



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

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

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

Juin 2024

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

## Synthèse longue

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

### Messages clés du projet

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

## I. Contexte et objectifs du projet PLAID-Care

### I.1. Contexte social et scientifique

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

Ces constats ont justifié le développement de la recherche PLAID-Care, cette thématique étant de surcroît insuffisamment étudiée en France. Bien que le sujet de la coercition ait été étudié dans le champ des sciences humaines et sociales<sup>2</sup>, il n'a fait l'objet que de recherches rares et isolées dans le champ de la médecine, des sciences infirmières et de la santé publique. Aucun travail approfondi ne s'est attaché à mieux décrire, expliquer et comprendre les disparités en matière de recours à la coercition, et n'a étudié en particulier les établissements qui y recourent peu voire ne recourent pas à une partie de ces mesures (comme la contention mécanique). La culture de la coercition semble si ancrée en France que l'évocation de ces établissements suscite une forme d'incrédulité. « Ils n'ont pas les mêmes patients » ; « Ils envoient leurs patients difficiles ailleurs » ; « Ils recourent davantage à la sédation ? », sont autant de propos énoncés à l'évocation d'établissements ouverts et qui ne recourent pas à la contention mécanique. Tout se passe comme si la pratique d'une psychiatrie peu coercitive était impossible voire irresponsable, tant au regard de la protection de la société que de celle des patients et des soignants. À population et effectifs similaires, des établissements présentent pourtant des fonctionnements différents au regard des libertés fondamentales et du recours à la coercition. Des établissements diminuent également rapidement et de manière significative leur recours aux pratiques coercitives. PLAID-Care s'est ainsi construit sur l'idée de **prendre au sérieux et d'investiguer ces établissements peu coercitifs**, dont l'étude peut permettre de dégager les leviers d'une psychiatrie moins coercitive, plus respectueuse des droits et de la dignité des patients, mais aussi moins stigmatisée et plus attractive. En vue d'une meilleure compréhension du

---

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

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

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

## I.2. Objectifs

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

## II. Méthodologie

### II.1. Tâche 1

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

- **État des lieux de l'isolement et de la contention mécanique basé sur une exploitation des données du Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P)** : Un panorama inédit du recours aux mesures d'isolement et de contention mécanique (ISOC) en France en 2022 a été réalisé en collaboration avec l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). Il a reposé sur l'exploitation du Rim-P, recueil de données médico-administratives permettant de décrire l'activité de soins des établissements en psychiatrie à l'échelle nationale. Depuis 2018, le Rim-P inclut un recueil obligatoire des mesures d'ISOC dont l'accès a été accordé aux chercheurs en janvier 2022. Ce travail a nécessité des analyses plus approfondies par rapport à ce qui avait été annoncé dans le projet initial et a conduit à la mise en place de **l'étude ancillaire RICOCHET**<sup>3</sup>. Cette étude comprend **deux volets** : 1° un panorama inédit du recours aux mesures d'ISOC et des variations entre établissements ainsi que de la population concernée ; 2° une étude visant à en caractériser les déterminants. **Le premier volet a été réalisé et a donné lieu à une première publication** (Touitou-Burckard, Gandré, Coldefy, Ellini, Saetta., 2024), tandis que le second volet est en cours. [🔗 Pour une description détaillée de la méthodologie, cf. Touitou-Burckard, Gandré, Coldefy, Ellini, Saetta, \*Ibid.\*: 5 \(Annexe 2, p. 71\).](#)

---

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

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

- **Recherche ancillaire basée sur une méthodologie de modélisation des facteurs de la (moindre) coercition** : Une recherche ancillaire a été réalisée en collaboration avec l'École des Mines de Saint-Étienne et le CHU de Saint-Étienne<sup>4</sup>. L'enjeu de ce travail était de construire une **méthode opérationnelle que les décideurs hospitaliers pourront utiliser afin de réduire la coercition**. La procédure de recherche, basée sur la modélisation, s'est articulée autour de **trois phases** : 1) une phase, visant à construire un modèle qualitatif structurant le vaste ensemble de facteurs systémiques de la moindre coercition ; 2) une phase, consistant à quantifier ce modèle, avec l'ambition de pondérer l'importance relative de chaque facteur par rapport aux autres ; 3) une phase permettant de mettre en œuvre le modèle par le biais d'une validation expérimentale, cette dernière étape visant à déployer un diagnostic organisationnel permettant d'évaluer la capacité de tout hôpital à réduire les mesures coercitives. **Les deux premières phases ont été réalisées dans le cadre du projet** tandis que la troisième fera l'objet d'une étude ultérieure. [☞ Pour une description détaillée de la méthodologie, cf. Annexe 4 – Plan rapport PLAID-Care, p. 389-421.](#)

## II.2. Tâche 2

- **Étude ethnographique** : La tâche 2 a reposé sur l'étude ethnographique et des monographies d'établissements historiquement moins coercitifs, *i.e.* d'établissements ou services remplissant au moins deux des trois critères suivants : 1° faible recours ou recours nul à la contention mécanique ; 2° faible recours ou recours nul à l'isolement ; 3° portes de l'ensemble des unités d'hospitalisation ouvertes. Les établissements devaient aussi avoir une antériorité en matière de moindre recours (plusieurs décennies). Les établissements et secteurs suivants ont alors été retenus : **le CH Buëch Durance (CHBD) (Hautes-Alpes) ; le CH Valvert (CHV) (Marseille) ; le secteur 3 du pôle 5,6,7 du GHU Paris Psychiatrie Neurosciences ; le pôle G21 de l'EPSM Lille-Métropole**. L'étude a reposé sur **quatre méthodes** : 1) exploitation des données de la Statistique Annuelle des Établissements (SAE) et du Rim-P en vue de comparer les caractéristiques de ces établissements aux autres établissements ; 2) observations dans les unités d'hospitalisation et ponctuellement dans d'autres services ; 3) entretiens semi-directifs auprès d'un échantillon diversifié d'acteurs (soignants, médecins, personnels administratifs, usagers) ; 4) méthode documentaire. Les observations et entretiens ont, sur chaque site, été réalisés en binôme (sociologue et infirmier) afin de faciliter la triangulation des regards. [☞ Pour une description détaillée de la méthodologie cf. Saetta et al., 2023 : 3-4 \(Annexe 2, p. 65-66\).](#)

- **Étude ancillaire et exploratoire sur la contention chimique** : Bien qu'un faible recours à la « contention chimique » ne constituât pas un critère de recrutement, nous y avons prêté attention dans la mesure où les services qui ne recourent qu'exceptionnellement aux mesures d'ISOC peuvent être soupçonnés de recourir à la « contention chimique », *i.e.* à des

---

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

injections forcées et des hautes doses de neuroleptiques. La thématique a été particulièrement investiguée par Julien Degry, stagiaire sur le projet (cf. [Annexe 4 – Article et rapport Julien Degry, p. 370-387](#)). Une étude ancillaire a également été réalisée en collaboration avec des pharmaciens et des médecins du CHBD ainsi qu’avec deux hôpitaux témoins (CHU de Saint-Étienne et CH Pierre Léo). L’étude s’appuie sur l’observation, sur une semaine donnée, du recours à l’isolement, la contention mécanique et la contention chimique. ☞ [Pour une description détaillée de la méthodologie cf. Blandin et al., 2024 : 2 \(Annexe 2, p. 84\)](#).

### II.3. Tâche 3

Cette tâche a reposé sur l’étude de deux hôpitaux qui cherchent à réduire leur recours à la coercition : le **CH Sainte-Marie du Puy-en-Velay** et le **CHU de Saint-Étienne**. Ils ont été investigués par des visites des services, et, comme dans la tâche 2, par des entretiens semi-directifs avec un échantillon diversifié d’acteurs et le recueil de documents. ☞ [Pour une description détaillée de la méthodologie cf. Saetta et al., 2023 : 3-4 \(Annexe 2, p. 65-66\)](#).

### II.4. Aspects éthiques et communication

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

## III. Principaux résultats obtenus

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

#### - *Épidémiologie de la moindre coercition et identification d’établissements moins coercitifs*

- À l’international

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

l'OMS<sup>5</sup> identifie des services particulièrement respectueux des droits des patients, dont trois hôpitaux cherchant à réduire les durées d'hospitalisation et à mettre fin aux pratiques coercitives : 1° en Norvège, l'**unité BET de l'hôpital de Blakstad** ; 2° en Allemagne, le **Kliniken Landkreis Heidenheim** ; 3° en Suisse, **Soteria Berne**. Toujours en Suisse, on peut citer l'**hôpital de Malévoz**, qui a tous ces pavillons ouverts, ne procède pas à l'isolement contraint et n'utilise pas de sangles, ainsi que l'**interdiction de la contention mécanique dans le Canton de Vaud (depuis 2002) et dans le Canton du Valais (depuis 2008)** (Moreau, 2017). Par déduction, citons également les deux hôpitaux islandais (**Landspítali** et **Akureyri**).

- En France

☞ Pour une présentation détaillée des résultats cf. Touitou et al., *Ibid.* (Annexe 2, p. 67-74).

Parmi les résultats saillants du premier panorama du recours aux mesures d'ISOC en France en 2022, se trouve la **confirmation de leur fréquence sur le territoire national** : en 2022, la contention mécanique et l'isolement ont respectivement concerné 10,5% et 36,6% des 75 817 personnes hospitalisées sans leur consentement, ce qui représente près de **15 personnes sur 100 000 habitants pour la contention mécanique** et de **52 personnes sur 100 000 habitants pour l'isolement**. Bien que les comparaisons demeurent fragiles du fait de l'hétérogénéité des modalités de définition et de recensement des mesures, ces taux sont supérieurs aux médianes cités *supra*. Ces constats conduisent à faire l'hypothèse d'un « retard » de la France et entérine surtout une situation problématique au regard de la législation française et des objectifs affichés de moindre recours. L'étude permet également de constater qu'en comparaison de la population des personnes hospitalisées sans leur consentement, celle des personnes isolées et contenues est **davantage masculine, jeune et précaire**, et se caractérise par des **durées d'hospitalisation plus longues**. Les détenus font davantage l'objet de mesures d'isolement. Cette étude confirme également les **variations considérables entre établissements pour les deux mesures**, avec des établissements déclarant ne jamais y recourir (1 établissement pour l'isolement et 22 pour la contention<sup>6</sup>, après exclusion d'établissements ne remplissant pas le registre dédié au sein du Rim-P) et d'autres y recourant de façon marquée. Cette première estimation des établissements moins coercitifs rejoint celle que nous avons faite dans notre rapport intermédiaire, basée sur l'exploitation des rapports du CGLPL. **Sur les 128 établissements analysés, 18 se caractérisaient par un moindre recours à la coercition<sup>7</sup>**, ce qui représente environ 15% du corpus analysé. Si une partie de ces établissements était déjà connue des membres du projet, une autre ne l'était pas, comme le **Centre Jean-Pierre Falret**, dans le Lot ; la **Clinique d'Orgemont**, dans le Val-d'Oise ; le **pôle de psychiatrie du CH du Chinonais**, en Indre-et-Loire, qui a été visité au cours de l'étude (mars 2022) et s'avère particulièrement moins coercitif<sup>8</sup>. Ainsi, **les établissements moins coercitifs en France, i.e. qui affichent un faible recours à plusieurs mesures coercitives, constitueraient entre 10 et 15% des établissements psychiatriques**. Bien que ces établissements soient minoritaires, cela conduit à penser que **le moindre recours à coercition ne relève pour autant ni de l'exception ni de l'anecdote**. La psychiatrie française, tout en présentant une situation globalement

---

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

<sup>6</sup>Cf. Annexe 1 - Tableau 1, p. 37.

<sup>7</sup>Cf. Annexe 1 - Tableau 2, p. 37.

<sup>8</sup> L'équipe PLAID-Care a rencontré une partie de l'équipe à deux reprises : lors d'une réunion interne et lors d'une journée d'étude.

défavorable, possède ainsi des ressources indéniables, en partie liées à une histoire spécifique (avec la référence à des figures tutélaires comme le psychiatre Pinel et le surveillant Pussin qui, au XIXe siècle, auraient « libéré les aliénés de leurs chaînes » ; avec le développement des courants de la psychothérapie institutionnelle, de la psychiatrie de secteur et de la psychiatrie désaliéniste, qui, par-delà la diminution de la contrainte, entendaient également transformer les rapports de pouvoir et les organisations de soin).

#### **- Identification et pondération des facteurs de la moindre coercition**

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

Des revues de la littérature recensent des « facteurs », « composantes » et « interventions » impliqués dans le moindre recours à la coercition (Cf. Annexe 1 – Fig. 1 et 2, p. 38-39). La **revue systématique de Goulet, Larue et Dumais (Ibid.)** sur les programmes de réduction des mesures d'ISOC met en exergue **six composantes principales**<sup>9</sup>. La **revue systématique et intégrative de Väkiparta et al. (2019)**, qui identifie en grande partie les mêmes facteurs, distingue les interventions utilisées pour l'isolement et celles pour la contention mécanique, ainsi que les interventions permettant de **prévenir la crise** (prévention primaire) et celles permettant de **gérer la crise** (prévention secondaire). La synthèse la plus complète est la **revue de Goulet et Lessard-Deschênes (2023)**, qui établit un **modèle de prévention des mesures de contrôle en santé mentale**. Cette synthèse, qui porte sur 138 articles, présente de surcroît l'intérêt d'être en adéquation avec notre problématique, dans la mesure où elle porte sur *la coercition en général* et mobilise une approche en termes de *facteurs de protection* plutôt que de facteurs de risque. Les autrices mettent en exergue **cinq catégories de facteurs** : liés aux caractéristiques individuelles et aux parcours ; liés à l'unité de soins ; liés aux relations entre le personnel et son environnement de travail ; liés à ce qui se passe hors du service ; liés aux politiques nationales. On retient de ces travaux que ces facteurs 1) interviennent à différents niveaux ; 2) sont déployés à la fois en prévention primaire et en prévention secondaire ; 3) ne sont pas seulement des leviers cliniques, mais également des facteurs organisationnels et institutionnels.

- Modélisation et pondération des facteurs de la moindre coercition

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

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

---

<sup>9</sup>Formation ; utilisation d'outils de prévention ; implication du patient ; séances de débriefing ; création d'un environnement thérapeutique ; existence de « meneurs » au niveau institutionnel et au niveau des services.

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

Cette étude, qui constitue le cœur du projet, repose sur **69 entretiens** et **62 jours d'observations**, et sur le recueil d'une **riche documentation** (Cf. Annexe 1 – Tableau 3, p. 43). En s'appuyant sur l'analyse de ces matériaux et des données de la SAE et du Rim-P, des monographies ont été réalisées. Les entretiens, enregistrés et retranscrits, ont fait l'objet d'une analyse thématique en continu organisée autour de quatre rubriques (1° Histoire, acteurs et culture ; 2° Pratiques, savoirs, représentations, outils, dispositifs ; 3° Modalités d'organisation et coopération ; 4° Parcours, vécu, formations) et reposant sur la réalisation de fiches de synthèse pour chaque entretien (Cf. Annexe 1 – Doc. 3, p. 50-54). Les thèmes ont fait ensuite l'objet d'un travail de regroupement et de catégorisation (Cf. Annexe 1 – Doc. 4, p. 55). Les observations, retranscrites ont été mobilisées afin d'enrichir les analyses (Cf. Annexe 1 – Doc. 5, p. 56-58). Une reconstitution ethnographique a été réalisée afin de rendre compte de nos premières impressions dans ces établissements et a notamment été lu aux professionnels lors des entretiens de restitution et de validation afin de recueillir leurs impressions (Cf. Annexe 1 – Doc. 6, p. 59).

#### **- Premiers éléments de comparaison issus des monographies**

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

**en lien avec des courants progressistes de la psychiatrie et des figures médicales charismatiques**, comme le Dr Roelandt (H4), mais aussi le Dr Karavokyros (H1) et le Dr Amado (H3).

**- Usages et représentations de la coercition dans les quatre établissements**

- Pratiques et usages de la coercition

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

un biais de déclaration du fait que la déclaration d'une mesure de contention déclenche automatiquement celle d'une mesure d'isolement (la loi interdisant de pratiquer la contention en dehors d'une chambre d'isolement). Dans H4, la contention se fait en chambre et, tout comme au Danemark, avec la présence continue d'un soignant. Cependant, une personne peut être enjointe de rester en chambre : la porte est alors laissée ouverte et des soignants (voire du personnel de sécurité) restent en permanence devant la porte.

#### Focus sur la contention chimique

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

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

- Représentations de la coercition

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

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

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

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

Nous avons procédé à un travail d'identification des leviers cliniques de la moindre coercition mentionnés dans les quatre hôpitaux, à la fois en prévention primaire et secondaire. Ces leviers ont été regroupés au sein de **trois principales catégories de leviers, soutenus par une culture du soin** (Cf. Annexe 1 – Fig. 8, p. 60) : 1° La relation de soin ; 2° Le collectif de soin ; 3° Le milieu de vie et l'environnement. En lien avec ce qui est mentionné *supra* concernant l'évidence de ne pas recourir à la coercition, on remarque que **les professionnels interrogés, en particulier ceux et celles qui ont toujours travaillé dans l'établissement, n'étaient pas toujours en mesure d'expliquer comment ils parviennent à**

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

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

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

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

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

Du rôle des directeurs à celui des acteurs du territoire et au-delà : Bien que les directeurs ne soient pas susceptibles d'impulser des politiques de moindre recours, ils participent à les soutenir et à les défendre, en particulier auprès des acteurs du territoire, comme les Agences Régionales de Santé (ARS) et les préfets (lorsqu'il s'agit par exemple de soutenir le choix des équipes de ne pas disposer de chambres d'isolement ou de défendre la politique d'ouverture auprès des acteurs du territoire). Au-delà des directeurs, le rôle des préfets, des maires ainsi que des ARS a été souligné, mais comme étant ambivalent, ces derniers pouvant participer tant à favoriser qu'à freiner le développement d'une politique de moindre recours (pressions sur les directeurs pour « sécuriser » les établissements ou construire des chambres d'isolement, pressions en cas d' « évènements indésirables » comme les fugues, augmentation du nombre de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État). Les visites du CGLPL ainsi que les évolutions législatives récentes relatives à l'isolement et la contention ont, elles, été indiquées comme des leviers du moindre recours et comme l'occasion, pour les professionnels, de questionner leurs pratiques.

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

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

Cette tâche a été plus difficile à réaliser ce qui, en soi, constitue une forme de résultat. L'un des établissements, malgré des sollicitations répétées, n'a pas donné suite. L'étude a ainsi été réalisée au CHU de Saint-Étienne et au CH Sainte-Marie du Puy-en-Velay (CHSM), et a reposé sur **15 entretiens semi-directifs** (6 CHSM ; 9 CHU), **17 jours d'observations au CHU**, des **visites commentées au CHSM** et le recueil de **documents**. Ces matériaux ont donné lieu à une première analyse par Perrine Ropers dans le cadre de son mémoire de stage (*Cf. Annexe 4 – Mémoire Perrine Ropers, p. 145-248*) et d'une communication publiée dans des Actes (Saetta, Fakra, Pulcini, Quenum, 2024). Ce travail, qui porte sur la transformation du secteur de psychiatrie de Saint-Étienne, a confirmé le rôle des médecins dans le processus de transformation d'un service ainsi que les effets bénéfiques du développement de l'ambulatoire sur le niveau de coercition dans les unités d'hospitalisation. Les autres matériaux sont en cours d'analyse et les résultats seront mis en perspective avec les résultats de la tâche 2, afin de comparer les leviers de transformation aux leviers de pérennisation du moindre recours.

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

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

PLAID-Care a participé à **dynamiser la recherche française sur la coercition**, en particulier dans le champ de la recherche sur les services de santé, de la recherche médicale, des sciences infirmières et de la santé publique. Elle y a participé de manière originale en se focalisant sur les établissements moins coercitifs, *i.e.* sur ce qui fonctionne plutôt que ce qui dysfonctionne, sur des facteurs de protection plutôt que sur des facteurs de risque. Cette démarche relève d'une « **salutogénèse** »<sup>10</sup> qui, appliquée aux organisations, constitue un **renversement heuristique** permettant d'identifier des éléments de connaissance que les approches traditionnelles parviennent difficilement à identifier. Cette recherche a également permis de montrer l'**intérêt d'associer plusieurs disciplines** dans l'étude de la (moindre) coercition. Cela a d'abord permis d'embrasser des leviers cliniques (généralement étudiés par les chercheurs en soins infirmiers) et des leviers organisationnels, institutionnels et territoriaux (généralement étudiés par les sociologues et les géographes). Cela a permis une **approche plus globale** (approche diversifiée des leviers repérés) et **approfondie** (meilleure compréhension et identification de chaque catégorie de leviers). La multiplication des méthodes, notamment la **collaboration entre qualitativistes et quantitativistes** a constitué un apport important. Elle a participé à la consolidation des résultats et a permis une approche plus complète du phénomène par 1° l'objectivation quantitative de constats effectués par l'approche qualitative ; 2° l'identification, par l'approche qualitative, de leviers, de déterminants et de processus que les études quantitatives ne permettent pas de repérer.

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

*En premier lieu*, le panorama réalisé avec l'IRDES, au-delà de la fréquence du recours aux mesures d'ISOC en France, permet d'entériner les importantes disparités en la matière. Il

---

<sup>10</sup> Concept défini en santé publique comme une approche permettant de mettre l'accent sur la recherche de solutions et sur ce qui aide les gens à aller dans le sens d'une santé positive.

constitue un **premier panorama qui autorisera par la suite tant les comparaisons internationales que celles à l'intérieur du territoire français**. Les réflexions engagées sur la définition et les indicateurs de la (moindre) faciliteront notamment les travaux à venir. Parmi les résultats les plus saillants, figure **l'existence d'établissements qui ne recourent pas à la contention mécanique** voire à l'isolement et s'avèrent plus nombreux que l'on pouvait le penser. Leur identification constitue un apport essentiel pour la réalisation de futures recherches, en particulier dans une perspective comparative. *En deuxième lieu*, la recherche PLAID-Care participe à **déconstruire une partie des préjugés qui structurent les débats sur la coercition et constituent un frein à une meilleure compréhension des disparités**. Aucune étude n'autorise à ce jour à penser que les différences dans le recours à la coercition s'expliquent par des différences en matière d'effectifs, par un report vers d'autres mesures coercitives (comme la « contention chimique »), par un processus de sélection des patients ou par les caractéristiques sociales et cliniques de ces derniers. Cela contribue à montrer que, **toutes choses égales par ailleurs, des établissements semblent parvenir à moins recourir à la coercition**. *Troisièmement*, **l'apport le plus conséquent et le plus original concerne les leviers de la moindre coercition**. Un résultat important consiste dans le fait que, dans les quatre établissements, le moindre recours est lié à l'application de leviers « ordinaires », qui relèvent des fondamentaux du soin en psychiatrie voire du soin tout court. Ainsi, **PLAID-Care participe dans le champ de la recherche en soins et en psychiatrie sinon à l'identification du moins à la réactualisation et la valorisation de pratiques et de savoirs existants**. Cette recherche met également en évidence le rôle du collectif voire de la communauté, mais aussi de l'aménagement et la gestion de l'environnement et du milieu de vie. En référence au concept d'« économie des contraintes » (Moreau, *Ibid.*), cela conduit à formuler l'hypothèse d'une « **économie générale de la moindre coercition** » : la circulation et des règlements plus souples limitent la création de tensions et la dégradation des relations entre les soignants et les patients qui ont été identifiées comme des facteurs de coercition. Le fait que ces établissements semblent avoir un recours modéré aux traitements médicamenteux plaide également en faveur de cette hypothèse. Nous avons également repéré dans ces établissements un rapport spécifique aux outils et aux « dispositifs » (chambre d'isolement, sangles) et aux procédures, avec l'idée que leur introduction et, plus globalement, la protocolisation du soin, perçu comme autant de « recommandations », peut conduire à une augmentation du recours à la coercition. Au-delà de pratiques et de savoir-faire, nous avons repéré l'importance d'une **culture du soin** et constaté que l'activation et la pérennisation de leviers cliniques sont liées au travail spécifique de l'ensemble des acteurs (médecins, cadres, directeurs, acteurs du territoire) et à l'existence d'une **culture professionnelle** voire d'une **culture d'établissement**. Cela constitue un apport important au regard de la littérature, dans la mesure où cela conduit à relativiser le rôle des techniques, des formations, des procédures, des outils, au profit de celui de la transmission d'une culture professionnelle et au-delà, d'une culture commune, privilégiant le dialogue, la collégialité, l'horizontalité, l'accueil et la disponibilité, la responsabilisation et une certaine prise de risque (mise cependant en balance avec d'autres risques, liés par exemple à la fermeture, et avec des bénéfices, en particulier en matière d'alliance thérapeutique).

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

Un apport fondamental de PLAID-Care réside dans le fait de **mettre en débat la thématique de la (moindre) coercition** et, au-delà, de **montrer qu'une psychiatrie moins coercitive est**

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

### V.1. Apport dans les milieux de la formation

Les résultats de la recherche ont d'ores et déjà été injectés dans des formations dispensées par une partie des membres du projet : les **formations de l'ENSEIS** qui visent à former des travailleurs sociaux et des cadres et directeurs des secteurs social et médico-social, susceptibles, pour certains, de travailler en psychiatrie ; la **formation Soclecare**, initiée et dispensée par une partie des membres du projet (J.-P. Lanquetin, L. Rohr) qui vise la transmission des bases et fondamentaux de la pratique soignante en psychiatrie issus de résultats de la recherche en soin ; le **Diplôme Inter-Universitaire « Équipes mobiles et accompagnement en santé mentale dans la cité »**. L'intégration des résultats se poursuivra dans ces formations, en particulier par l'évolution de Soclecare en vue d'intégrer plus avant les résultats de PLAID-Care.

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

Les apports concernent à la fois les hôpitaux investigués et les autres hôpitaux. *Concernant les hôpitaux investigués*, PLAID-Care a participé à les valoriser et a constitué l'occasion, pour une partie de leurs professionnels, de mieux se rendre compte de la qualité et du caractère peu ordinaire de leur pratique, ce dont ils n'avaient pas toujours conscience. H1 s'est particulièrement saisi de la recherche, l'affichant sur son [site internet](#) et l'indiquant dans divers documents (dont son rapport 2022 sur l'isolement et la contention). Il nous a été indiqué à plusieurs reprises, dans cet hôpital, que la recherche constituait une ressource, en particulier au vu des difficultés liées à la perspective de la construction d'une chambre d'isolement, demandée par l'ARS. Les deux publications co-publiées avec des professionnels (Blandin et al., *Ibid.* ; Bras et al., *Ibid.*) ont contribué à la réflexivité des professionnels et ont constitué l'occasion de valoriser leurs pratiques. **Deux sessions réunissant des membres de PLAID-Care et des professionnels du CHBD et du CHV** sont d'ores et déjà programmées à l'automne dans deux congrès de psychiatrie (*Cf. partie II. Valorisation*). Des retours des établissements ont permis de comprendre que PLAID-Care a d'ores et déjà produit des effets : tandis que la directrice de H2 nous a indiqué que l'établissement avait été l'objet de plusieurs sollicitations depuis leur participation à PLAID-Care<sup>11</sup>, des médecins de H1 ont rapporté qu'elle avait participé à l'attractivité de l'établissement et à faire venir de nouveaux médecins. La recherche a aussi nourri le souhait d'un rapprochement et d'une structuration de ces établissements moins coercitifs. *Concernant les autres hôpitaux*, soulignons d'abord que, parmi les communications indiquées *infra*, **11 d'entre font suite à la sollicitation d'hôpitaux**. Au vu des évolutions législatives récentes, une partie des établissements sont entrés dans un processus de diminution du recours aux mesures d'ISOC, sans pour autant

---

<sup>11</sup> Ces sollicitations ont contribué à l'organisation, par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance Sanitaire et Médico-Sociale (ANAP), d'une journée de travail sur la dynamique de réduction de l'isolement et la contention en psychiatrie regroupant 10 établissements. La journée s'est déroulée au CH de Valvert et s'est appuyée sur la recherche PLAID-Care (*Cf. Annexe 1 – Doc. 7, p. 61*).

toujours savoir comment enclencher ou pérenniser ce processus. PLAID-Care constitue alors une ressource à plusieurs égards : 1° elle permet aux établissements de se situer par l'état des lieux effectué avec l'IRDES ; 2° elle conduit les professionnels à prendre connaissance d'autres modalités de fonctionnement, d'autres pratiques ; 3° elle participe à fournir aux différentes catégories de professionnels des leviers de diminution du recours à la coercition. Elle fournit en effet des pistes d'actions aux soignants (leviers cliniques) aux équipes d'encadrement et aux directions (leviers organisationnels et institutionnels). Elle permet notamment de prendre la mesure de l'importance que soit impliqué l'ensemble des acteurs de l'établissement. Les résultats pourront bénéficier aux directeurs (généralistes, des soins et des ressources humaines), dans la mesure où la moindre coercition est un levier d'attractivité et d'amélioration du fonctionnement des services, en particulier en matière d'arrêts de travail, de *turn-over*, de satisfaction au travail. Tandis que la satisfaction des professionnels est un levier de moindre coercition – dans la mesure où elle favorise l'investissement des professionnels et la stabilité des équipes –, la moindre coercition favorise à son tour la satisfaction des professionnels. La recherche permet aussi de souligner l'importance d'une politique de recrutement et de fidélisation. La multiplication de lieux et des espaces d'échanges, formels et informels, la valorisation des initiatives, la prise en compte des souhaits des professionnels sont à cet égard autant de leviers que pourront activer les établissements. Un enseignement important est relatif à la communauté médicale et à sa cohésion, et invite à la création de collèges médicaux ainsi qu'à prêter une attention particulière à l'accueil, l'implication et la considération des internes et des jeunes médecins.

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

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

## VI. Perspectives de recherches

PLAID-Care ouvre sur de nombreux questionnements et un vaste chantier de recherches. Pour commencer, l'inventaire des établissements moins coercitifs doit être prolongé, notamment en vue de confirmer le caractère moins coercitif des établissements identifiés, en particulier ceux repérés par le Rim-P. Ce prolongement nécessitera le croisement des inventaires et une relecture plus attentive des rapports du CGLPL et des rapports de certification de la HAS. Deux autres prolongements seront ensuite particulièrement opportuns : 1° des **études quantitatives voire comparatives sur des échantillons plus conséquents** et visant à corroborer les résultats de PLAID-Care ; 2° des **études qualitatives visant à analyser plus avant l'intrication des différents facteurs et les parcours des patients**

**et des professionnels, et à explorer davantage les organisations extrahospitalières du soin.** De façon générale, il apparaît fondamental de **poursuivre et consolider les collaborations permettant une approche pluri, inter, voire transdisciplinaire de la coercition** et favorisant **l'articulation de plusieurs méthodologies**. Ces prolongements ont d'ores et déjà été engagés par plusieurs projets de recherche. Le **second volet de RICOCHET** permettra d'abord d'identifier à l'échelle nationale les facteurs de (moindre) coercition liés aux caractéristiques des patients ainsi qu'aux établissements et à leur environnement. Les résultats de ce second volet seront mis en perspective avec ceux de la tâche 2 au sein d'une publication commune (automne 2024). Deux autres projets sont en cours : 1° **TRANSPSYCO** (Approche transdisciplinaire en psychiatrie et en santé mentale: déterminants, impacts et leviers d'action en faveur de la moindre coercition)<sup>12</sup>, qui vise à prolonger la collaboration entre l'équipe PLAID-Care, l'IRDES et l'École des Mines, et s'est aussi élargi à deux autres disciplines (droit et médecine) ; 2° **PSYCORE** (Impact d'un programme de moindre recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie. Étude multicentrique randomisée en Stepped Wedge)<sup>13</sup> qui vise à évaluer, dans 6 établissements, l'impact d'un programme de diminution des mesures d'ISOC (le *Six Core Strategies*). Dans le cadre de TRANSPSYCO et de la participation d'une partie des chercheurs de l'équipe à l'action FOSTREN (*Fostering and Strengthening Approaches to Reducing Coercion in European Mental Health Services*), il est envisagé de répondre à des appels à projets permettant le déploiement d'études européennes. Dans la continuité de l'étude exploratoire sur le médicament, nous avons été sollicités par le pharmacien du CHBD, qui est aujourd'hui référent scientifique de son établissement auprès du Centre Régional de Recherche en Psychiatrie de la région PACA. Il est envisagé de construire une étude de plus grande ampleur au niveau de la région afin de valider l'hypothèse formulée lors de l'étude pilote, à savoir que le moindre recours aux mesures d'ISOC est susceptible d'être corrélé à un moindre recours à la contention chimique. Le CGLPL, à qui ont été présentés les résultats de la recherche (30 mai 2024), s'est également montré très enthousiaste à l'idée de poursuivre la collaboration et d'engager de nouvelles recherches avec les membres du projet.

## VI. Bibliographie

- Aragonés-Calleja M, Sánchez-Martínez V. Evidence synthesis on coercion in mental health: An umbrella review. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2024;33(2) :259-280. [doi/10.1111/inm.13248](https://doi.org/10.1111/inm.13248)
- Bak J, Aggernæs H. Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2012 ;66(5):297-302. [10.3109/08039488.2011.632645](https://doi.org/10.3109/08039488.2011.632645)
- CGLPL. [Isolement et contention dans les établissements en santé mentale](#). Dalloz, 2016. .
- Blandin AC, Dallel S, Degry J, Fakra É, Hardy S, Liothier J, Moreau D, Lagrange D, Quenum Y, Saetta S. Étudier conjointement l'isolement, la contention mécanique et la contention chimique : étude pilote dans trois établissements psychiatriques français. *L'Encéphale [Internet]*. 8 mai 2024. [10.1016/j.encep.2024.02.013](https://doi.org/10.1016/j.encep.2024.02.013)

---

<sup>12</sup> Projet co-coordonné par E. Fakra (CHU de Saint-Étienne), X. Boucher (École des Mines de Saint-Étienne) et S. Saetta (ENSEIS) et qui a reçu un financement de deux ans (2024-2026) dans le cadre de l'appel à projets SHAPE-Med@Lyon : <https://www.shape-med-lyon.fr/actions/les-projets-finances/transpsyco/>

<sup>13</sup> Projet coordonné par E. Fakra, déposé en mars 2024 dans le cadre des appels à projet PREPS (Programme de recherche sur la performance du système de soins) de la Direction Générale de l'Offre de Soins.

- **Bras M, Itrac-Alves A, Ceruti C, Saetta S, Rohr L, Lanquetin JP. Tenir bon avec « l'ingérable » Mouaad.2024;286:64-69.**
- Coldefy M. Les données administratives de l'isolement. *Santé mentale*, 2016;210:46-49.
- Goulet MH, Larue C, Dumais A. Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*.2017;34:139-146.  
[10.1016/j.avb.2017.01.019](https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019)
- Goulet MH, Lessard-Deschênes C. Le Modèle de prévention de l'utilisation des mesures de contrôle en santé mentale : une revue intégrative. *Santé Mentale au Québec*. 2022;47(1):151-80. [10.7202/1094149ar](https://doi.org/10.7202/1094149ar)
- **Lanquetin JP, Coldefy M, Mccardell-Kulcsar A, Mougeot F, Rostirolla D, Quenum Y, Rohr L, Saetta S. « L'attacher au lit ? On essaie plutôt de l'attacher à nous ». *Santé Mentale*. 2024;286:26-33.**
- Matthiasson P. Moins de soins sous contrainte : l'expérience islandaise. *L'information psychiatrique*. 2017;98:558-562. [10.1684/ipe.2017.1671](https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1671)
- Moreau D. Limiter la contrainte ? Usages et régulation des usages de la contrainte psychiatrique en Suisse. *L'information psychiatrique*,. 2017;93:551-557.  
[10.1684/ipe.2017.1670](https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1670)
- Savage MK, Lepping P, Newton-Howes G, et al. Comparison of coercive practices in worldwide mental healthcare: overcoming difficulties resulting from variations in monitoring strategies. *BJPsych Open*. 2024;10(1):e26. [10.1192/bjo.2023.613](https://doi.org/10.1192/bjo.2023.613)
- **Saetta S, Coldefy M, Degry J, Lanquetin JP, McCardell A, Moreau D, Mougeot F, Quenum Y, Ropers P, Rohr L, Rostirolla D, Velpry L. PLAID-Care : une recherche sur le moindre recours à la coercition en France. *L'Encéphale*. 2023;49(4):433-6.**  
[10.1016/j.encep.2023.03.005](https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.03.005)
- Saetta S, Fakra E, Pulcini M & Quenum Y. 2024. Désinstitutionnalisation, démantèlement de l'hôpital, ou extension du filet de l'institution ? Les transformations de l'institution au prisme de la restructuration d'un secteur de psychiatrie. In Hachez I & Marquis N (dir.). *Repenser l'institution et la désinstitutionnalisation à partir du handicap*. Presses universitaires Saint-Louis Bruxelles. [10.4000/books.pusl.29977](https://doi.org/10.4000/books.pusl.29977)**
- Szmukler G. Compulsion and "coercion" in mental health care. *World Psychiatry*. 2015;14(3):259-61. [10.1002/wps.20264](https://doi.org/10.1002/wps.20264)
- **Touitou-Burckard E, Gandré C, Coldefy M, Ellini A, Saetta S. Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements. *Questions d'économie de la santé*.2024;286.**
- Väkiparta L, Suominen T, Paavilainen E, Kylmä J. Using interventions to reduce seclusion and mechanical restraint use in adult psychiatric units: an integrative review. *Scandinavian Journal Caring Sciences*.2019;33(4):765-78.[10.1111/scs.12701](https://doi.org/10.1111/scs.12701)