolement chez les patients ayant eu des mesures de restrictions : 5,9 % isolement et 13,4 % mécanique et 78,7 % physique (11).

Un article s'est intéressé à la répartition des mesures de contention, d'isolement et de sédation chimique : 87,2 % isolement (seclusion), contention physique (2,8%), et 10 % sédation chimique. Lors de l'étude il n'y a pas eu de contention mécanique (22).

Tableau 2 - Récapitulatif des taux de prévalences des mesures de restrictions par étude

Mesure de restriction	Prévalence
Contention physique	3,3% (21) 26% (13)
Contention mécanique	0% (15)(22) 4% (13) 6,9% ou 57,1/100 000 habitants (23) 13.2% (18)
Contention chimique	1,7%(21)
Contention physique + mécanique	0,72 % (14) 26% (8.5-61%) ou 67/1000 patient/jour (12) Intervalle = 0,7 - 26%
Contention physique et chimique	1,8% (21)
Chambre d'isolement	10% (14)
Seclusion (sans précision si isolement ou apaisement ou les deux)	29% (42,7/1000 patient/jour) (12) 12,8% (19) 13% (9) 10.3 %(18)*
Chambre d'apaisement	36,7 % (13)
Mesures de restrictions	6,5% (11) 6,8% (21) 11,7% (14) 16,9% (18) 17,2% (17) 26.9% (22) 29% (15)** 40% (13) 1,71 / 10 000 / an (20) Intervalle = 6,5 - 40 %

*les deux (chambre d'isolement et d'apaisement)

** à l'exclusion de la contention mécanique qui était à 0%

4. Caractéristiques sociodémographiques des patients

Tableau 3 – Données sociodémographiques de la population admise par étude

Auteurs, pays	Durée de l'étude, date de publication, type d'étude	Service, nombre de patients sur l'étude	Tranche d'âge	Sexe
Sourander et Al, Finlande (13)	Date de l'étude : 2000 (un an) Date de publication : 2002 Prospectif	Tous les lits de Finlande 504 patients	2-18 ans Age moyen garçons = 11,4 ans Age moyen filles = 13,9 ans	60,6% garçons 39,4% filles
Ulla et Al, Finlande (20)	Date étudiée = 1996-2003 (8 ans) Date de publication = 2011 Rétrospective	1 unité d'hospitalisation temps plein Nombre de patients non renseigné	12-17 ans	Non renseigné
Timbo et Al, Etats-Unis (14)	Date étudiée = 2009-2011 (3 ans) Date de publication = 2016 Rétrospective	1 service d'hôpital de jour 309 patients	5-17 ans	76% garçons 24% filles
Dorfmann et Al, Etats Unis (21)	Date de l'étude = 2001-2002 (2 ans) Date de publication = 2006 Rétrospectif observationnel	1 service d'urgences pédiatriques Nombre de patients non renseigné	11 – 16 ans Age moyen : 13,1 ans	50% garçons 50% filles
Martin et Al, Etats-Unis (16)	Date de l'étude = 2003-2007 (5 ans) Date de publication = 2015 Prospective	1 unité d'hospitalisation temps plein 755 patients	3-15 ans Age moyen = 11 ans	63% garçons 37% filles
Pogge et	Date de l'étude =	2 types de	5-12 ans	Non renseigné

Al, Etats-Unis (15)	2008-2009 (2 ans) Date de publication = 2011 Prospective	services d'hospitalisation temps plein traditionnels Nombre de patients non renseigné	13-17 ans	
De Herdt et Al, Etats-Unis (12)	Dates étudiée = 2001-2011 (10 ans) Date de publication=2011 Revue de littérature	-	6-21 ans	-
Swadi et Al, Australien (19)	Date de l'étude = 2005-2009 (4 ans) Données étudiées = 2001-2005 (8 ans) Date de publication = 2012 Prospective et rétrospective	1 unité d'hospitalisation temps plein 391 patients	16-18 ans	Non renseigné
Baeza et Al, Etats-Unis (18)	Date de l'étude = 2001-2002 (2 ans) Date de publication = 2013 Rétrospective	1 unité de soins psychiatriques aiguë 408 patients	12-19 ans Age moyen 15.2 +/- 1.6	43.9% garçons 56.1% filles
Azeem et Al, Etats-Unis (17)	Date de l'étude = 2004-2007 (4 ans) Date de publication = 2011 et 2017 Rétrospective	3 unité d'hospitalisation temps plein dans le même bâtiment 458 patients	6-17 ans	60% filles 40% garçons
Nadereau et Al, France (9)	Date étudiées = 2005-2010 (6 ans) Date de publication	1 unité d'hospitalisation temps plein	12-17 ans Age moyen = 14.76 ans	42.8% garçons 57.2% filles

	= 2013 Rétrospective	Nombre de patients non renseigné		
Furre et Al, Norvège (11)	Date de l'étude = 2008-2010 (3 ans) Date de publication = 2016 Rétrospective	Unités de soins psychiatriques aigües en Norvège (126 lits) 4099 patients	13-17 ans	Non renseigné
Duke et Al, Australie (22)	Date de l'étude = (15mois) Date de publication = 2014 Prospectif	1 unité d'hospitalisation temps plein traditionnelle 134 patients	Tranche d'âge non renseignée Age moyen 13,8 +/- 2,9 ans	61,9% filles 38,1%
Hottinen et Al, Finlande (23)	Date de l'étude = 2009 (un an) Date de publication = 2013 Prospectif	Unités d'hospitalisation pour adolescent : 1 secteur ouvert et 1 secteur fermé 680 patients : 493 en secteur fermé 187 en secteur ouvert	13-17 ans	Secteur fermé : 63,7% filles 36,3% garçons Secteur ouvert : non renseigné

4.1. Age

Sur les 14 études sélectionnées pour la revue de littérature, seulement 6 ont retrouvé une association significative entre l'âge et les mesures de restrictions.

Cinq études retrouvaient que les patients les plus jeunes étaient significativement plus exposés aux mesures de contention physique (11 ; 13), de contention et d'isolement (14 ; 15), de contention physique et d'isolement (22), et de mise en chambre d'apaisement (13).

Concernant les patients plus âgés, deux études retrouvaient de manière significative une plus grande susceptibilité à l'exposition aux mesures de contentions mécaniques et de mise en chambre d'apaisement (13), ou bien que chaque année d'âge supplémentaire conférait une probabilité légèrement accrue de contention mécanique (16).

A noter également que dans l'étude de Sarounder et Al., tous les enfants soumis à des contraintes mécaniques étaient âgés de 13 ans ou plus, pour une tranche d'âge de 2 à 18 ans (13).

La revue de littérature de De Hert et Al. retrouve dans une étude, que le jeune âge a été associé à un plus grand recours aux mesures restrictives, bien qu'une autre étude constate une plus grande utilisation de la contention chez les patients plus âgés, témoignant de l'absence de reproductibilité d'une étude à l'autre (12).

4.2. Sexe

Quatre études ont retrouvé une association entre les mesures de restriction et le sexe. La majorité d'entre elles décrivent plutôt une population masculine.

En effet, trois études rapportaient, de façon significative, des mesures plus fréquentes chez les garçons, que ce soit à propos de la contention physique (13), la contention physique et mécanique (21), la contention mécanique (16), la chambre d'apaisement (13), et l'isolement (16).

Seule l'étude de Siponen et Al., mettait en évidence une plus grande proportion de contention (physique et mécanique) et d'isolement chez les filles que chez les garçons, sans que la significativité ne soit renseignée (20).

L'étude de Furre et Al. montrait également que les femmes couraient un plus grand risque d'épisodes de contentions multiples, sans qu'il y ait de seuil de significativité indiqué (11).

Dans l'étude de Hottinen et Al., aucune différence significative entre les sexes n'a été observée dans l'utilisation de la contention mécanique. Il a cependant été mis en évidence que les garçons ont été immobilisés beaucoup plus souvent que les filles pendant les premiers jours d'hospitalisation, tandis qu'une fille sur quatre a eu son premier épisode de contention après un mois d'hospitalisation (23).

Il est également cité, au travers de ces études, d'autres articles indiquant que les incidents agressifs chez les enfants et adolescents hospitalisés sont associés au sexe masculin (28)(Barton et al., 2001).

4.3. Origine ethnique

Sept études se sont intéressées à l'association entre l'origine ethnique, la couleur de peau et la survenue des mesures de restriction (11 ; 12 ; 14 ; 16 ; 17 ; 18 ; 19 ; 21)

Quatre d'entre elles retrouvent une association significative :

- Dans l'étude de Martin et Al., même après ajustement des différentes variables, de fortes différences sont apparues concernant la distribution de la prévalence, en fonction de l'origine ethnique. Les enfants de couleur de peau noir avaient quatre fois plus de chances d'être retenus ou isolés que leurs camarades de peau blanche ; Les enfants hispaniques étaient 50% plus susceptibles que les blancs d'être retenus ou isolés, bien que la différence ne soit statistiquement significative que pour l'isolement (16).

- Dans la revue de littérature de Marc de Hert, il est mis en évidence que certaines des études ont retrouvé comme facteur de risque de contention et d'isolement l'appartenance ethnique non blanche (12).

- Dans l'étude de Swadi et Al., les patients d'origine ethnique maorie étaient beaucoup plus susceptibles d'être isolés que les patients de nationalité néo-zélandaise ou d'origine ethnique différente (deux fois plus dans cette étude)(19).

- Dans l'étude de Baeza et Al., les mesures AERI (événements violents nécessitant une intervention) incluait davantage de patients afro-américains. Alors

que l'ethnie n'était pas associée aux mesures de restrictions étudiées (chambre d'isolement et contention)(18).

5. Caractéristiques cliniques et diagnostiques des patients

5.1. Diagnostic

Concernant les outils classificatoires diagnostiques, sept études ont utilisé la classification CIM10 (9 ; 11 ; 13 ; 15 ; 16 ; 20 ; 23), trois ont utilisé la classification DSM (14 ; 17 ; 18), et 4 études ne l'ont pas précisé (12 ; 19 ; 21 ; 22).

Parmi celles utilisant la classification CIM 10, 4 études ont retrouvé des associations entre certains diagnostics et le recours aux mesures de restrictions :

L'étude de Sarrounder et Al. retrouve une association significative entre :

- l'utilisation des mesures de mise en chambre d'apaisement et les troubles psychotiques, les troubles des conduites/troubles oppositionnels, le TDAH.
- l'utilisation des mesures de contention physique (*holding*), et les troubles des conduites/troubles oppositionnels, le TDAH, les troubles envahissant du développement, et les troubles de l'attachement.
- l'utilisation des mesures contention mécanique, et les troubles psychotiques (13).

L'étude de Siponen et Al. retrouve une association, sans que la significativité ne soit renseignée, entre :

- la contention (physique et mécanique) et les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, et les troubles des conduites/troubles oppositionnels.

- la mise en chambre d'isolement et/ou d'apaisement et les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, et les troubles des conduites/troubles oppositionnels (20).

L'étude Française de Nadereau et Al. retrouve une association significative entre :

- la mise en chambre d'isolement et les troubles des conduites/troubles oppositionnels (9).

L'étude de Hottinen et Al. retrouve une association, sans que la significativité ne soit renseignée, entre :

- la contention mécanique et les troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, et les troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (23).

Concernant la classification DSM :

Une association significative avait été retrouvée entre :

- les mesures restrictives (contentions physique et mécanique, et isolement) et les troubles anxieux, les syndrome de stress post-traumatique, et les troubles disruptifs du comportement (TDAH, trouble oppositionnel, trouble des conduites)(14).
- entre les troubles bipolaires, les troubles des conduites/oppositionnels (disruptive behavior disorder) et les AERI (événements violents nécessitant une intervention), mais pas avec les SRU (contention mécaniques, isolement et chambre d'apaisement)(18).

Azeem et Al. avaient quant à eux retrouvé une association, sans que la significativité ne soit renseignée, entre :

- les mesures de mise en isolement, la contention (physique et/ou mécanique) et les troubles disruptifs du comportement (17).

Concernant les études ne renseignant pas leurs outils classificatoires :

Une association significative avait été retrouvée entre :

- le diagnostic de psychose et les mesures de contention physique, et de contention chimique (21).
- la mise en chambre d'isolement et les troubles psychotiques (19).
- les mesures de mise en chambre d'isolement, de contention physique, de contention chimique, et les diagnostics de trouble du développement, et de trouble d'extériorisation (déficit d'attention ou troubles du comportement perturbateurs)(22).

Deux études ont mis en évidence des facteurs protecteurs de recours aux mesures de restrictions :

- La première indique que le diagnostic de dépression était associé à une diminution de l'utilisation des moyens de contention (21).
- La seconde indique que les patients ayant eu recours à des mesures de restrictions étaient moins susceptibles d'être diagnostiqués avec un trouble internalisé (trouble de l'humeur et troubles anxieux)(22).

Tableau 4 – Récapitulatif du profil diagnostique

Diagnostic (CIM/DSM)	Mesures de restrictions		Etudes	
	Schizophrénie, trouble schizotypique, et trouble délirants	Contention	Mécanique	(13)** (23)\$
Physique			(21)	
Isolement		(19)		
Chambre d'apaisement		(13)**		
Trouble de l'humeur	Contention	Mécanique	(23)\$	(20)\$
		Physique		
	Isolement		(20)\$	
	Chambre d'apaisement			

Trouble oppositionnel, trouble des conduites	Contention	Mécanique		(20)\$
		Physique	(13)*(22)	(14)*
	Isolement		(9), (22)	(17)\$
	Chambre d'apaisement			(13)* (20)\$
TDAH	Contention	Contention mécanique		(14)*
		Contention physique	(13)*(22)	
	Chambre d'isolement			(14)*(22)*
	Chambre d'apaisement			(13)*
Trouble du spectre autistique, TED	Contention physique		(13)**	(22)
	Isolement			
Trouble de l'attachement	Contention physique		(13)**	
Stress post-traumatique	Mesures restrictives (contentions et isolement)		(14)**	
Trouble anxieux	Mesures restrictives (contentions et isolement)		(14)**	
Trouble du comportement et trouble émotionnel	Contention	Contention mécanique	(23)\$	
		Contention physique		
	Isolement			

\$ Pas de significativité renseignée

* significatif en régression logistique univarié ou bivarié (22)

** significatif en régression logistique multivarié

Au total :

- 5 études ont retrouvé une association entre le recours aux mesures de restrictions et les troubles psychotiques, dont 2 pour la contention mécanique.

- 6 études ont retrouvé une association entre le recours aux mesures de restrictions et les troubles des conduites/trouble oppositionnel, dont 3 études pour l'ensemble des mesures de contention et d'isolement.
- 3 études ont retrouvé une association entre le recours aux mesures de restrictions et le TDAH, dont deux pour l'ensemble des contentions physiques et mécaniques.
- 2 études ont retrouvé une association entre le recours aux mesures de restrictions et les troubles de l'humeur, sans qu'il y ait une prédominance pour une mesure particulière.
- 2 études ont retrouvé une association entre le recours aux mesures de contention physique et les troubles autistiques
- Le reste des catégories diagnostiques a été mis en association avec des mesures restrictives seulement dans une étude isolée pour chacune d'entre elles.

5.2. Durée du séjour

Six études ont retrouvé une association entre les mesures de restrictions et la durée de séjour.

Plusieurs d'entre elles ont mis en évidence une association significative entre une durée d'hospitalisation plus longue et le recours aux mesures de restrictions, que ce soit avec les mesures de contention (physique et mécanique)(13), de contention mécanique (18), de mise en chambre d'apaisement (13), de mise en chambre d'isolement (9), et de mise en chambre d'isolement et/ou d'apaisement (17 ; 18).

Dans l'étude de Pogge et Al., la durée du séjour était significativement associée au nombre d'épisodes de contention et d'isolement. En effet, les durées d'hospitalisations étaient plus longues lorsqu'il y avait un plus grand nombre de mesures de contention et d'isolement (15).

De même, dans l'étude de Azeem et Al., la durée moyenne de séjour était de 70,6 jours (intervalle 11–177 jours). Il y avait une corrélation directe entre le nombre d'incidents et la durée du séjour. Les patients impliqués dans trois incidents ou plus avaient une durée moyenne de séjour plus longue (85 jours) par rapport aux patients impliqués dans moins de trois incidents (64 jours). La significativité n'est cependant pas précisée (17).

Il a également été retrouvé que le comportement agressif lors de l'hospitalisation d'enfants et d'adolescents était associé à une durée de séjour plus longue (29).

5.3. Antécédents

Peu d'études se sont intéressées à l'association entre le recours aux mesures de restrictions et des antécédents de suivi, d'hospitalisation antérieure, d'exposition à des mesures restrictives, ou autre.

Dans l'étude de Timbo et Al., les patients ayant eu recours à des mesures restrictives présentés d'avantages d'antécédents d'abus physique et sexuels (14).

L'étude de Baeza et Al., s'était intéressée aux antécédents d'hospitalisation antérieurs. Les résultats ont montré qu'une ou plusieurs hospitalisations antérieures n'indiquait pas d'association significative au recours aux mesures de restrictions (18).

Dans l'étude de Nadereau et Al., les adolescents étaient hospitalisés en majorité pour la première fois (56.52 %) et avaient déjà rencontré un psychiatre ou un psychologue (78.26 %), sans que ces antécédents ne montrent d'association significative avec les mesure de mise en chambre d'isolement (9).

Dans l'étude de Duke et Al., les antécédents de passage à l'acte hétéro-agressif étaient associés au recours à la contention et à l'isolement. Au contraire, les patients ayant eu recours à ces mesures étaient moins susceptibles d'avoir des antécédents de conduites suicidaires (22).

6. Caractéristiques en lien avec la mesure restrictive

6.1. Motif du recours à la mesure

Les différents motifs d'application des mesures de restrictions retrouvés au travers des études sont :

➤ *L'hétéro-agressivité/les actes agressifs :*

Une association significative a été retrouvée entre l'hétéro-agressivité/les actes agressifs et la contention/mise en chambre d'apaisement (13), la contention physique/l'isolement (22), la chambre d'isolement (9), et la contention mécanique (23).

Une association a également été retrouvée, sans qu'il n'y ait de significativité ou bien qu'elle soit indiquée, pour la contention et l'isolement (12), pour la mise en chambre d'isolement et/ou la chambre d'apaisement (19), et pour la contention (11).

➤ *Les actes suicidaires :*

Une association significative a été retrouvée avec la contention mécanique et la mise en chambre d'apaisement (13), et avec la chambre d'isolement (9).

➤ *Hallucinations visuelles :*

Seule une étude retrouve une association significative entre les hallucinations visuelles et la contention physique (21).

➤ *Comportement incontrôlable, d'hyperactivité :*

Ici aussi, cette même étude met en évidence une association significative entre l'hyperactivité et/ou un comportement incontrôlable et la contention physique (21).

➤ *Agitation :*

Une association significative a été retrouvée entre l'agitation et la mise en chambre d'apaisement dans l'étude de Nadereau et Al. (9) ; et avec la mise en chambre d'isolement et/ou chambre apaisement dans l'étude de Swadi et Al., sans qu'elle soit significative (19).

➤ *Menace de passage à l'acte hétéro-agressif/auto-agressif :*

L'étude de Hottinen et Al. retrouve de façon significative, que la contention mécanique est utilisée dans 25% des cas lorsqu'un patient présente une menace de passage à l'acte hétéro-agressif, et dans 50% pour une menace de passage à l'acte auto-agressif (23).

L'étude de Timbo et Al. retrouve une association non significative entre la contention et le passage à l'acte auto-agressif (11).

➤ *Crise clastique/dégradation mobilier, tentative de fugue, acting out :*

Seule une étude retrouve de façon non significative, que la contention est utilisée dans 16,5% des cas à une crise clastique, dans 13.9% des cas à une tentative de fugue, et dans 11.2% des cas à un acting out (actes avec perte de contrôle non dirigée sur soi, les autres ou les biens)(11).

L'étude de Dorfman et Al. indique en revanche que les idées ou gestes suicidaires étaient associés à une diminution de l'utilisation des moyens de contention (21).

Tableau 5 – Récapitulatif des motifs de recours aux mesures de restriction

Nature évènement	Mesure restrictive		Etudes		
Hétéro-agressivité/Actes agressifs	Contention	Contention physique	(22)	(11)\$, (12)\$	(13)**, (18)
		Contention mécanique	(23)		
	Isolement		(12)\$, (19)\$, (22)		
	Chambre d'apaisement		(9), (19)\$		
Actes suicidaires	Contention mécanique et Mise en chambre d'apaisement		(9)(13)**		
Hallucinations visuelles	Contention physique		(21)		
Comportement incontrôlable	Contention physique		(21)		
Agitation	Isolement		(9), (19)\$		
	chambre d'apaisement		(19)\$		
Menace de passage à l'acte hétéro-agressif	Contention mécanique		(23)		
Passage à l'acte auto-agressif	Contention mécanique		(23)	(11)\$	
	Contention physique				
Tentative de fugue	Contention		(11)\$		
Acting out	Contention		(11)\$		

6.2. Durée des mesures de restrictions

Huit études se sont intéressées à la durée de ces mesures, dont 3 à la contention mécanique, 1 à la contention physique, 4 à la mise en chambre d'isolement et/ou mise en chambre d'apaisement.

Contention mécanique :

- Dans l'étude de Martin et Al., la durée moyenne des contentions mécaniques a diminué de 41 (\pm 8) à 18 (\pm 20) minutes par épisode, ce qui a entraîné une utilisation cumulative des moyens de contention à l'échelle de l'unité, qui est passée de 16 (\pm 10) à 0,3 (\pm 0,5) heure par mois (soit une réduction de 45,5)(16).
- Dans l'étude de Furre et Al., la durée médiane des épisodes de contention mécanique était de 3,5 h (11).
- Dans l'étude de Hottinen et Al., la durée d'un épisode de contention variée entre 15min à 2427 min (40h27min), avec une durée médiane de 4 h 50 min. Près de la moitié des épisodes de contention mécanique ont duré 8 h ou plus. Jusqu'à 46% des épisodes de contention mécanique ont duré 480 min (8 h) ou plus et 25% des épisodes de contention mécanique ont duré 780 min (13 h) ou plus (23).

Contention physique :

- Dans l'étude de Furre et Al., la durée médiane de la tenue physique de 10 min, avec une plage de 1 min à 5 h (11).

Isolement :

- Dans l'étude de Martin et Al., la durée moyenne de l'isolement a diminué de 27 (\pm 5) à 21 (\pm 5) minutes par épisode, ce qui a entraîné une utilisation cumulée de l'isolement à l'échelle de l'unité, qui est passée de 15 (\pm 6) à 7 (\pm 6) heures par mois, soit une réduction de 2,2 fois (16).
- L'étude de Pogge et Al. n'indique pas de mesures chiffrées mais indique que ces événements étaient significativement plus courts que ceux observés chez les patients plus âgés (tous types d'évènements). En effet ils s'intéressaient au nombre de patients ayant des mesures de restrictions inférieurs ou supérieurs à 15 minutes (15).
- Dans l'étude Française de Nadereau et Al., la durée moyenne d'isolement était de 16 jours, avec 2.1 jours pour l'isolement strict, et 13.9 jours pour l'isolement

ouvert (ici pas besoin de parler de significativité car données brut sur un évènement). Les chiffres élevés (16 jours) peuvent s'expliquer par la définition du terme isolement utilisée. En effet, dans cette étude, l'isolement comprenait des temps d'isolement ouverts et des temps d'isolement stricts (9).

- Dans l'étude de Furre et Al., la durée médiane de l'isolement était de 30 minutes, plage de 5 minutes à 5,5 heures (11).
- Dans l'étude de Swadi et Al., la durée moyenne d'isolement était de 18,8 minutes, avec un intervalle de 2,0 à 75,0 minutes (22).

Isolement et/ou chambre d'apaisement :

- Dans l'étude de Swadi et Al., les épisodes d'isolement et/ou de mise en chambre d'apaisement allaient d'une minute à 12 jours, avec une médiane de 7,5 heures. Un tiers de toutes ces mesures ont duré moins de trois heures. Dans cette étude, il n'est malheureusement pas précisé la définition de la mesure d'isolement et/ou d'apaisement, ne permettant donc pas de comprendre la durée des mesures les plus longues (19).

Tableau 6 – Récapitulatif des durées des mesures de restriction

Mesures	Durée	Etudes
Contention mécanique	41 min (\pm 8) par épisode en moyenne = avant méthode alternative 18 min (\pm 20) par épisode en moyenne = après méthode alternative	(16)
	15min – 720 min (12h) Médiane = 210 minutes (3,5 heures) par épisode	(11)
	15min à 2427min par épisode Médiane = 390 min	(23)

	(4h50min)	
Contention physique	Durée médiane = 10 minutes par épisode Intervalle = 1 min à 300 min (5h)	(11)
Isolement	18 minutes (2-75 minutes)	(22)
	27 (\pm 5) à 21 (\pm 5) minutes par épisode	(16)
	3024 minutes (2,1 jours) par épisode, intervalle 0 à 8 jours	(9)
	Durée médiane = 30 minutes, intervalle 5min – 330 min (5.5 heures)	(11)
Isolement ouvert	Durée moyenne par épisode = 13,9 jours	(9)
Isolement et/ou chambre d'apaisement	1 min à 12 jours par épisode Médiane = 7,5 heures	(19)

6.3. Période de la journée, et de l'hospitalisation où est réalisée la mesure

Concernant la temporalité du recours aux mesures restrictives sur la journée, trois études nous apportent des résultats :

➤ Dans l'étude de Swadi et Al, la moitié de tous les isolements se produisant entre 17 heures et minuit (19).

➤ Dans l'étude de Furre et Al, un tiers (33,9%) des épisodes de contention étaient survenus entre 8 heures et 16 heures, 56,5% entre 16 heures et 24 heures et 9,6% entre 24 heures et 8 heures (11).

➤L'étude de Nadereau et Al. retrouve des horaires différents des deux études précédentes, majoritairement entre 14h et 18h (52%), suivi du matin entre 8h et 12h (26%)(9).

Concernant le moment de survenue du premier évènement de restriction au cours de l'hospitalisation, trois études s'y sont intéressées :

➤Ainsi l'étude de Swadi et Al. indique que dans 76% des cas, le premier épisode d'isolement s'était produit au cours de la première semaine suivant l'admission (19).

➤Ce résultat coïncide avec l'étude de Duke et Al. qui retrouve également que les mesures restrictives étaient plus susceptibles d'être utilisés au cours de la première semaine d'admission (22).

➤L'étude de Hottinen et Al. indique quant à elle, que la période de l'hospitalisation avant le premier épisode de contention mécanique était inférieure à 5 jours dans 26% des cas, 5 à 30 jours dans 57% et plus de 30 jours dans 17% des cas. Elle précise que les garçons ont été contraints mécaniquement plus souvent que les filles pendant les premiers jours de l'hospitalisation, et que 23% des filles ont subi leur premier épisode de contention mécanique après 1 mois d'admission (23).

7. Mesures alternatives

De nombreux articles renseignent l'utilisation de mesures alternatives, ou de mesures d'interventions visant à réduire l'utilisation des mesures de coercitions.

Certains d'entre eux proposent d'étudier des méthodes spécifiques à l'aide d'outils comme l'étude de Martin et Al. par exemple. En effet, cette étude s'intéresse à l'impact de l'utilisation d'un programme thérapeutique spécifique, le CPS (collaborative problem solving), sur l'incidence des mesures de restriction. C'est un modèle de soins

basé sur des principes cognitivo-comportementaux, axé sur la résolution de problèmes en collaboration, et la gestion de l'agressivité.

Pendant la période de l'étude, et après la mise en œuvre complète de leur modèle, le recours aux mesures de restrictions avait nettement diminué (une réduction de 37,6 et de 3,2 fois respectivement pour la contention et l'isolement) ainsi que pour la durée moyenne de ces mesures (16).

Dans la revue de littérature de Marc de Hert et Al., il est précisé que l'introduction d'une intervention spécifique, à visée de réduction de ces mesures, pouvait influencer sur l'incidence de celles-ci. Ces interventions comprenaient notamment l'utilisation d'un nouveau modèle de soins, d'un programme comportementaliste, et de l'introduction d'une salle rembourrée (*padded room*). Dans 4 études, il a été montré que l'introduction d'une intervention a permis une diminution du taux de contention de 93,2%, et une diminution également de la durée de contention de 54,2%. Le taux d'isolement lui ne diminué que très peu (-0,6%) mais les résultats étaient hétérogènes. Dans une autre étude, il était noté une augmentation de l'utilisation de contention. Dans les autres études, les épisodes d'isolement réduisaient de 74,7%, accompagnés d'une diminution de la durée de 32,4% (12).

Il est également décrit dans certains articles, l'utilisation de mesures préventives comme la médication à visée anxiolytique, ou les techniques de désescalades pour prévenir le recours à une mesure restrictive (9, 17, 18, 19) :

Par exemple, dans l'étude de Swadi et Al., des stratégies de désescalade adapté à chaque patient sont définies à l'admission, comme parler calmement, utiliser l'encouragement, l'humour, la reconnaissance, la distraction, ou le soutien familial et culturel. Un tel soutien est souvent suivi de l'offre de médicaments au prorata, d'instructions plus directives (19).

L'étude de Azeem et Al. propose 6 stratégies pour réduire le recours aux mesures de restrictions :

- Mise en place d'un leadership avec une politique de réduction du recours

- Utilisation de données pour éclairer la pratique
- La formation des équipes
- L'utilisation d'outils à visée de réduction des mesures de contention et d'isolement,
- Améliorer l'implication des patients dans leur prise en charge hospitalières;
- Débriefing (17).

Une revue de la littérature de 2010 a analysé les données disponibles sur les programmes de réductions d'isolement et/ou de contentions, à partir de 29 articles.

Sept stratégies clés sont ressorties de l'analyse :

- Changement de politique/leadership
- Débriefing
- Utilisation des données
- Formation
- Participation/implication du patient/de la famille
- Augmentation des effectifs/équipes de gestion de crises
- Les éléments / modifications du programme de réduction : réaménagement du service avec mise à disposition d'une chambre d'apaisement, stratégies d'intervention précoce, approche de gestion de la crise la moins restrictive possible, modification de l'environnement, etc (30).

8. Aspect législatif

Ces dernières années, les visites du CGLPL dans les différents établissements ont permis de réaliser un certain nombre de constats. Tout d'abord, il a été observé une recrudescence des pratiques de contention et d'isolement. Il a ensuite été mis en évidence une grande diversité des pratiques que ce soit d'une région à l'autre, d'un établissement à l'autre, voire d'un service à l'autre, pouvant laisser perplexe quant à la cohérence de l'indication et de la mise en œuvre de ces pratiques.

Face à ces constats, il est apparu nécessaire d'instaurer un encadrement plus rigoureux de ces pratiques.

Samuel Porteau avait développé, lors de son travail de thèse (8), toute une partie sur l'aspect législatif, rappelant les points principaux, en passant par la recommandation du Conseil des Nations Unies de 1991, la modernisation de la loi santé de 2016, et les recommandations de bonne pratique de l'HAS de 2017.

C'est pourquoi nous ne détaillerons dans cette partie que les points spécifiques à la pédopsychiatrie, et aux soins des mineurs en psychiatrie de façon plus générale. Il sera tout de même repris quelques points majeurs portant sur la psychiatrie générale, pour permettre de mieux saisir l'aspect contextuel de ceux que nous aborderons chez les mineurs.

Nous détaillerons ainsi de façon chronologique certains rapports du CGLPL, la loi de modernisation santé de 2016, et les recommandations de bonne pratique de la HAS de 2017.

8.1. Le rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté de 2013 (1)

Il semble important pour commencer, de rappeler le rôle qu'exerce le CGLPL. Instauré depuis la loi du 30 octobre 2007, sa mission consiste à s'assurer que les personnes enfermées soient traitées avec humanité et dans le respect de leur dignité.

C'est ainsi que depuis une dizaine d'années, il effectue des visites annuelles dans les différents établissements psychiatriques. Bien que ces derniers ne constituent pas en soit des lieux de privations de libertés, des patients peuvent y être admis sans leur consentement, et des décisions médicales comme les mesures de restriction peuvent y être effectuées. Ces visites lui ont permis de réaliser un certain nombre de constats et de recommandations, qu'il présente dans ses rapports.

Précisons encore que sa fonction n'est pas d'apprécier la pertinence clinique du recours à ces mesures coercitives mais de s'assurer du respect des droits fondamentaux des patients hospitalisés.

Dès 2013, le CGLPL avait publié un rapport posant le constat d'une augmentation des hospitalisations sous contraintes chez les adultes. Il constatait également que les conditions d'isolement peuvent porter atteinte à la dignité compte tenu de l'équipement souvent insuffisant à disposition (repères temporels, bouton d'appel, accès aux sanitaires, etc.). Il soulignait aussi la nuance parfois subtile que peuvent prendre ces mesures restrictives entre soin et sanction.

Enfin un des points principaux de ce rapport concernait le manque de traçabilité et la recommandation de consigner les événements dans un registre spécifique.

A noter que ces recommandations et constats concernaient la psychiatrie en général, surtout adulte, et qu'il n'y est pas abordé la question de la pédopsychiatrie à proprement parlé.

8.2. La loi de modernisation du système santé de 2016 (2):

Avant 2016, les pratiques de contention et d'isolement ne faisaient l'objet d'aucune réglementation explicite sur l'aspect juridique.

L'article 72 L.3222-5-1 de la loi 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a ainsi permis d'encadrer ces pratiques de façon législative. Sa visée concerne entre autres la réduction de ces mesures.

Cette loi reprend les recommandations des rapports précédents du CGLPL, comme en témoignent les points suivant :

- « Pratiques de dernier recours »,
- « Pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui »,
- « Limité dans le temps »,
- « Sur décision d'un psychiatre », et non sur prescription, faisant de cette pratique une mesure d'autorité administrative et non une mesure thérapeutique.

- Une « surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin ».
- « Un registre est tenu dans chaque établissement de santé » précisant « le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée »(2).

8.3. Le rapport du CGLPL de 2017 (3;5):

Dans la lignée de la loi de modernisation de notre système de santé, le CLGPL publie en 2017 un rapport thématique sur l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale. Il constate une persistance de l'augmentation de ces pratiques et une généralisation de leur recours en avançant de multiples facteurs causaux : réduction des effectifs, présence insuffisante des médecins dans les unités de soin, manque de réflexion d'ensemble sur la liberté de circulation des patients, changement dans la formation des professionnels, etc.

Bien que le CGLPL recommande depuis 2009 la consignation des mesures dans un registre et que la loi du 26 janvier 2016 encadre de façon législative cette recommandation, les professionnels ne disposent à ce moment d'aucun recensement actualisé de ces mesures de contraintes.

Il souligne également l'existence d'une diversité de motifs d'usage de l'isolement et de la contention, qui peuvent ne pas être guidés par l'état clinique du patient, et pouvant même être utilisé à des fins disciplinaires ou de sanction. Il a également pu constater que certains patients, souvent des mineurs, pouvaient être enfermés dans leur propre chambre afin de les mettre à l'abri d'autres patients du service. Il finit par souligner une grande hétérogénéité des modalités de mise en œuvre des pratiques, que ce soit dans la gestion de la période d'isolement, les modalités de contention (deux membres, quatre membres, ou autres), l'organisation des chambre d'isolement (mobilier, sanitaires, éclairage, etc.).

Il en conclue que les modalités de recours à ces mesures portent atteinte à plusieurs droits fondamentaux : le droit à la prise en charge médicale (suivi médical

quotidien, examen somatique, prescription de si besoin si le médecin est absent), le droit à la sécurité, le droit à l'intimité, le droit de recevoir des visites, le droit au respect de la dignité, la prise en compte des besoins physiologique de mobilité, et la possibilité d'avoir des activités.

Face à ces constats, il préconise certaines recommandations. Il est ainsi rappelé les principaux éléments de la loi santé de 2016, en soulignant l'importance :

- De la traçabilité et de la tenue d'un registre,
- Du respect des droits des patients,
- Des modalités de la décision médicale,
- De l'importance du suivi et de la surveillance des mesures,
- De l'importance des conditions matérielles à disposition,
- De l'importance de la formation du personnel,
- Et de l'intérêt d'un cadre étayant et rassurant de l'hospitalisation dans un but préventif des situations de crise (personnel soignant formé et en nombre suffisant, règles de vie du service diffusé au patient, présence d'activités thérapeutiques et occupationnelles)

Il produit parallèlement un rapport thématique sur les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale. Les principales recommandations qu'il en conclue sont les suivantes :

- « Les patients mineurs ne devraient pas être accueillis avec des adultes de plus de 25 ans. Il devrait être envisagé de regrouper dans des unités distinctes d'une part, les mineurs de 13 à 16 ans et, d'autre part, les jeunes de 16 à 25 ans ».
- Lors d'une admission à la demande des représentants légaux, « il convient de recueillir l'accord des deux parents, dès lors qu'ils partagent l'exercice de l'autorité parentale ».
- « Les mineurs hospitalisés à la demande de leurs représentants légaux doivent pouvoir saisir la commission départementale des soins psychiatriques. Lorsqu'ils contestent la nécessité de l'hospitalisation, les mineurs doivent pouvoir saisir le juge des libertés et de la détention (JLD). »

- « S'il apparaît que les intérêts du mineur sont en opposition avec ceux de ses représentants légaux ou que les droits des mineurs sont insuffisamment garantis par eux, le JLD devrait désigner un administrateur ad hoc ».
- « Les unités recevant des mineurs devraient bénéficier d'une chambre d'apaisement ».
- « Les chambres d'isolement devraient être exclues des unités recevant des enfants de moins de 13 ans ».
- « Les équipes de psychiatrie infanto-juvéniles devraient recevoir une formation spécifique, destinée à prévenir les crises, et à y répondre par d'autres moyens que le placement en chambre d'isolement ».
- « Le personnel hospitalier devrait être sensibilisé aux questions d'ordre juridique ».
- « La mise en pyjama et l'interdiction du port de chaussures doivent demeurer exceptionnelles ».
- « Tout établissement recevant des mineurs doit disposer de moyens permettant de dispenser une scolarité »(3).

8.4. Les recommandations de bonne pratique de l'HAS de 2017 (4)

C'est ainsi que la HAS a publié en 2017 des recommandations de bonnes pratiques en essayant de répondre au mieux aux exigences cliniques, légale, éthiques et organisationnelles, afin d'harmoniser les pratiques des professionnels de santé.

Elles visent également à améliorer la prise en charge des patients et la qualité des soins, en veillant à respecter leurs droits fondamentaux, et le bon usage de ces pratiques.

Les principales recommandations sur l'isolement et la contention mécanique sont les suivantes :

- « L'isolement et la contention mécanique sont des mesures de protection limitées dans le temps pour prévenir une violence imminente sous-tendue par des

troubles mentaux. Elles s'inscrivent dans le cadre d'une démarche thérapeutique. Elles ne doivent être utilisées qu'en dernier recours après échec des mesures alternatives de prise en charge ».

- Ces mesures sont réalisées sur décision d'un psychiatre. Ainsi ces deux premières recommandations constituent un rappel à l'article 72 de la loi santé de 2016.
- « Ces mesures ne peuvent avoir lieu que dans un espace dédié ».
- « Seul les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés ». Les modalités d'admissions et de soins n'étant pas les mêmes chez les adultes et les mineurs, ce point mériterait d'être redéfini chez ces derniers.
- « La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement ».
- « Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient ». Ce qui n'est pas effectif, ou très peu, en pédopsychiatrie.
- « Ces mesures nécessitent une prise en compte systématique de l'état clinique somatique ».
- « Il est indispensable, ..., de donner au patient des explications claires concernant les raisons de ces mesures et les critères qui permettraient sa levée ».
- « L'isolement et la contention mécanique doivent être levés, sur décision médicale, dès que leur maintien n'est plus cliniquement justifié ».
- « Il est souhaitable d'aménager des espaces d'apaisement, comme alternative à l'isolement ».
- « A la fin de toute mesure d'isolement ou de contention, une reprise des conditions qui y ont conduit et une réflexion doivent être menée d'une part avec le patient, d'autre part en équipe ».
- « Aucune mesure d'isolement ou de contention ne peut être décidée par anticipation ou si besoin ».

- « Ces mesures sont assujetties à une surveillance régulière et intensive suivant la prescription médicale »(4).

Dans ses derniers rapports, le CGLPL continue de constater que l'encadrement des pratiques d'isolement de contention reste très insuffisant, et que très souvent les chambre d'isolement ne sont pas adapté à leur usage. Les constats se reproduisent, et il appelle ainsi à limiter le plus possible les soins sans consentement, et préconise une réévaluation de la chaîne complète de prise en charge en santé mentale.

DEUXIEME PARTIE : TRAVAIL EXPLORATOIRE

1. Problématique

Dans la première partie, nous avons constaté qu'il existe peu d'études disponibles dans la littérature internationale concernant les mesures de restrictions, notamment celles portant sur des mesures chiffrées.

Une seule étude française a calculé la prévalence des mesures d'isolement et de mise en chambre d'apaisement, de manière rétrospective, et sur une seule unité (9).

Les taux de prévalence des mesures de restrictions apparaissent plutôt disparates d'une étude à l'autre, allant de 6.5 à 40 %. Ceci peut en partie s'expliquer par l'hétérogénéité des pratiques, des systèmes législatifs et des systèmes de politique de santé, spécifiques à chaque pays, voire même à chaque établissement.

Nous avons également noté le manque d'homogénéité dans la terminologie employée pour certaines mesures, ainsi qu'un écart parfois non négligeable concernant les définitions de certaines d'entre elles. En effet, la distinction entre l'isolement et la chambre d'apaisement, telle que le définit l'HAS, n'est retrouvée que dans deux études (9 ; 18).

Ces différents points suscités constituent des biais de comparaisons importants inter-études.

Cependant, certaines similitudes semblent ressortir dans plusieurs études. Ainsi, il apparaît que les mesures de restriction sont plus fréquemment associées à une population masculine, en majorité avec un diagnostic de trouble psychotique, de troubles des conduites/trouble oppositionnels, ou de TDAH, et une durée d'hospitalisation plus longue. Les motifs de recours à ces mesures les plus fréquents surviennent dans un contexte d'agitation, de passage à l'acte auto et/ou hétéro-agressif, de conduites suicidaires, et ces mesures sont plus fréquemment utilisées le soir.

Les résultats concernant l'âge ne permettent pas de faire ressortir un profil type qui serait associé à une plus grande utilisation de mesures de restrictions en raison du manque de reproductibilité d'une étude à l'autre.

Ces résultats sont tout de même à prendre avec précaution compte tenu du peu d'études disponibles, et de l'hétérogénéité des résultats.

Il semble donc indispensable d'effectuer un premier état de lieux des pratiques de contention et d'isolement en France, dans un premier temps de façon régionale ; le but étant d'améliorer nos connaissances et d'en dégager certaines pistes de réflexions afin d'améliorer nos pratiques.

Dans ce contexte, notre hypothèse de départ est que la prévalence du recours à la contention et à l'isolement en Occitanie devrait être semblable à celle des autres pays et que la population exposée devrait présenter les mêmes caractéristiques sociodémographiques et cliniques que celles décrites dans la littérature.

Ainsi, nous proposons de réaliser une étude prospective, multicentrique, descriptive et analytique sur ce sujet, intitulé : prévalence des mesures de contentions et de mise en chambre d'isolement chez les mineurs en service de pédopsychiatrie et aux urgences.

2. Matériel et Méthodes

2.1. Définitions

Nous avons utilisé pour notre étude les définitions issues des recommandations de bonne pratique de l'HAS (4), que nous avons déjà développés dans la revue de littérature antérieurement (Première partie : définitions : en France). C'est pourquoi nous ne les redétaillerons pas dans cette partie.

Nous rappelons tout de même que pour la contention physique, nous avons pris le parti de rajouter à la définition de l'HAS le caractère « restrictif des mouvements volontaires ».

2.2. Objectifs et critères de jugement de l'étude

L'objectif principal est le calcul de la prévalence de l'utilisation de la contention mécanique, physique, et/ou de la mise en chambre d'isolement, au sein des établissements adhérents à la Fédération FERREPSY, parmi une population de patients enfants et adolescents hospitalisés en service de pédopsychiatrie et aux urgences.

Le critère de jugement principal est le nombre de patients exposés à une mesure de contention physique, mécanique, et/ou de mise en chambre d'isolement par rapport au nombre de patients admis dans les services, sur une période de douze mois (exprimé en pourcentage).

Les objectifs secondaires étudiés sont :

- Les caractéristiques sociodémographiques,
- Les caractéristiques cliniques, diagnostiques,
- Et les caractéristiques environnementales d'une population de patients exposée à une mesure de contention physique, mécanique, et/ou de la mise en chambre d'isolement.

2.3. Site de l'étude

Cette étude a été réalisée dans 25 établissements de santé en psychiatrie de 10 départements de la région Occitanie, tous adhérents à la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (FERREPSY), afin d'assurer une certaine représentativité régionale de la recherche :

N°	Etablissement	Service	Département
1	Centre Hospitalier Arriège-Couzeran	Service Esquirol	Les Pyrénées Ariège (09)
2	Centre Hospitalier Arriège-Couzeran	Urgences	Les Pyrénées Ariège (09)
3	USSAP Union Sanitaire et Sociale Aude Pyrénées	UDASPA	Aude (11)

	Limoux		
4	Centre Aude Hospitalier Carcassonne	Urgences	Aude (11)
5	Centre Hospitalier Rodez	UMPA Unité Médico- Psychologique Adolescents	Aveyron (12)
6	Centre Hospitalier Rodez	Urgences psychiatriques	Aveyron (12)
7	Clinique psychiatrique Marigny Saint loup cammas	Unité Scate	Haute Garonne (31)
8	CHU de Toulouse	Villa Ancely	Haute Garonne (31)
9	CHU de Toulouse	Urgences psychiatriques adulte	Haute Garonne (31)
10	CHU de Toulouse	Urgences Pédiatrique	Haute Garonne (31)
11	CHU de Toulouse	EMPEA Equipe mobile de Psychiatrie de liaison à l'Hôpital des Enfants	Haute Garonne (31)
12	CH de Marchant	UCHA Equipe pluridisciplinaire de l'Unité de crise et d'hospitalisation pour adolescents	Haute Garonne (31)
13	CH de Marchant	Clinique André Chaurand	Haute Garonne (31)
14	CH de Marchant	PAJA Pavillon d'Accueil des Jeunes Adultes	Haute Garonne (31)
15	Centre Hospitalier du Gers	Clinique Adolescent Unité d'Hospitalisation temps plein	Gers (32)
16	Centre Hospitalier Jean Pierre Falret LEYME	HOP'TI'MOM (enfants)	Lot (46)
17	Centre Hospitalier Jean Pierre Falret LEYME	ELAN'GO (adolescents)	Lot (46)
18	Centre Hospitalier Cahors	Urgences	Lot (46)
19	Centre Hospitalier Spécialisé de Lannemezan	Unité d'Hospitalisation temps plein	Haute Pyrénées (65)
20	Centre Hospitalier Léon Jean Gregory_Thuir- CAC48_Perpignan	Urgences	Pyrénées-Orientales (66)
21	Fondation Bon Sauveur d'Alby Albi	Unité Françoise Dolto	Tarn (81)
22	Centre Hospitalier Albi	Urgences Bon sauveur d'Alby	Tarn (81)
23	Centre Hospitalier de Lavarur	Horizon ados Unité d'Hospitalisation temps plein	Tarn (81)
24	Centre Hospitalier Montauban	USAHC Unité d'Hospitalisation temps plein	Tarn et Garonne (82)
25	Centre Hospitalier Montauban	Urgences	Tarn et Garonne (82)

Ces 25 établissements comprennent des structures privées, et des structures publiques.

Il existe des spécificités de fonctionnement au sein de ces mêmes services, avec d'une part des services d'hospitalisation temps plein (traditionnel, de crise, liaison), et d'autre part des services d'urgences (adulte, pédiatriques, psychiatriques).

33 établissements sur la région Occitanie ont été contactés pour l'étude.

25 ont participé. Les centres n'ayant pas participé n'ont soit pas répondu à notre première sollicitation, soit refusé dans un second temps pour difficultés organisationnelles.

2.4. Population de l'étude

2.4.1. Critères d'inclusion

Les sujets inclus pour cette étude sont les patients âgés de 6 à 17 ans admis en service d'hospitalisation temps plein pédopsychiatrique, et/ou au service des urgences entre le 25/02/2020 et le 25/02/2021 au sein des différentes unités des 25 établissements.

2.4.2. Critères de non inclusion

Les patients de moins de 6 ans et les patients majeurs ne sont pas inclus dans l'étude.

2.5. Recueil de données

Un recueil exhaustif sur une fiche de recueil est demandé aux équipes lors de chaque évènement. Cette fiche peut être rempli par tout personnel soignant (médecin, cadre, IDE, éducateurs) ayant participé à l'évènement.

Une anonymisation des patients est effectuée par chaque service en leur attribuant un numéro patient (cf ci-dessous section 2.7). Ainsi aucune identification des patients n'est possible sur le portail numérique.

Dans chaque établissement, un ou plusieurs référents ont été désignés, à leur choix, sur la base du volontariat. Leur mission est primordiale pour notre étude. En effet, outre la diffusion du projet de recherche, et la sollicitation des membres de leur équipe au cours de l'étude, leur mission consiste à récolter les données inscrites sur les fiches de recueil et de les centraliser sur un portail numérique.

La fiche de recueil (Annexe 2) a été élaborée à partir des données collectées lors de la revue de la littérature médico-scientifique et en s'appuyant sur le travail de recherche effectué chez l'adulte par Adeline CLENET (6). Deux phases tests (cf partie *déroulement de l'étude 2.11* ci-dessous) ont permis d'améliorer les informations recherchées dans cette fiche de recueil.

Cette fiche permet de répondre aux objectifs secondaires et de décrire les caractéristiques des mesures restrictives. Sur chacune de ces fiches est inscrite la date d'admission dans le service, permettant ainsi d'identifier les patients exposés à plusieurs mesures restrictives lors d'un même séjour hospitalier.

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

- Nombre de patient admis dans chaque service pour la période de l'étude
- Les données des patients hospitalisés au cours de l'étude et les données liées à leur séjour : âge, sexe, diagnostic.
- Identification du nombre de patients mineurs hospitalisés en psychiatrie adulte, et l'utilisation de mesure de contention mécanique et d'isolement sur ces patients à l'aide du registre de chaque établissement.

2.6. Description des variables recueillies

2.6.1. Données relatives aux services

Il a été demandé lors du premier recueil sur le portail numérique plusieurs informations propres à chaque service. Si ces données venaient à changer, les services pourront le signaler.

Ces données étaient :

- Type de service : service d'hospitalisation temps plein traditionnel, service de gestion de crise, service de liaison, service d'urgences, etc.
- Ressources humaines (psychiatre, IDE, éducateurs, aide soignants, psychologue, cadre), et temps d'activités dans le service (mi-temps, temps plein, ou autre)
- Tranche d'âge des patients admis
- Nombre de lits disponibles
- Durée moyenne de séjour
- Outils à disposition : chambre d'apaisement, chambre d'isolement, chambre d'isolement non dédiée, chambre d'apaisement et d'isolement non différenciés, matériels de contention.
- Le service dispose-t-il d'un protocole de contention mécanique ?
- Les équipes ont-elles été formées aux techniques de contention ?

2.6.2. Données sociodémographiques et administratives

Les caractéristiques sociodémographiques suivantes sont étudiées :

- Le genre
- L'âge

- La date d'admission dans le service afin de calculer le délai entre l'admission et la contention
- L'identification du patient par l'attribution d'un numéro patient afin de respecter l'anonymisation
- Date d'admission dans le service
- Lieux de provenance (lieux de vie, transfert d'un autre service, urgences, autres)

2.6.3. Données cliniques et diagnostiques

Sur le plan clinique, les données suivantes sont recueillies :

- Le diagnostic ou l'hypothèse diagnostique à l'entrée, basé sur la CIM 10
- Le(s) antécédent(s) éventuel(s) d'hospitalisation
- L'existence d'un suivi psychiatrique antérieur
- Le(s) antécédent(s) éventuel(s) d'exposition à une mesure de contention physique, mécanique, ou d'isolement
- La présence d'un traitement de fond psychotrope
- La présence d'un traitement anxiolytique ou sédatif à la demande (Tercian, Atarax, etc.)

2.6.4. Modalités de prise en charge de(s) la mesure(s) de restriction

Concernant la(les) mesures de restrictions, les données suivantes sont demandées :

- La date, l'heure, et la durée de l'évènement
- Le motif principal ayant justifié la mesure de contention physique, mécanique, ou d'isolement
- La présence médicale ou non lors de la mise en œuvre de la mesure : médecin ou interne de l'unité, médecin ou interne de garde

- L'information d'un médecin s'il n'a pas pu être présent
- Le nombre de personnes impliqués lors de la mesure
- L'appel de renforts
- Le lieu où est réalisée la mesure
- Le nombre de personnel nécessaire à la réalisation de la mesure (personnel soignant, sécurité, ou autre)
- La nécessité de transférer le patient dans un autre service
- L'administration d'un traitement psychotrope conjointement à la mesure
- Réalisation d'un entretien lors de la levée de la mesure

2.6.5. Mesures alternatives

Concernant les mesures alternatives, les données suivantes sont demandées :

- Espace d'apaisement
- Traitement anxiolytique
- Autre (avec possibilité de préciser)

2.7. Circuit des données et méthode de protection de leur confidentialité

Chacun référent, professionnels de santé, s'est vu attribuer un code d'accès différent permettant la saisie des questionnaires à la plateforme internet spécifique à l'étude développée et hébergée par la société BSI.

Le recueil des données sur support numérique assure une anonymisation des données. Les modalités de codification des patients seront : Numéro du centre + numéro de survenue de la mesure dans chaque centre.

Si un mineur est exposé à plusieurs mesures restrictives lors d'une ou plusieurs hospitalisation (s) sur la période de l'étude, toutes les mesures mises en œuvre devront être notifiées en utilisant le même numéro de patient.

Seuls les professionnels de santé qui dirigent la réalisation de la recherche dans un centre participant peuvent conserver le lien entre l'identité codée des personnes se prêtant à la recherche et leurs nom(s) et prénom(s).

2.8. Analyse statistique

Concernant le traitement statistique des données, nous avons bénéficié de l'aide de l'institut Mathématique de Toulouse, avec la participation de Sébastien DEJEAN, ingénieur de recherche en calcul scientifique, et du CREA_I_ORS Occitanie.

Les données des 25 centres seront analysées, à l'aide des données du portail numérique sur les patients exposés aux mesures de restrictions, et des données fournies par les DIM.

Une analyse descriptive de l'ensemble de la population de l'étude sera effectuée. Les données quantitatives seront présentées à l'aide de l'effectif de données renseignées, du minimum, du maximum, des moyennes, des écarts-type, de la médiane et les valeurs extrêmes.

Les données qualitatives seront présentées à l'aide d'effectif et de pourcentage. Les pourcentages seront calculés sur le nombre de données observées.

2.9. Conservation des documents et des données

Les données de la recherche seront hébergées sur un serveur sécurisé. Ce serveur est administré par la société BSI pour le compte du responsable de traitement, la FERREPSY.

Les principales mesures de sécurité des données sur cette base comprennent : contrôles logiques d'accès (droits utilisateurs) ; sécurité de connexion (authentification) ; échanges chiffrés (SSL) ; surveillance physique des locaux où sont hébergées les données ; sauvegardes quotidiennes des données.

Les données seront conservées jusqu'à la publication des résultats de la recherche. Elles feront l'objet d'un archivage sur support informatique pour une durée de quinze ans.

2.10. Considérations éthiques et légales

2.10.1. Engagement de conformité à la « Méthodologie de référence » MR 004

Cette recherche entre dans le cadre de la « Méthodologie de Référence pour les traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches dans le domaine de la santé » (MR-004 modifiée).

La FERREPSY, promoteur de la recherche, a signé un engagement de conformité à cette « Méthodologie de Référence ». (N° Enregistrement CNIL du responsable de traitement : 2216176).

2.10.2. Demande d'avis au Comité d'Ethique

Cette recherche a été soumise le 17/01/2020 à l'évaluation et à l'approbation du Comité d'Ethique de l'Hôpital Marchant.

2.10.3. Modalités d'information de la population concernée

Les responsables de l'autorité parentale des mineurs concernés par la recherche seront informés par une note de présentation de la recherche qui leur sera remis.

Cette information générale reprend les mentions prévues à l'article 32-I de la loi Informatique et Libertés, notamment les modalités d'exercice de leurs droits d'accès, de rectification et d'opposition. Les droits d'accès, de rectification et d'opposition s'exercent à tout moment auprès du responsable de traitement (le promoteur).

3. Déroulement de l'étude

Le projet de recherche sur la contention en pédopsychiatrie fait suite à celui réalisé chez l'adulte qui avait englobé trois travaux de thèse d'internes en médecine (6, 7, 8).

Initialement le projet devait étudier, comme celui des adultes, uniquement les mesures de contention mécanique. Compte tenu des spécificités clinico-pratiques chez l'enfant et de l'adolescent, et compte tenu de la bibliographie médico-scientifique à travers le monde, nous avons trouvé pertinent d'inclure également la contention physique dans notre recueil.

Les contentions mécaniques, comme le préconise les recommandations de bonnes pratiques de la HAS, se réalisent normalement en chambre d'isolement. C'est pourquoi nous avons également trouvé intéressant l'inclusion du recueil de cette mesure dans notre étude. De plus le recours à la chambre d'isolement constitue en soi une mesure de restriction, indépendamment de la contention mécanique.

C'est ainsi que notre étude s'est portée sur ces trois types de mesures restrictives qui sont la contention mécanique, la contention physique, et la mise en chambre d'apaisement.

L'inclusion de la mise en chambre d'apaisement s'était également posée devant l'importance de sa place en pédopsychiatrie. Nous avons finalement décidé de ne pas l'inclure d'une part car il s'agit d'une mesure préventive, qui ne rentre pas dans le cadre des mesures restrictives, et ayant pour but d'éviter ces dernières, et d'autre part par soucis méthodologique devant l'exigence de recueil qu'elle aurait suscité (mesure beaucoup plus fréquentes en pratique).

Afin de démarrer au mieux le lancement de l'étude, nous avons réalisé deux phases test, afin de vérifier la pertinence clinique de notre fiche de recueil auprès des services, et de la perfectionner au vu des remarques apportées.

- La première phase qui a été effectuée sur quelques semaines entre juin et juillet 2019, avec la participation de 6 services de la Haute-Garonne, constitués d'unités d'hôpital de jour (HDJ) et d'hospitalisations temps pleins.

Le but était de tester notre première version de la fiche de recueil pour vérifier sa faisabilité en pratique clinique, et de l'améliorer avec l'aide des remarques et conseils des équipes participantes.

Au terme de cette phase test, nous avons réalisé une réunion avec les services participants pour qu'ils nous rendent compte des résultats.

Ce qui l'en est ressortie c'est que les HDJ, compte tenu de l'absence de chambre d'isolement et de matériels de contentions dans leur service, n'ont eu recours qu'à des mesures contentions physiques.

Il a également été posé la question de la définition de la contention physique. En effet, bien que celle-ci soit assez clairement définie par la définition de l'HAS, à savoir « Maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique », elle reste peu encadrée, et a ainsi amené des questionnements concernant notamment la nécessité d'une durée minimale de contention pour l'inclusion dans le recueil, ainsi que sur la notion de « force physique » et le caractère restrictif non mentionné dans la définition (absence de précision concernant la restriction de la mobilité volontaire du patient).

Nous avons par ailleurs décidé de ne pas inclure les HDJ compte tenu de leur recours quasiment exclusif de la contention physique, et non aux mesures de contention mécaniques et d'isolement, ainsi que par soucis logistique (trop grand nombre de services à inclure).

- La deuxième phase test a été réalisée sur deux semaines du 18 novembre 2019 au 1 décembre 2019, avec la participation de la totalité des centres inclus dans l'étude ayant bien voulu participer. Il s'agissait comme pour la première phase de pouvoir peaufiner certains points, certains items, et s'assurer de la faisabilité du recueil.

Mais le but principal était de pouvoir porter l'étude à la connaissance du plus grand nombre de personnels soignants dans chacun des centres, afin qu'ils aient pu se familiariser avec la fiche de recueil, et qu'ils aient pu en discuter en équipe.

Au terme de cette deuxième phase test tout le personnel soignant des établissements participants a été convié à une réunion de présentation le 10/12/2019, où le protocole de l'étude a été présenté. Nous leur avons ensuite envoyé un mail récapitulatif écrit avant le lancement du recueil. Les personnes manquantes à cette réunion ont également reçu ce mail.

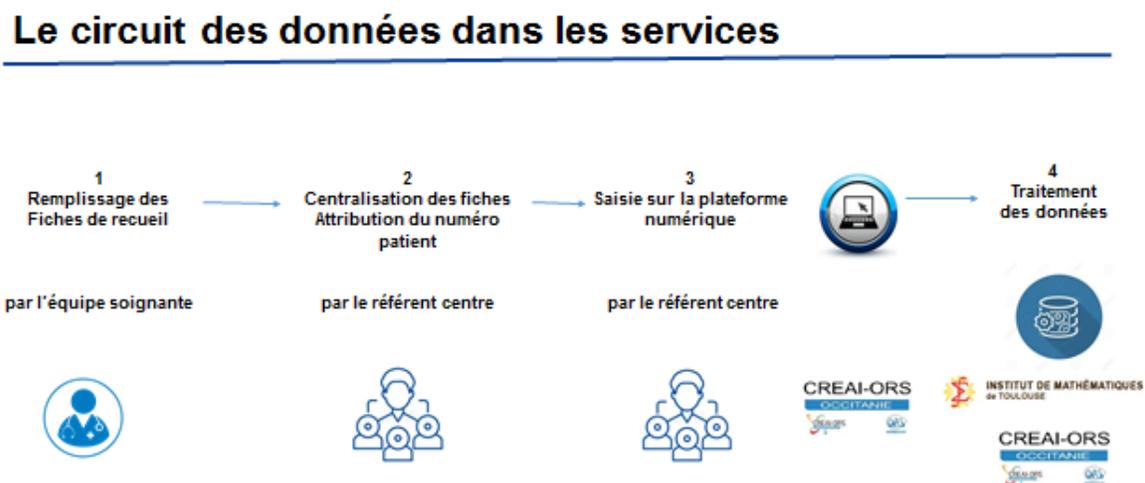
Le lancement officiel du recueil a débuté le 25/02/2020.

Les pilotes de l'étude sont 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.

Un rapport trimestriel sera fourni aux différents centres présentant les résultats à disposition afin soutenir l'intérêt et la motivation des équipes pour le recueil.

L'analyse des résultats s'effectuera au terme de l'année du recueil, à partir de février 2021, avec pour projet de publier ces résultats dans la bibliographie médico-scientifique.

Figure 1 – Circuit des données



DISCUSSION

Comme nous l'avons vu dans la revue de littérature, les définitions des mesures de restrictions d'une étude à l'autre peuvent se montrer hétérogènes et donc difficilement comparables. Elles constituent pourtant le nœud central de ce travail de recherche. En effet, pour effectuer un recueil exhaustif des pratiques et pouvoir ensuite les étudier d'un établissement à un autre, ou d'une étude à l'autre, nous avons besoin d'un socle commun, de définitions communes.

Ainsi, lors de la phase préparatoire au lancement de notre étude, et suite aux différentes rencontres avec les centres participants, la plupart des questionnements se sont centrés sur les définitions, notamment celle de la contention physique.

Nous pouvons ainsi débiter cette discussion par une réflexion sur la notion générale de contention pour arriver progressivement sur la contention physique. Lors de la présentation de la recherche au comité d'éthique nous avons pu débiter autour du concept de contention psychique. Ce terme était à comprendre comme l'action que peut exercer un adulte sur un enfant/adolescent, notamment par la fonction d'autorité. Ainsi dans un cadre éducatif, un parent peut demander à un enfant d'aller dans sa chambre pour s'apaiser. Il n'y a pas lieu ici de parler de contention physique, ou même de mise à l'isolement tel que définie par l'HAS, mais nous pouvons entendre que l'enfant, par l'autorité de l'adulte, est contraint psychiquement à exercer cet ordre. Même si l'enfant accepte de se soumettre à l'autorité de l'adulte, et réalise cette tâche de façon consciente et volontaire, il existe tout de même une contrainte pour que l'enfant effectue la tâche ordonnée, en partie contre sa volonté. Nous pouvons percevoir ici la subtilité qu'il peut exister entre mesure éducative d'une part et mesure restrictive d'autre part. Dans cet exemple, c'est l'absence d'intervention physique de l'adulte, qui fait la différence entre mesure éducative et mesure restrictive. Ceci étant dans la pratique d'un service de pédopsychiatrie, il existe de nombreuses situations intermédiaires, où une mesure éducative s'accompagne d'un geste physique de l'adulte, pas nécessairement dans le but de contraindre mais plutôt de stimuler, de donner l'impulsion nécessaire à la réalisation de la tâche. Dans ces zones frontalières, la part de la subjectivité, de

l'interprétation que l'on fait d'une situation est importante. Par exemple le vécu du soignant peut être différent du vécu du patient.

A également été abordée la notion de contention géographique. Par contention géographique était entendue la restriction de mobilité au sein d'une unité d'hospitalisation. Par exemple dans les services de pédopsychiatrie, l'accès à l'extérieur du service est généralement décidé par un adulte. L'enfant peut ne pas pouvoir réaliser des allées-venues dans le service lors de son hospitalisation. Il y a ici une contenance au sein du service.

Cette notion d'autorité dans le cadre éducatif a également suscité des questionnements lors de l'abord de la contention physique. L'HAS la définit par le maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique. Une des questions posées était la suivante : l'accompagnement d'un enfant de la salle commune vers sa chambre si celui-ci s'y oppose, en le maintenant par un membre par exemple, constitue-t-il une mesure de contention physique ? En effet, dans cette situation, l'enfant est maintenu et accompagné, contre sa volonté, avec l'utilisation de la force physique d'un ou plusieurs adultes. Autre exemple amené, une situation où un enfant refuse de mettre ses chaussures, et que l'adulte le maintient afin de les lui mettre.

Ce genre de situation est d'autant plus courant dans les services accueillant de jeunes enfants. Le personnel en question considérerait ce genre d'évènements comme pouvant être attribués à des mesures éducatives. Cela constitue en effet des situations courantes que peuvent rencontrer les parents au domicile. La question peut alors se poser de la place de telles mesures éducatives au sein des institutions pédopsychiatriques. Une autre question se pose également : y-a-t-il un seuil où ce genre d'évènement passe d'une mesure éducative à une mesure de contention tel que définie par l'HAS ?

Rappelons tout de même que la notion de contention renvoie à l'exercice d'une mesure restrictive et donc d'une restriction de liberté. Lorsqu'un adulte ordonne une action à un mineur, ce dernier conserve sa liberté de choisir d'agir ou non. Il apparaît que lorsqu'un mineur refuse d'obéir à l'ordre d'un adulte, la contrainte peut sembler nécessaire mais est-ce la seule façon de procéder ? Il ne s'agirait donc pas d'opposer d'un côté les mesures éducatives et de l'autre les mesures restrictives mais de mieux

définir ce qu'est une mesure de contention physique dans les soins, et de définir la place des mesures éducatives dans les soins, notamment lorsque la force physique intervient.

Une étude spécifique à la contention physique pourrait alors être menée auprès des centres pour mieux cerner comment les équipes se saisissent et définissent ce terme. Rappelons également que les mesures de contention physique ne sont aucunement soumises à une traçabilité dans un quelconque registre ou dans le dossier médical.

Concernant les chambres d'isolement et les chambres d'apaisement, il apparaît que de nombreux services ne bénéficient souvent que de l'une ou de l'autre et sont ainsi amenés à utiliser la même pièce pour ces deux fonctions. Ainsi, ces deux types de dispositifs se voient confondus et non adaptés à leur fonction primaire et aux recommandations de l'HAS. Dans ce cas-là, la chambre d'apaisement ne remplit pas ses propriétés, et peut même s'avérer devenir une source d'angoisses, tout comme la chambre d'isolement qui peut s'avérer devenir moins sécurisée pour l'accueil d'un patient. Il semble ainsi indispensable pour un service de pouvoir disposer d'un espace d'apaisement dédié afin de pouvoir désamorcer des situations de crise qui peuvent amener par la suite au recours à une chambre d'isolement par exemple. La non distinction entre ces deux types d'espace ne peut être que confusiogène pour l'équipe soignante et les patients.

Actuellement, certains services accueillant des mineurs se voient parfois transférer un patient mineur vers un service de psychiatrie adulte si une indication de mise en chambre d'isolement est portée. La place d'un mineur n'est en effet pas dans un service de psychiatrie adulte. Cependant les dernières recommandations du CGLPL préconisent l'absence de chambre d'isolement dans un service accueillant des mineurs de moins de 13 ans. La nécessité de disposer d'une chambre d'isolement dans son service ou non, constitue une réflexion qui devrait être partagée en équipe, en prenant en compte l'âge des patients accueillis, les pratiques institutionnelles, les outils à dispositions, et la formation des équipes à la gestion de la crise.

La revue de littérature nous a permis d'observer une diminution importante de la pratique des mesures restrictives lorsqu'un programme d'intervention spécifique était introduit dans un service. Ce constat nous encourage ainsi à favoriser la formation des équipes sur ces pratiques et de développer des programmes préventifs à la survenue de ces événements, et de la gestion de la violence.

Cette étude va ainsi pouvoir constituer une photographie des pratiques de contention et d'isolement dans la région d'Occitanie, principalement en ce qui concerne leur prévalence. Elle permettra également d'avoir les éléments contextuels de ces pratiques, ce qui pourra servir de base à une réflexion utile pour la poursuite de cette recherche dans ses aspects plus qualitatifs. Il nous semble que pour que les services de soins s'approprient les recommandations formulées par le CGLPL, cela doit passer par une meilleure connaissance des pratiques et de leurs contextes. Ceci permettra de mieux comprendre les obstacles actuels, qu'ils relèvent d'un manque de connaissances cliniques ou de problématiques organisationnelles ou matérielles. La recherche portée par la FERREPSY a cette ambition d'apporter une contribution dans ce domaine.

CONCLUSION

A l'aide des différents rapports du CGLPL, il a été observé ces dernières années en France une recrudescence des pratiques de contention mécanique et d'isolement.

De manière qualitative, il est également mis en évidence une disparité dans la pratique de ces mesures d'une région à l'autre, voire d'une unité à une autre au sein d'un même établissement.

La législation a permis en 2016, par la loi de modernisation de notre système de santé, d'encadrer les mesures de contention mécanique et d'isolement afin d'harmoniser les pratiques, et de permettre un meilleur recueil à l'aide de la création d'un registre. Dans cette lignée, la HAS a également publié en 2017 des recommandations de bonnes pratiques.

La tendance actuelle tend ainsi vers une politique de réduction de ces pratiques. Bien qu'il existe, actuellement un écart entre les recommandations et la pratique, ces différents rapports constituent des atouts précieux quant à l'avancée des pratiques cliniques et permettent de poursuivre les réflexions et d'améliorer constamment notre exercice professionnel.

Compte tenu du peu d'études disponibles dans la littérature, et de l'hétérogénéité des pratiques et des résultats à l'étranger, nous avons proposé un premier état des lieux régional des pratiques de contention physique et mécanique, et de mise en chambre d'isolement en pédopsychiatrie.

En effet, dans la revue de la littérature, la comparaison directe entre les différentes études se révèle délicate et compliquée à réaliser compte tenu du manque d'homogénéité des populations et des centres étudiés, ainsi que de l'absence de définition commune, plus particulièrement pour la contention physique et la mise en chambre d'isolement.

Nous pouvons tout de même constater que la majorité des études retrouvent que les mesures restrictives surviennent plus fréquemment dans une population masculine, chez des patients présentant un diagnostic de trouble psychotique, de troubles des

conduites/trouble oppositionnels, ou de TDAH, et sur des durée d'hospitalisations plus longues. Le recours à ces mesures survient le plus souvent dans un contexte d'agitation, de passage à l'acte auto et/ou hétéro-agressif, de conduites suicidaires, et ces mesures sont plus fréquemment utilisées le soir. Concernant la prévalence, les taux de mesures restrictives sont compris entre 6,5 et 40 %.

L'objectif principal de notre étude est de calculer la prévalence de ces mesures sur une période d'un an. Nous étudierons également dans nos objectifs secondaires les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients exposés à ces évènements.

Les points forts en sont le caractère prospectif, la multicentricité, et l'hétérogénéité des centres.

Les limites principales repérées dans notre étude sont le manque d'utilisation d'un registre dédié au recueil des mesures de contention mécaniques et d'isolement dans la plupart des services de pédopsychiatrie, et la difficulté de certaines équipes à saisir une définition commune de la contention physique, pouvant limiter l'exhaustivité du recueil.

Nous avons également pris le choix de ne pas inclure les mineurs de 16-17 ans dans les services de psychiatrie adulte par soucis méthodologique et de la difficulté de recueil que cela aurait engendré (nombre trop important de service). Cependant les DIM de chaque établissement pourront nous renseigner, à l'aide du registre, le nombre de ces mineurs ayant eu recours à une mesure de contention mécanique et de chambre d'isolement.

Ces résultats permettront d'apporter les premières mesures chiffrées en France et d'effectuer un premier état des lieux régional. Ils permettront également d'affiner nos connaissances sur la pratique de ces mesures, et de rendre compte de la réalité de terrain et des moyens mis en œuvre dans chaque établissement.

En complément, un travail qualitatif semble indispensable en complément de cette étude pour étudier le vécu des soignants et des patients concernant ces pratiques.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2013.
2. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 72.
3. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2017.
4. HAS. Isolement et contention en psychiatrie générale – recommandations de bonnes pratiques 2017.
5. Contrôleur général des lieux de privation de liberté Rapport droits des mineurs en établissement de santé mentale, 2017.
6. Clenet A. Incidence et caractéristiques de l'utilisation de la contention mécanique dans 11 établissements de psychiatrie en Occitanie. [Thèse]. Toulouse: Université Paul Sabatier; 2018.
7. Carre R. Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients [Thèse]. Toulouse: Université Paul Sabatier; 2014.
8. Porteau S. Contention physique : Etude qualitative régionale sur le vécu des soignants en Psychiatrie adulte. [Thèse]: Toulouse: Université Paul Sabatier, 2017.
9. Nadereau L, Sabbah-Lim I, Coruble MN, Berdah S, Rappaport C. À propos de la chambre d'isolement en pédopsychiatrie. Étude au sein d'une unité d'hospitalisation pour adolescents - ScienceDirect. 2013.
10. FERREPSY : Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale.
11. Furre A, Sandvik L, Friis S, Knutzen M, Hanssen-Bauer K. A nationwide study of why and how acute adolescent psychiatric units use restraint. *Psychiatry Res.* 30 mars 2016;237:60-6.
12. Hert M, Dirix N, Demunter H, Correll CU. Prevalence and correlates of seclusion and restraint use in children and adolescents: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry.* févr 2011;20(5):221-30.
13. Sourander A, Ellilä H, Välimäki M, Piha J. Use of holding, restraints, seclusion and time-out in child and adolescent psychiatric in-patient treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* août 2002;11(4):162-7.

14. Timbo W, Sriram A, Reynolds EK, DeBoard-Lucas R, Specht M, Howell C, et al. Risk Factors for Seclusion and Restraint in a Pediatric Psychiatry Day Hospital. *Child Psychiatry & Human Development*. oct 2016;47(5):771-9.
15. Pogge DL, Pappalardo S, Buccolo M, Harvey PD. Prevalence and Precursors of the use of Restraint and Seclusion in a Private Psychiatric Hospital: Comparison of Child and Adolescent Patients. *Adm Policy Ment Health*. 1 mai 2013;40(3):224-31.
16. Martin A, Krieg H, Esposito F, Stubbe D, Cardona L. Reduction of restraint and seclusion through collaborative problem solving: a five-year prospective inpatient study. *Psychiatr Serv*. déc 2008;59(12):1406-12.
17. Azeem M, Aujla A, Rammerth M, Binsfeld G, Jones RB. Effectiveness of six core strategies based on trauma informed care in reducing seclusions and restraints at a child and adolescent psychiatric hospital. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. nov 2017;30(4):170-4.
18. Baeza I, Correll CU, Saito E, Amanbekova D, Ramani M, Kapoor S, et al. Frequency, characteristics and management of adolescent inpatient aggression. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. mai 2013;23(4):271-81.
19. Swadi H, Bobier C. Lessons from an investigation of seclusion at an older adolescent inpatient unit. *Australas Psychiatry*. avr 2012;20(2):98-101.
20. Ulla S, Maritta V, Riittakerttu K-H. The use of coercive measures in adolescent psychiatric inpatient treatment: a nation-wide register study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. sept 2012;47(9):1401-8.
21. Dorfman DH, Mehta SD. Restraint use for psychiatric patients in the pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care*. janv 2006;22(1):7-12.
22. Duke SG, Scott J, Dean AJ. Use of restrictive interventions in a child and adolescent inpatient unit - predictors of use and effect on patient outcomes. *Australas Psychiatry*. août 2014;22(4):360-5.
23. Hottinen A, Välimäki M, Sailas E, Putkonen H, Joffe G, Puukka P, et al. Mechanical restraint in adolescent psychiatry: a Finnish Register study. *Nord J Psychiatry*. avr 2013;67(2):132-9.
24. Troutman B, Myers K, Borchardt C, Kowalski R, Bubrick J. Case study: when restraints are the least restrictive alternative for managing aggression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mai 1998;37(5):554-8.
25. Dean AJ, Duke SG, George M, Scott J. Behavioral management leads to reduction in aggression in a child and adolescent psychiatric inpatient unit. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Juin 2007;46(6):711-20.

26. Earle KA, Forquer SL. Use of Seclusion with Children and Adolescents in Public Psychiatric Hospitals. *American Journal of Orthopsychiatry*. 1995;65(2):238-44.
27. Angold A, Pickles A. Seclusion on an Adolescent Unit. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1993;34(6):975-89.
28. Gabel S, Swanson AJ, Shindledecker R. Aggressive children in a day treatment program: Changed outcome and possible explanations. *Child Abuse & Neglect*. 1 janv 1990;14(4):515-23.
29. Dean AJ, Duke SG, Scott J, Bor W, George M, McDermott BM. Physical aggression during admission to a child and adolescent inpatient unit: Predictors and impact on clinical outcomes. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42:536–543
30. 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.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche de recueil centre

Etude FERREPSY : Prévalence des mesures de contention et de mise en chambre d'isolement chez les mineurs en service de pédopsychiatrie et aux urgences

à remplir 1 seule fois et à modifier si changement en cours d'étude

INFORMATION CENTRE		
Nom service		
Etablissement		
Adresse		
Code postal		Ville
Département		
Type de service	<input type="checkbox"/> Hospitalisation temps plein traditionnel pédopsychiatrie <input type="checkbox"/> Hospitalisation temps plein de crise pédopsychiatrie <input type="checkbox"/> Urgences pédiatriques <input type="checkbox"/> Urgences générales adultes <input type="checkbox"/> Urgences psychiatriques adultes <input type="checkbox"/> Service de liaison <input type="checkbox"/> Service de psychiatrie adulte	
RESSOURCES HUMAINES		
Nombre Equivalent Temps Plein (ETP) moyens annuels		
Effectifs médicaux	Personnel <u>médical</u>	
	Internes	
Effectifs paramédicaux	Cadres	
	Infirmiers	
	Aides-soignants	
	Educateurs	
HOSPITALISATION		
Tranche d'âge des patients accueillis		
Nombre de lits		
Durée moyen de séjour		
OUTILS A DISPOSITION DANS LE SERVICE		
<input type="checkbox"/> Espace (chambre) d'apaisement <input type="checkbox"/> Espace (chambre) d'isolement <input type="checkbox"/> Matériel de contention		
Le service dispose-t-il d'un protocole de contention ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
L'équipe soignante a-t-elle bénéficié d'une formation aux techniques de contention ?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Annexe 2 : Fiche de recueil mesures restrictives (1/2)

Etude FERREPSY : Prévalence des mesures de contention et de mise en chambre d'isolement chez les mineurs en service de pédopsychiatrie et aux urgences

INFORMATION PATIENT		
Initiale Patient	<input type="text"/> <input type="text"/> Nom Prénom	Etiquette
Date de naissance	<input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/> Mois Année	
Sexe	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	
N° patient	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
ADMISSION DANS LE SERVICE		
Date d'admission	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 20 <input type="text"/> <input type="text"/>	
Lieu de provenance	<input type="checkbox"/> Lieu de vie <input type="checkbox"/> Transfert autre service <input type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> Autre, précisez	
CARACTERISTIQUE CLINIQUES ET DIAGNOSTIQUES		
Diagnostic à l'entrée (CIM 10)	
1 ^{ère} hospitalisation en psychiatrie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Suivi psychiatrique antérieur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Traitement de fond psychotrope	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Traitement psychotrope à la demande (Tercian, Atarax, etc...)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Antécédents de mesures restrictives	<input type="checkbox"/> Contention physique <input type="checkbox"/> Contention mécanique <input type="checkbox"/> Mise en chambre d'isolement <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Je ne sais pas	
MESURE(S) ALTERNATIVE(S) ESSAYÉE(S) AVANT LA MISE EN ŒUVRE DE LA RESTRICTION		
Mesure(s) alternative(s)	<input type="checkbox"/> Espace d'apaisement <input type="checkbox"/> Traitement anxiolytique <input type="checkbox"/> Autre, précisez <input type="checkbox"/> Aucune	

Annexe 2 : Fiche de recueil mesures restrictives (2/2)

MESURE(S) DE RESTRICTION MISE(S) EN OEUVRE			
Mesure	CONTENTION PHYSIQUE <input type="checkbox"/>	CONTENTION MECANIQUE <input type="checkbox"/>	CHAMBRE D'ISOLEMENT <input type="checkbox"/>
Motif Principal (1 seule réponse)	<input type="checkbox"/> Transgression du cadre <input type="checkbox"/> Tension interne importante (anxiété, colère) <input type="checkbox"/> Risque de fugue <input type="checkbox"/> Menace de passage à l'acte auto-agressif <input type="checkbox"/> Menace de passage à l'acte hétéro-agressif	<input type="checkbox"/> Passage à l'acte auto-agressif <input type="checkbox"/> Passage à l'acte hétéro-agressif <input type="checkbox"/> Crise clastique <input type="checkbox"/> Agitation importante, patient inaccessible <input type="checkbox"/> Autre, précisez.....	
Présence médicale physique ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Si non, médecin informé	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Nombre de personnes impliquées	_ _	_ _	_ _
Appel de renfort? autre personnel, sécurité....	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Début horodaté	Date: _ _ _ _ _ _ _	Date: _ _ _ _ _ _ _	Date: _ _ _ _ _ _ _
	Heure : _ _ : _ _	Heure : _ _ : _ _	Heure : _ _ : _ _
Fin horodaté	Date: _ _ _ _ _ _ _	Date: _ _ _ _ _ _ _	Date: _ _ _ _ _ _ _
	Heure : _ _ : _ _	Heure : _ _ : _ _	Heure : _ _ : _ _
Moyens mis en œuvre lors de la contention mécanique		<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 membres <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4 membres <input type="checkbox"/> contention ventrale	
Lieu	<input type="checkbox"/> Espace commun <input type="checkbox"/> Couloir <input type="checkbox"/> Chambre patient <input type="checkbox"/> Chambre d'isolement non dédiée <input type="checkbox"/> Chambre d'apaisement et d'isolement indifférenciées	<input type="checkbox"/> Chambre d'apaisement <input type="checkbox"/> Chambre d'isolement <input type="checkbox"/> Chambre d'isolement <input type="checkbox"/> Autre :.....	<input type="checkbox"/> Lieu dédié <input type="checkbox"/> Lieu non dédié
<i>Remarque : si 2 mesures successives sur des lieux différents numérotter les cases pour pouvoir affecter le lieu à l'évènement correspondant sur la plateforme</i>			
Nécessité de transfert vers un autre service	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Administration conjointe d'un traitement psychotrope	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
entretien lors de la levée de la mesure ?	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Commentaires			



A L'ATTENTION DE L'ÉQUIPE SOIGNANTE

RECHERCHE ACTUELLEMENT EN COURS DANS LE SERVICE SUR LES MESURES DE CONTENTION ET DE MISE EN ISOLEMENT CHEZ LES MINEURS

Recueil exhaustif sur un an : Février 2020 à Février 2021

Ce projet de recherche régional est porté par
la **Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et santé mentale Occitanie**



Quels sont les objectifs ?

Évaluer la **prévalence** des mesures de contention et de mise en chambre d'isolement chez les mineurs en service de pédopsychiatrie et aux urgences.

Qui participe ?

Projet régional impliquant des services de :



- Pédopsychiatrie,
- Urgences pédopsychiatries et générales,
- Les départements informations médicales (DIM).



Quelles sont les mesures restrictives concernées par ce recueil ?

- **Contention physique (manuelle)** : maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique. Absence d'usage d'un quelconque outil (draps, sangles, attaches, etc...).
- **Contention mécanique** : utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.
- **Mise en chambre d'isolement** : placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté.



Comment est organisé le recueil des données ?



UNE RECHERCHE BASÉE SUR LES DONNÉES PORTANT SUR LES MESURES RESTRICTIVES CHEZ LES MINEURS

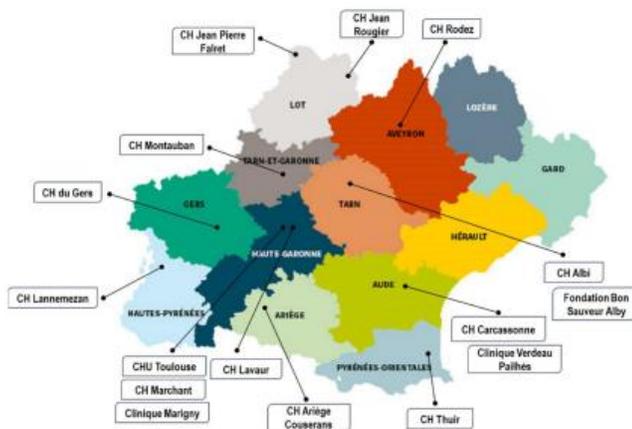
est actuellement en cours dans ce service de 02/2020 à 02/2021

Ce projet de recherche régional est porté par
la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et santé mentale Occitanie

Quels sont les objectifs ?

 Évaluer l'usage des mesures de restriction (contention et mise en isolement) chez les mineurs en service de pédopsychiatrie et aux urgences.

Qui participe ?



Les services de :

- Pédopsychiatrie,
- Urgences pédopsychiatries et générales,
- Les départements informations médicales (DIM).

Impact sur la prise en charge des mineurs ?

 Cette recherche **n'a pas d'influence sur la prise en charge** dont bénéficie les mineurs.
Elle est basée sur l'exploitation des données obtenues dans le cadre du soin.

Comment sont traitées les données ?

Toutes les données récoltées sont **anonymes**.

 Cette recherche est menée conformément aux dispositions du règlement général sur la protection des données (RGPD) et à la nomenclature de référence de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) MR4 applicables aux **recherches n'impliquant pas la personne humaine**.

Quels sont vos droits ?

 Vous êtes **libre d'accepter ou de vous opposer à l'utilisation des données** de soins de votre enfant pour cette recherche. Si vous souhaitez vous y opposer, il vous suffit d'en informer le médecin du service.

Annexe 5 : Notice d'information destinée aux représentants légaux (1/2)



Notice d'information destinée aux représentants légaux

Titre de la recherche: Prévalence des mesures de contention et de mise en chambre d'isolement chez les mineurs en service de pédopsychiatrie et aux urgences.

Personne qualifiée pour délivrer l'information: équipe médicale des centres participants à l'étude.

Responsable du traitement des données : FERREPSY Occitanie, Groupement d'Intérêt Public FERREPSY Occitanie, Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et santé mentale CH G. MARCHANT, 134, route d'Espagne, BP 65714, 31 057 Toulouse cedex 1.

Le Responsable Scientifique de la Recherche est le Dr Ivan Gicquel. Pédopsychiatre Hôpital de Jour Magellan. Coordonnateur de la filière adolescents. Pôle Guidance Infantile, ARSEAA, Toulouse.

Madame, Monsieur,

Dans le cadre d'une démarche de réflexion des pratiques de soin en pédopsychiatrie, la FERREPSY Occitanie mène une enquête dans plusieurs établissements de la région.

L'objectif de cette recherche est d'évaluer l'usage de la contention et de la mise en isolement lors des soins des enfants. Cette recherche va permettre d'obtenir des données objectives sur ces pratiques.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement informatique des données personnelles de votre enfant va être mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche au regard des objectifs qui vous ont été présentés.

Cette recherche n'a pas d'influence sur la prise en charge dont bénéficie votre enfant et est basée sur l'exploitation des données obtenues au cours de son suivi dans le cadre du soin.

Seules les informations strictement nécessaires au traitement et à la finalité de la recherche seront recueillies et seront transmises par le responsable de la recherche aux personnes ou entités agissantes pour son compte. Ces données seront conservées pendant la durée de l'étude puis archivées pendant une durée de 15 ans.

Afin d'assurer la confidentialité des informations personnelles de votre enfant, ni son nom ni aucune autre information qui permettrait de l'identifier directement ne seront traités. Il sera uniquement identifié par un code et ses initiales. Le code est utilisé pour que le médecin de l'étude puisse l'identifier si nécessaire.

Annexe 5 : Notice d'information destinée aux représentants légaux (2/2)



Le Responsable de la recherche a pris toutes les mesures pour mener cette recherche conformément aux dispositions du RGPD et de la nomenclature de référence de la CNIL MR4 applicables aux recherches n'impliquant pas la personne humaine.

Le Responsable de la recherche a soumis la recherche à l'évaluation et à l'approbation du Comité d'Ethique de l'Hôpital Marchant le 17/01/2020.

Vous êtes libre d'accepter ou de vous opposer à l'utilisation des données de soins de votre enfant pour cette recherche. Si vous souhaitez vous opposer, il vous suffit d'en informer le médecin dont les coordonnées se trouvent en bas de ce document. Cela n'aura aucune conséquence sur la prise en charge habituelle de votre enfant.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles) et au règlement général sur la protection des données (règlement UE 2016/679), vous avez un droit d'accès et de rectification de ces données.

Si vous avez d'autres questions au sujet du recueil, de l'utilisation des informations personnelles de votre enfant ou des droits associés à ces informations, veuillez contacter Monsieur le Délégué à la Protection des données de la Ferrepsy (dpo@ferrepsy.fr) ou le médecin de l'étude.

Si malgré les mesures mises en place par le responsable du traitement des données vous estimez que vos droits ne sont pas respectés, vous pouvez déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance de la protection des données compétente dans votre pays de résidence (la CNIL pour la France).

Votre non opposition ne décharge en rien le médecin de ses responsabilités à l'égard de votre enfant.

Votre médecin (Dr, Tél:) est à votre disposition pour vous apporter toutes les précisions complémentaires que vous souhaitez.

Date d'information et de remise/envoi de la présente notice aux représentants légaux :
...../...../.....

Annexe 6 : Tableau récapitulatifs des variables associées aux mesures de restrictions :

Auteurs, année, pays	Variables étudiées	Résultats significatifs
<p>Sourander et Al, Finlande (13)</p>	<p><u>Données sociodémographiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age • Sexe • Placement à l'extérieur du domicile, structure familiale (deux parents biologiques vs autres) <p><u>Données cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Echelle globale d'évaluation des enfants (GAS = <40 vs CGAS> 40) • Actes d'agression • Actes suicidaires • Antécédent d'hospitalisation • Diagnostic • Durée d'hospitalisation <p><u>Prévalence des mesures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De contention (physique et mécanique), • Et de mise en chambre d'apaisement 	<p><u>Facteurs associés à la chambre d'apaisement (seclusion) :</u></p> <p><u>Univarié :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age avancé (>13 ans) • Le placement • Niveau de fonctionnement général inférieur • Actes d'agression • Actes suicidaires • Trouble psychotique • Durée de séjour plus longue <p><u>Multivarié :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Trouble psychotique • Durée de séjour plus longue. <p><u>Facteurs associés à la chambre d'apaisement (time-out) :</u></p> <p><u>Univariée :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age plus jeune • Sexe masculin • Enfants vivant dans une famille biparentale autre que biologique • Actes d'agression • Actes suicidaires • Diagnostic de TDAH, de troubles de la conduite / oppositionnels • Durée d'hospitalisation plus longue <p><u>Multivarié :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Actes agressifs • Actes suicidaires

- Durée d'hospitalisation plus longue
- Age plus jeune

Facteurs associés au holding (contention physique) :

Univariée :

- Age plus jeune
- Sexe masculin, les actes d'agression
- Diagnostic de troubles des conduite / oppositionnels, de TDAH, de trouble de l'attachement, du trouble du spectre autistique
- Durée de séjour plus longue

Multivariée :

- Actes d'agression
- Diagnostic de troubles de l'attachement, autisme
- Age plus jeune
- Durée de séjour plus longue

Contention mécaniques :

Univariée :

- Actes d'agression
- Actes suicidaires
- Faible niveau de fonctionnement général
- Le placement
- Trouble psychotique
- Durée de séjour plus longue

Multivariée :

- Trouble psychotique
- Durée de séjour plus longue
- Actes d'agression
- Suicidalité

<p>Ulla et Al, Finlande (20)</p>	<p><u>Données sociodémographiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age • Sexe • Municipalité de résidence • Dates d'admission et de sortie <p><u>Données cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mode d'hospitalisation volontaire ou non • Diagnostics • Nombre de jours passés à l'hôpital sur une base involontaire <p><u>Prévalence des mesures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De contention (mécanique et/ou physique), • Et de seclusion (n'est pas précisé s'il s'agit de l'isolement, de la mise en chambre d'apaisement, ou des deux) 	<p><u>Les résultats ne sont pas donnés avec leur significativité</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesures restrictives plus dans les hospitalisations involontaires des filles que des garçons. • Pas de différence en fonction de l'âge • 28% trouble psychotique, 27% troubles de l'humeur, et 23% troubles des conduites
<p>Timbo et Al, Etats-Unis (14)</p>	<p><u>Données sociodémographiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age • Sexe • Ethnie • Revenu moyen <p><u>Données cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Atcds d'abus (sexuels, violences physique) • Service de protection de l'enfance (oui ou non) • GAF à l'admission • Diagnostic • De contention (mécanique et physique), 	<ul style="list-style-type: none"> • Age plus jeune • Un plus grand nombre de diagnostics • Antécédents d'abus physiques et sexuels. • Diagnostic de stress post traumatique, troubles anxieux (<u>en multivarié</u>), et les troubles disruptifs du comportement (TDAH, trouble oppositionnel, trouble des conduites) (<u>univarié</u>)

	<ul style="list-style-type: none"> • Et de mise en chambre d'isolement <p><u>Prévalence des mesures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De contention (mécanique et physique), • Et de mise en chambre d'isolement 	
<p>Dorfmann et Al, Etats Unis (21)</p>	<p><u>Données sociodémographiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age (> ou < à 14 ans) • Sexe • Ethnie • Statut d'assurance (privée, public, absent) <p><u>Données cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Motif de recours à la mesure • Nombre de motifs rapportés (0, 1, et deux ou plus) <p><u>Prévalence des mesures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - de contention physique, - et de contention chimique 	<ul style="list-style-type: none"> • Les garçons ont été plus contenus (physique et mécanique) que les filles. • La dépression et les idées ou gestes suicidaires étaient associés à une diminution de l'utilisation des moyens de contention • Motifs de recours : hallucinations, comportements incontrôlés, hyperactivité (multivarié) • Diagnostic de psychose.
<p>Martin et Al, Etats-Unis (16)</p>	<p><u>Données sociodémographiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age • Sexe • Ethnie • Statut d'assurance <p><u>Données cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic • Nombre de jours d'hospitalisation • Re-admission sur l'année • Adressage (urgences ou autre) <p><u>Etude de la prévalence :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Influence d'un modèle spécifique sur la prévalence des mesures de restriction 	<ul style="list-style-type: none"> • Les garçons étaient plus susceptibles que les filles d'être contenus (mécaniquement) ou isolés, et chaque année supplémentaire d'âge conférait une probabilité légèrement accrue de contention (mais pas d'isolement) • Les enfants couverts par Medicaid étaient plus susceptibles d'être isolés (mais pas contenus). • Ethnie : les enfants de couleur de peau noire ont été plus contenus et isolés. Les enfants hispaniques ont été plus isolés.

	(isolement et contention mécanique)	
Pogge et Al, Etats-Unis (15)	<p><u>Données sociodémographiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age • Sexe <p><u>Données cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée d'hospitalisation • Score GAF à l'admission <p><u>Prévalence des mesures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De contention (physique et mécanique), • Et de mise en chambre d'isolement 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesures de restrictions plus fréquentes chez les sujets jeunes, et de durée plus courte • La durée du séjour était significativement associée au nombre d'épisodes de contention et d'isolement. • Aucune contention mécanique n'a eu lieu durant l'étude
Swadi et Al, Australien (19)	<p><u>Données sociodémographiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age • Sexe • Ethnie. <p><u>Données cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic <p><u>Prévalence des mesures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • de <i>seclusion</i> (pas précisé si isolement ou chambre d'apaisement ou les deux) 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble psychotique • Les patients Maoris • Hospitalisation plus longues
Baeza et Al, Etats-Unis (18)	<p><u>Données sociodémographiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age • Sexe • Ethnie • Statut d'assurance (privée, medicaid, aucune) <p><u>Antécédents :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation, • Suivi psychiatrique • Familiaux psychiatriques 	<ul style="list-style-type: none"> • Motifs de recours à la mesure : PAHA et PAA • La durée des hospitalisations plus longue • Exposition à toutes les classes de médicaments • Association entre les troubles bipolaires, les troubles des disruptifs du comportement et les AERI (événements violents nécessitant une intervention),

	<p><u>Données cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Facteurs précipitants l'hospitalisation (aucun, trauma, conflit spécifique, autre/inconnu) • Nombre moyen de diagnostic psychiatrique • Diagnostic psychiatrique principal • GAF à l'admission • Idées ou tentative de suicide à l'admission • Durée d'hospitalisation • Utilisation de médicaments conjointement à la mesure. <p><u>Caractéristiques des mesures de restriction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Motif de recours à la mesure restrictive <p><u>Prévalence des mesures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • De contention mécanique, • De mise en chambre d'apaisement, • Et de mise en chambre d'isolement. 	<p><u>mais pas avec les SRU</u> (contention mécanique, isolement et chambre d'apaisement).</p>
<p>Azeem et Al, Etats-Unis (17)</p>	<p><u>Données sociodémographique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age • Sexe • Ethnie <p><u>Données cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Durée d'hospitalisation • Modalité d'admission <p><u>Etude de la prévalence :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Impact sur la prévalence de l'introduction de stratégies de réduction des mesures 	<p><u>Pas de significativité renseignée :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plus haut risque de trouble disruptifs du comportement parmi les jeunes patients hospitalisés ayant eu recours à un isolement ou une contention (physique et/ou mécanique). • Il a été retrouvé une corrélation directe entre le nombre d'évènements et la durée du séjour. • Les patients ayant eu trois

	restrictives (contention physique/mécanique, et isolement)	évènements ou plus ont eu une plus longue hospitalisation que ceux en ayant eu moins de 3 (85 vs 64 jours)
Nadereau et Al, France (9)	<p><u>Données sociodémographiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age • Sexe • Parents divorcés/séparés • Déscolarisation • Lieu de vie • Mesure éducative • Mode d'admission, durée moyenne d'hospitalisation <p><u>Antécédents et traitements :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Antécédents de suivi psychiatrique ou psychologique • Antécédents d'hospitalisation • Antécédents de conduites violentes • Antécédents de maltraitance • Antécédents familiaux, • Consommation de drogues • Traitement à l'entrée • Prescription d'un traitement psychotrope à la sortie <p><u>Données cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tentative de suicide ayant précédé l'hospitalisation • Diagnostics <p><u>Caractéristique en lien avec l'isolement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'isolement par an • Moment de l'isolement (matin, soir, etc) 	<p><u>Plus fréquent chez les patients isolés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mode d'admission "en urgences" et via les urgences • Consommation de drogue • Prescription d'un traitement psychotrope à la sortie • Diagnostic de trouble des conduites.

	<ul style="list-style-type: none"> Mesures associées (Traitement anxiolytique systématique, traitement prescrit en si besoin, traitement injectable, contention manuelle, surveillance et évolution, durée d'isolement <p><u>Prévalence des mesures :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> D'isolement (strict et ouvert) 	
<p>Furre et Al, Norvège (11)</p>	<p><u>Données sociodémographiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Age Sexe Ethnie Mode de vie (avec les deux parents, un seul parent, en institution, autre), Services sociaux impliqués <p><u>Données cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Date d'admission, durée du séjour. Diagnostic (CIM10) Evaluation CGAS <p><u>Caractéristiques des mesures de restriction :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Durée Motif <p><u>Prévalence des mesures de :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en chambre d'apaisement Contention mécanique, Et de contention physique 	<ul style="list-style-type: none"> Hétéro-agressivité plus fréquente chez les patients plus jeunes que chez les patients plus âgés qui avaient une contention physique. Il y avait une association significative entre le nombre de raisons et la durée des épisodes. Les épisodes avec deux raisons ou plus ont duré plus longtemps que les épisodes avec une seule raison
<p>Duke et Al, Australie (22)</p>	<p><u>Données socio-démographique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Age Sexe 	<p><u>Facteurs associés à l'exposition aux mesures avant régression logistique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> L'âge jeune

	<p><u>Antécédents, traitement :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Antécédents d'abus • Traitement <p><u>Données cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Date d'admission dans le service • Diagnostic • Suicidalité (idée ou tentative) • Auto-agressivité • Echelle HoNOSCA <p><u>Caractéristique mesures restrictives :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mesure horodaté • Motif du recours • Lieux de la mesure <p><u>Prévalence des mesures de :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise en chambre d'isolement, • Contention physique, • Et de contention chimique 	<ul style="list-style-type: none"> • Le sexe masculin • Antécédents d'agression, de trouble du développement, de trouble d'extériorisation, avec un nombre plus élevé de diagnostics, et avec un recours à des médicaments psychotropes à l'entrée. • Utilisation plus fréquente la première semaine d'admission, et en réponse à des actes d'agression. • En revanche, les patients recevant des mesures restrictives étaient moins susceptibles d'être diagnostiqués avec un trouble internalisé et moins susceptibles d'avoir des antécédents de suicidalité / automutilation. <p><u>Après régression logistique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • troubles du développement et l'âge plus jeune.
<p>Hottinen et Al, Finlande (23)</p>	<p><u>Données sociodémographiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Age • N° sécurité sociale • Sexe <p><u>Données cliniques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostic • Mode d'hospitalisation (volontaire, non volontaire, observation) <p><u>Caractéristique en lien avec la contention :</u></p>	<p><u>Motif de la contention mécanique :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • PAA ou menace de PAA dans 50% • PAHA ou menace de PAHA dans 25% des cas • Et une autre raison dans 25% des cas. <p><u>Catégories diagnostiques des adolescents contraints mécaniquement :</u> troubles de l'humeur dans 45% des cas ; schizophrénie,</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Motif • Durée contention mécanique • Durée d'hospitalisation avant le premier épisode de contention mécanique • Médicaments administrés avant et après le premier épisode de contention mécanique. <p><u>Prévalence des mesures de :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Contention mécanique 	<p>troubles schizotypiques et délirants dans 21% des cas ; troubles du comportement et des émotions dans 15% des cas. La significativité n'était pas renseignée.</p> <p><u>Troubles du comportement et trouble émotionnels plus fréquent chez les garçons.</u></p>
--	---	--

SERMENT D'HIPPOCRATE

“Au moment d’être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d’être fidèle aux lois de l’honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J’interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l’humanité.

J’informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n’exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l’indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l’intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l’indépendance nécessaire à l’accomplissement de ma mission. Je n’entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J’apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu’à leurs familles dans l’adversité.

Que les hommes et mes confrères m’accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j’y manque.”

Texte revu par l’Ordre des médecins en 2012.

Prévalence des mesures de contention et de mise en chambre d'isolement chez les mineurs en service de pédopsychiatrie et aux urgences

Contexte : Ces dernières années, plus rapports constatent une recrudescence des pratiques de contention et d'isolement. Les données dans la littérature retrouvent une seule étude Française étudiant les mesures d'isolement en pédopsychiatrie, rendant nécessaire l'objectivation de la pratique de ces mesures de restrictions.

Méthodes : Cette thèse propose donc une revue de la littérature internationale des pratiques de contention mécanique, physique, et de mise en chambre d'isolement ainsi que le protocole de l'étude que nous avons mis en place sur la prévalence de ces mesures. Il s'agit d'une étude prospective, multicentrique, descriptive, analytique, et régionale s'effectuant du 25/02/2020 au 25/02/2021. **Résultats** : Les différentes études retrouvent un taux de prévalence des mesures de restrictives allant de 6.5 à 40 %. Ces mesures sont plus fréquemment associées à une population masculine, en majorité avec un diagnostic de trouble psychotique, de troubles des conduites/trouble oppositionnels, ou de TDAH. Elles surviennent plus fréquemment le soir, en cas d'agitation et de passage à l'acte auto et/ou hétéro-agressif. La mise en place de notre étude a permis de constater une hétérogénéité des pratiques, le manque d'utilisation d'un registre de recueil spécifique à ces mesures, et la difficulté de certaines équipes à saisir une définition commune de la contention physique. **Conclusion** : Notre étude permet de réaliser un premier état des lieux des pratiques de contention physique et mécanique, et de mise en chambre d'isolement en pédopsychiatrie en France.

Prevalence of restraint and seclusion in child psychiatric and emergency units

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : restraint, seclusion, child, adolescent, psychiatric, prevalence

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

Directeur de thèse : Ivan GICQUEL