



HAL
open science

Protocoles d'isolement et contention : la France parmi l'Europe

Aliki Antico Androutsos

► **To cite this version:**

Aliki Antico Androutsos. Protocoles d'isolement et contention : la France parmi l'Europe. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04110049

HAL Id: dumas-04110049

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04110049v1>

Submitted on 30 May 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ANNEE 2023 - N° 23-0-37

PROTOCOLES D'ISOLEMENT ET CONTENTION :

LA FRANCE PARMIL'EUROPE

THÈSE

présentée et soutenue publiquement

le 12 mai 2023 à 16 h

pour obtenir le Diplôme d'Etat de

DOCTEUR EN MEDECINE

PAR

Aliki Androutsos Antico

Née le 09/10/1995 à Athènes, Grèce

La composition du jury est la suivante :

Président : Professeur Emmanuel HAFFEN

Directeur de la thèse : Docteur Rosa REBRAB

Juges :

. Maîtres de conférences

Professeur Pierre VANDEL

Professeur Sylvie NEZELOF

. Praticiens Hospitaliers

Dr Myriam BASCH

Dr Benjamin CHABOD

Dr Thomas CARBONNEL



Dédicaces aux membres du jury, en commençant par le Président

Merci aux Professeurs Haffen, Vandel et Nezelhof pour leur accompagnement pédagogique des internes de Besançon en tant que chefs de DES. La complémentarité de leurs approches respectives de la psychiatrie est une richesse théorique et clinique pour les étudiants, entre neurobiologie et psychanalyse.

Un grand merci à notre incroyable directrice de thèse Dr Rosa Rebrab, qui a dédié énormément de temps pour nous guider, nous enseigner, et nous rediriger dans la bonne direction !

Lauren Dubois- Harvard :

Merci au Dr Thomas Carbonnel et Benjamin Chabod, auprès desquels j'ai pu me former et m'initier à la clinique pratique de la prise en charge des patients en soins sans consentements aux urgences psychiatriques de Minjoz et au service d'admission fermé des Cyprès à Novillars.

Aliki Androutsos Antico:

Merci au Dr Myriam Basch de m'avoir guidé lors de mon premier stage en psychiatrie dans un nouveau pays, en Soins sans Consentement.

Remerciements à la famille, aux amis...

Lauren Dubois-Harvard

Je tiens à remercier :

- Dr Marc Morlet et l'équipe du Pôle Personnes Âgées de St Ylie. Vos précieux enseignements tant pharmacologiques, cliniques mais aussi humains m'ont beaucoup apporté et donné l'assurance pour mener à bien mon travail.
- Le Dr Ségolène Marti, le Dr Thierry Guichard et l'équipe soignante du service Malval de la clinique de Vaugneray. Votre empathie et votre professionnalisme me servent tous les jours d'inspiration dans ma vocation de psychiatre.
- Madame la Doyenne Carole Burillon, et l'ensemble de la scolarité de la Faculté de Médecine de Lyon-sud, pour m'avoir soutenue et accompagnée durant mon externat.
- L'Ecole du Service de Santé des Armées de Lyon-Bron. Bien que n'ayant pas poursuivi dans cette voie-là, la "boîte" a tout de même forgé mon entrée dans la vie carabine et laissé de nombreux souvenirs et des précieux liens d'amitié avec mes camarades.
- Mes parents adoptifs Sylvie et Hervé Daurat. Votre présence dans ma vie est depuis mon premier Noël chez vous une joie infinie. Amélie et Blandine, merci de m'avoir

donné autant ces dernières années. Je suis là pour vous quoiqu'il arrive, ma petite tribu bretonne !

- Commandant Maëlle Daurat, ma chère complice de boîte. Je reste toujours ta Très Vénérable Ancienne, mais aussi et surtout ton amie et ta sœur.
- Eléonore Mayet-Juvin, Lucie Robardet, Arnaud Mougin, mes chers et fidèles amis, qui m'ont soutenue et "supportée" pendant ces longues études qui arrivent à leur fin !
- Enfin, merci Odile Rolet- Répécaud et les autres "petites mains" des "correctrices" qui ont patiemment et très gentiment relu cette thèse en coulisses avant impression, à l'affût de la moindre "coquille".

Aliki Androutsos Antico

C'était long, ça l'est toujours, mais cela en vaut la peine. Grâce à :

- Dr Tarsitani, Dr Pons et Dr Basch : c'est un peu comme vous que j'ai envie d'être.
- Mes parents, mon frère et ma grand-mère : il y a de la distance et il y a du bruit, mais si je peux avancer, c'est parce que vous avez été et vous restez juste derrière moi.
- Juliette et Laila : de l'autre coin du monde, tombées sur mon chemin pour transformer les rues de Rome en aire de jeux, et le campus universitaire en champ de bataille.
- Lauren : ton vrai sourire et ton frais sarcasme parmi la noirceur !
- Johnattan : croisé au bon moment, au bon endroit, garant de mon intégrité philosophique.
- Thania, Isabelle et l'Autodidacte : vous m'avez ouvert les portes de cette ville, confié le passe-partout de Besançon, et accompagnée avec votre camaraderie.
- Ulysse : quelle tournure des événements, de te voir parmi mes spectateurs ce soir.
- Alessandro, Lilli, Rayna, Aleka, Sner, Alkyoni, Lefteris, Andrea et Andrea : mes chers amis, vos brillantes idées éparpillées et vos outils d'astuce m'ont guidé parmi les méandres.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité, dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Table des matières

Dédicaces aux membres du jury	2
Remerciements.....	2
Serment d'Hippocrate.....	4
Abréviations et Acronymes.....	9
PARTIE I : Introduction	10
PARTIE II	14
La théorie : cadre historique et législatif	14
2.1 Histoire de l'isolement et de la contention à buts thérapeutiques en Europe	14
2.1.1 L'Antiquité.....	14
2.1.2 Le Moyen-Âge	16
2.1.3 La Renaissance.....	19
2.1.4 Les Lumières	20
2.1.5 Le XIXe siècle	21
2.1.6 La culture d'Isolement et de la Contention en France Contemporaine	23
2.2 Le contexte législatif.....	26
2.2.1 La loi de L'Aliénisme de 1838	26
2.2.2 La loi du 27 juin 1990.....	27
2.2.3 La réforme du 5 juillet 2011.....	28
2.2.4 Loi de modernisation du système de santé de 2016.....	29
2.2.5 La loi de 2020	31
2.2.6 Les censures de 2021	32
2.2.7 La loi de 2022	33
2.3 La question du consentement.....	37
PARTIE III : Revue de la littérature des pratiques en France et en Europe	39
3.1 Introduction et méthodologie.....	39
3.1.1 Les taux de SSC par pays	41
3.1.2 Etude randomisée sur les contentions mécaniques et isolement	43
3.1.3 Les rapports du CPT	44
3.1.4 L'étude européenne EUNOMIA.....	45

3.1.5 Les méthodes de coercition dans 10 pays européens.....	47
3.1.6 L'IC dans quatre pays européens.....	49
3.1.7 Conclusion : Les grandes tendances aujourd'hui en Europe	50
3.2 Les pays où l'IC est interdit : L'Islande	51
3.2.1 Une île à part.....	51
3.2.2 Le rapport du CPT sur l'IC	52
3.2.3 Conclusion.....	53
3.3 Le "Club des "no-restraint""	53
3.3.1 Le Royaume-Uni : pionnier en Europe depuis 200 ans.....	54
3.3.1.1 Des bons chiffres mais en augmentation depuis 2013	55
3.3.1.2 Les kits "soft restraint" et la contention en décubitus ventral	56
3.3.1.3 Programme "RESTRAIN YOURSELF"	57
3.3.1.4 Le rapport du CPT sur l'IC	57
3.3.1.5 Conclusion.....	58
3.3.2 L'Italie : un autre modèle pionnier vers le "no restraint"	58
3.3.2.1 Contexte historique et législatif de la psychiatrie italienne.....	59
3.3.2.2 Une analyse originale de l'Italie par des Américains	59
3.3.2.3 La contention affective et territoriale.....	61
3.3.2.4 La politique italienne.....	61
3.3.2.5 Le rapport du CPT sur l'IC	62
3.3.2.6 Conclusion.....	62
3.3.3 La Finlande.....	63
3.3.3.1 L'insuffisance d'une campagne de diminution des IC	63
3.3.3.2 Le rapport du CPT sur l'IC	66
3.3.3.3 Conclusion.....	66
3.4 Les pays en cours de régularisation de leurs protocoles.....	66
3.4.1 La Suisse	66
3.4.1.1 Les profils de patients les plus probables de subir une contention	67
3.4.1.2 Une diminution des mesures d'IC pendant un période d'observation.....	67
3.4.1.3 L'application de l'"open door" policy réduit également l'IC	68
3.4.1.4 Accompagner les équipes	68

3.4.1.5 L'IC dans un contexte de suicidalité ou de barrière de langue	69
3.4.1.6 Le rapport du CPT sur l'IC	74
3.4.1.7 Conclusion.....	74
3.4.2 L'Espagne	75
3.4.2.1 L'IC aggrave l'état psychique des patients	76
3.4.2.2 Changer efficacement les pratiques d'IC.....	78
3.4.2.3 Le retour du CPT sur l'IC	78
3.4.2.4 Conclusion.....	79
3.4.3 La France	79
3.4.3.1 La situation actuelle en France	80
3.4.3.2 Une étude sur les « établissements psychiatriques n'ayant pas ou peu recours à des mesures de contrainte ».....	82
3.4.3.3 La mentalité française particulière concernant l'IC	83
3.4.3.4 Une littérature française prolifique.....	87
3.4.3.5 La recherche active d'alternatives à l'IC	88
3.4.3.6 Le rapport du CPT sur l'IC	88
3.4.3.7 Conclusion.....	89
3.4.4 La Norvège	89
3.4.4.1 Le rapport du CPT autour sur l'IC	91
3.4.4.2 Conclusion.....	92
3.5 Les pays où l'IC est considéré comme moins coercitif que la médication forcée	92
3.5.1 Les Pays- Bas	92
3.5.1.1 Des taux d'isolement très élevés.....	93
3.5.1.2 Des mesures pour changer les pratiques.....	93
3.5.1.3 Le rapport du CPT sur l'IC	95
3.5.2 La Suède	96
Le rapport du CPT sur l'IC.....	98
3.5.3 L'Allemagne.....	98
3.5.3.1 Etat des lieux	98
3.5.3.2. Une étude expérimentale de l'”open door”	101
3.5.3.3 Une ambitieuse étude nationale prévue	101
3.5.3.4 Le retour du CPT sur l'IC.....	102

3.5.4. Conclusion pour les trois pays :	102
3.6 Les pays ayant subi une crise de moyens : La Grèce.....	103
3.6.1 La diminution des moyens inversement proportionnelle aux SDRE	103
3.6.2 La crise économique exacerbe un problème préexistant	103
3.6.3 Le concept de l'”automatisme social”.....	104
3.6.4 Le rapport du CPT sur l'IC	104
3.6.5 Conclusion	105
3.7 Les pays où il y a peu de données : l'Europe de l'Est	106
3.7.1 Le contexte historique.....	106
3.7.2 La Pologne.....	107
3.7.3 La Croatie	109
3.7.4 Pas de chiffres disponibles, mais des traces de questionnement de l'IC	110
3.7.4.1 La Hongrie	110
3.7.4.2 L'Estonie.....	111
3.7.5 Conclusion.....	112
3.8 Les pays où l'IC est liée à la politique : La Russie	112
3.8.1 L'origine philosophique de la répression psychiatrique en URSS	114
3.8.2 Un diagnostic ciblant les dissidents politiques	114
3.8.3 La psychiatrie Russe aujourd'hui	115
3.8.4 Le rapport du CPT sur l'IC en 2021.....	116
3.8.5 Conclusion.....	116
PARTIE IV : Discussion, les leviers du changement	118
4.1 Levier culturel et historique	119
4.2 Levier politique.....	122
4.3 Levier économique.....	124
4.4 Levier législatif.....	126
4.5 Levier structurel au niveau médical, universitaire et institutionnel.....	128
PARTIE V : Conclusion	131
Bibliographie.....	133

Abréviations et Acronymes

ARS	Agence Régionale de Santé
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CPT	<i>European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment</i> : Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants
CSP	Code de la Santé Publique
HAS	Haute Autorité de Santé
IC	Isolement & Contention
OMS	Organisation Mondiale de la Santé (<i>WHO</i> : <i>World Health Organisation</i> en anglais)
ONG	Organisation Non Gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PIB	Produit Intérieur Brut
RBP	Recommandations de Bonne Pratique
SL	Soins Libres
SPDRE	Soins Psychiatriques sur demande d'un Représentant d'Etat
SPDT	Soins Psychiatriques sur Demande d'un Tiers
SPSC	Soins psychiatriques sans consentement
SSC	Soins Sans Consentement
UP	Urgences Psychiatriques

PARTIE I : Introduction

Ce travail est co-rédigé par Lauren Dubois-Harvard et Aliko Androutsos, devant la quantité requise afin de mener à bien cette thèse. Si au début, une revue de la littérature sur les pratiques d'IC est envisagée au niveau mondial, il sera réduit à l'Europe. Il aura nécessité un an et demi de travail conjoint. Si la rédaction de certaines parties sont d'abord réparties entre les deux internes, les relectures intensives avec de nombreux remaniements (parfois très importants) et les enrichissements avec de nouveaux articles par l'autre en font un travail difficilement discernable, tant il a été composé à quatre mains.

La partie II.1 : Histoire est d'abord rédigée par Lauren Dubois-Harvard. Aliko Androutsos s'est chargée de la partie II.2 : Contexte législatif et II.3 : La question du consentement. Au niveau des pays dans la revue de littérature, Lauren Dubois-Harvard (franco-américaine) s'est plutôt investie initialement dans le Nord et l'Est de l'Europe, car plus proches de son propre parcours international (Allemagne, Estonie etc.). Aliko Androutsos-Antico, étant gréco-italienne, a plutôt mené les recherches sur les pays du sud de l'Europe. Cette répartition est très approximative. Par exemple, l'Espagne a d'abord été investie par Lauren Dubois-Harvard ; l'Angleterre et la Russie par Aliko Androutsos-Antico. La discussion avec l'identification des leviers de changement a été construite/organisée à trois avec l'aide de la directrice de thèse (française d'origine algérienne), en se basant sur les remarques notées au fur et à mesure de leurs recherches par les deux co-thésardes avec des idées, pistes de réflexions, questionnements etc. La conclusion et l'introduction sont elles aussi entièrement rédigées à deux puis trois.

Ainsi, une répartition harmonieuse des tâches a pu s'effectuer dans ce travail de thèse co-rédigé, avec un grand travail collectif fourni. Ceci dans une démarche de réflexion de groupe transculturelle, entre des françaises d'origine étasunienne, italienne, grecque, et algérienne, afin d'aborder ce sujet complexe avec le plus de justesse possible.

La psychiatrie est une spécialité qui offre au médecin une relation privilégiée avec le patient de par son approche non uniquement somatique, mais également psychologique, émotionnelle, sociale. Néanmoins, cette confrontation avec l'humain en souffrance amène parfois à des situations décrites comme difficiles à gérer et à supporter en tant que patient mais aussi soignant. Des mesures extrêmes dites "coercitives" sont alors appliquées, et parmi elles l'isolement et la contention (IC). Mais qu'est-ce que l'IC ? La Haute Autorité de Santé (HAS) française offre des définitions précises de ces pratiques particulières :

- Isolement (au sens de la pratique de soins psychiatriques)

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. L'isolement est une mesure limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation de l'isolement représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance... réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité. [1]

- Contention

Il existe plusieurs types de contentions, dont les contentions physique et mécanique.

- Contention physique (manuelle) : maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique.
- 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.

La contention mécanique est une mesure d'exception, limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé [français] du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs. L'utilisation d'une mesure de contention mécanique représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique. Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance... réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité. Seule la contention mécanique est abordée dans cette recommandation de bonne pratique. [2]

Le sujet est d'actualité avec une nouvelle loi votée en 2022 en France :

Décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement

La sous-section 1 de la section 4 du chapitre Ier du titre Ier du livre II de la troisième partie (règlementaire) du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° L'article R. 3211-31 est remplacé par les dispositions suivantes :

Art. R. 3211-31.-I.- L'information prévue au premier alinéa du II de l'article L. 3222-5-1 du renouvellement d'une mesure d'isolement ou de contention est délivrée sans délai et par tout moyen permettant de donner date certaine à sa réception par le directeur de l'établissement au juge des libertés et de la détention, dès que la mesure atteint la durée cumulée de quarante-huit heures d'isolement ou de vingt-quatre heures de contention. Cette durée cumulée peut résulter :

1° De mesures prises de façon consécutive ;

2° De mesures prises de façon non consécutive mais séparées de moins de quarante-huit heures. La durée cumulée est calculée en additionnant les durées de toutes les mesures intervenant à moins de quarante-huit heures de la précédente ;

3° De mesures prises de façon non consécutive mais dont la durée cumulée est atteinte sur une période de quinze jours.

II.- Lorsque le médecin décide de prendre une nouvelle mesure d'isolement ou de contention avant l'expiration d'un délai de quarante-huit heures suivant une décision de mainlevée, l'information prévue au quatrième alinéa du II de l'article L. 3222-5-1 est délivrée au juge des libertés et de la détention selon les modalités prévues au I du présent article.

III.- L'information du juge des libertés et de la détention est réitérée, selon les mêmes modalités :

1° Lorsque le médecin, après une décision de maintien prise par le juge des libertés et de la détention dans les conditions prévues au cinquième alinéa du II de l'article L. 3222-5-1, renouvelle à titre exceptionnel une mesure de contention atteignant la durée cumulée de quatre-vingt-seize heures, calculée dans les conditions prévues au I. Cette information est réitérée en cas de renouvellement ultérieur de la même mesure ;

2° Lorsque le médecin, après une décision de maintien prise par le juge des libertés et de la détention dans les conditions prévues au cinquième alinéa du II de l'article L. 3222-5-1, renouvelle à titre exceptionnel une mesure d'isolement atteignant la durée cumulée de cent quarante-quatre heures, calculée dans les conditions prévues au I.

Ce nouveau texte a donné lieu à des débats délicats, si ce n'est houleux, dans un contexte de crise de la santé en France.

Des thèses ont été menées en France sur le vécu des patients et de soignants lors des IC, ainsi que sur les alternatives comme les directives anticipées. Ce travail de thèse ici a pour objectif d'établir un état des lieux le plus complet possible. L'IC, parmi les pratiques utilisées dans la discipline psychiatrique (contemporaine ou ancienne), est celle qui amène probablement le plus à une remise en question morale des cliniciens. L'éthique, la philosophie, la justice, les ressources matérielles, financières et humaines se confrontent concernant la conduite à tenir face aux patients en crise, souvent au sein d'institutions et de sociétés elles-mêmes en crise. Pour le comprendre, il faut d'abord se tourner vers l'histoire de la psychiatrie d'un pays. En effet, les pratiques d'IC d'hier déterminent celles d'aujourd'hui.

Mais quelle est la situation en 2023 en France, et comment en est-on arrivé-là ? Quels facteurs historiques, sociaux, juridiques, etc., ont contribué à générer une telle crise de la psychiatrie ? Et si la France s'interroge sur ses pratiques, les autres pays font-ils de même ? Et si oui, ont-ils trouvé des solutions efficaces et potentiellement applicables en France ? Est-ce pire ou mieux ailleurs ? L'approche du problème est complexe. Elle doit prendre en compte le contexte historique, culturel, politique, législatif, etc. Autant de leviers à actionner dans la perspective d'un changement des pratiques d'IC.

PARTIE II

La théorie : cadre historique et législatif

2.1 Histoire de l'isolement et de la contention à buts thérapeutiques en Europe

L'histoire de la médecine en santé mentale (à défaut de pouvoir parler sans mésusage anachronique de "psychiatrie" avant le XIX^e siècle) est muée par des périodes d'ouverture et de renfermement par vagues successives [3]. Celles-ci suivent les évolutions des sociétés dans lesquelles elles s'exercent, que ce soit au niveau, toujours intimement intriqués et interdépendants, de la culture, la religion, la philosophie, la politique et l'économie [4]. La vision de la folie détermine les pratiques d'isolement et de contention à chaque époque ainsi que leur but (ou non) thérapeutique.

2.1.1 L'Antiquité

L'Europe de l'Antiquité présente une variété extrêmement riche et complexe de peuples et de cultures. Au nord de l'Europe dans les "royaumes barbares", très peu de données tangibles sont disponibles. Les peuples dits "gaulois", habitant ce qui correspond à la France aujourd'hui, ont une tradition principalement orale. Les sources écrites documentant leurs coutumes viennent en grande partie des romains (Jules César dans "La guerre des Gaules" [5]) et via les contes, mythes et légendes transmis oralement. Des pratiques sont encore vivantes aujourd'hui dans certaines régions (telles la Bretagne), et étaient répandues dans le monde paysan français jusqu'à la deuxième guerre mondiale. [6,7]

Les celtes avaient une médecine druidique basée sur les plantes [8] et des croyances animistes, proches de certaines pratiques observées en Afrique de l'Ouest, en Sibérie, en Amérique du Nord chez les Premières Nations, voire selon certaines sources, l'Inde védique [9]. Bien que vivant souvent en marge dans un isolement plus ou moins volontaire, ces personnes sont valorisées au sein de la tribu celte comme voix de la sagesse crainte et respectée. Dans les contes et légendes (aux origines souvent incertaines car très anciennes comme celles du Roi

Arthur et du druide Merlin), les héros les consultent régulièrement, par exemple avant une bataille ou des décisions politiques importantes. On peut supposer que la contention physique est parfois pratiquée pendant les trances divinatoires provoquées par des plantes hallucinogènes sacrées.

Au sud, sur le pourtour de la méditerranée, les médecins de la civilisation grecque sont considérés comme les plus avancés à l'époque. Leurs enseignements s'exportent aux peuples voisins contemporains romains et de la péninsule arabe, qui adoptent entièrement les pratiques et cette vision de la médecine. Leurs écrits ont servi de référence, influençant les pratiques des médecins pendant des millénaires jusqu'au XVII^e siècle au moins en Europe. [4], [10]

Les Grecs considéraient la maladie comme un déséquilibre des différentes humeurs du corps. Cette vision est dite "hippocratique" (en référence au médecin Hippocrate). Le corps et sa santé dépendent selon lui de quatre humeurs (bile jaune, bile noire, sang et lymphe), qui, si déséquilibrées, donnaient lieu aux maladies. Les personnes au tempérament "sanguin" étaient plus prônes à la "colère", tandis que la "bile noire" donnait des "mélancolies". Ainsi, des traces d'observations de troubles de l'humeur bipolaire ont été retrouvés dès cette époque. D'autres écoles existaient, avec leurs propres explications étiologiques. [4] L'école dite "méthodique" pratique la contention physique. "L'antiquité n'opposait guère aux folies que les saignées, les purgatifs drastiques [...] les bains froids." "Leur but était d'agir par la frayeur de la mort. Quand ces moyens échouaient, on s'en tenait à la réclusion". [11] Certains comme Celse (1^{er} siècle après J.C.) dans son "*De medicina*", recommandaient une pédagogie brute.

Caelius Aurelianus au 2^e siècle, lui, va établir dans son "Maladies aiguës, maladies chroniques" des recommandations précises de bonne pratique de l'isolement et de la contention physique à but thérapeutique [12,13] :

Et pour commencer, il convient que le malade soit couché dans une pièce qui ne soit ni trop éclairée ni trop chauffée, qui ne soit troublée par aucun bruit ni décorée d'aucune peinture, [...] située au rez-de-chaussée plutôt que dans les étages. En effet, ceux qui souffrent de manie souvent se jettent par la fenêtre. Il faut également fixer solidement le lit, mais ne pas le tourner en direction de la porte [...]. En outre, il faudra interdire que beaucoup de gens puissent entrer dans la chambre, interdire surtout les visiteurs inconnus du malade. [I, V, 155]. [...] Si les malades sont agités en voyant des gens, il faudra faire usage de liens, mais sans leur faire de mal, en protégeant leurs membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux après. [I, V,157] [12].

Il explique différents types de folie : “un délire violent ne diffère en rien, d’une aliénation d’esprit : [...] au-delà des bornes : *ultra disciplinam* [...] aigue ou [rapide] courte : *acutam vel celerem*” [13, page 101]. Il mentionne aussi le délire “*phrénitis*” ou “phrénésie” (frénésie) :

[...] stase ou une entrée contre nature des corpuscules dans les membranes du cerveau [...], stase qui est fréquemment avec perte de sentiment, aliénation d’esprit et fièvre (Intrusions qui selon Asclépiade ne causent la phrénésie que si violentes.) [...] on voit des aliénations d’esprit chez ceux qui ont bu du pavot, de la madragore ou de la jusquiame, chez ceux qui éprouvent un violent accès de colère ou une grande frayeur ou qui sont accablés de chagrin, chez les épileptiques [13, page 102].

Une vision fine, presque neuroscientifique des troubles mentaux !

De même, des lois [14] permettaient la suspension, temporaire ou définitive, de ses droits citoyens celui jugé “fou”, selon des degrés de gravité d’atteinte à sa raison, allant du “*furiosus*” (fou furieux ?) à différents stades de “*furor*”. Ils examinaient ainsi plusieurs critères : l’espoir de guérison, l’obligation de donner des soins, l’assistance, la garde matérielle (*custodia*) assurée par la famille en général. Le droit pénal romain prévoit, afin de l’empêcher de commettre des délits et de se mettre en danger, des mesures d’isolement/contention, à moduler selon les périodes de lucidité. Une “sauvegarde de justice” permet de protéger le malade, avec la “*cura furiosi*”, où “seul le contrat conclu avant la folie ira à son terme grâce”. De plus, “si une possession a été valablement commencée, si le *furiosus* est marié ou s’il fait partie d’une société, le droit romain s’avère être bienveillant et permet le maintien de la *perseverantia voluntatis*.” Ainsi naissent les principales mesures bien connues de l’exercice de la psychiatrie aujourd’hui avec une forme de “soins sans consentement”, à la fois de protection du malade mais aussi d’encadrement légal avec suspension de ses droits et liberté de citoyen. [15,16]

2.1.2 Le Moyen-Âge

Cette période extrêmement complexe longue d’un millénaire a vu la formation des principaux groupes de peuples et cultures constituant l’Europe d’aujourd’hui. Au prix de guerres nombreuses [17] entre empires, royaumes, comtés divers, l’installation et l’enracinement de la religion chrétienne (venue de la Méditerranée et du Moyen Orient via les romains), va finir par régir toute la société. [18]

La vision de la maladie et les préceptes de la médecine antique continueront d’être enseignés avec la théorie des humeurs [4]. La religion va dans le sens d’une déculpabilisation morale des malades, victimes de possessions sataniques, et qu’il faut exorciser pour “les libérer du Malin”. Expliquée ainsi, la folie ne constitue pas vraiment sujet d’étude médicale au Moyen Âge. Les grands médecins n’en parlent que très succinctement. D’ailleurs, ces ouvrages ne sont que des

commentaires (originaux certes) des œuvres de Rhazès et Avicenne, car ce sont les arabes (héritiers des médecins helléniques et égyptiens [19]) qui présentent la médecine la plus avancée de cette époque. Deux auteurs principaux de ces commentaires sont notés. Le premier est Constantin l'Africain. Il est né en 1020 à Carthage (actuelle Tunisie), et mort en 1087 au Mont-Cassin en Italie (où il était devenu moine). Il consigne ses idées dans son "*De melancholia*". Le deuxième : Arnaud de Villeneuve (1250-1313). Lui est professeur à la faculté de médecine de Montpellier, et publie ses observations dans : "*le De parte operativa et le De amore heroico*". [20] [21]

En dehors des médecins personnels des nobles, les seuls lieux "dispensaires" de soins sont les nombreux monastères, couvents et hospices de l'Eglise [22]. Leur mission est une mission avant tout de charité chrétienne. L'administration de soins par les religieux signe les débuts des hôpitaux actuels (souvent d'anciens "Hôtels Dieu"). Ils y logent, accueillent, nourrissent les corps physiques des indigents, tout en priant pour le "salut de leur âme", qu'elle accède au Paradis (où est la seule vraie guérison : celle de Dieu). Les "fous" restent le plus souvent avec leur famille, qui peut être amenée à les attacher afin de les protéger et permettre à un prêtre de les exorciser et/ou administrer l'extrême onction [11] :

[[21] Page 139-140] Les malades mentaux sont soignés le plus souvent à domicile. Certains sont confiés par leur famille à un monastère ; ils y sont accueillis comme des images vivantes du Christ puisque, selon la perspective chrétienne, le malade (mental) participe par ses souffrances à la Passion rédemptrice du Christ. Par ailleurs, l'hospitalisation se développe lentement, dans un esprit d'accueil et d'assistance, dans les établissements importants, comme l'Hôtel-Dieu de Paris, avec même une ébauche de spécialisation, comme à l'hôpital du Saint-Esprit à Montpellier. Il est, tout d'abord, conseillé d'attacher le fou furieux et de le mettre dans un lieu sombre et tranquille pour qu'il s'apaise. Dans tous les cas d'aliénation mentale, on rase la tête du malade, à la fois pour l'empêcher de s'arracher les cheveux et pour lui appliquer des onguents. Cette tonsure, totale ou en croix, constitue cependant un signe distinctif ambivalent. Puis on administre au fou des médicaments simples ou complexes, fabriqués à partir de substances d'origine surtout végétale, mais aussi animale et minérale, et dont certaines sont spécifiquement psychotropes.

Fait intéressant, on assiste à des débuts de "traitements chirurgicaux" :

[[21] page 140-141] La chirurgie est, en revanche, réservée aux cas rebelles : "Qu'après avoir rasé la tête, on applique un cautère au sommet de la tête, qu'on incise la peau en forme de croix et qu'on perfore le crâne, pour que la matière sorte à l'extérieur ; et que le malade saigne beaucoup puisqu'il est ainsi libéré par la matière qui sort ; ou bien que l'on fasse simplement un cautère sur ce sommet de la tête et que la blessure soit tenue

ouverte". Il est difficile d'apprécier si cette "psychochirurgie", allant du simple cautère à la trépanation, était souvent mise en œuvre. Etroitement liée à la localisation cérébrale de la folie, elle avait la prétention de guérir le malade en s'attaquant à la racine même du mal. L'ouverture du crâne "en croix" rappelle, par ailleurs, que le geste médical n'est jamais dépourvu de signification religieuse, surtout lors d'opérations risquées.

La conception de la folie au Moyen peut être illustrée par l'exemple concret d'Hildegarde de Bingen [23]. Cette abbesse allemande du XI^e siècle a des visions depuis l'enfance, et pense dans un premier temps être malade. Elle fait appel aux pères de l'Eglise, qui lui confirment qu'elles lui viennent bien de Dieu. Sur ordre du Pape, elle les consigne dans une monumentale œuvre de 600 pages qu'elle nomme "*Scivias*", ou "*Connais les voies du seigneur*". [24]

Déjà au cours des années où elle était magistral du monastère Saint- Disibod, Hildegarde avait commencé à dicter ses visions mystiques, qu'elle avait depuis un certain temps, à son conseiller spirituel, le moine Volmar, et à sa secrétaire, une consœur à laquelle elle était très attachée Richardis de Strade. Comme cela est toujours le cas dans la vie des véritables mystiques, Hildegarde voulut se soumettre aussi à l'autorité de personnes sages pour discerner l'origine de ses visions, craignant qu'elles soient le fruit d'illusions et qu'elles ne viennent pas de Dieu. C'est pourquoi elle s'adressa à la personne qui, à l'époque, bénéficiait de la plus haute estime dans l'Eglise : saint Bernard de Clairvaux. [24]

Ces visions avec aura lumineuses, détaillées précisément dans les nombreuses enluminures du "*Scivias*", ont même été considérées comme de probables symptômes psychotiques complexes [25,26]. D'autres ont suggéré des hallucinations provoquées par l'ergot de seigle (parasite de la céréale à l'origine de l'ergotisme et trouvé en grande quantité dans cette région selon les époques), dont un des dérivés est un composant du LSD (diéthyllysergamide, en allemand "Lysergsäurediethylamid", composé psychostimulant et hallucinogène connu et drogue récréative hippie depuis les années 1960). Pour ce qui est de l'isolement, l'abbesse vivait en effet recluse et enfermée dans la cellule austère de pierre de son couvent, par choix, avec les autres nonnes de sa congrégation. Aucune mention d'une quelconque contention physique de l'abbesse pendant ces moments "d'agitation divine" n'a pour le moment n'a été retrouvée, contrairement aux possessions d'origine démoniaques établie. [11] [3]

On peut conclure qu'au Moyen Âge, la distinction entre normal et pathologique existe sous le critère de l'origine divine ou non, ce qui influe sur le traitement et la pratique d'IC. [21]

2.1.3 La Renaissance

La redécouverte des sciences via le commerce avec le monde arabe donne un nouvel essor à la culture et la médecine en Europe à partir du XVe siècle. Le savoir grâce à l'imprimerie circule plus facilement que via les moines copistes des abbayes. C'est une "Renaissance", apportée par l'Italie, dans des contrées ravagées par la peste qui emporte les deux tiers de l'Europe. Les médecins se tournent à nouveau vers les textes antiques originaux directement en grec, conservés par les Byzantins, et non plus via des versions médiévales de l'arabe au latin. [27]

Ce retour aux sources n'apporte pas forcément de grands changements en termes de nouvelles méthodes (par exemple la saignée, datant de Galien au IIe siècle après JC), mais l'influence de l'Eglise faiblit face au mouvement de pensée "Humaniste". Le développement de l'anatomie est très progressif avec l'assouplissement du tabou autour de la dissection depuis le XIIIe siècle dans les universités de Bologne et Padoue. Même Leonard de Vinci s'y intéresse, avant d'être condamné en 1515 par le Pape Léon X et interdit d'entrer dans l'hôpital du Saint Esprit à Rome, mettant fin à sa carrière d'anatomiste [4]. L'Humanisme triomphant de philosophes tels Descartes, est en effet condamnée par l'Eglise. Il marque le fondement de la nouvelle pensée des siècles à venir. [28]

Au XVIe siècle débute l'inquisition espagnole des "chasses aux sorcières", qui s'étendront dans toute l'Europe. Des théories [29] aujourd'hui supposent qu'il s'agit en fait d'une élimination systématique de la concurrence des "sages femmes" (sage-femmes), dans des populations ethniquement plutôt matriarcales (par exemple les basques ou les celtes matrilineaires) très différentes de la société dominante de l'époque. [30,31] Les chiffres sont très difficiles à estimer précisément [32]. Les seuls disponibles viennent des inquisiteurs eux-mêmes, et très probablement biaisés. Les descriptions détaillées des critères d'enfermement, torture, exécution et privation systématique des biens récupérés par l'Eglise sont extrêmement précises [33]. L'image caricaturale de la sorcière ressemble beaucoup au tableau clinique de troubles psychotiques ou maniaques avec rire immotivé, vieillesse ou au contraire jeune beauté redoutable avec libido extrême et déviante, propos incompréhensibles, pensée magique, transformation en bête ou loup (dysmorphie délirante ?), voix du Diable etc. [34].

L'influence de la pensée humaniste grandit face à l'Eglise catholique. Au lieu d'amener moins de déchaînement fanatique contre ces populations-là, une transition s'opère dans la pensée. La raison prime sur tout, l'Homme règne sur tout, y compris lui-même parce que le principe divin s'exprime avec la volonté [28]. Les éléments "divergents" avec cette vision du monde ne sont pas tolérés. Les "fous", par définition n'ayant pas ou plus de raison, n'ont aucune excuse et sont seuls responsables de leur état. On doit les punir et les corriger par la morale, qui se veut stricte contenante [3].

Après la chasse aux marginaux incarnés par les sorcières, on ouvre des hôpitaux généraux par édits royaux au XVIII^e siècle à Paris sous l'angle non plus religieux de "l'hospice" originel mais de l'ordre public. C'est le "Grand Renfermement" [3,35]. L'emprisonnement des fous et nécessiteux se fait à une échelle sociétale, par simple lettre de cachet et sans avis médical. Cette tendance va s'étendre à la plupart des pays européens. L'isolement et la contention ne sont pas thérapeutiques. Ils sont enchaînés dans des cellules dont le modèle persistera dans les asiles français jusque dans l'entre-deux guerres. Ils y sont "abandonnés à des gardiens peu surveillés qui s'emportaient contre eux pour la cause la plus légère, et leur infligeaient des châtements cruels" [11, page 509]. La sentence est à vie, et le décès par le manque d'hygiène et de nourriture. Les négligences s'apparentent à de la torture, y compris selon les rares observateurs de l'époque qui s'exprimeront à ce sujet. [11, page 512].

2.1.4 Les Lumières

La philosophie humaniste rentre dans le siècle dit "des Lumières" au XVIII^e. Dans les salons des aristocrates, se rassemblent des philosophes, auteurs, artistes, hommes et femmes, qui conversent et discutent de l'égalité des êtres humains entre eux, remettant en cause la domination absolue de la civilisation de droit divin exercée jusque-là dans les idées et par le pouvoir royal dans tous les niveaux de la société : que ce soit pour les peuples d'Afrique noire, victimes du commerce triangulaire et exploités comme esclaves dans les colonies [36], le peuple, ou les femmes [36]. Voltaire prône ouvertement ses idées anticléricales et la liberté intellectuelle et émotionnelle [37]. Pour Rousseau, l'Homme est naturellement bon, et c'est la société qui le corrompt [38]. L'apogée de ces idées est la Révolution française en 1789, mettant fin à des siècles de Monarchie Absolue, avec la "Déclaration universelle des droits de l'homme et du citoyen".

Au niveau médical, on voit l'avènement de nouvelles idées, sortant le médecin de son carcan d'autorité absolue et rigide. L'humanité et le lien entre personnes sont vus comme les traitements de la folie. C'est à cette époque qu'est né le concept de "traitement moral" du patient, signant les prémices des psychothérapies modernes, avec un lien bienveillant et observateur du médecin faisant appel à la "part de raison restante" du patient. Les fous sont à nouveau considérés, ce qui amène à l'ouverture fin XVIII^e siècle des hospices. Les 3 et 4 septembre 1792, une centaine d'hommes armés libèrent 186 femmes de la Salpêtrière (mais en violent et massacrent une trentaine...) [39].

A leur place sont créés des "asiles", afin de prendre soin de ces "marginaux" et non plus de les effacer de la société. La contention est vue comme aggravant l'état des malades, même si elle

est parfois nécessaire, et si elle l'est, dans les limites du raisonnable. L'image (édulcorée par la légende) du médecin Philippe Pinel (nommé en 1793 médecin à l'hôpital de Bicêtre) enlevant les chaînes des "aliénés" en est un symbole (en réalité, la procédure fut bien plus complexe et progressive). Il fera la distinction entre les manies et les autres crises de folie, où il reconnaît au malade "jusque-là confus et inintelligible", une participation "intellectuelle et affective" à son trouble. Aux autres, il travaille à prévenir "par des paroles consolantes et par la distraction, l'humiliation, la honte, le désespoir, qui les attendent aux premières lueurs de la raison" [11, page 510]. Il va classer les aliénés et les isoler dans des divisions particulières : hommes, femmes, "fous furieux" (maintenus par le gilet de force, fixés dans un lit ou fauteuil), les "fous agités non malfaisants" (simplement "enfermés"), "imbéciles en démence, malpropres et paralytiques" (soignés "comme des enfants"), les "convalescents et fous tranquilles" ("qui ont la liberté de sortir dans un jardin" [11, pages 524-525]).

2.1.5 Le XIX^e siècle

Après avoir été libérés de leurs chaînes, les fous sont mis dans des camisoles, qui leur permettent (bien qu'inconfortables) de déambuler dans les hôpitaux. La psychiatrie est née comme sous spécialité de la neurologie, avec pour grande ambition de trouver l'origine organique (au niveau du cerveau notamment) des troubles mentaux. La lobotomie en est un résultat direct, ainsi que la mise en place des premières électroconvulsivothérapies après la découverte de l'électricité. Les progrès technologiques de la médecine suivent l'industrialisation des sociétés.

En 1828, le médecin et chirurgien François Joseph Broussais explique dans son ouvrage "De l'irritation et de la folie : ouvrage dans lequel les rapports du physique et du moral sont établis sur les bases de la médecine physiologique" [11], que la folie est une irritation (page 512). Les symptômes lors de la crise sont inflammatoires, et le traitement de même par conséquent. "Ce sera une encéphalite que nous aurons à combattre". Il préconise comme Caelius Aurelius, les saignées, les bains, les ventouses etc. (sauf pour les folies avec "fièvres malignes suite à l'excès de spiritueux" ou épileptiques).

Il consigne [11, page 520] en grand détail les protocoles d'isolement/contention à but thérapeutique :

Après les médicaments viennent les moyens hygiéniques, à la tête desquels il est juste de placer le traitement moral. Le premier article de ce traitement c'est la réclusion. Il importe d'abord que le malade fût séparé des personnes avec lesquelles il a coutume de vivre. S'il reste au milieu des siens, il est toujours impérieux et plus difficile à conduire, sa fureur est au comble par la résistance qu'il éprouve, et s'il voit qu'on lui

obéisse, sa fierté prend un essor extraordinaire. Ces deux extrêmes ne font qu'exaspérer [Note : exacerber ?] l'irritation cérébrale et rendre la cure plus difficile. D'ailleurs, il faut une prompte et imposante répression pour calmer les violents [Note : écrit ainsi dans le texte original] accès, et cela ne peut être exécuté convenablement que par des personnes étrangères. Une résistance impuissante exaspère les maniaques. Mais une force éminemment supérieure, déployée avec calme, et toujours fondée sur la justice et la raison, leur impose à l'instant même, et diminue beaucoup l'impétuosité de l'innervation cérébrale. Malgré les illusions qui captivent leur attention, malgré les puissants motifs qu'ils croient avoir de traiter tout le monde avec hauteur et de faire tout le mal possible, les fous, du moins pour la plupart, n'ont pas perdu toute idée de justice un reste du type normal de l'action cérébrale reparait de temps à autre, et leur permet de reconnaître ce qu'il y a d'inconvenant ou de blâmable dans leur conduite ; et si c'est toujours à propos qu'on les saisit, qu'on les enferme, qu'on les resserre dans le gilet de force, loin d'en être exaspérés, ils en sont plutôt calmés. D'autre part, s'ils sont assez dérangés pour y être insensibles, on ne court aucun risque à les soumettre à l'emploi de pareils moyens, pourvu qu'on prenne les précautions nécessaires pour qu'ils ne soient ni blessés ni meurtris. Ces moyens de répression, que la sage philanthropie de Pinel a substitué aux coups et aux chaînes dont on chargeait les aliénés, sont à peu près les seuls adoptés en France, et l'on observe que la fureur est moins commune et moins rebelle qu'autrefois. La douche d'eau froide sur la tête est le seul moyen violent dont on fasse encore usage : on le leur fait connaître d'abord, puis on s'en sert comme d'un épouvantail pour réprimer leur fureur et les détourner des mauvaises actions.

Il précise [page 523] :

Aussitôt que l'agitation n'existe plus, le temps de la répression est passé, mais celui de la réclusion ne l'est pas encore. Au reste, il faut observer le maniaque, et l'on aura bientôt compris s'il est prudent de lui laisser une certaine liberté. On doit surtout exercer une grande surveillance sur ceux qui ont été travaillés de la manie du meurtre et du suicide car ce penchant est sujet à renaître après de longues interruptions, et les maniaques savent dissimuler pour inspirer de la confiance et obtenir la liberté nécessaire à l'exécution de leurs projets.

En Angleterre, le Dr Connolly initie en 1831 avec la réforme sur la législation des aliénés le mouvement "*no restraint*", et abolit définitivement toute contention mécanique, estimant que l'institution psychiatrique l'est en elle-même. Le "*moral management*" ("*gestion morale*", issu du traitement moral de Pinel) suffit à neutraliser l'agitation du malade. Cette politique est encore d'actualité au Royaume Uni et l'Italie. Valentin Magnan (psychiatre à Saint Anne à partir de 1867) est un de ses rares adeptes en France. Il tente par la suite d'importer ces préceptes avec la pratique de "*l'open door*" ("*porte ouverte*"). Ceci au prix de l'application de traitements allemands d'alitement continu, revenant à une certaine immobilisation des malades... [40]

La Loi de l'Aliénisme est promulguée en France durant l'été 1838 par le médecin aliéniste Jean –Etienne Esquirol (ancien élève de Pinel) : “Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter à cet effet avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre”. Elle prévoit l'instauration d'asiles départementaux, dans lesquels les aliénés sont placés par le choix de leur famille ou entourage. L'assistance aux aliénés est garantie par l'autorité d'autrui. En parallèle, cette loi prévoit la protection de l'ordre public et de la société, en écartant ceux qui ne pourront pas s'adapter [14]. Les réformes du 1860-1928 critiquent l'enfermement préfectoral et le pouvoir des médecins. Elles donnent lieu à un intense débat populaire, repris par les politiques.

Fin du XIX^e siècle, l'Europe (sous l'influence des valeurs rigoristes bourgeoises du Second Empire français et de l'Empire anglais victorien) va malheureusement rigidifier à nouveau l'approche des patients et mener à nouveau à un mouvement “d'enfermement”. L'asile, créé justement afin de rendre aux “fous” un statut d'êtres humains et de malades méritant des vrais soins, les coupe du reste de la société. Comme St Ylie en Franche Comté, ils sont construits en périphérie des villes afin que les hurlements des malades ne dérangent pas d'éventuels voisins. Il s'agit de véritable “villes dans la ville” autonomes. Des vergers, fermes, ateliers de confection sont basés sur le travail gratuit des malades sous la supervision de “surveillants” (souvent des valets de ferme sans formation soignante aucune). Un pécule dérisoire est parfois proposé en compensation. La “réinsertion” et la “stimulation thérapeutique” des malades justifient leur exploitation. [41]

Le neurologue Jean –Martin Charcot va ramener les soins au cœur de la prise en charge dans l'asile de la Salpêtrière à Paris. Il lutte contre les traitements par flagellation, privation de nourriture, bain glacé, qui étaient d'usage afin de casser les “accès de démence furieuse” (sans succès, bien entendu, avec même au contraire une aggravation des états...). Il crée même un “bal des folles”, avec l'intention sincère et bienveillante de rompre l'isolement et l'enfermement des patientes. Malheureusement, la bonne société parisienne vient surtout se gausser de ces marginales désespérées d'un peu de contact humain et de valorisation. Enfin, il est créé en 1882 une chaire de clinique de maladie du système nerveux, donnant ainsi un véritable statut de spécialité reconnue à la “médecine asilaire”. [39]

2.1.6 La culture d'Isolement et de la Contention en France Contemporaine

En 1903 Paul Sérieux (psychiatre élève de Magnan) alerte :

On peut, sans crainte d'être démenti, affirmer que dans nos asiles, les malades ne reçoivent pas les soins médicaux qu'exigerait leur affection mentale. On se préoccupe davantage, semble-t-il, de les maintenir séquestrés que de les traiter. Et nous sommes ainsi arrivés, cent ans après Pinel, à ce lamentable résultat de voir les aliénés, dont sans cesse on proclame la dignité de malades, rabaissés à la triste condition de détenus...

La thèse publiée en 1952 par Philippe Paumelle [41] offre le témoignage exceptionnellement détaillée et exhaustif des pratiques d'isolement et de contention dans différents asiles français depuis les années 1920, voire au siècle précédent. En effet, l'agencement dit "parchapien" des bâtiments avec peu de commodités, de grands dortoirs (prévus pour 20 mais logeant parfois jusqu'à 50 patients) et des pavillons "agités", "semi agités", "gâteuses" sont inchangés depuis le XIX^e siècle.

Les agitées sont attachées et camisolées au lit des années durant. Pour les plus "douées" et réfractaires, plusieurs camisoles (ou "maillots") sont enfilées. Ce qui selon l'auteur les dégrade grandement au point de les rendre "gâteuses", c'est à dire incontinentes, même si au départ elles ne l'étaient pas. Le rituel du service et le seul "soin" apporté par les infirmières sont le lavage méthodique quotidien à grandes eaux des sols. Des douches sont disponibles lorsqu'il y a de l'électricité et de l'eau courante. L'usage des bains glacés ou très chauds à but de "choc thérapeutique" rendent ces moments (normalement de détente) plutôt à visée punitive et humiliant. De même pour l'électro convulsivothérapie (ECT ou "chocs"), souvent utilisée comme menace par les soignantes afin de gérer les crises d'agitation et inciter les patients à leur obéir. Les patientes contentionnés sont nourries avec un morceau de pain calé au coin du cou, qu'elles grignotent malgré leur camisole. En plus d'avoir les cheveux systématiquement rasés, on les habille de robes de chambre et de chaussons uniquement pour les visites des familles. Le reste du temps, elles doivent rester étés comme hiver avec une "chemise" rapiécée et usée qui leur sert de vêtement. Le quartier des agitées est décrit comme celui le moins pourvu de tout l'asile en termes de fournitures. Les transferts de pavillons vers les plus calmes sont rares. Les autres patientes craignent celles transférées du pavillon des "agités", et l'intégration est souvent difficile. Exactement comme dans la société à l'extérieur lorsque des gens "sains d'esprit" sont face à une des très rares anciennes "internées" sorties de l'hôpital.

Ce jeune interne va démontrer que le fonctionnement et l'organisation même de l'hôpital psychiatrique est responsable du manque de progrès voire de l'aggravation des pathologies des patientes. Il va appliquer la "thérapie institutionnelle", avec de nouvelles coutumes de service promouvant des dynamiques entre soignants et patients. L'expérience du groupe et la revalorisation individuelle du patient vont donner des résultats spectaculaires, avec dans certains hôpitaux (comme le Vinatier) une éradication quasi totale de la contention et de l'isolement. Des stages en Angleterre sont organisés. Des infirmiers formés là-bas reviennent dans leurs services français avec un nouveau regard inspiré du "no restraint", "open door" et

“*social therapy*” britannique. A Saint Alban, l'isolement continue d'être pratiqué dans une ancienne “cellule” mais limité à cinq minutes maximum, quitte à faire des allers-retours nombreux dans la journée selon l'état du patient. Il n'est jamais laissé seul, un soignant est toujours détaché. Une discussion entre lui et le patient puis avec l'équipe est effectuée avant, pendant et après selon le moment de la journée. C'est un mouvement d'“ouverture du monde clos”.

En plus de mesures institutionnelles, Paumelle va aussi mettre en place des protocoles de soins complémentaires à l'isolement/contention (si celle-ci s'avère bien nécessaire). Les ECT “électrochocs” sont à but thérapeutique cette fois-ci avec des indications cliniques précises, un nombre et une fréquence préétablis et réévalués avant, pendant et après en équipe (et non aléatoire punitif). Il utilise aussi les “traitements biologiques” : les “Maxiton- choc” (amphétamine), les “cure de Sakel” (induction de comas insuliniques), les injections Stovarsol (antiinfectieux dérivé de l'arsenic), les comprimés de Prostigmine, Gardenal etc. Il note consciencieusement les nombres de patientes camisolées, contentionnées ou gâteuses, l'évolution de leur poids (en un hiver, elles auront toutes au moins pris 2-5 kg), leurs menstruations etc. Pour la première fois depuis des décennies, il y a des permissions, des sorties et non plus seulement des entrées et des décès. Symboliquement, il confiera même son jeune bébé de 3 mois à garder à une patiente réputée la plus réfractaire, dangereuse et incurable des agitées comme preuve de son rétablissement.

Son travail tire le portrait d'une psychiatrie juste avant l'introduction des premiers neuroleptiques (en 1952 la chlorpromazine, ou Largactil®) [42] et l'ouverture des asiles. Pour la première fois, les malades rentrent chez eux avec un traitement, et doivent continuer d'être suivis et soignés. S'ensuit dans les années 1970 la création des CMP (centres médicaux psychologiques) ambulatoires afin d'assurer sur tout le territoire une couverture de soins accessibles. [35]

Le mouvement antipsychiatrique se développe en Europe, et aboutit en Italie par exemple à la suppression totale des asiles. En France, l'influence grandissante de la psychanalyse permet une approche plus de psychothérapeute, et moins de neurochirurgien. La position doit être neutre et la moins interventionniste possible, précepte appliqué religieusement par les disciples des différents “maîtres” des différentes écoles, que ce soit Jung, Lacan etc. Comme Pinel à son époque [11, page 511], une certaine écoute passive s'installe dans les soins, pour beaucoup bienvenue après les décennies de silence forcé des patients. Les pratiques d'IC changent de même, avec une application selon un concept de “packing”. Une régression, via des stimuli sensoriels contenant, serait thérapeutique chez les patients agités, comme un nourrisson emmaillotté. Les psychotiques retrouvent des limites physiques à leur “moi-peau” morcelé, et les rassureraient. L'argument est dans l'intérêt du patient et non dans un but de pédagogie autoritaire ou de gestion de la violence, dangereuse pour autrui et lui-même [43].

Seulement, à partir des années 1980, une tendance inverse est notée en France dans les hôpitaux psychiatriques. Parent pauvre de la médecine, le manque de personnel et de moyens croissants ainsi que des réformes voient la pratique de l'IC se détériorer [35].

2.2 Le contexte législatif

Au cours de ces changements culturels et économiques, la loi se permute constamment, suivant et modifiant la culture elle-même. L'IC étant une mesure imposée sans le consentement du patient dans presque la totalité des cas, il faut déchiffrer comment le patient peut effectivement se trouver au sein d'un établissement permettant ces mesures. Traversant plusieurs réformes depuis la loi de 1838, on verra les tentatives plus ou moins efficaces de préserver face aux abus des autorités le consentement d'un patient.

2.2.1 La loi de L'Aliénisme de 1838

Selon cette loi :

Chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter à cet effet avec un établissement public ou privé, soit de ce département soit d'un autre. Cette loi est une loi d'assistance, une loi de police et une loi de protection.

C'est une loi d'assistance car elle prévoit l'accueil et les soins aux aliénés (même indigents) par l'instauration d'asiles dans chaque département.

C'est une loi de police dans la mesure où elle prévoit les modalités de placement des malades mentaux dans des établissements de soins par la volonté privée de la famille ou de l'entourage. Le malade mental n'est plus un insensé (privé de sens) mais un aliéné (autre à lui-même) qui, ne s'appartenant pas, n'appartient à personne d'autre qu'à sa famille ou qu'à son entourage.

C'est une loi de protection de la société dans le sens où, lorsque l'ordre public et la sécurité des personnes sont compromis ou risquent d'être compromis, la loi de 1838 prévoit le placement d'office. Les placements sont des placements administratifs et non pas judiciaires. La liberté individuelle est garantie par un contrôle à posteriori des procédures d'internement. La loi ébauche enfin un statut juridique du malade mental en

introduisant la notion d'interdiction judiciaire et la protection des biens des internés.
[44]

2.2.2 La loi du 27 juin 1990

Remplaçant la loi du 1838, la loi du 27 juin 1990 spécifie d'abord que :

Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en "hospitalisation libre" ; cela veut dire qu'un patient hospitalisé pour des soins psychiatriques bénéficie des mêmes droits qu'un patient de quelque autre spécialité.

Les différentes modalités de placement sont introduites cette année, telles qu'on les connaît aujourd'hui. La loi du 27 juin 1990 souligne l'importance du consentement. Elle rappelle que "toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre". [45] Un patient bénéficie des mêmes droits et statuts que dans tous autres services des hôpitaux généraux.

En cas d'hospitalisation sans son consentement, l'ancien placement volontaire est permuté en hospitalisation pour soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT). L'ancien placement d'office est permuté en hospitalisation sur demande d'un Représentant de l'Etat (SPDRE). La demande d'admission doit être suivie par deux certificats médicaux distancés de 15 jours par des médecins exerçant en dehors de l'établissement d'accueil. Un premier "détournement" de cette loi permet désormais que l'un des deux médecins y exerce. Cette modification questionne certains : le discernement du corps médical décidant du placement a-t-il la capacité de bien en vérifier la nécessité ?

La loi du 27 juin omet de se prononcer autour de l'absence de consentement. Néanmoins, elle ne concerne par défaut que les patients psychiatriques. Elle fait figure d'exception en termes de liberté individuelle. Le contrôle judiciaire ne survient qu'à posteriori, alors que la liberté a déjà été entravée. Par conséquent, ce terme n'est introduit qu'en mai 1991, sous l'influence des formulations juridiques européennes diffusées par le ministère de l'Intérieur et par le ministère des Affaires Sociales. [23] "Art. L. 326-4. - Tout protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur." [40]

Pour détourner cet article et donner du pouvoir au psychiatre (ou à l'établissement en cas d'urgence), il est légal de transformer à tout moment la modalité d'hospitalisation d'un patient en soins libres (SL) vers des soins sans consentement (SSC). L'article L. 332-2 ajoute :

À titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement pourra prononcer l'admission au vu d'un seul certificat émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.

Autrement dit, les soins sous contrainte sont plus faciles à imposer à un patient déjà hospitalisé en SL au sein de l'établissement. Au lieu de deux certificats de médecins extérieurs pour hospitaliser sous contrainte, il suffit d'un certificat médical provenant de l'établissement même, ou de la signature d'un tiers à posteriori.

Concrètement, une transformation de la modalité des SL en SSC nécessite une forme de coercition physique. Il faut une chambre fermée ou un service fermé à clef pour imposer des SSC. L'IC est la pratique qui permet les SSC de principe :

Compte tenu du fait que le médecin a la possibilité de transformer une hospitalisation libre en hospitalisation sur demande d'un tiers s'il estime que l'état de santé de la personne le nécessite, le malade librement hospitalisé est toujours, et ce dès de son admission, potentiellement un malade en hospitalisation sous contrainte. [46]

2.2.3 La réforme du 5 juillet 2011

À la suite du meurtre d'un homme par un patient souffrant de schizophrénie à Grenoble en novembre 2008, le président de la République française Nicolas Sarkozy prononce en pleine tempête médiatique le "discours d'Antony" (du nom de l'établissement duquel le patient fugue). Il lance une réforme de la sécurité des établissements psychiatriques, de l'hospitalisation d'office (HO) et d'une instauration d'une obligation de soins "effective". [47] Premièrement, le chef de l'Etat propose de :

- Sécuriser les établissements psychiatriques ;
- Laisser le dernier mot au préfet quant aux permissions et sorties des patients en HO ;
- Créer un fichier national sur les HO.

La sécurisation est implémentée au niveau national par un montant de 30 millions d'euros (somme dérisoire en comparaison du budget annuel moyen d'un hôpital psychiatrique). Quatre unités de malades difficiles (UMD) sont créées pour un coût total de 40 millions d'euros. La première est construite dès janvier de cette année-là. [48]

Deuxièmement, les deux certificats rédigés par deux psychiatres afin de valider les permissions de sorties d'un patient en SSC doivent être validés par deux procureurs de la République. En effet, selon le président Sarkozy :

Ce doit être l'Etat ou, dans certains cas, la justice, pas l'expert [...] Il y a un Etat, une justice qui doivent trouver l'équilibre entre des intérêts et des points de vue contradictoires, [...] C'est de la rencontre de ces points de vue - celui qui a la charge du patient et celui qui a la charge de l'ordre public - que l'on peut trouver le bon équilibre.[48]

Troisièmement, il évoque le partage d'informations entre l'état et les hôpitaux, sur les HO (formulation beaucoup plus prudente et diplomatique qu'au lendemain du meurtre) :

Le gouvernement s'assurera que les informations administratives sur les hospitalisations d'office soient partagées dans tous les départements avec un secret médical respecté de la façon la plus stricte.

Il s'agit en effet "[d'] améliorer la surveillance des patients susceptibles de représenter un danger pour autrui, dans le cadre de la création d'un fichier national des hospitalisations d'office." [49] La réforme clarifie "le partage des compétences administratives dans le pilotage de ces dossiers".

Enfin, il aborde le sujet qui permet les soins sans consentement extérieurs : le Suivi Ambulatoire Sans Consentement (SASC) : "Nous allons d'abord instaurer une obligation de soins en milieu psychiatrique [...] elle doit être effective, même en cas d'absence de la famille". Des infirmiers vérifient la prise d'un médicament au domicile du patient, notamment des injections de neuroleptiques "retard" à action prolongée (NAP). Faute de quoi, le patient est obligé de se rendre régulièrement dans une structure de soins. Les rendez-vous non honorés sont le seul mandat permettant l'intervention à domicile d'un représentant de l'établissement accompagné par un officier de police judiciaire (OPJ) pour imposer le projet des soins.

C'est également d'après cette loi, qu'est introduite une nouvelle modalité de placement sans consentement "en cas de péril imminent" (SPPI). Elle permet l'internement sans demande de tiers. Il y a 8 500 mesures de SPI en 2012, puis 19 500 en 2015 ! [50] Cette croissance exponentielle montre la facilité avec laquelle on peut légalement restreindre la liberté de l'individu sans intervention (protectrice ?) d'un tiers. Les personnes isolées, désocialisées et sans abri y sont particulièrement vulnérables.

2.2.4 Loi de modernisation du système de santé de 2016

La loi du 26 janvier 2016, relative à la modernisation du système de santé publique, introduit l'article L. 3222-5-1 dans le CSP (code de santé publique), composé de trois alinéas. Le premier

alinéa spécifie que l'IC est une pratique de dernier recours :

I - L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Le deuxième alinéa exige la traçabilité de ces mesures sur un registre accessible aux tiers :

II - A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues au I, les mesures d'isolement et de contention, dans le respect des conditions prévues au même I. Le directeur de l'établissement informe sans délai le juge des libertés et de la détention du renouvellement de ces mesures. Le juge des libertés et de la détention peut se saisir d'office pour y mettre fin. Le médecin informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical.

Le troisième alinéa impose la présentation des statistiques annuelles, destiné à une évaluation et une comparaison nationale :

III - Un registre est tenu dans chaque établissement [...] de soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'IC, ce registre mentionne 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. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1.

Le 19 juin 2020, le Conseil Constitutionnel juge l'article L. 3222-5-1 du CSP inconstitutionnel. En effet, la prolongation des mesures d'IC ne garantit pas la préservation des droits de l'individu. Les durées ne sont pas légalement définies, et aucune intervention du juge pour

en contrôler la légalité n'est prévue. [51]

2.2.5 La loi de 2020

Avant même que l'article soit abrogé (prévu pour le 31 décembre 2020), le législateur intervient pour rédiger à nouveau l'article de manière "assez peu lisible [...] le texte ne répond pas aux exigences du conseil constitutionnel, si bien qu'un auteur a annoncé la nouvelle censure avant même qu'elle ne soit prononcée le 4 juin 2021".[51]

L'article L. 3222-5-1 est reformulé en décembre 2020 :

II. La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de 12 heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de 12 heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de 48 heures.

La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de 6 heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de 6 heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de 24 heures.

À titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues [...]. Le médecin informe sans délai le juge des libertés et de la détention, qui peut se saisir d'office pour mettre fin à la mesure, ainsi que les personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 dès lors qu'elles sont identifiées. Le médecin fait part à ces personnes de leur droit de saisir le juge des libertés et de la détention aux fins de mainlevée de la mesure en application du même article L. 3211-12 et des modalités de saisine de ce juge. En cas de saisine, le juge des libertés et de la détention statue dans un délai de 24 heures.

La première modification de l'article L. 3211-12 du CSP est complétée [51] :

Le juge des libertés et de la détention est compétent pour statuer sur les demandes de mainlevée d'isolement et de la contention ; il dispose d'un délai maximal de 24 heures pour statuer à compter du moment de la saisine.

Pour l'application du présent II, une mesure d'isolement ou de contention est regardée comme une nouvelle mesure lorsqu'elle est prise au moins 48 heures après une précédente mesure d'isolement ou de contention. En-deçà de ce délai, sa durée s'ajoute

à celle des mesures d'isolement et de contention qui la précèdent et les dispositions des trois premiers alinéas du présent II relatifs au renouvellement des mesures lui sont applicables.

L'information prévue au troisième alinéa du présent II est également délivrée lorsque le médecin prend plusieurs mesures d'une durée cumulée de 48 heures pour l'isolement et de 24 heures pour la contention sur une période de 15 jours.

La deuxième modification sur l'article L.3222-5-1 du CSP pose des limitations aux mesures concernées [51] :

La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de 12 heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée dans la limite d'une durée totale de 48 heures, et doit faire l'objet de deux évaluations par 24 heures" et "la mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de 6 heures. Si l'état de santé du patient le nécessite elle peut être renouvelée dans la limite d'une durée totale de 24 heures et doit être évaluée deux fois pas 12 heures.

A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler les mesures d'isolement et de contention au-delà des durées totales prévues. Dans ce cas : "Le directeur de l'établissement informe sans délai le JLD du renouvellement de ces mesures. Le magistrat peut se saisir d'office pour y mettre fin ; le médecin informe la famille du patient" [51].

Ainsi, l'article L. 3211-12 est modifié [52]:

b) Le IV est ainsi rétabli : IV. Lorsque le juge des libertés et de la détention n'ordonne pas la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, il statue, le cas échéant, y compris d'office, sur le maintien de la mesure d'isolement ou de contention.

4° L'article L. 3211-12-2 est complété par un III ainsi rédigé : III. Par dérogation au I du présent article, le juge des libertés et de la détention, saisi d'une demande de mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention prise en application du II de l'article L. 3222-5-1 ou qui s'en saisit d'office, statue sans audience selon une procédure écrite.

2.2.6 Les censures de 2021

En dehors des réformes pour affiner le texte de 2020, plusieurs dispositions sont votées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) en 2022. Elles sont censurées par le Conseil constitutionnel “au motif qu'elles n'entrent pas dans le champ des LFSS”, comme documenté par le CRPA (Cercle de Réflexion et de Propositions d'Action sur la Psychiatrie) [53].

Bientôt la fin d'un feuilleton parlementaire et juridique autour de l'isolement et de la contention en psychiatrie qui dure depuis plus d'un an et demi. Le Gouvernement a profité du projet de loi renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire, présenté ce 27 décembre en Conseil des ministres comme nouveau véhicule législatif pour les dernières dispositions relatives à la réforme de l'isolement-contention. Celles-ci avaient en effet été votées dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2022, mais censurées par le Conseil constitutionnel car jugées comme un cavalier social. [54]

Le Conseil Constitutionnel spécifie :

La censure de ces différentes dispositions ne préjuge pas de la conformité de leur contenu aux autres exigences constitutionnelles. Il est loisible au législateur, s'il le juge utile, d'adopter à nouveau de telles mesures, dont certaines apparaissent au demeurant susceptibles d'être déployées sans attendre son éventuelle intervention [55]

Pour donner suite à cette censure, le gouvernement réintroduit :

[...] l'article [est] censuré dans un projet de loi ordinaire. Ainsi, le Gouvernement finit par faire ce qu'il aurait dû réaliser depuis que cette réforme s'est imposée à lui mi-2020. Alors que ces dernières dispositions sont censées, à l'origine, être votées avant le 31 décembre, il y aura certainement quelques jours de retard, le temps de voter ce projet de loi — qui risque d'être âprement discuté sur le volet lié à la création d'un Pass Vaccinal. [54]

Cela aura comme conséquence une période de “découvert” où l'isolement et la contention restent sans loi pour les autoriser du 31 décembre 2021 au 23 janvier 2022.

2.2.7 La loi de 2022

Depuis le 1^{er} janvier 2022 et pour quelques jours, les mesures d'isolement dépassant les 72 heures et la contention dépassant les 48 heures sont privées de base légale, sauf autorisation du JLD (juge des libertés). Elles sont illégales au sens strict du terme. La recommandation de

la HAS de mars 2017 reste le seul texte opposable. [2]

Trois semaines plus tard, la loi no. 2022-46 du 22 janvier est publiée. Le corps principal renforce les outils de gestion concernant la crise sanitaire, notamment le Pass Vaccinal, et modifiant le Code de la Santé Publique. L'article 17 vise spécifiquement l'IC dans le secteur psychiatrique. Cette loi est mentionnée lors du discours du Ministre de la Santé Olivier Véran à l'inauguration du Congrès de Psychiatrie "L'Encéphale", le mercredi 19 janvier 2022 [56] :

La loi renforçant les outils de la gestion de la crise sanitaire adoptée dimanche dernier –16 janvier 2022- a rétabli les dispositions que le gouvernement avait prévues dans le PLFSS 2022 pour se conformer aux décisions du Conseil Constitutionnel sur le contrôle judiciaire. A cette fin, des crédits pérennes supplémentaires à hauteur de 15 millions d'euros viendront abonder en 2022 le plan d'accompagnement, déjà prévu à la hauteur de 15 millions en 2021, pour permettre aux établissements de se réorganiser.

De même, il nous faut prendre le virage du numérique qui en santé mentale, reste insuffisamment exploité. Dans ce domaine l'offre est bien inférieure à la demande et cette offre ne correspond pas toujours aux besoins les plus cruciaux de la population. Je souhaite que nous nous mobilisions tous sur la transformation numérique en santé mentale.

La saisine obligatoire par le directeur de l'établissement psychiatrique est finalement introduite dans la Constitution. Elle a lieu après un délai de 72 heures pour l'isolement et 48 heures pour la contention, sous peine de mainlevée. Le JLD statue 24 heures après le terme des durées prévues pour sa saisine.

Deux suites sont possibles :

– Dans la première, le juge relève que la poursuite de l'isolement ou de la contention du malade ne se justifie plus au regard des conditions posées à l'article L. 3222-5-1, I et ordonne la mainlevée. Aucune nouvelle mesure ne peut alors être prise avant l'expiration d'un délai de 48 heures à compter de cette mainlevée, sauf en cas de « survenance d'éléments nouveaux dans la situation du patient qui rendent impossibles d'autres modalités de prise en charge permettant d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui ». Le JLD doit alors être informé sans délai par le directeur et peut se saisir d'office. Et ainsi de suite sur des cycles de 72 heures pour l'isolement et de 24 pour la contention.

– Dans la seconde, le juge autorise la poursuite de la mesure. Celle-ci peut alors être renouvelée aux conditions légales. Toutefois, lorsque le juge a déjà été amené à statuer deux fois pour valider le maintien de l'isolement et qu'un nouveau renouvellement apparaît nécessaire, il doit cette fois être saisi dans les six jours après sa dernière décision. [57]

Les trois graphiques suivants illustrent les procédures mentionnées.

ISOLEMENT

Durée	Action	Responsable
0h	Décision d'isolement	Psychiatre
48h	Information du JDL	Directeur de l'établissement
	Information d'au moins un membre de la famille du patient	Psychiatre
72h	Saisine du JLD + information du patient de la saisine	Directeur de l'établissement
96h (4j) au plus tard	Décision du JLD	JLD

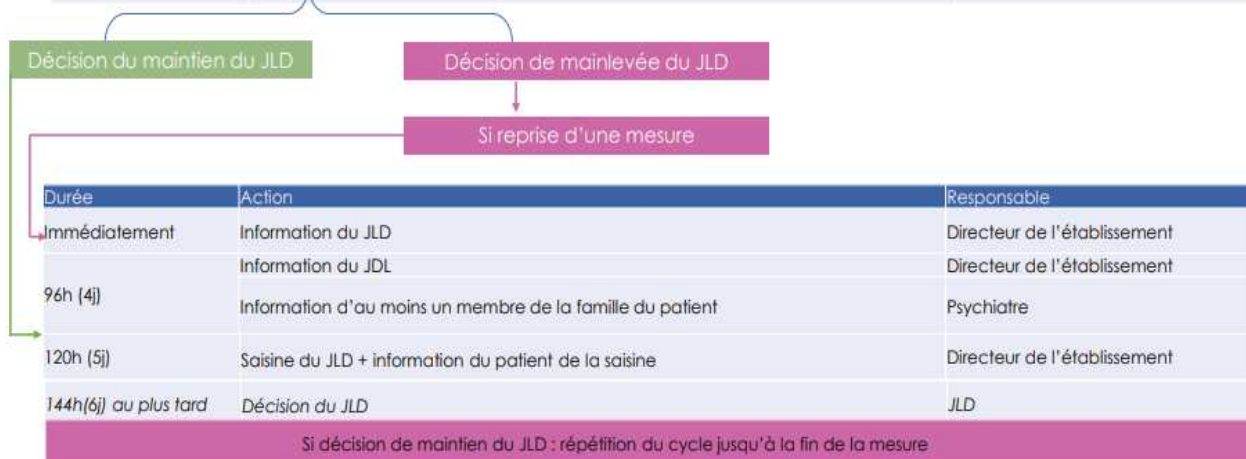


Durée	Action	Responsable
Immédiatement	Information du JLD	Directeur de l'établissement
144h (6j)	Information du JDL	Directeur de l'établissement
	Information d'au moins un membre de la famille du patient	Psychiatre

168h (7j)	Saisine du JLD	Directeur de l'établissement
192h (8j) au plus tard	Décision du JLD	JLD
Si décision de maintien du JLD		
+6 jours soit 14 jours	Saisine du JLD	Directeur de l'établissement
	Information d'au moins un membre de la famille du patient	Psychiatre
7 jours soit 15 jours	Décision du JLD	JLD
Si décision de maintien du JLD		
+ 6 jours soit 21 jours	Saisine du JLD + info du patient de la saisine	Directeur de l'établissement
	Information d'au moins un membre de la famille du patient	Psychiatre
+ 7 jours soit 22 jours	Décision du JLD	JLD
Si décision de maintien du JLD : répétition du cycle jusqu'à la fin de la mesure		

CONTENTION

Durée	Action	Responsable
0h	Décision d'isolement Information du JDL	Psychiatre Directeur de l'établissement
24h	Information d'au moins un membre de la famille du patient	Psychiatre
48h	Saisine du JLD + information du patient de la saisine	Directeur de l'établissement
72h (3j) au plus tard	Décision du JLD	JLD



Un intérêt de cette réforme pourrait être sa nature dissuasive. Elle oriente possiblement les psychiatres et les équipes soignantes vers la recherche d'alternatives à l'IC (moins traumatisantes et perçues comme moins "autoritaires" par les patients).[57]

Vu l'inconstitutionnalité d'une partie du texte initial en 2021 (revisité par la réforme du 2022), une demande d'abrogation du décret du 23 mars a été portée par le Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA) par la voix de son Président André Bitton. Le CRPA précise le contexte de son action dans un communiqué :

Le CRPA informe que la mobilisation concernant le décret du 23 mars 2022 isolement – contention d'application de l'article 17 de la loi du 22 janvier 2022 sur le pass vaccinal, a pris forme :

- Le CRPA a fait partir une demande préalable au 1er Ministre destinée à interrompre le délai de deux mois du recours contentieux qui partait à dater du 25 mars 2022.
- Le Syndicat de la magistrature suivi par le Syndicat des avocats de France et par l'Union syndicale de la psychiatrie ont pris la décision de saisir le Conseil d'Etat contre ce décret.

Les arguments au fond porteront sur la non-applicabilité de cette réforme qui introduit un contrôle judiciaire systématique des maintiens en isolement – contention sans volonté politique de réduction drastique de ces pratiques et sans que les moyens en personnels tant hospitaliers que judiciaires y soient.

Nous allons de notre côté essayer d'avancer sur la question de l'applicabilité en droit interne des stipulations relatives à la privation de liberté de la Convention internationale des droits des personnes handicapées et de la lecture qu'en fait le Comité des droits des handicapés des nations-unies, en nous basant notamment sur un rapport du Défenseur des droits plaçant pour une inclusion directe en droit interne des dispositions de cette Convention.

Cela n'a rien d'évident que nous puissions gagner cette procédure, celle-ci est pour l'essentiel destinée à maintenir et si possible amplifier une mobilisation des professionnels de la psychiatrie comme des proches et des usagers, mais aussi à obtenir du Conseil d'Etat plus amples éclaircissements sur cette question des pratiques d'isolement et de contention où le fossé est réel entre les textes et les pratiques. [58]

2.3 La question du consentement

Durant l'été 2021, un travail de réflexion sur les pratiques d'IC a été effectué à Paris. Des philosophes, neuroscientifiques, équipes soignantes du GHU (Groupe Hospitalier Universitaire) de Paris [43], chercheurs, designers se sont retrouvés pour réfléchir ensemble et croiser leurs regards avec leurs approches respectives multi-disciplinaires. Cette rencontre avait pour but de donner un sens. Sens qui s'avère plus que nécessaire en tant qu'humains soignant d'autres humains, et ce souvent dans des conditions particulièrement difficiles en psychiatrie. Les aspects bioéthiques entourant (entre autres) le consentement y sont abordés de manière claire, avec notamment la question du consentement.

En effet, le consentement du patient est indispensable pour tout acte chirurgical, prescription, consultation etc. en médecine. Cela fait partie de la bioéthique [59] de base, ainsi que du serment d'Hippocrate [60]. Le devoir du médecin est de ne pas nuire, et de toujours agir dans l'intérêt du patient. Des exceptions existent lorsque :

1. Le consentement ne peut pas être recueilli car le patient est dans un état grave somatique (coma/ végétatif) ou psychiatrique (épisode psychotique aigu, biais cognitifs lors d'une crise suicidaire, etc.),
2. La vie du patient est en danger et des soins doivent être administrés en urgence afin de le sauver.

En théorie, l'IC est un moyen indispensable pour réaliser et justifier l'orientation d'une prise en charge vers des SSC. Dans la pratique, l'IC reste très variable et arbitraire. Elle est susceptible aux abus de pouvoir, et ce, au détriment du patient (le rendant plus à risque d'événements indésirables). Cette procédure d'extrême urgence est justifiée par la mise en danger de l'intégrité physique, voire même du pronostic vital du patient et d'autrui. Le patient

serait tellement inaccessible que d'autres choix ne seraient pas disponibles. On décide que son corps physique prévaut sur sa liberté d'âme, individuelle, d'être humain. C'est une mesure morale de survie. La seule autre exception comme celle-ci aux droits de l'homme est le régime carcéral. Le même juge d'ailleurs régule l'application de la loi dans ces cas-là : le Juge des Libertés et de la Détention (JLD). D'ailleurs le titre de ce magistrat peut questionner : des libertés ET de la détention (en association ou en opposition ?). Peut-on rester libre et humain, et être privé justement de liberté en tant que détenu (ou par extension patient en psychiatrie) ?

Ce qui amène au chapitre suivant.

PARTIE III : Revue de la littérature des pratiques en France et en Europe

3.1 Introduction et méthodologie

La méthodologie utilisée ici s'appuie sur une revue de littérature de type narrative des pratiques de l'IC dans les pays dits "européens" au sens large. L'objectif est d'avoir une vue générale et de mettre en lumière ce sujet. À terme, d'autres recherches avec des critères standardisés quantitatifs doivent être faites. Ce choix de méthodologie est le fruit d'une intense réflexion, détaillée ci-après, avec pour souci constant une approche la plus scientifique possible.

Tout d'abord, établir des critères d'inclusion des pays selon une définition claire de "l'Europe" s'est avéré délicat. En effet, cette définition présente de nombreuses variations en fonction du domaine concerné. Selon le dictionnaire du Larousse, l'Europe est un continent géographique, conventionnellement limité à l'ouest par l'océan Atlantique, au nord par l'océan Arctique et au sud par le pourtour nord de la Méditerranée et le détroit de Gibraltar. À l'est, les limites de ce territoire seraient, historiquement, le Mont Oural, le fleuve Oural et le Caucase selon Pierre le Grand (empereur de Russie au XVIII^e siècle). De nombreuses controverses résultent de ces frontières floues. Plus généralement, l'Europe est vue comme une partie des supercontinents de l'Eurasie et de l'Afro-Eurasie. Au niveau culturel, d'autres pays peuvent être inclus bien que ne correspondant pas à ce territoire géographique. Ainsi, des événements musicaux à grande diffusion tels l'Eurovision incluent la Russie, Israël et la Turquie par exemple. Pour des raisons pragmatiques de faisabilité de ce travail, un choix est fait, arbitraire certes et représentant une première limite importante avec un biais d'échantillonnage. Une limitation approximative est optée pour les pays de l'Union Européenne (UE). Celle-ci est une union politico-économique de 27 pays européens avec une monnaie unique (mais non obligatoire), un parlement etc. La Norvège, la Suisse et le Royaume-Uni sont inclus dans ce travail bien que non- ou ex-membres de l'UE pour des raisons d'évidente appartenance à l'Europe, de par leur position géographique en son sein-même. De plus, ils partagent de nombreux liens avec l'UE par d'autres accords politiques, économiques et commerciaux (espace Schengen, Association Européenne de Libre-Echange AELE, Espace Economique Européen EEE, etc.). La Russie est également incluse dans la revue de littérature du fait de l'influence historique des pratiques médicales de l'URSS et de la culture slave sur les pays d'Europe de l'Est actuellement membres de l'UE.

Aucune méta-analyse ou revue systématique de la littérature n'est déjà publiée sur ce sujet précis de l'IC, et recouvrant toute l'Europe. Seules quelques études (très limitées) sont réalisées sur certains pays européens. Une méta-analyse (avec une analyse statistique de qualité) était initialement envisagée, mais le manque de données la rend impossible à l'heure actuelle. Les informations sur les mesures d'IC (lorsque disponibles) ne sont souvent pas centralisées au niveau national pour chaque pays de l'Europe. Leur comparaison de manière systématique et rigoureuse est une tâche délicate. Le biais d'échantillonnage est important, avec une littérature en mosaïque, probablement en lien avec un certain boom informatique des pays développés. Il n'est pas réalisé ici d'analyse de qualité des résultats statistiques, n'étant pas l'objectif principal de cette revue. Il s'agit de rassembler toutes les données possibles sur un sujet particulièrement négligé (même au sein du "parent pauvre" de la médecine qu'est la psychiatrie). Il est pourtant d'actualité, avec des conséquences potentiellement graves pour les patients. Une photographie la plus proche possible est tirée de la situation actuelle en 2023 pour chacun d'entre eux. Dans ce sens, des articles traitant de sujets considérés comme proches de l'IC sont inclus à des fins d'illustration.

Ces travaux internationaux susmentionnés apportent des éléments d'informations concernant directement ou non l'IC en Europe, et sont détaillés ici en introduction de la revue, avant d'aborder chacun des pays dans les parties suivantes. En ce sens, le marqueur standardisé de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) "Lits en Psychiatrie pour 100 000 citoyens" [61] est également utilisé comme critère de comparaison direct des moyens existants pour chaque pays. Le graphique correspondant à chacun figure au début de la partie qui leur est consacrée, afin d'en donner une première image avant d'analyser leurs moyens coercitifs.

Concrètement, l'analyse de cette revue est centrée sur des facteurs d'influence de l'IC :

- Quantitatifs, avec les données disponibles concernant directement l'IC, mais également les moyens coercitifs en général, les SSC, les infrastructures offertes des systèmes de santé ;
- Qualitatifs, avec des composantes culturelles, historiques, économiques, sociologiques et politiques. Pour des raisons pragmatiques, ces composantes (notamment culturelles) sont basées sur les appréciations rapportées par les auteurs issus des différents pays. Un certain recul doit être pris par rapport à ceux-ci, car manquant souvent de références fiables et sortant du champ de compétence de la psychiatrie médicale.

La base de données utilisée pour la recherche est PubMed. Les équations de recherche suivantes, en anglais (vu le sujet international de la revue), interrogent ces bases (avec le nombre de résultats correspondants) : "*psychiatry AND coercion*" (1923) (psychiatrie ET coercition) "*psychiatry AND seclusion*" (750) (psychiatrie ET isolement), "*psychiatry AND coercive measures*" (456) (psychiatrie ET mesures coercitives), "*psychiatry AND restraint*" (2992) (psychiatrie ET contention). Ces équations sont ensuite complétées avec les noms des

différents pays européens investigués ou alors “AND Europe” (ET Europe). Le nombre total d'articles a d'abord été limité à une ancienneté de 10 ans maximum, puis sans limite de temps pour les pays avec peu voire aucune publication (exemple : Europe de l'Est). Un nombre maximum de 8 articles environ par pays est décidé pour des raisons de faisabilité. Les articles non disponibles en entier n'ont pas été exclus, de même pour ceux non traduits en anglais, avec un recours aux connaissances linguistiques personnelles des deux thésardes. Après exclusion des doublons, des articles non disponibles ou hors sujet, un total de 80 références environ est répertorié pour cette revue de la littérature. Des livres, des thèses et des articles de presse sont également cités afin de contextualiser les faits-divers ou les notions historiques/culturelles mentionnés dans ces articles médicaux.

3.1.1 Les taux de SSC par pays

Les taux d'hospitalisation en SSC sur 100 000 citoyens pour chaque pays, tirés de la revue Lancet en 2019 par Seridan et al. sont illustrés dans le graphique ci-dessous : [62]

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Average annual percentage change*
Australia ¹¹	..	182.3	181.8	172.9	181.3	187.6	189.3	..	227.3	..	3.44%
Austria ¹²	255.0	260.0	265.0	277.0	284.0	281.0	276.2	282.0	..	..	1.48%
Belgium ¹³	58.3	60.5	60.9	60.3	60.3	61.1	63.4	63.6	..	..	1.26%
Cyprus ¹⁴	..	..	..	..	..	..	98.7	..	..	..	..
Denmark ¹⁵	..	..	..	..	61.8	66.1	68.1	73.9	74.6	58.5	-0.42%
England ¹⁶	83.7	84.1	87.5	86.3	89.9	92.7	97.0	105.4	114.1	82.2	4.00%
Finland ¹⁷	193.2	181.0	169.3	164.3	156.2	153.6	152.1	152.8	151.4	..	-2.97%
France ¹⁸	150.6	153.1	155.0	168.5	170.6	170.2	170.8	173.0	..	..	1.93%
Germany ¹⁹	..	..	..	..	..	..	..	..	..	78.9	..
Greece ²⁰	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Northern Ireland ²¹	..	38.5	37.8	39.4	41.9	44.4	45.0	46.7	48.4	45.4	2.16%
Italy ²²	..	..	17.9	..	18.0	14.8	14.9	14.5	..	..	-3.86%
The Netherlands ²³	99.2	114.3	119.9	124.0	127.5	136.1	138.2	143.7	152.0	155.3	5.18%
New Zealand ²⁴	..	..	..	..	..	70.8	73.2	73.6	71.2	73.3	0.91%
Ireland ²⁵	..	56.1	57.3	53.3	57.7	53.5	53.0	57.5	55.4	..	0.01%
Norway ²⁶	..	..	162.7	162.1	153.3	151.4	155.3	150.9	..	..	-1.45%
Portugal ²⁷	..	..	..	..	..	18.2	..	..	..	..	..
Scotland ²⁸	74.9	75.0	74.1	77.6	76.8	80.1	81.7	88.3	91.0	98.4	3.13%
Spain ²⁹	..	..	..	..	..	..	96.4	93.6	108.6	121.9	8.45%
Sweden ³⁰	..	..	..	117.3	118.7	118.0	123.2	116.5	115.5	..	-0.25%
Switzerland ³¹	..	..	..	..	..	..	131.1	..	..	..	..
Wales ³²	43.9	52.1	44.4	55.2	45.9	46.7	54.4	61.7	64.3	56.8	3.96%
UK**	..	81.5	83.8	83.5	86.2	88.6	92.8	100.8	107.9	..	4.13%

*For each country, the percentage change was first calculated for available years then summarised as a mean. †Annual incidence calculated from the total number of involuntary hospitalisations and population data or other available data. ‡Data received from Danish state police via email. §Not used in demographic, economic, and health-care analyses; data from the whole of the UK was used instead. ¶Excluded because of known underreporting. ||Data received from the Office of the Director of Mental Health and Addiction Services, New Zealand via email. **Calculated using data for England, Wales, Scotland, and Northern Ireland and population data from the Office of National Statistics.³¹

Table 1: Annual incidence of involuntary hospitalisation per 100 000 individuals by country

Cette dernière étude formule certaines observations intéressantes sur la coercition :

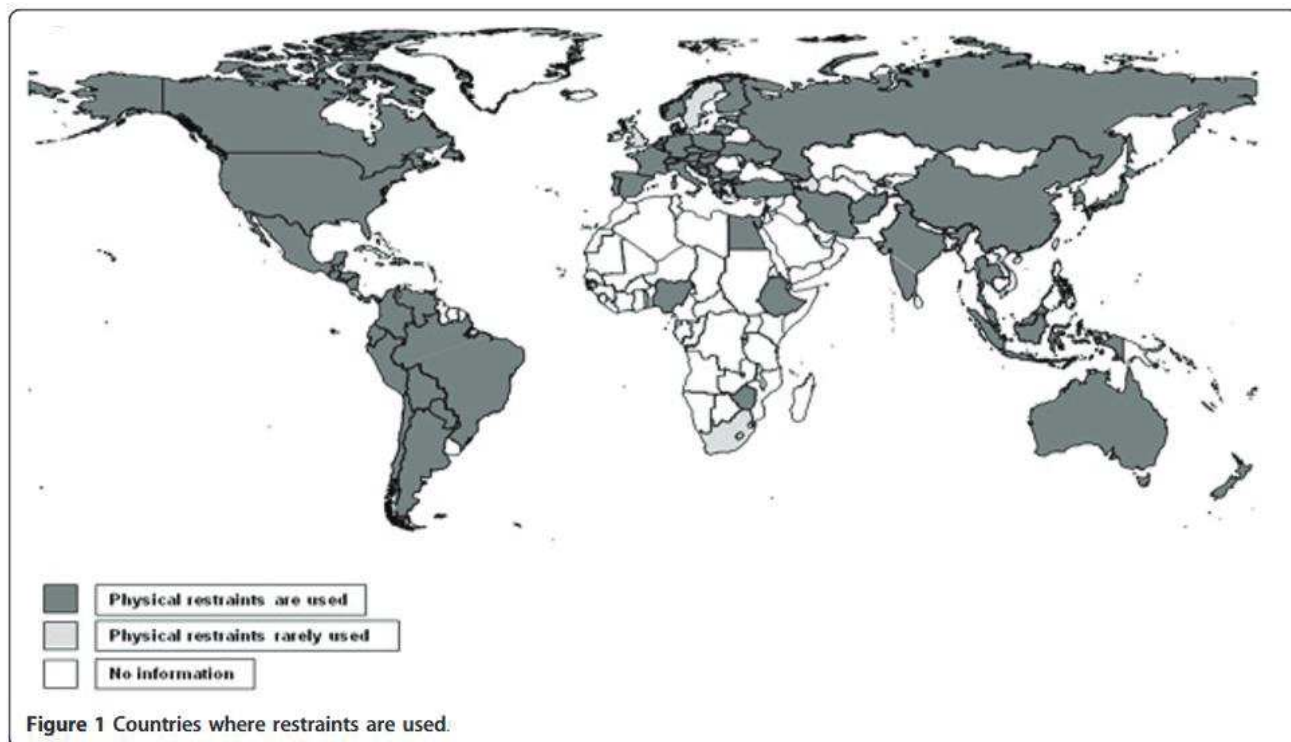
Nous avons trouvé une incidence plus élevée annuelle des SSC associée statistiquement à des taux [:] plus faibles de pauvreté absolue, plus élevés de PIB et des dépenses de santé par habitant, une proportion plus élevée de personnes nées à l'étranger dans une population et un plus grand nombre de lits d'hospitalisation [...]

Les tendances temporelles des taux annuels différaient également, les taux augmentant dans 11 des 18 pays disposant de plusieurs années de données, mais restant constants ou diminuant ailleurs. [...] Ces grandes variations sont cohérentes avec la littérature plus ancienne sur ce sujet, les taux se situant dans une fourchette similaire à celle observée précédemment au début de ce siècle. Ces résultats sont en dépit des rapports sur la prévalence des troubles mentaux variant relativement peu entre les pays européens (bien que les études comparatives internationales de haute qualité soient rares).[...]

Ainsi, ces grandes variations ne semblent pas avoir de relations claires avec des différences dans les besoins cliniques. Comprendre ce qui sous-tend ces variations et savoir si elles peuvent être liées à des différences de législation ou à des variations d'indicateurs de prestation de services ou d'indicateurs économiques ou démographiques est potentiellement utile pour éclairer les moteurs de l'hospitalisation involontaire.

3.1.2 Etude randomisée sur les contentions mécaniques et isolement

Dans la carte suivante figurent les tendances internationales sur l'isolement et la contention par Huf et al. en 2011. [63] Sont indiqués : en gris foncé les pays qui utilisent l'IC, en gris pâle les pays où l'IC est utilisé "rarement" et en blanc les pays pour lesquels il n'y a pas des données officielles.



Une autre recherche par Steinert et al. en 2010 [64], affirme que seulement 12 pays remplissaient les critères pour être inclus dans une enquête sur les statistiques nationales des pratiques de l'IC pour au moins un établissement par pays. Seules la Norvège et la Suède possédaient les chiffres pour l'entièreté des établissements de leur pays.

Afin de pouvoir se situer approximativement sur les ressources/besoins de chaque pays, nous avons inclus la capacité d'hospitalisation complète en psychiatrie pour 100 000 citoyens de chaque pays dans cette étude, comme calculé par l'OMS. [65]

3.1.3 Les rapports du CPT

Le CPT, "Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains et dégradants", est créé sous l'égide du Conseil Européen en 1989. Ses fondements sont basés sur l'article 3 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, qui dicte : "Personne ne doit subir la torture ou des comportements inhumains ou dégradants ou punitifs". Le CPT est un corps d'investigation, qui propose cependant un mécanisme de prévention non-judiciaire afin de protéger les personnes dépourvues de leur liberté, vis-à-vis de la torture et autres types d'abus. Il est ainsi complémentaire au travail juridique de la Cour Européenne des Droits de l'Homme.

L'équipe du CPT est composée d'experts indépendants, d'avocats, de médecins, et de spécialistes dans le domaine de la prison et de la police. Elle a un accès sans bornes aux

institutions et peut arriver à l'improviste. Les délégués conduisent en privé leurs entretiens avec les usagers. Depuis 1990, le CPT a visité en Europe plus de 2 500 postes de police, 1 100 prisons, 350 centres de détention et répartition, et 400 établissements de santé mentale et hébergements sociaux. Le CPT travaille en collaboration avec l'Etat de chaque pays. À la suite de sa visite, une réunion est faite avec les autorités. Le CPT publie un rapport proposant des recommandations. Ce rapport reste confidentiel jusqu'à autorisation de l'Etat en question.

Le retour du CPT sur le secteur psychiatrique d'un pays donné (si disponible) est intégré à la fin de chaque partie correspondante. Les rapports complets se trouvent sur le site du CPT. [65] Le dernier recueil d'informations date de novembre 2022.

3.1.4 L'étude européenne EUNOMIA

La commission européenne a financé "*The EUNOMIA project*", soit "*European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonisation of Best Clinical Practice*" [66] (en français "évaluation européenne de la coercition en psychiatrie et harmonisation des meilleures pratiques cliniques"). Elle est conduite à but comparatif dans 12 pays : Allemagne, Bulgarie, Espagne, Grèce, Israël, Italie, Lituanie, Pologne, République Tchèque, Royaume-Uni, Slovaquie, et Suède.

Elle a pour objectifs :

- Evaluer tout patient admis sous contrainte vivant dans les zones des pays participants et un sous-groupe de patients admis en soins libres qui a ressenti de la coercition à l'admission ;
- Publier des rapports standardisés sur la situation de la loi au niveau national des mesures coercitives en psychiatrie, sur la base des textes légaux nationaux originaux ;
- Développer des suggestions de bonne pratique clinique des soins sans consentement en psychiatrie, à savoir : mesures coercitives, médication forcée, admission en hôpital.

Les mesures coercitives sont définies par :

- Les admissions sans consentement ;
- Les traitements médicamenteux forcés ;
- L'isolement/contention dans la pratique psychiatrique.

Les données sont collectées par des questionnaires en trois points à 30 patients en soins sans consentement, et 75 en soins libres. Des groupes de travail ("*focus groups*") sont constitués de personnes ayant une expérience dans les mesures coercitives : psychiatre, patients, soignants,

avocats, travailleurs sociaux, police, experts en éthique etc. Les données requises sont disséminées et utilisées dans la pratique psychiatrique à venir.

Une première (et seule à ce jour publiée) étude EUNOMIA en 2005 [67] a rapporté que 38% des patients ont fait l'objet de mesures coercitives. Ce pourcentage varie dans chaque pays entre 21% et 59%. La raison la plus fréquente de prescription de mesures coercitives est l'agressivité d'un patient envers d'autres personnes. La mesure utilisée le plus fréquemment dans huit des pays inclus dans l'étude est la médication forcée, et la contention mécanique dans deux pays. L'isolement était rarement administré et a été rapportée dans seulement six pays. Un diagnostic de schizophrénie et des symptômes plus sévères sont associés à un risque plus élevé de recevoir des mesures coercitives.

Selon le tableau de Steinert et al. [64] en 2010, un classement approximatif peut être établi des pays qui pratiquent le moins l'IC vers ceux qui pratiquent le plus :

1. Islande : 0 % d'isolement/contention (IC), (mais ratio soignant-patient 1 : 1 ;
2. Norvège : 2,67 % d'IC, dont Isolement (I) : 2,6 %, et Contention (C) : 0,07 % ;
3. L'Angleterre : 7,5 % d'IC, dont 7,3 % de C et 0,2 % d'I ;
4. Japon : 9 % d'IC dont 4,1 % de C 4,9 % d'I ;
5. Allemagne : 11,6 % d'IC dont 8 % de C 3,6 % d'I ;
6. Suisse : 11,8 % d'IC dont 3,1 % de C et 8,7 % d'I ;
7. Finlande : 13,3 % d'IC dont 5 % de C 8,3 % d'I ;
8. Espagne : 13,5 % d'IC ;
9. Pays-Bas : 17,6 % d'IC dont 11,6 % d'I et 1,6 % de C ;
10. Nouvelle- Zélande : 22,1 % d'IC, dont 15,6 % d'I et 6,5 % de C ;
11. Autriche : 36% d'IC.

Table 1 Data on the use of seclusion and restraint in different countries

	Percentage of admissions exposed	Mean duration of intervention (h)	Mean number of measures per patient	Measures per 100,000 inhabitants per year	Number of admissions included	Kind of measure	Data source
Austria [pu]	35.6%	4.5	3.3	580	1,784 ^f	mRes ^a Sec ^b Net Bed ^{b, h}	1 hospital serving a complete catchment area 2006
England [pu]	7.3% phys res 0.2% Sec	20 min (1–100)	4.17 (median:2.83)	77.2 (49.2 without the 2 most restraint patients)	1,516	Phys Res ^a Sec ^c	Catchment area Cheshire & Wirral 1,200,000 inhabitants 4 hospitals 6 months in 2005
[pu]	2.5% phys res 0.0% Sec	10 min	4.05 (median:1.0)	52.4	8,600	Phys Res ^a	Catchment Area 662,890 inhabitants 7 hospital units and 35 community facilities July 2005–December 2007
Finland [17]	5.0% mRes 8.3% Sec	mRes 11.1 Sec 22.8	1.4	mRes 38.7 Sec 89.4	713 ^b	mRes ^b Sec ^a	National survey 2004 over one week 5,200,000 inhabitants
Germany [16]	9.1% ^d 8.0% mRes ^d 3.6% Sec ^d	9.6 ^d mRes 9.8 ^d Sec 6.6 ^d	4.7 ^d	314 ^e	36,690	mRes ^a Sec ^b	Complete data set 10 hospitals 2004
Iceland [36]	No coercive interventions used but 1:1 nursing	0	0	0	not reported	none	Catchment area 316,000 inhabitants (complete population)
Japan [44]	4.1% mRes 4.9% Sec	mRes 68.0 Sec 98.0	1.6	16.1	46,628	mRes ^a Sec ^b	Data set 9 hospitals 2000
The Netherlands [25]	11.6% Sec 1.2% mRes	Sec 294 mRes 1182	Sec 3.0 mRes 2.2	Sec 115.8 mRes 12.6	18,800	Sec ^a mRes ^b	Dataset 12 hospitals 2003
New Zealand [45]	15.6% Sec 6.5% physRes additionally	Sec 14.0 (median)	1.5 Sec	41.2	539	Sec ^a Phys Res ^b	Data set 1 hospital, 9 months, catchment area 313,000
Norway [46]	2.6% mRes 0.07% Sec	mRes 7.9 Sec 3.0	4.7 mRes 5.6 Sec	149.8	42,911	mRes ^a Sec ^b	National survey 2005 3,547,000 inhabitants
Spain [pu]	13.5%	16.4	1.4	45.2	827 ^f	mRes ^a phRes ^b	30 bed unit in University hospital serving a complete catchment area with 330,000 inhabitants in Andalusia
Switzerland [19]	11.8% ^d 3.1% mRes ^d 8.7% Sec ^d	41.6 ^d mRes 41.6 Sec 41.6	1.4 ^d	100.8 ^e mRes 20.9 Sec 75.9	2,145 ^f	Sec ^a mRes ^b	Data set 7 hospitals 2004

3.1.5 Les méthodes de coercition dans 10 pays européens

Bak & Aggern [68] comparent le Danemark à 10 autres pays européens (Belgique, France, Finlande, Irlande, Italie, Islande, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède) dans une méta analyse publiée en 2012. Dans le tableau 2, une certaine hétérogénéité des pratiques d'IC est constatée entre les pays, en dehors des données manquantes ou pratiques non autorisées. Malheureusement ces données sont non différenciées et mises ensemble dans le traitement de données comme un vide ou 0.

Table 2. Applied methods of coercion.

	DK	SE	NO	FI	IS	BE	NL	UK	IE	FR	IT
Forced medication/long period	X	X	X			X		X	X		X
Forced medication/short period	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
Mechanical restraint	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Seclusion/isolation		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Physical restraint/holding	X		X	X	X			X	X	X	X
Time out					X	X	X	X	X	X	X
Constant observation	X	X	X		X	X		X	X	X	X
Are other types of coercion used	X		X	X		X	X			X	X

DK: If patients complained about the use of forced medication, it would give 2-3 weeks delayed effect before medication could be initiated. During mechanical restraint, constant observation was required. Seclusion had only been allowed since 2005 and only in a particularly high security department for extraordinarily dangerous psychiatric patients. Physical restraint was only used few minutes in connection with other coercive measures. Constant observation as a coercive measure was first reported if it was prolonged more than 24 h.

SE: Seclusion was only used if the patient was quite dangerous for other patients. Time out was regarded as isolation (Time out was defined as being placed in a room with the door unlocked).

NO: Seclusion was only allowed in acute situations and was not to be used if patients were under 16 years. Time out was not regarded as coercion. Constant observation was first regarded as a coercive measure after 12-24 h.

FI: During mechanical restraint, constant observation was required if patients were under 18 years. During seclusion, constant observation was required if patients were under 18 years. Physical restraint was rarely used in adult psychiatry and could only be used in child psychiatry if parents agreed.

IS: Mechanical restraint has not been used as a routine measure for decades. Physical restraint was only used a few minutes in connection with forced medication and to calm patients. Constant observation was not regarded as coercion.

BE: Beside three-point restraint (waist, hand and foot), chest belts and straitjackets were allowed. During mechanical restraint and seclusion, the staff could use camera surveillance and should always be able to hear the patient. Time out was only allowed max 48 h.

NL: Today, mechanical restraint is rarely used in acute psychiatric wards. The use in chronic wards was unknown.

UK: The forced medication was only allowed if it was part of the total treatment plan. Seclusion was only allowed in acute situations.

FR: Seclusion was described in a clinical guideline. If seclusion was prolonged more than 24 h, the patient was transferred to a special unit (Unites pour maladies difficiles). Physical restraint was used in relation to forced medication and acute situations to calm patients and to prevent seclusion.

Un classement est difficile à établir avec les indices combinés fournis par l'étude. De nombreuses données sont manquantes comme constaté dans les tableaux 3 ("coercition physique pour 100 000 habitants") et 4 ("classement des mesures coercitives avec respect de l'intrusion ressentie") ci-dessous :

Table 3. Physical coercion/100,000 inhabitants.

	DK	SE	NO	FI	IS	BE	NL	UK	IE	FR	IT
Mechanical restraint	34	70	21	20	n.a.	n.a.	14	0	n.a.	n.a.	7
Seclusion/isolation	0	31	2	43	n.a.	n.a.	34	4	n.a.	n.a.	n.a.
Physical restraint/ holding	18	0	6	8	n.a.	n.a.	n.a.	13	n.a.	n.a.	7

n.a.: Not available.

DK: 2007. The numbers included geronto-, child/adolescence and forensic psychiatry (12). In DK, it was possible for the patients to be subjected to voluntary mechanical restraint, which happened in 10% of all incidents.

NO: 2007. The numbers included geronto-, adolescence and forensic psychiatry (13).

FI: 2007. The numbers included geronto-, adolescence and forensic psychiatry (14).

SE: 2007. The numbers came from control visits in the southern hospital region made by the National Board of Health and Welfare. The numbers were then extrapolated to the whole of SE. The numbers included geronto-, adolescence and forensic psychiatry (15, 16).

NL: 2006. The numbers came from the Dutch hospital database (IGZ) (17). Mechanical restraint was only used for protection in geronto-psychiatry.

UK: 2002. The numbers came from three hospitals in London. The numbers were then extrapolated to the whole of the UK. The numbers did not include geronto-, adolescence and forensic psychiatry (18). Steinert et al. described a total of seclusion and restraint in 2005–2007 between 52 and 77 (Wales 40) (19).

IT: 2002. The numbers came from two hospitals in the Modena region. The numbers were then extrapolated to the whole of IT (18).

Table 4. Ranking of coercive measures with respect to perceived intrusion.

	DK	SE	NO	FI	IS	BE	NL	UK	IE	FR	IT
Forced medication/long period	5	6	8	3	5			4			3
Forced medication/short period	4	2	7	2	8			1			2
Mechanical restraint	7	4	6	3	5	7					7
Seclusion/isolation	6	5	4	2		6	1	5			6
Holding/physical restraint	3	3	3	1	4	3	2	3			4
Time out	1		1	1	1			2			1
Constant observation	2	2	2			2					5
Mechanically restraint ambulatory	8	7	5	5	4						

Blank: Coercive measures were not in use or allowed in the country or no reply was given, or it was ranked as "0".

Forced medication/short period: Was defined as medicine given against the patient's will in an emergency (not medical treatment for a longer time according to treatment plan).

Forced medication/long period: Was defined as medicine given against the patient's will, as treatment (medical treatment for a longer time according to treatment plan).

Mechanically restraint ambulatory: Was defined as the use of restraint devices, which allow patients to be out of bed and to walk around.

IE: No answer.

IT: No answer.

Les seuls pays disposant de données complètes et comparables sont des pays nordiques : Danemark, Finlande, Norvège, Suède. La Suède utilise deux fois plus de contention mécanique que le Danemark. Le Danemark en utilise plus que la Finlande et la Norvège. La Finlande est le pays qui utilise le plus d'isolement par rapport aux autres. La Norvège est le pays qui utilise le moins de contention physique. L'étude conclue sur la nécessité de régularisation des pratiques afin de les diminuer en fréquence, et améliorer la prise en charge psychiatrique.

Ainsi, il semble déjà clair que les membres d'un "groupe", pourtant a priori très proches au niveau culturel, historique, économique etc. comme les pays nordiques [69] affichent entre eux des différences importantes dans leurs pratiques d'IC. Si une analyse correcte des pays d'Europe veut être menée, la méthodologie doit être prudente et détachée de telles associations faussement évidentes et se concentrer sur la littérature actuelle.

3.1.6 L'IC dans quatre pays européens

En 2016, Lepping et al. [70] ont mené une étude comparative des nombres totaux d'admissions, de contentions, de patients concernés et de jours d'occupation des lits avec des chiffres de 2012 pour l'Irlande et de 2013 pour le pays de Galles, le Danemark et l'Allemagne.

Un classement des taux d'IC (imparfait) peut être tiré de cette publication :

- Pour la contention, le nombre par patient est stable autour de 3% dans tous les pays. Le pourcentage de patients exposés varie entre 4,5 and 9,4 % ;
- Pour l'isolement, du plus bas au plus élevé :
 1. Le Pays de Galles a le plus bas taux (2 %) ;
 2. L'Irlande (29 %) ;
 3. L'Allemagne (49 %) ;
 4. Les Pays-Bas ont le plus haut taux (79 %), en plus des plus longues durées de contention et un recours faible aux médicaments forcés.

Le taux d'IC entre le Pays de Galles et les autres pays est 10 fois moins élevé. S'illustre ainsi "l'exception britannique" au sein de l'Europe, mentionnée dans de nombreux travaux et détaillée plus bas dans la partie "Royaume-Uni".

3.1.7 Conclusion : Les grandes tendances aujourd'hui en Europe

Malgré une faiblesse de données, plusieurs tendances peuvent être dessinées après lecture de la littérature au sein des pays européens dans leurs pratiques et politiques concernant l'IC. Ces pays sont regroupés comme suit dans une classification proposée dans cette thèse :

3.2 - Les pays où l'IC est interdit

L'Islande

3.3 - Le "Club des *"no-restraint"*"

3.3.1 : Le Royaume-Uni,

3.3.2 : L'Italie

3.3.3 : La Finlande

3.4 - Les pays en cours de régularisation de leurs protocoles

3.4.1 : La Norvège

3.4.2 : La France

3.4.3 : L'Espagne

3.4.4 : La Suisse

3.5 - Les pays où l'IC est considéré comme moins coercitif que la médication forcée

3.5.1 : Les Pays-Bas

3.5.2 : La Suède

3.5.3 : L'Allemagne

3.6 - Les pays ayant subi une crise de moyens :

La Grèce

3.7 - Les pays non-catégorisés pour insuffisance de données :

Europe de l'Est avec la Pologne, la Croatie, la Hongrie, l'Estonie

3.8 - Les pays où l'IC est instrumentalisé à des fins répressives :

La Russie

3.2 Les pays où l'IC est interdit : L'Islande

Avec 44 lits pour 100 000 citoyens en 2016 (un des plus bas en Europe), l'Islande est en légère diminution de sa capacité depuis au moins 10 ans. [65]



3.2.1 Une île à part

L'Islande est un pays de 300 000 habitants, desservi par un seul hôpital psychiatrique. A ce jour, elle n'a pas de loi sur la santé mentale. Il existe des lois qui régulent la "détention forcée" jusqu'à 21 jours avec accord du tuteur (souvent les proches), transmises à la justice qui peut les rejeter (même si concrètement elle en approuve la quasi-totalité), avec recours possible auprès du tribunal par le patient. [71] Leur système légal est l'un des plus anciens du monde. Il est basé directement sur celle du XIIe siècle de leurs ancêtres vikings. Le "Grágás" prévoit l'obligation de l'époux/se et de la famille de prendre soin d'un "fou". Les "malades" étaient ainsi traités jusqu'au XXe siècle. Ils étaient à la fois non abandonnés mais aussi délaissés d'une certaine manière. Le pays et les soins psychiatriques avaient des siècles de retard par rapport aux autres pays européens. [72]

Les mesures coercitives de type ceinture, camisole ou mécanique n'ont historiquement jamais fait partie des habitudes psychiatriques de l'Islande. Cette île à la population réduite ("de paysans et de pêcheurs sauvages" selon l'article) n'a connu la psychiatrie que récemment. Le premier "patient" date de 1907. En parfaite lignée avec leur longue tradition de saunas et de cures thermales, l'hydrothérapie interne à base de bains chauds et de régimes sucrés a longtemps été le principal remède.

Le seul usage éphémère de contention mécanique a vite été résolu en 1933. Le Dr Helgi Tómasso (pendant 52 ans l'un des deux seuls psychiatres de l'île et directeur de l'unique petit asile) l'a en effet supprimé sous le principe que "la violence engendre la violence". De même pour la lobotomie et les "thérapies somatiques". Ce médecin est initiateur d'une longue tradition islandaise de scepticisme face à la coercition. Le patient est encouragé à s'intégrer avec des repas conviviaux, et "lorsque cela ne suffisait plus il fallait le restreindre". Par contre, l'utilisation de médicaments (morphine, scopolamine, barbituriques etc.) est vite rentrée dans les mœurs. L'accent est mis sur la communication, la désescalade, et, si nécessaire seulement, le maintien physique pendant 30 minutes maximum. En termes de chiffres, seules 2 500 admissions ont été recensées en 2009, dont seulement 3,5% en SSC (contre 16% par exemple en Norvège).

Il s'avère cependant, selon les auteurs, que le manque de contrôle se fait sentir. La crise financière de 2008 a fragilisé le pays, menant à une remise en question des pratiques et des institutions [71]. Mais des réformes profondes (requérant des fonds importants) semblent difficiles à mettre en place. L'une des solutions privilégiées actuellement est l'ambulatoire, y compris avec des logements personnels pourvus pour les patients chroniques. L'amélioration de la recherche de la compliance et des explications données aux patients lors de médicaments forcés (très courantes) est également à l'étude.

3.2.2 Le rapport du CPT sur l'IC

Pour l'Islande, le rapport du CPT en 2019 stipule [73] :

La délégation a noté que la contention mécanique n'était jamais utilisée et que l'isolement ou la sédation chimique n'étaient utilisés qu'en dernier recours. Des lignes de guide au niveau local ont été développées par les managements respectifs, qui incluent des provisions décrivant sous quelles conditions l'isolement peut être appliqué, ses moyens d'applications, la surveillance nécessitée et les actions à prévoir quand cela est arrêté.

La délégation a été informée que l'isolement dans un endroit sécurisé était appliqué pour la durée la plus courte possible, et qu'il y avait toujours deux membres du personnel avec le patient dans ce même endroit.

La délégation a constaté, néanmoins, que malgré les recommandations du CPT précédentes, il n'y avait toujours pas de registre traçant les instances d'application de la contention (y compris chimique).

Le CPT est préoccupé du fait que des policiers, n'ayant pas de formation adaptée, étaient sollicités afin d'assister le personnel soignant en cas de comportements agressifs chez les patients, malgré le fait que lors de leur dernière visite, en 2012, le CPT avait recommandé la cessation de cette pratique.

3.2.3 Conclusion

Pour l'Islande, c'est la petite taille de sa population et une certaine "ruralité" qui aurait été un facteur protecteur de ses "malades", auprès desquels se sont impliqués la collectivité et leurs familles. L'Islande aurait été ainsi "épargnée" de certaines formes de maltraitance des asiles de la médecine du XIX^e siècle comme d'autres pays européens, où la psychiatrie était déjà née. Ce "retard" lui aurait conféré une certaine "modernité" en l'absence de violences institutionnelles, mais il est à noter aussi selon les auteurs une certaine incertitude au niveau juridique. La législation islandaise sur les SSC est jugée comme non protectrice pour les patients, vraisemblablement par l'absence de protocoles et traçabilité autour des IC. Bien que l'IC ne soit pas pratiquée historiquement, la médication forcée demeure une mesure de coercition très utilisée dans ce pays.

3.3 Le "Club des "no-restraint""

Qu'est-ce que le "no restraint" ? Les "moyens coercitifs" sont toutes les mesures de restriction, autrement dit "imposées" sans le consentement d'un patient : l'isolement, la contention mécanique et physique, la médication involontaire/forcée (injectables), et enfin les portes fermées. Les concepts d'"open door" (porte ouverte en anglais) et "no restraint" (pas de contention en anglais) sont en cela similaires. Ils signifient l'évitement des mesures coercitives lors d'un contexte de Psychiatrie Publique et communautaire. Trois pays appliquent ces principes dans leurs pratiques d'IC. Il s'agit du Royaume-Uni, de l'Italie et de la Finlande. En 2006 est fondé une association italienne "*Associazione Club SPDC (Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura) "No Restraint"*" (en français "Association "le Club des centres psychiatriques diagnostiques et de traitement "no restraint"), afin de promouvoir [86] cette façon de pratiquer la psychiatrie. Ce terme est donc choisi pour désigner les pays d'Europe qui

correspondent à cette philosophie. Parmi ces centres de santé mentale italiens figurent celui de Trieste.

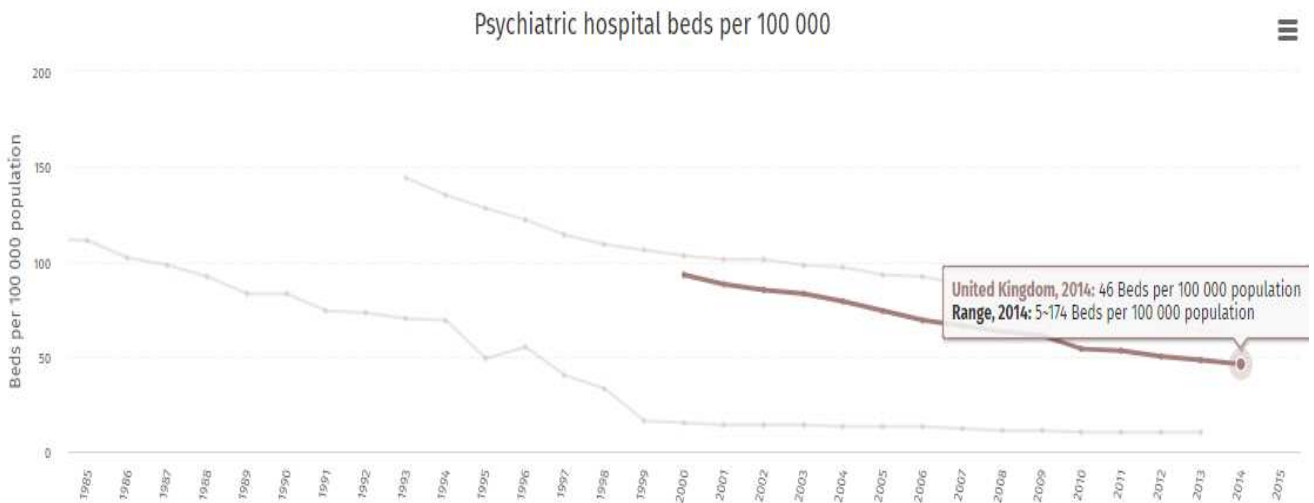
Le Modèle de Trieste [74], une ville portuaire de 235 000 habitants du nord-est de l'Italie. Depuis les années 1970, le psychiatre "radical" Franco Basaglia mène la révolution de la loi "*Manicomiale*" et introduit le concept d'une psychiatrie voulue comme anti-institutionnelle et démocratique. Selon Rosen (2012), Trieste présente le taux de SSC le plus bas d'Europe. [75] Ce modèle se base sur la vision de Basaglia, selon laquelle : "les personnes atteintes de maladies mentales, même les plus graves, pouvaient mener une vie « normale » en tenant compte de leur condition dans la "communauté". Elle rejoint la philosophie de la psychothérapie institutionnelle du Dr Paumelle en France. L'"*open door*" *policy*, pratiquée également à Trieste, émane de cette philosophie. Cela signifie qu'un service ne ferme pas sa porte à clé, au moins entre 8h et 20h. Les usagers sont libres d'aller et venir, sans même devoir solliciter un soignant. L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) collabore encore aujourd'hui avec le centre de Santé Mentale de Trieste, afin de partager ses principes. Il le caractérise comme "le modèle psychiatrique le plus progressiste au monde".

Depuis 2006, des pavillons en Italie peuvent rejoindre ceux qui pratiquent le "*no restraint*" en faisant preuve de l'absence d'utilisation des moyens coercitifs durant un an sur les trois d'observation, et en gardant les portes ouvertes. [76] Ce mouvement aurait assez d'ampleur pour créer une cohésion interne entre ces structures, ce qui démontre l'effort nécessaire afin de se définir comme tel. Aujourd'hui, 14 pavillons psychiatriques italiens sur 280 en font partie.

Mais comme le modèle de Trieste, l'"*open door policy*" n'a pas pu être répliquée ailleurs. En 2015, on essaye à San Francisco de pratiquer les soins psychiatriques selon le modèle de psychiatrie publique de Trieste [74]. Leur conclusion est que ces résultats italiens exceptionnels sont inextricablement liés au terrain. Les différences démographiques, socioculturelles, politiques, économiques et médicales, rendent impossible l'application de ces mêmes principes dans cette ville américaine.

3.3.1 Le Royaume-Uni : pionnier en Europe depuis 200 ans

Graphique ci-dessous : avec 46 lits pour 100 000 citoyens en 2014, le Royaume-Uni est en diminution progressive de sa capacité depuis au moins 15 ans. [65]

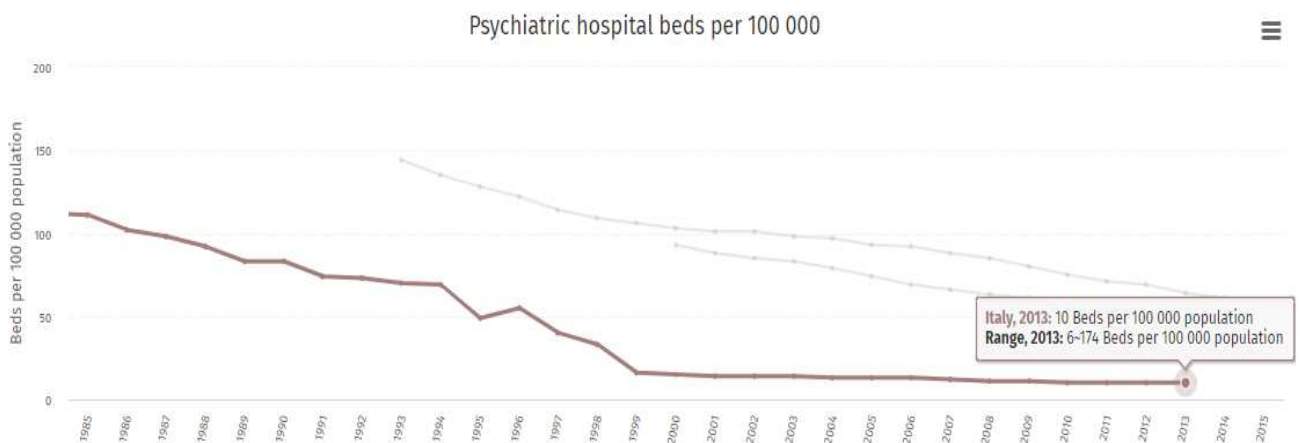


Le Royaume-Uni est composé de quatre pays : Angleterre, Ecosse, Irlande du Nord, et Pays de Galles. Il est important de noter que des études sont menées soit sur le royaume dans son ensemble, soit sur chaque pays individuellement.

Depuis le XIX^e siècle, l'Angleterre fait figure de pionnier dans la philosophie du “no restraint” dans ses hôpitaux psychiatriques, bien que la pratique n’ait jamais pu être totalement abolie.

3.3.1.1 Des bons chiffres mais en augmentation depuis 2013

Une élévation des taux de contentions ces dernières années (graphique ci-dessous tiré d’un article de la BBC) a fait l’objet d’articles de presse avec des titres alarmistes [77], suggérant l’aspect culturel des Britanniques envers ces pratiques.



Une remarque possible ici est la formulation anglaise particulière dans la littérature européenne : on parle “d’incidents” ou “d’événements” concernant l’isolement et la contention physique ou mécanique des patients. Ceux-ci sont d’ailleurs dits “patients affectés” par les mesures de

contention. Le champ lexical utilisé est celui de l'événement indésirable médical, et non celui d'une pratique de soins ou de mesure médicale d'urgence, même extrême.

Ce changement de posture fait probablement suite à un fait divers en novembre 2010. Olaneni Lewis, un jeune patient de 23 ans d'origine africaine, est décédé d'hypoxie cérébrale après avoir été physiquement contentonné par 11 policiers au sein d'un établissement psychiatrique à Londres [78]. Cet événement est suivi d'un tumulte social. Une remise en question légale est déclenchée. Huit ans après, le *Mental Health Units (Use of Force) Act 2018* est prononcé [79]. Selon cette circulaire :

Les mesures restrictives ne doivent pas être utilisées pour punir ou pour la seule intention d'infliger de la douleur, souffrance ou humiliation. Quand une personne restreint les mouvements d'un patient, ou utilise (ou menace d'utiliser) la force, cela devrait :

- Être utilisé pas plus que nécessaire afin de prévenir des dommages sur la personne ou autrui
- Être proportionnel à ce dommage
- Être l'option la moins restrictive

Afin d'implémenter ces postulats, certaines conditions sont posées :

Section 3 – la personne responsable pour chaque établissement psychiatrique doit publier un programme concernant l'utilisation de la force par le personnel. Ce programme écrit doit planifier les étapes que l'établissement traverse afin de réduire (en minimiser) l'utilisation de la force par le personnel [...]

Section 6 – la personne responsable pour chaque établissement psychiatrique doit garder les traces des utilisations de force sur un patient par le personnel, incluant des informations démographiques et des caractéristiques protégées par l'Equality Act 2010 (genre, ethnie, âge, invalidité, orientation sexuelle, niveau psychosocial etc.) [...]

Section 12 – si la police intervient dans un établissement psychiatrique pour assister le personnel, cet officier doit porter une caméra corporelle fonctionnant à tout moment, lorsque cela est raisonnablement possible [...]

[3.3.1.2 Les kits “soft restraint” et la contention en décubitus ventral](#)

En 2019, Walker & Tulloch [80] décrivent l'usage de nouveaux kits de “*soft restraint*” (contention douce) en remplacement de l'ERB (“*Emergency Response Belts*”, ceinture de réponse d'urgence) dans les hôpitaux de haute sécurité (“*High Security Hospitals*”) en Angleterre. La pratique de l'IC y demeure présente, bien que fortement déconseillée. Une

contention physique par des soignants, l'administration d'un sédatif et un entretien de désescalade avant, pendant et après sont préconisés lors de l'agitation d'un patient. Le patient est souvent mis au calme mais pas forcément dans un espace dédié type chambre d'isolement. Le soignant reste avec le patient jusqu'à l'apaisement de la crise. Cependant, le risque d'asphyxie (surtout en position face contre terre en décubitus ventral, en anglais "*face down*" ou "*prone*"), et d'atteinte de la colonne vertébrale restent graves et importants. L'immobilisation en position face vers le haut est plus recommandée, bien que des risques existent là aussi avec la pression sur le thorax par une jambe. Le recours à la contention mécanique est préconisé pour des périodes les plus courtes possibles, et pour les patients les plus instables, avec des crises répétées. Il y est rappelé que les guidelines *NICE* (*National Institute for health and Care Excellence*, institut national pour l'excellence dans la santé et les soins au Royaume-Uni) (2015) n'ont jamais préconisé l'isolement pour les comportements suicidaires et d'automutilation.

Les deux photos ci-dessous [81] montrent les nouveaux kits de "*soft restraint*" en question dans l'article :



[3.3.1.3 Programme "RESTRAIN YOURSELF"](#)

En 2019, Duxbury et al. [82] mettent en place un programme de réduction des contentions "*restraint reduction programme 'RESTRAIN YOURSELF'*" "avec une baisse de 22% de recours aux moyens de contentions, voire 60% dans certains services. Il est précisé que les chiffres varient énormément selon le type de service étudié. Le programme consistait en un rapport mensuel, la formation des équipes, le soutien et le coaching d'un "réfèrent d'amélioration".

[3.3.1.4 Le rapport du CPT sur l'IC](#)

En 2022, le CPT écrit à propos du Royaume-Uni [73] :

La délégation a trouvé que la contention en décubitus ventral était encore utilisée dans les autres hôpitaux visités. Par exemple, chez l'unité d'Alnwood, il y a eu 205 contentions en décubitus ventral sur 391 contentions totale dans l'année du 2021 -2022. L'unité était équipée avec des harnais de sécurité pour la contention des jeunes patients dans une position plus confortable, avec un moindre risque pour leur état physique. Ces harnais doivent être privilégiés à la contention en décubitus ventral.

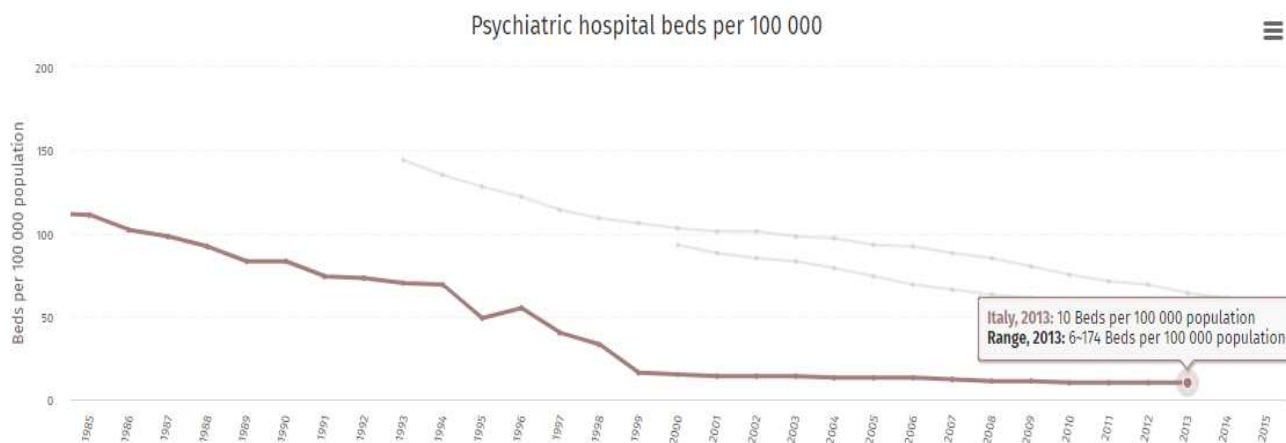
[...] La durée moyenne de la contention en décubitus ventral était entre 1 et 8 minutes mais l'une était de 30 minutes ; chaque fois que la contention durait plus de 5 minutes, il y avait une investigation intérieure sur l'incident, exécutée par le personnel (incluant un soignant d'une autre unité) afin de prévenir des instances similaires dans le futur.

3.3.1.5 Conclusion

Bien qu'ayant des chiffres inférieurs aux autres pays, ils sont en augmentation ces dernières années au Royaume- Uni. La remise en question est constante, avec de nouvelles mesures et initiatives afin de limiter encore plus l'usage des IC. Une remarque possible ici serait que c'est justement ce type de dynamique qui obtiendrait ces taux aussi bas depuis aussi longtemps.

3.3.2 L'Italie : un autre modèle pionnier vers le “no restraint”

Avec 10 lits pour 100 000 citoyens en 2013, l'Italie garde sa capacité stable depuis 1999. [65] Ce nombre est le plus bas de l'Europe, sauf si l'on y inclut le nombre de lits des “centres d'accueil thérapeutiques” non-hospitaliers (alors comparables aux taux du Royaume-Uni) [62]. Une diminution drastique de plus de 100 lits/100 000 est à noter depuis les années 1980, à la suite de la loi de réforme des Asiles Manicomiaux de Franco Basaglia, afin de renforcer la prise en charge ambulatoire.



3.3.2.1 Contexte historique et législatif de la psychiatrie italienne

En 2017, un premier bilan qualitatif et quantitatif est fait par l'organisation à but non lucratif "A Buon Diritto" sur le thème de l'immigration, la privation de la liberté, la fin de vie et la liberté thérapeutique [83]. 60% des services psychiatriques utilisent l'isolement et la contention et plus de 70% sont munis des ressources pour les réaliser. L'incrémentatio n de ces pratiques est liée à la fermeture des asiles suite à la loi *Basaglia 180* en 1978 et la sectorisation de la psychiatrie. Ferioli [84] relate que dans les départements psychiatriques de crise, il y a 20 contentions en moyenne pour 100 admissions, d'une durée moyenne de 16 heures. De même, il n'y a pas jusqu'en 2017 de système de monitoring pour la prescription de ces mesures ni au niveau régional, ni national.

La loi de "*Basaglia*", qui abolit les Asiles en Italie, n'exclue pas l'utilisation de ces pratiques. En revanche, elle ne les autorise pas, et ne les règlemente pas non plus. Ceci est en contradiction avec l'article 60 de la Règlementation "*Manicomiale*" du décret de 1909. Celui-ci légifère les moyens coercitifs, et prévoit que ceux-ci doivent être limités aux situations "absolument exceptionnelles" autorisées par le directeur de l'établissement. [85] Cette même loi donne naissance aux premiers pavillons de SSC (en italien "*TSO – Trattamento Sanitario Obligatorio*"). Il en résulte un paradigme : les moyens coercitifs sont réalisables via les SSC, mais elles doivent être "accompagné[e]s par des initiatives dédiées à assurer le consentement et la participation aux soins de la personne qui y est obligée". [86] L'article 54 sur "l'état de nécessité" légifère aussi les moyens coercitifs et les "initiatives dédiées à assurer le consentement". [87]

3.3.2.2 Une analyse originale de l'Italie par des Américains

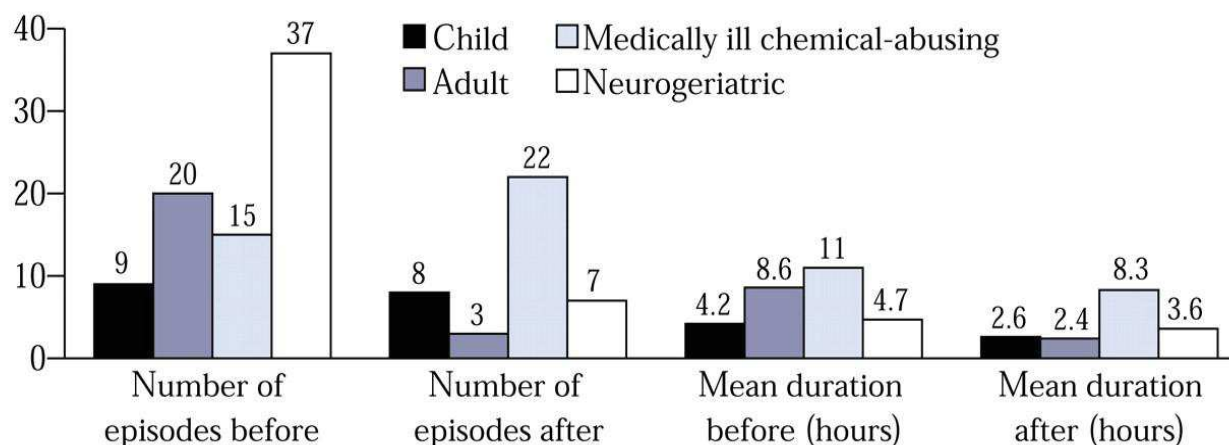
Le même bilan de 2017 de l'organisation au but non lucratif « A Buon Diritto » cite une recherche Étasunienne par Currier & Toombs de 2002. [88] Selon eux, la règle du "HCFA" ("*Health Care Financing Administration*", administration publique américaine du financement des soins de santé), d'un entretien d'une heure minimum entre le patient et le

psychiatre après l'initiation d'une mesure d'IC en plus d'une surveillance par un soignant pour chaque patient à risque, diminue l'incidence des moyens coercitifs à hauteur de 50%. Il est à noter que lors de cette période d'observation, l'occupation des lits est restée entre 95 et 100%. La confrontation entre le patient et le médecin prescripteur est décisive pendant l'heure après l'IC. Currier et Toombs identifient ainsi comme facteurs de risque l'échec de l'identification précoce et la gestion inefficace.

La figure 1 montre les nombres et durées de contention dans quatre unités psychiatriques pendant 3 mois avant et après l'implémentation des nouvelles règles HCFA.

Figure 1

Number and duration of episodes of restraint on four psychiatric units during the three months before and after implementation of the new HCFA rules



L'auteur postule que sur un fond socioculturel italien, dit "retardé", plusieurs facteurs augmentent les moyens coercitifs :

- Le surpeuplement des pavillons ;
- Le sous-effectif du personnel ;
- Un turnover paralysé ;
- Le burn-out des soignants ;
- La hiérarchie verticale des SSC ;
- La carence de formation ;
- L'inadéquation de l'espace physique ;
- L'absence d'espaces ouverts ;
- Et enfin le débordement des ambulatoires.[83]

Pour des situations d'urgence égales, il est possible d'éviter ces moyens par la simple existence des pavillons "no restraint", rendant l'IC parfaitement dispensable.

Cet article tire une conclusion intéressante : ce qui semble inquiéter les membres de "Buon Diritto" est la probabilité que la réglementation de ces moyens puisse paradoxalement mener à leur légitimation. Le risque est d'avoir l'effet inverse sur le long terme. Le vide législatif serait à ces fins plutôt protecteur.

3.3.2.3 La contention affective et territoriale

Une autre stratégie proposée est le "holding" ("contenance"). Il s'agit d'une contention "humaine" et non physique, afin de gérer la crise et apaiser le patient. Ce concept "représente la réponse contraire à la contention : avec la contention on attache et on écarte le patient de la pièce, lors que dans le holding "contention affective" on reste en relation jusqu'à l'apaisement de la situation" [89]. Est également introduit le concept de "métacommunication". Ce langage corporel transmet simultanément la tranquillité et l'assurance. Si cette stratégie est inefficace, l'appel aux forces de l'ordre est préconisé. Différencier nettement le personnel soignant du personnel coercitif est selon eux indispensable. Ainsi, la gestion de la prise en charge est plus claire pour le patient.

Les stratégies alternatives proposées par le "club de no restraint" [86] sont réalisables si :

1. La capacité d'un pavillon ne dépasse pas les 15 lits.
2. Le tissu territorial est réactif et accessible le plus possible, car cela permet de prévenir et d'avoir plus de personnel disponible lors de situations compliquées.
3. Les ambulatoires sont accessibles h24.
4. La population occupe le territoire de façon homogène et équilibrée, afin de d'agir comme amortisseur social et organique et de contenir le mal-être.
5. Les gendarmes, force de l'ordre, ambulanciers et pompiers doivent être correctement formés en comprenant la situation de crise et évitant toute forme de violence inadaptée.

3.3.2.4 La politique italienne

A l'occasion de la journée internationale de la Santé Mentale en 2015 par l'OMS, le Président du Sénat Sergio Mattarella sollicite un changement radical :

L'Italie a représenté un modèle avancé de gestion dans le processus de restitution de l'autonomie aux personnes avec des troubles mentaux, depuis la loi 180 et jusqu'à aller au-delà [du modèle] des hôpitaux psychiatriques judiciaires. Il est souhaitable que les évolutions acquises jusqu'à aujourd'hui nous conduisent aux prochaines étapes de la

tutelle de la Santé Mentale et des usagers ; c'est le respect de la dignité qui fait naître l'idée même de la thérapie. [90]

Le comité de JCAHO (*“Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations”*, Commission jointe sur l'accréditation des organisations de soins) est une ONG (organisation non gouvernementale) étasunienne qui évalue la qualité des soins au niveau mondial. Elle propose certaines solutions :

- Une réponse d'équipe ;
- Des signaux en codes ;
- La désescalade ;
- Le *“time-out”* (temporisation ou pause en anglais) ;
- La contenance chimique ;
- La vidéo-surveillance.

Par ces moyens, les membres du comité JACAHO supposent que 39% des isolements et contentions peuvent être évités, et permettre ainsi l'adhésion à 100% sur les protocoles. [83]

3.3.2.5 Le rapport du CPT sur l'IC

Pour l'Italie, le CPT affirme en 2016 [73] :

Lors de sa visite en 2016, le CPT a rendu visite à 4 unités psychiatriques.

Une unité n'avait pas de chambre d'isolement. Les épisodes d'agitation, violence ou agression étaient souvent gérés par la sédation médicamenteuse ou la contention mécanique. Selon les informations recueillies par la délégation du CPT, 20% à 30% des patients admis en SSC, étaient soumis à la contention mécanique, la durée étant pour quelques heures. L'unité suivait des procédures écrites, valables sur tout l'hôpital. Les patients étaient normalement soumis à la contention mécanique sur un lit dans le couloir du service près de la salle de soins, avec un paravent pour le cacher des autres patients. Selon les médecins, cela permettait de surveiller constamment le patient contentonné. Appréhendant l'origine de cette décision, le CPT relate que c'est inacceptable de garder des patients contentonnés dans le couloir.

La délégation était de même inquiète du fait que selon le registre, certains patients étaient occasionnellement soumis à la contention mécanique pour des périodes durant jusqu'à 4 jours.

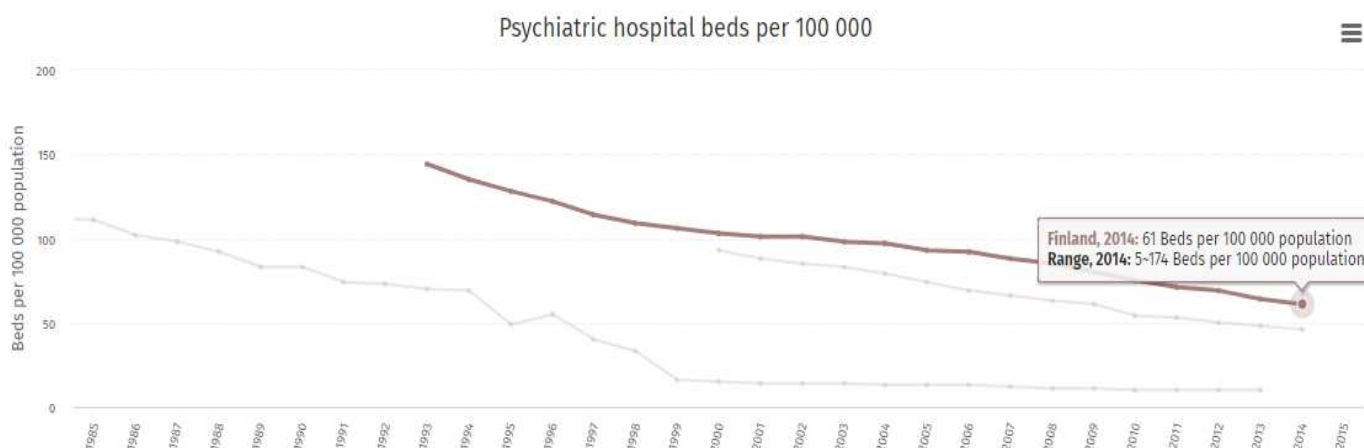
Plus récemment, le CPT a visité en 2022 quatre établissements psychiatriques en Italie. Leur rapport n'est pas encore publié à ce jour.

3.3.2.6 Conclusion

L'Italie offre des conditions plutôt protectrices aux patients souffrant de troubles mentaux de par la particularité de son histoire, de sa législation, et de sa mentalité. Les soins en ambulatoire sont privilégiés depuis les années 1980, avec une prise en charge préventive, rendant les mesures coercitives moins régulières. L'application de l'IC n'est pas strictement légiférée. Cette informalité est un élément d'influence peut être difficile à apprécier. Ce pays s'investit néanmoins dans la recherche d'alternatives à l'IC et l'amélioration de ses pratiques.

3.3.3 La Finlande

Avec 61 lits pour 100 000 citoyens, la capacité de la Finlande est en diminution constante depuis 1993. [65]



3.3.3.1 L'insuffisance d'une campagne de diminution des IC

Une étude de grande ampleur par Välimäki et al. [91] est publiée en 2019 sur un modèle d'analyse statistique à plusieurs niveaux ("*polynomial model of quadratic form*"). Ce travail est mené en Finlande sur la base de données nationales "*Finnish National Care Register for Health Care*" (registre finlandais pour les soins de santé). Il est expliqué en introduction qu'en 2009, le ministère de la Santé a établi la nécessité de la réduction des mesures coercitives, au vu des effets négatifs sur le vécu du patient. Ces mesures ne sont possibles que dans le cadre légal d'une hospitalisation. Ainsi, la désinstitutionnalisation des soins psychiatriques est très active, avec les taux parmi les plus hauts d'Europe (50% de réduction des lits en psychiatrie entre 1993 et 2011). Ceci est possible grâce, entre autres, à une plus grande participation des patients dans les soins ambulatoires, avec des chiffres équivalant jusqu'à 12 fois ceux en soins hospitaliers.

Des facteurs propres aux patients les rendant plus à risque de faire l'objet des mesures coercitives (médication forcée, isolement, contention) sont identifiés :

- Symptômes psychotiques ;
- Troubles mentaux organiques ;
- Jeune âge ;
- Perception de la coercition par le patient.

Selon les auteurs, la disponibilité d'une chambre d'isolement dans les services rendrait cette mesure plus acceptable aux yeux de l'équipe et son recours plus fréquent. La perception par les soignants d'une nécessité de sécurisation intervient également dans l'application des IC.

En ce qui concerne les résultats de l'étude : entre 1995 et 2014, la base comprenait 226 948 patients sur 92 unités psychiatriques, admis durant sur une période de 20 ans. Dans la figure 2 ci-dessous s'affichent les tendances avec le détail des mesures coercitives :

- Prévalence totale d'au moins une mesure coercitive par patient : 9,8%
- Isolement : 6,9 % ;
- Contention des membres : 3,8% (le seul avec une décroissance nette) ;
- Injections forcées de médicaments : 2,6%
- Contention physique : 0,8%.

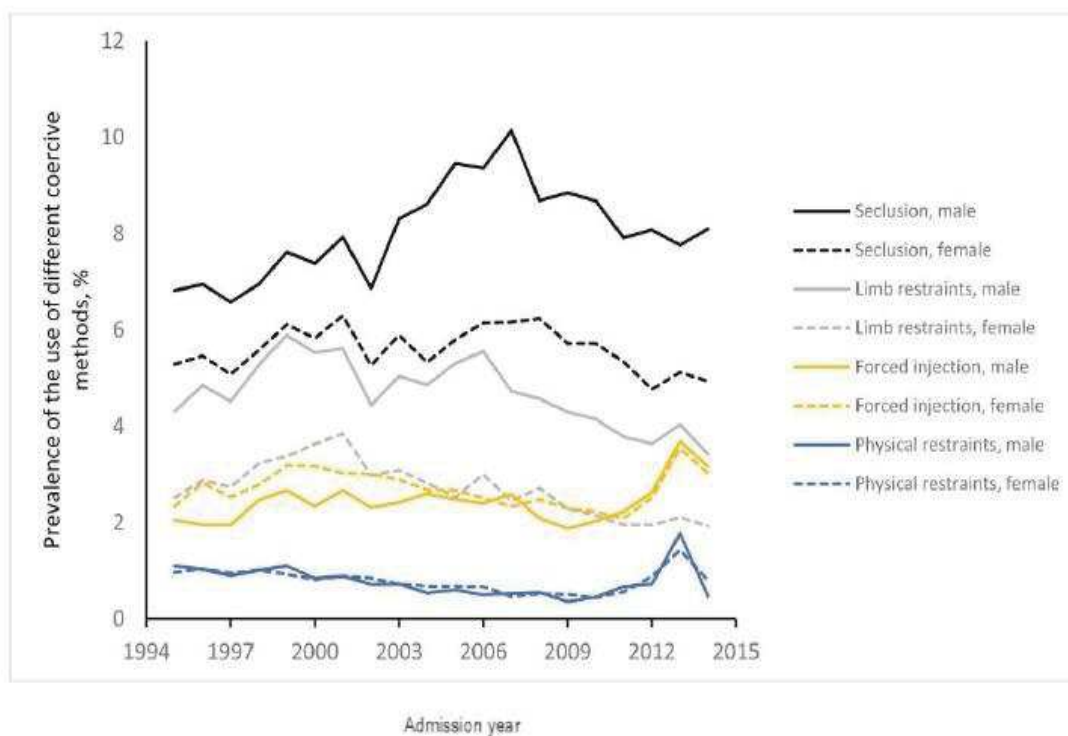


Fig. 2 Gender difference in time trend of prevalence of different coercive treatment methods: raw data

Une diminution temporaire en 2002 aurait suivi les nouvelles réglementations “*Mental Health Act*”. Parallèlement, une insidieuse augmentation des taux de médication forcée depuis 1997 est en stabilisation, avec des fluctuations entre 1998 et 2002. Les taux d'isolement seul décollent depuis 2002, pour atteindre 10% (pour les hommes plutôt que les femmes). Les raisons derrière cette tendance ne sont pas claires, mais un évènement en particulier en octobre 2002 a profondément marqué le pays [92] : un étudiant de 19 ans, porteur d'une bombe fabriquée par lui-même, a causé la mort de sept innocents et blessé 159 personnes dans un centre commercial à Vantaa. L'opinion publique critique sévèrement le système de santé et sa réaction aux comportements agressifs.

Une nouvelle réglementation (moyennement efficace) vient atténuer entre 2009 et 2015 cette malheureuse tendance, comme observé par Valimaki en 2019 [73,93]. Les taux d'isolement redescendent mais restent pourtant plus élevés que ceux du début de l'étude en 1995. Vers 2013, l'augmentation de la médication forcée et de la contention physique coïncide à cette réduction (insuffisante) des taux d'isolement et contention mécanique.

Au total, les résultats de cette étude montrent des tendances discordantes : l'isolement pour les hommes et la médication forcée pour les deux genres ont augmenté après 20 ans d'étude, à l'inverse des autres mesures coercitives. Pourtant, selon les auteurs la Finlande présente les taux les plus hauts du monde en termes de nombre de psychiatres soignants par habitant, satisfaction de vie des habitants, de sécurité, et de capital humain (systèmes sociaux et de santé). Il en est de même pour les moyens financiers investis par l'Etat dans les systèmes de santé et services sociaux (150 millions d'euros / an). Le manque de personnel ou de moyens ne peut expliquer ces chiffres au niveau de la coercition. Les auteurs proposent une hypothèse afin de comprendre cette persistance des moyens coercitifs malgré les efforts du gouvernement. Les soignants relatent une attitude plutôt positive envers ces mesures coercitives. Bien que considérées comme ne relevant pas de soins véritables, elles sont jugées comme nécessaires en termes de sécurité. De ce fait, la Finlande peut être vue comme culturellement très différente de l'Angleterre et de l'Italie à ce sujet.

L'article suggère en conclusion une meilleure formation aux mesures alternatives des professionnels, de préférence non invasives comme :

- L'usage de la médication forcée plutôt que l'isolement ;
- La création de “*Soft rooms*” (chambres douces) pour l'apaisement au lieu des chambres d'isolement ;
- Des “one to one sittings” (assise tête à tête), où un soignant reste constamment avec le patient.

Leur application effective reste encore à explorer dans de futures études.

3.3.3.2 Le rapport du CPT sur l'IC

Le CPT conclue en 2020 pour la Finlande [73] :

Il est louable que l'utilisation de la contention fût gouvernée par des protocoles intérieurs bien détaillés, et que le personnel soignant recevait des formations régulières autour de l'application des techniques de la contention physique. Néanmoins, l'hôpital Kellokoski devrait augmenter ses efforts sur la réduction de la fréquence de l'isolement, et de la durée des IC. Le Comité recommande que chaque patient en isolement soit surveillé constamment et individuellement par un membre du personnel. En outre, la sédation chimique doit être tracée dans un registre et dans son dossier médical.

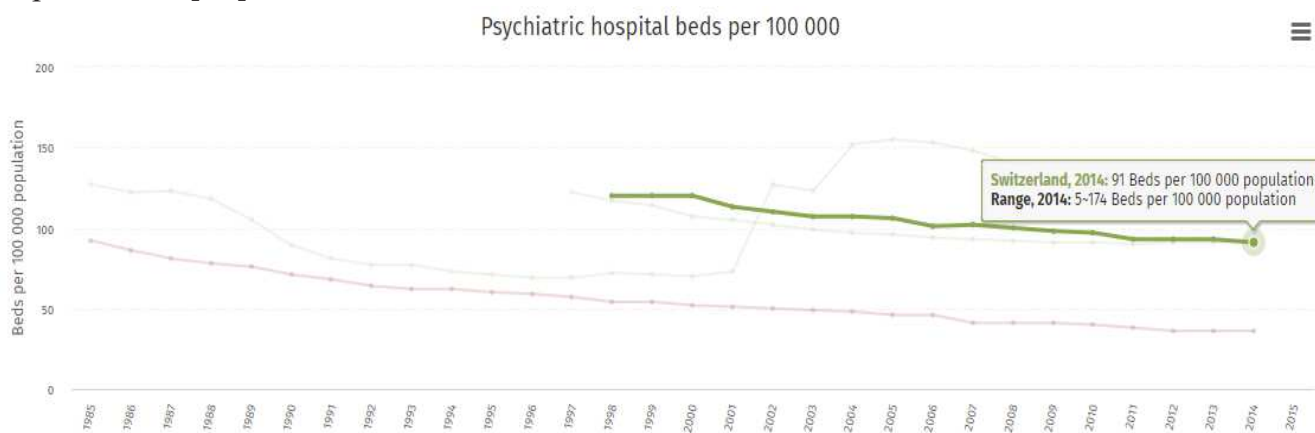
3.3.3.3 Conclusion

Cet article n'apporte pas de preuves d'une baisse de l'isolement et de la contention effective, malgré les politiques gouvernementales finlandaises. Néanmoins, les taux relativement moindres d'IC en comparaison du reste de l'Europe (à priori, et probablement lié au bien-être économique et sociétal du pays) et une politique de soins ambulatoires légitiment la place de la Finlande dans cette catégorie de cette revue de littérature.

3.4 Les pays en cours de régularisation de leurs protocoles

3.4.1 La Suisse

Avec 91 lits pour 100 000 citoyens, la Suisse montre une légère diminution de sa capacité depuis 1997. [65]



La littérature suisse est probablement la plus documentée et facilement accessible dans ce domaine, avec de nombreuses initiatives en recherche très intéressantes.

3.4.1.1 Les profils de patients les plus probables de subir une contention

Une étude de Hotzy et al. [94] à l'hôpital psychiatrique de Zürich, publiée en 2018, a confronté des modèles statistiques de prédiction (programme "SPSS 23.0 -IBM Corp. Released 2011. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonik, NY : IBM Corp.3) for Windows") de mise en contention d'une population de patients selon leur données démographiques. Sur 170 patients, le nombre total d'isolements était de 34 (soit 20%) avec une durée moyenne de 9 heures. 15% des patients ont reçu des "épisodes de mesures de coercition médicamenteuse" (orale ou intramusculaire), et un seul épisode (1%) de contention de 12 heures.

Les facteurs prédictifs identifiés (détaillés dans le tableau dessous) sont :

- Des hommes ;
- Violents avant admission ;
- Diagnostiqués psychotiques ou d'un trouble de la personnalité ;
- Avec des antécédents d'hospitalisations fréquentes et de durée longue.

TABLE 2 | Seclusions in years 2010 to 2018.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total number of seclusion	54	74	35	63	111	139	137	96	273
Mean duration in seclusion	126:57	75:40	35:24	5:36	4:37	13:14	5:30	6:01	13:18
Median duration in seclusion	75:37	20:30	7:00	1:30	2:00	2:00	2:05	4:07	13:00
Number of patients in seclusion	40	30	16	18	19	24	20	20	23
Female (%)	4 (10.0)	6 (20.0)	3 (18.8)	4 (22.2)	3 (15.8)	6 (25.0)	2 (10.0)	1 (5.0)	4 (17.4)
Male (%)	36 (90.0)	24 (80.0)	13 (81.2)	14 (77.8)	16 (84.2)	18 (75.0)	18 (90.0)	19 (95.0)	19 (82.6)
Max. number per pat. in seclusion	5	15	10	13	30	52	36	29	132
Min.-duration in seclusion	1:15	0:25	0:45	0:15	0:25	0:15	0:05	0:20	0:10
Max.-duration in seclusion	439:45	744:30	322:45	49:30	43:25	1177:30	47:00	14:10	684:39
Min.-duration per pat./year in seclusion	1:15	1:00	1:40	1:12	2:00	0:45	1:00	0:20	1:30
Max.-duration per pat./year in seclusion	828:30	1032:45	352:55	73:45	118:32	1241:45	482:50	327:09	1612:48
Mean duration per pat./year in seclusion	171:23	169:48	78:41	19:37	25:08	79:27	37:40	28:54	158:00
Median duration per pat./year in seclusion	106:45	82:03	41:00	14:20	13:40	11:00	8:37	4:45	14:53

Durations are reported in the format hh:mm.

En conclusion, l'incorporation de données cliniques et démographiques permet statistiquement d'évaluer le risque d'être exposé à de la coercition chez les patients en psychiatrie. Les modèles de prédiction par algorithmes sont un outil prometteur pour des études à venir, surtout si d'autres variables sont incorporées. Une meilleure connaissance du risque individuel permettrait même d'éviter ce genre d'événement.

3.4.1.2 Une diminution des mesures d'IC pendant un période d'observation

De nouveau à la clinique de Zürich (la plus grande du pays en termes d'admissions de patients), Lau et al. [95] ont publié en 2020 un travail d'observation de neuf ans avec pour objectif la baisse des recours aux moyens coercitifs. Après une première visite par un comité, la

documentation détaillée de mesures coercitives devient obligatoire avec des rapports spécifiques. Le changement d'usage de ces mesures a été analysé de 2010 à 2018, avec une nette tendance vers une réduction en nombre total, durée et sévérité des mesures coercitives (cf. tableau ci-dessous).

TABLE 3 | Absolute and relative distribution of relevant predictor variables.

Variable code	Variable description	Coercion experienced	No coercion experienced
R13a	Threat of violence during current inpatient treatment	83/129 (64.3)	30/221 (13.6)
R20a	Violence toward others during current inpatient treatment	62/131 (47.3)	12/227 (5.3)
PH12a	Direct coercive measure applied in past psychiatric inpatient treatment	89/111 (80.2)	61/192 (31.8)
PANSSH28	PANSS-adopted scale at admission: Poor impulse control	98/131 (74.8)	83/224 (37.1)
PANSSH22	PANSS-adopted scale at admission: Uncooperativeness	97/131 (74)	90/224 (40.2)
R8a	Haloperidol prescribed during current inpatient treatment	72/130 (55.4)	57/225 (25.3)
PANSS SCORE ADMH (mean, SD)	Total PANSS score at admission	21.47 (13.03)	17.84 (14.47)
R9e (mean, SD)	Olanzapine equivalent dose at discharge	52.28 (17.83)	42.29 (19.98)
PANSSH7	PANSS-adopted scale at admission: Hostility	84/131 (64.1)	81/224 (36.2)
R2B	Estimated legal prognosis		
	Favorable	18/110 (16.4)	53/200 (26.5)
	Sufficient	16/110 (14.5)	62/200 (31)
	Doubtful	27/110 (24.5)	35/200 (17.5)
	Unfavorable	49/110 (44.5)	50/200 (25)

SD, standard deviation; PANSS, positive and negative syndrome scale.

Ainsi, des documents standards sont efficaces pour la réduction active des taux d'IC. Leurs auteurs doivent y inclure des mécanismes de prévention, les rédiger en considérant l'éthique et fournir des efforts pour assurer des traitements humains et adéquats.

3.4.1.3 L'application de l'"open door" policy réduit également l'IC

Toujours en 2018, Hochstrasser et al. [96] ont analysé sur six ans les effets de l'application de l'"open door policy" sur le taux de recours à l'isolement et la médication forcée dans un département de psychiatrie adulte à Basel. La politique "open door" est associée à une baisse efficace et continue de l'isolement de 8,2 à 3,5% et de la médication forcée de 2,4 à 1,2% (cf. tableau ci-dessous).

Table 3
Descriptive statistics of outcome variables.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	P-value
Number of cases	2924	2848	2873	2989	2922	2803	
Seclusion							
Cases with at least one seclusion	239 (8.2%)	224 (7.9%)	164 (5.7%)	126 (4.2%)	125 (4.3%)	97 (3.5%)	$P < .001^b$
Mean number of seclusion	5.1 ± 8.7	3.7 ± 4.3	3.3 ± 4.5	3.2 ± 3.2	2.6 ± 3.7	2.9 ± 3.4	$P < .001^a$
Mean duration of seclusion (hours)	27.1 ± 16.4	25.7 ± 12.1	20.9 ± 7.6	21.3 ± 8.7	20.1 ± 7.2	18.2 ± 6.5	$P < .001^a$
Forced medication (FM)							
Cases with at least one FM	70 (2.4%)	64 (2.2%)	67 (2.3%)	49 (1.6%)	34 (1.2%)	35 (1.2%)	$P < .001^b$
Mean number of FM	2.3 ± 3.2	2.4 ± 3.6	3.3 ± 4.7	1.4 ± 0.7	1.2 ± 0.4	1.2 ± 0.5	$P = .003^a$

Values are given as number (percentage) for nominal variables and in mean ± standard deviation for continuous variables. To enhance the interpretability of the sample description, P-values from exploratory analyses are presented.

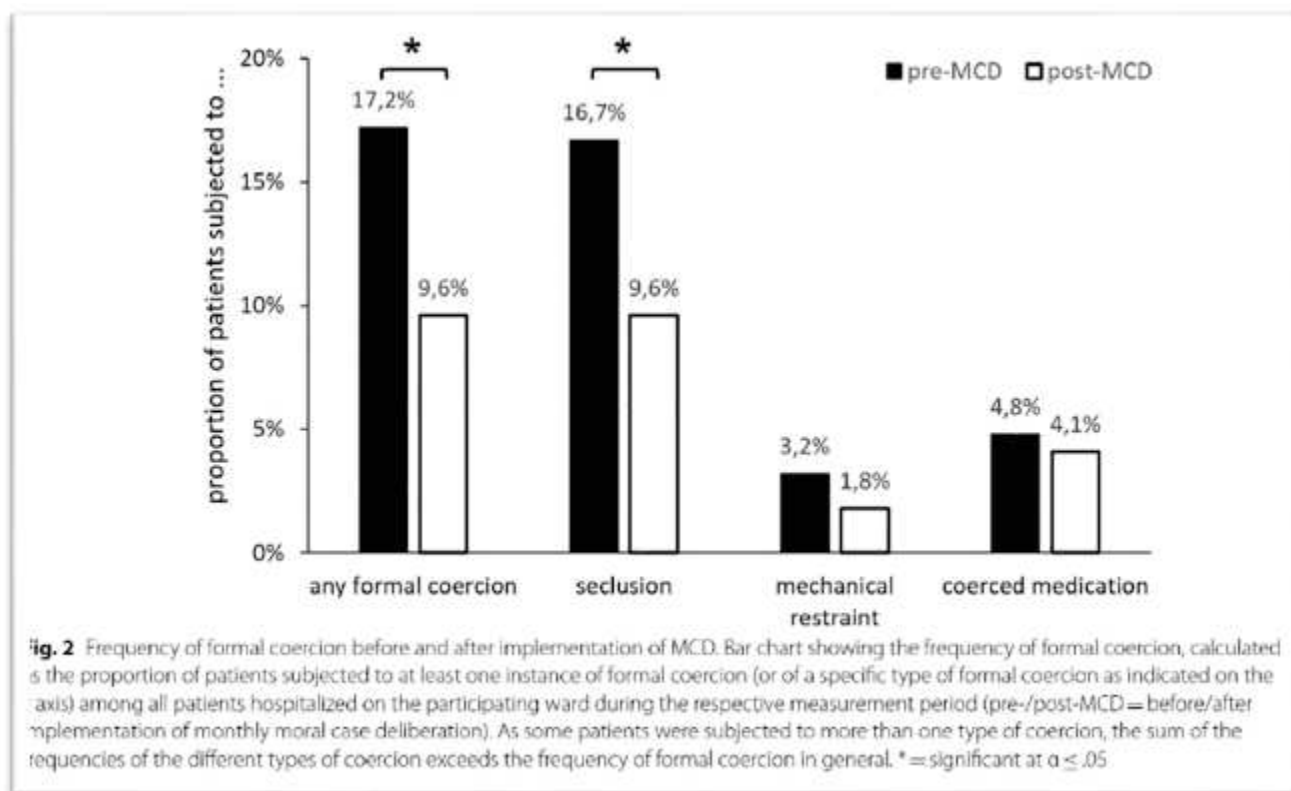
^a One-way ANOVA.

^b χ^2 -test.

3.4.1.4 Accompagner les équipes

En 2022 une étude pilote bi-centrée menée par Stoll et al. [97], a recensé les effets d'un support d'éthique clinique sur les mesures coercitives en psychiatrie. Les délibérations sur un cas moral "MCD" ("Moral Case Deliberation") sont des réunions focalisées sur la coercition imposée lors d'un évènement spécifique, de fréquence mensuelle et avec 8-10 soignants. Après environ 12 MCD, les chercheurs ont observé (cf. Tableau ci-dessous) :

- Baisse en fréquence des isolements de 16,7 à 9,6% ;
- Baisse des contentions de 3,2 à 1,8% ;
- Baisse de la médication forcée de 4,8 à 4,1%.



De même, la baisse de l'approbation pour des mesures coercitives parmi les soignants est mise directement en lien avec un nombre croissant de sessions MCD.

Cette étude permet de conclure que les supports d'éthique clinique comme les MCD sont un outil efficace (sous utilisé ?) pour la réduction de la coercition, et pour améliorer la qualité des soins.

3.4.1.5 L'IC dans un contexte de suicidalité ou de barrière de langue

Deux études sur les patients suicidaires et les migrants démontrent une réduction possible et importante de l'IC grâce à une meilleure communication et un meilleur accompagnement de

ces patients potentiellement plus à risque que d'autres. Ceci est vrai, même pour les patients habituellement sujets à l'IC, souffrant de troubles psychotiques par exemple (qui peuvent être comorbides aux deux situations suscitées).

En 2022, une étude rétrospective de cohorte réalisée par Gavrilovic et al. [98] dans des "services psychiatriques intégrés" de Winterhur se focalise sur le recours aux méthodes coercitives chez les patients suicidaires avec comme questionnement "routine ou exception ?" La "suicidalité" est cotée "aigüe" ou "très haute" au moins une fois durant l'hospitalisation dans 3,7% des cas. Parmi eux, sont exclus les isolements non dus exclusivement au comportement suicidaire. L'isolement coercitif a été imposé uniquement en lien avec la suicidalité pour 33,3% des cas restants, tandis que 66,7% n'ont pas été isolés. Selon cette étude, le taux d'isolement parmi les suicidaires varie considérablement entre les différents services hospitaliers (de 13,0% à 55,3%). Les patients suicidaires n'ayant pas de statut résident suisse et/ou manquant d'outils linguistiques étaient particulièrement sujets à l'isolement. De plus, les interventions additionnelles sont proposées et pourvues de manière plus fréquente chez les patients non isolés (cf. Tableau ci-dessous).

Table 2 Frequencies of specific measures in secluded and nonsecluded suicidal patients

Intervention		Secluded patients (n = 53) n (%)	Nonsecluded patients (n = 106) n (%)	p value
One conversation	Applied	38 (71.7%)	104 (98.1%)	<.001
	Offered, but refused	6 (11.3%)	1 (0.9%)	
	Not offered	9 (17.0%)	1 (0.9%)	
Multiple conversations	Applied	2 (3.8%)	32 (30.2%)	<.001
	Offered, but refused	2 (3.8%)	1 (0.9%)	
	Not offered	49 (92.5%)	73 (68.9%)	
In visual range of nursing staff	Applied	1 (1.9%)	4 (3.8%)	.557
	Offered, but refused	1 (1.9%)	0 (0.0%)	
	Not offered	51 (96.2%)	102 (96.2%)	
Active surveillance ^b	Applied	0 (0.0%)	46 (43.4%)	<.001
	Offered, but refused	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	Not offered	53 (100%)	60 (56.6%)	
Passive surveillance ^c	Applied	1 (1.9%)	5 (4.7%)	.776
	Offered, but refused	0 (0.0%)	1 (0.9%)	
	Not offered	52 (98.1%)	100 (94.3%)	
Medication (without coercion)	Applied	13 (24.5%)	66 (62.3%)	<.001
	Offered, but refused	8 (15.1%)	5 (4.7%)	
	Not offered	32 (60.4%)	35 (33.0%)	
One-to-one intensive care ^a	Applied	2 (3.8%)	3 (2.9%)	.999
	Offered, but refused	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	Not offered	51 (96.2%)	102 (97.1%)	
Open seclusion room/voluntarily seclusion	Applied	0 (0.0%)	9 (8.5%)	.030
	Offered, but refused	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	Not offered	53 (100.0%)	97 (91.5%)	
Smoking a cigarette	Applied	2 (3.8%)	2 (1.9%)	.601
	Offered, but refused	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	Not offered	51 (96.2%)	104 (98.1%)	
Contact family/relatives/reference person	Applied	0 (0.0%)	11 (10.4%)	.016
	Offered, but refused	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	Not offered	53 (100.0%)	95 (89.6%)	
Eat/drink something	Applied	0 (0.0%)	7 (6.6%)	.096
	Offered, but refused	0 (0.0%)	1 (0.9%)	
	Not offered	53 (100.0%)	98 (92.5%)	
Other intervention ^d	Applied	0 (0.0%)	9 (8.5%)	.030
	Offered, but refused	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	Not offered	53 (100.0%)	97 (91.5%)	
At least one of the aforementioned interventions	Applied	40 (75.5%)	106 (100.0%)	<.001
	Offered, but refused	6 (11.3%)	0 (0.0%)	
	Not offered	7 (13.2%)	0 (0.0%)	

Notes: Group comparisons were performed using Pearson's χ^2 tests, Fisher's exact tests, Mann-Whitney U tests or t tests

^a Information was missing value for one nonsecluded patient

^b Nurses proactively observe the patient

^c Patients are instructed to report to the nursing staff immediately in the case of crisis

^d Developing skills, going to sleep, receiving an infusion, signing a nonsuicide contract, etc.

En 2022, Miteva et al. [99] (d'instituts suisses, équatoriens et espagnols) se penchent sur l'impact du niveau linguistique de migrants sur le recours aux traitements en santé mentale, avec le titre illustratif "*Lost in Translation*" (titre d'un film américain).

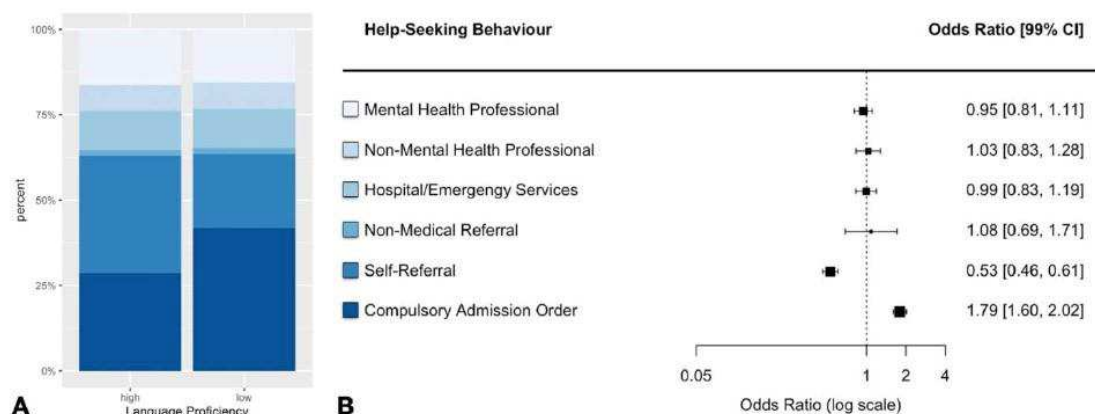


Fig. 1. Help-Seeking behaviour leading to admission, according to language proficiency in the Pre-Match Study Population. A. Distribution of Help-Seeking behaviour; B. Odds Ratio and 99% Confidence Intervals.

Il s'avère que les patients ayant un niveau linguistique faible avaient une probabilité plus haute d'admission en SSC, résultat qui demeure même après ajustement des facteurs confondants (voir figure 1 au-dessus). Pendant leur séjour, ils avaient des taux plus élevés de médication forcée et d'isolement/contention. De plus, les patients admis initialement en soins libres avaient une probabilité plus élevée d'être par la suite en SSC. Les deux groupes ont une amélioration similaire tant au niveau clinique qu'au niveau de satisfaction patient. Les auteurs concluent que cela démontre bien que le faible niveau linguistique est un facteur de risque pour des mesures coercitives pendant l'hospitalisation, d'où la nécessité d'une augmentation de la sensibilité linguistique dans les soins psychiatriques (cf. Tableau 2 ci-dessous).

Table 2. Clinical and service outcomes of the Propensity Score Matched Sample according to language proficiency level.

	Language Proficiency		Statistic	p	SMD
	High	Low			
	n = 2101	n = 2101			
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Admission					
CGI-S	4.90 (1.10)	4.92 (1.06)	t(2100) = 0.45	0.65	0.014
HoNOS sum score	20.29 (7.17)	20.33 (7.06)	t(2100) = 0.20	0.84	0.006
HoNOS Items ≥ 3	4.21 (2.14)	4.21 (2.21)	t(2100) = 2.39	0.90	0.004
Discharge					
CGI-I	2.59 (0.97)	2.59 (1.00)	t(2100) = 0.07	0.94	0.002
HoNOS sum score	11.61 (7.31)	12.06 (7.53)	t(2100) = 2.03	0.047	0.061
HoNOS Items ≥ 3	1.48 (2.14)	1.62 (2.21)	t(2301) = 2.83	0.042	0.063
Clinical Outcomes					
HoNOS difference score	8.67 (7.86)	8.26 (7.32)	t(2100) = 1.74	0.08	0.038
HoNOS percentage of change	43.53 (35.52)	42.54 (32.54)	t(2100) = 0.89	0.37	0.029
Coercive Measures					
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>			
Compulsory Retention Order	96 (4.2)	169 (7.3)	$\chi^2(1, 2101) = 20.76$	<0.001	0.018
Forceful Medication	60 (2.6)	125 (5.43)	$\chi^2(1, 2101) = 23.01$	<0.001	0.125
Seclusion / Restraint	60 (2.6)	129 (5.60)	$\chi^2(1, 2101) = 25.01$	<0.001	0.131
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Length of Stay (days)	24.04 (25.98)	24.73 (27.20)	t(2100) = 0.85	0.39	0.026
Discharge Type					
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>			
Regular	1974(94.0)	2005 (95.4)	$\chi^2(2, 2101) = 4.26$	0.039	0.066
Irregular	117 (5.6)	83 (4.0)	$\chi^2(2, 2101) = 5.71$	0.017	0.076
Death/Suicide	10 (0.5)	13 (0.6)	$\chi^2(2, 2101) = 0.17$	0.67	0.019
Service Use					
	<i>N (%)</i>	<i>N (%)</i>			
Readmission	710 (33.8)	763 (36.3)	$\chi^2(2, 2101) = 2.82$	0.09	0.053
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>			
Time to Readmission (days)	106.42 (104.42)	98.46 (102.54)	t(2100) = 1.22	0.22	0.077
Readmission	1.40 (0.88)	1.42 (0.87)	t(2101) = 0.70	0.49	0.021
Voluntary readmission	1.39 (0.86)	1.37 (0.78)	t(2100) = 1.33	0.18	0.077
Compulsory readmission	1.15 (0.48)	1.21 (0.59)	t(2101) = 1.93	0.05	0.010

HoNOS: Health of the Nation Outcomes Scales; CGI-S: Clinical Global Impression-Severity; CGI-I: Clinical Global Impression-Improvement.

3.4.1.6 Le rapport du CPT sur l'IC

Concernant la Suisse, le CPT rapporte en 2022 [73] :

Le CPT est préoccupé par le fait que la clinique de Königsfelden n'avait pas de registre spécial consignant le recours à la mise à l'isolement et aux autres moyens de contention. La délégation n'a pu obtenir que quelques données statistiques et a dû consulter une multitude de dossiers contenant les formulaires individuels de consignation établis à chaque recours aux différents moyens de contention afin d'évaluer leur application en pratique. Cependant, même la documentation fournie n'était pas fiable. [...] En outre, plusieurs formulaires individuels n'indiquaient ni la durée exacte de la contention mécanique, ni la date de fin de la mesure d'isolation ou de contention mécanique, ni le temps exact de début et de fin de cette mesure. L'expérience montre qu'une consignation détaillée et rigoureuse des cas de recours à la contention peut fournir à la direction de la clinique un aperçu de leur ampleur et lui permettre de prendre des mesures, le cas échéant, pour en diminuer la fréquence. A l'établissement fermé de Curabilis, la contention mécanique ne semblait pas pratiquée dans les unités de mesure mais pouvait l'être dans l'UHPP.

[...] Le CPT a des réserves concernant la participation active de membres du personnel de sécurité interne à la contention des patients. Bien que les membres de l'équipe de sécurité interne aient reçu une formation d'une semaine à cet égard, de l'avis du Comité, l'équipe soignante devrait être en nombre suffisant et formée afin de pouvoir immobiliser un patient sans devoir recourir à la présence d'une équipe de sécurité. Cela pourrait également impliquer de devoir employer d'avantage d'infirmiers, y compris masculins, au sein de l'équipe soignante.

En ce qui concerne la durée du recours à des moyens de contention, alors que le nombre de fois où la contention mécanique et l'isolement étaient utilisés n'était pas excessif à la clinique de Königsfelden, le CPT est préoccupé quant à un certain nombre de cas de contention mécanique prolongée qui dureraient plusieurs jours d'affilée.

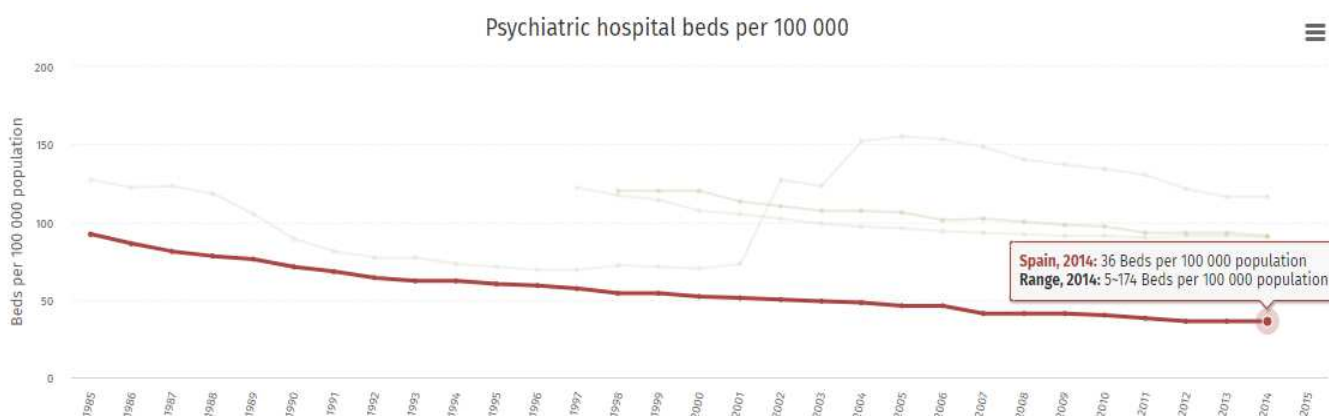
La délégation n'a pu examiner le recours à la contention chimique en raison du manque d'informations mises à disposition. Cependant, d'après les lignes directrices, chaque contention mécanique était toujours combinée avec une médication (voire une contention chimique). Il est rappelé qu'une telle pratique ne peut se justifier que si cela permet de limiter la durée de l'application de la contention ou si elle s'avère nécessaire pour éviter d'infliger de graves préjudices au patient et à autrui.

3.4.1.7 Conclusion

La Suisse est bien investie dans la diminution des IC, mais pour l'instant plutôt au niveau théorique. Le rapport du CPT révèle que certains établissements avaient des carences basiques au niveau de la traçabilité ou de la durée de la contention. La persistance de failles autour de l'IC en concomitance avec des initiatives de recherche actives, rendent le terrain propice à la remise en question au niveau pratique.

3.4.2 L'Espagne

Avec 36 lits pour 100 000 citoyens, la capacité de l'Espagne est en diminution progressive depuis 40 ans ; avec aujourd'hui un des taux les plus bas d'Europe. [65]



Les pratiques espagnoles montrent une fragmentation au niveau des protocoles d'IC au niveau national. Jusqu'en 2021 il n'y avait pas d'études sur les interventions régionales afin de diminuer l'utilisation d'IC. Pendant une période de 30 mois, entre 2012 et 2015, Guzman et al.[100] ont analysé les taux d'IC dans les pavillons de psychiatrie adulte en Andalousie. Sur 100 lits, ils ont constaté 1,3 évènements de contention, avec une durée de 20,6 heures pendant la période d'observation. Une diminution significative a été atteinte sur la durée de la contention (-0,45% ; $p = 0,149$), mais pas sur son incidence (-1,79%, $p < 0,001$). Cette étude montre également une tendance à combiner sédation chimique et contention, avec seulement 28% des patients ayant été contentionnés sans sédation chimique. En revanche, Guzman et al. citent dans leur article une étude norvégienne réalisée par Knutzen en 2013 [101]. Elle a démontré qu'à peine plus de 1/3 des patients ont subi les deux mesures coercitives combinées. Les auteurs lient l'incrémentation de la double coercition espagnole sur la supposition que la durée et le mal-être subjectif provoqués par la contention mécanique peuvent être atténués par la co-administration de la sédation (modus operandi bien répandu en France aussi). Cette double coercition est moins acceptée en Espagne, en attente de recherche supplémentaire.

3.4.2.1 L'IC aggrave l'état psychique des patients

Guzman-Parra et al. [102] démontrent en 2016 l'incidence entre la fréquence d'utilisation des contentions mécaniques et les troubles du comportement (cf. Tableau 1 ci-dessous). Ils recommandent leur limitation car aggravant le comportement des patients.

Table 1
Differences between multiple episodes and single episode of mechanical restraint.

Characteristics of patients restrained	n	One restraint (n=103)		> 1 restraint (n=71)		Unadjusted Odds Ratio	p	Adjusted Odds Ratio	p
		n	%	n	%				
Gender									
Female (Reference)	50	32	64.0	18	36.0				
Male	124	71	57.3	53	42.7	1.327	0.414	1.169	0.667
Marital Status									
Single (Reference)	121	69	57.0	52	43.0				
Married	19	12	63.2	7	36.8	0.774	0.615	0.890	0.795
Separate/Widowed	34	22	64.7	12	35.3	0.724	0.423	1.039	0.951
Nationality									
Spanish (Reference)	139	85	61.2	54	38.8				
Immigrant	35	18	51.4	17	48.6	1.487	0.297	1.495	0.322
Primary Diagnosis									
F10-F19 (Reference)	33	19	52.8	17	47.2				
F20-F29	66	40	60.6	26	39.4	0.726	0.445	0.468	0.089
F30-F39	42	25	59.5	17	40.5	0.760	0.550	0.605	0.286
F40-F49	7	7	100	0	0	0	0.999	0	0.999
F60-F69	12	5	41.7	7	58.3	1.565	0.507	1.624	0.476
Others diagnostics	11	7	63.6	4	36.4	0.639	0.528	0.543	0.409
Age (M/SD)	174	39.8 ^a	12.7 ^b	36.9 ^a	11.4 ^b	0.981	0.128	0.970	0.033
Cumulative length of stay (M/SD)	174	27.7 ^a	38.1 ^b	54.9 ^a	63.7 ^b	1.011	0.002	1.013	0.001
Characteristics of hospitalization with restraint									
n	210	One restraint (n=147)		> 1 restraint (n=63)		Unadjusted Odds Ratio	p	Adjusted Odds Ratio	p
		n	%	n	%				
Year of admission									
2012 (Reference)	95	59	62.1	36	37.9				
2013	63	48	76.2	15	23.8	0.512	0.066	0.066	0.030
2014	52	40	76.9	12	23.1	0.492	0.070	0.070	0.053
Previous admission (30 days)									
No (Reference)	186	125	67.2	61	32.8				
Yes	24	22	91.7	2	8.3	0.186		0.170	
Legal status of the admission									
Voluntary (Reference)	6	5	83.3	1	16.7				
Involuntary	204	142	69.6	62	30.4	2.183		2.240	
Characteristics of admission									
Programmed (Reference)	40	28	70.0	12	30.0	1.000		1.314	
Not programmed	170	119	70.0	51	30.0				
Length of stay (M/SD)	210	14.7 ^a	12.2 ^b	20.7 ^a	14.8 ^b	1.033	0.004	1.036	0.003

F10-F19: Substance abuse; F20-F29: Psychotic disorders; F30-F39: Mood disorders; F40-F49: Anxiety disorders; F60-F69: Personality disorders. M=Mean, SD=Standard deviation.

Regarding the logistic model for patients, the Odds Ratios were adjusted by age, gender, nationality, and cumulative length of stay except for the diagnosis, which was adjusted only for cumulative length of stay. In the second model for hospitalization the Odds Ratios were adjusted by length of stay, year of admission, previous admission (30 days), and legal status of the admission.

In boldface: $p < 0.05$.

^a Mean.

^b Standard deviation.

Dans ce sens, en 2017, un protocole [103] est édité à la gestion des agitations psychomotrices et des recommandations quant aux méthodes, durée et alternatives thérapeutiques à l'IC faisant consensus d'expert et ratifié par la Société Catalane de Psychiatrie et Santé Mentale, la Société Espagnole de Psychiatrie Biologique (SEPB) et le Centre de Recherche Espagnol en Santé Mentale. Il est théoriquement applicable dans tous les centres de soins du pays. Aujourd'hui il n'y a pas eu d'évaluation sur l'implémentation au niveau national de ce protocole, et un potentiel effet sur les taux d'IC depuis.

3.4.2.2 Changer efficacement les pratiques d'IC

En 2020 Fernández-Costa et al. [104] publient une revue de littérature sur 21 articles concernant les alternatives à l'IC. Six méthodes ont été retenues, avec des effets significativement efficaces pour la réduction du recours à l'IC :

1. Formation des équipes : promouvoir les compétences de méthodes non invasives chez les professionnels gérant les patients ayant des comportements agités ou violents ;
2. Evaluation du risque : utiliser des outils d'évaluation pour identifier les risques de violence et les personnes à risque d'escalade vers de l'agressivité et du trauma, guider pour réduire les escalades, utiliser des évaluations universelles de trauma ;
3. Utilisation des données partagées post-IC "pour informer sur la pratique" et "questionner les stratégies" : collecter, analyser les données dans telle unité sur son usage des IC/sédation, la démographie des équipes et des patients, les dommages causés par l'IC afin de les réduire ;
4. Implication du patient : assurer la participation totale et formelle du patient et de sa famille dans ses soins, et les inclure dans la prise de décision dans les unités hospitalières ;
5. Environnement thérapeutique : présenter un environnement où le patient se sent en sécurité, avec les stimuli suffisants pour l'autogestion, promouvoir la possibilité de participer sans être sur-stressé, forcé ou dépassé, et réduire l'agitation, l'anxiété, l'insomnie ;
6. Changements organisationnels : définir une philosophie de soins et assurer le développement des réductions d'IC à travers la guidance, la direction, la participation et une révision continue des pratiques par les autorités exécutives.

3.4.2.3 Le retour du CPT sur l'IC

L'Espagne est décrite ainsi par le CPT en 2020 [73] :

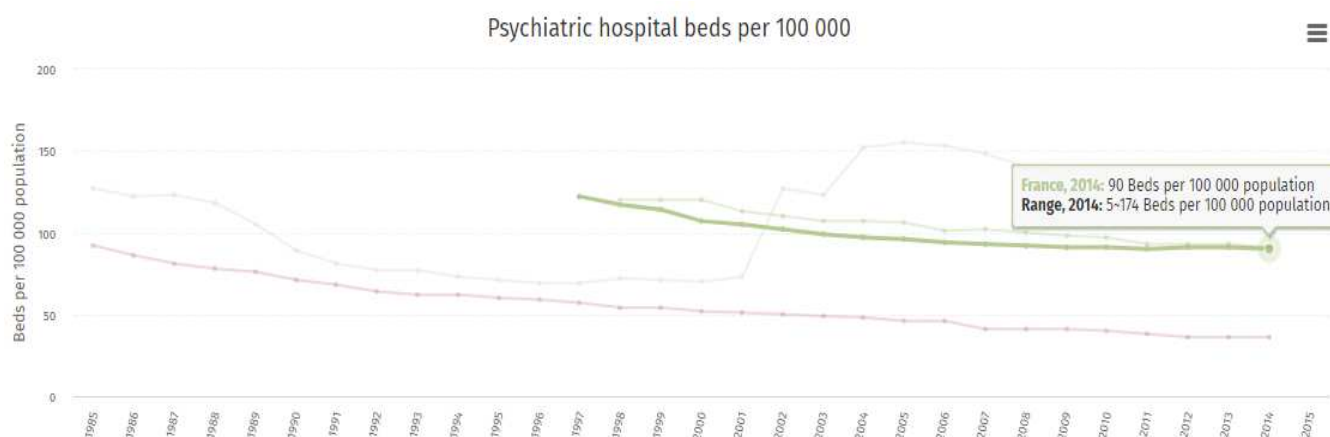
Tout en respectant la mesure, les patients faisaient quotidiennement de l'exercice en plein air dans le patio attenant ou dans le module d'origine. [...] Des patients, ont affirmé avoir été injectés de force sans leur consentement et sans avoir reçu de justification claire. L'examen de plusieurs enregistrements vidéo de la fixation des patients a révélé que les principes de l'instruction 03/2018 concernant la position de la fixation et les contrôles visuels effectués par le personnel étaient respectés. Cela dit, dans l'un des cas mentionnés au paragraphe 144, tout l'épisode de contrôle manuel d'un patient légèrement agité n'a pas été géré de manière professionnelle et un agent pénitentiaire a donné plusieurs coups de poing au patient après l'avoir cloué au sol. En outre, plusieurs autres patients ont allégué que le personnel n'avait pas répondu à leurs demandes de libération pour répondre aux besoins de la nature (les forçant à se mouiller et se salir), qu'ils avaient été retenus en sous-vêtements et médicamentés de force au lit.

3.4.2.4 Conclusion

L'Espagne est en train de remettre en question ses pratiques d'IC, mais seulement dans un contexte très spécifique semble-t-il. En 2017, elle a proposé un protocole pour la gestion de l'agitation psychomotrice. Il n'y a pas eu depuis d'études sur l'application ou l'efficacité de celui-ci. De même, il ne semble pas y avoir une standardisation de ses pratiques au niveau nationale.

3.4.3 La France

Avec 90 lits pour 100 000 citoyens, la capacité de la France est en légère diminution depuis 1995. [65]



La littérature française sur le sujet de l'IC est nombreuse, que ce soient des études, des articles dans la presse infirmière, les consensus d'experts, la recherche d'alternatives, etc. de

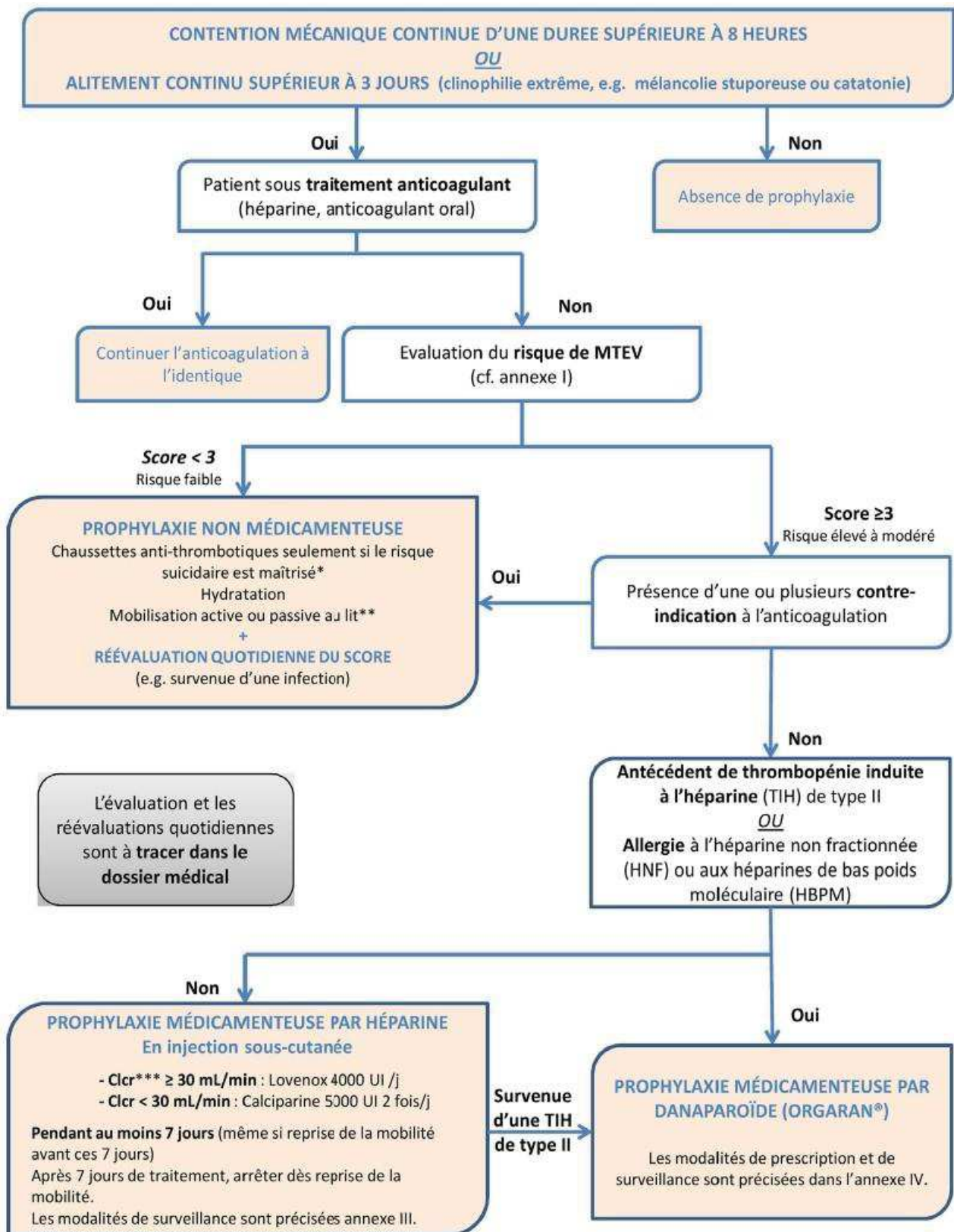
nombreuses initiatives signent l'intérêt et la volonté de changer les pratiques pointées par ailleurs comme problématiques. La prise de conscience est là, mais y a-t-il vraiment de *l'agir* ?

Aucune étude satisfaisante n'établit le rang de la France parmi un classement européen. Selon la méta analyse de Bak & Aggernaes [105] de 2012 (décrite dans la partie suivante traitant les pays nordiques), les données souvent incomplètes ne permettent pas une comparaison de la France aux autres pays. La méta analyse européenne "*Project EUNOMIA*" [66] n'incluait pas de centre d'étude en France. L'inclusion de ce pays dans cette catégorie est basée sur la qualité et la quantité de l'intérêt porté à ce sujet-là au niveau national ces dernières années.

3.4.3.1 La situation actuelle en France

Laurent et al. [106] tirent un bilan des SSC et des isolements en France avec leur travail publié en 2017 "Détention involontaire et mesures d'isolement en psychiatrie : où en sommes-nous aujourd'hui?", mené au centre régional du Centre-Val de Loire. 17% des patients étaient admis en SSC, dont 3% en SPI (+54% depuis 2013 !) et 11% en SPDT (-13 % depuis 2013). Les auteurs notent des chiffres inférieurs à la moyenne nationale (24% SSC en HC en 2015 et 15 jours d'isolement/patient) ; l'article mentionne ces chiffres sans donner la source. L'IC concerne 10% des patients en hospitalisation plein temps, dont 27% de ceux en SSC et 3% en SL. Ces chiffres sont stables. 25% des patients en isolement étaient en SL, ce qui peut étonner vu la législation française interdisant clairement toute mesure coercitive en de hors de SSC. Une remise en question s'impose en France, avec une politique nationale de réduction des IC. Cependant, les ressources financières nécessaires pour ce faire ainsi que la complexité des organisations institutionnelles s'avèrent être un obstacle possible dans les années à venir selon eux. Néanmoins, des données de 2018 ont été collectées incluant les contentions, avec pour projet la publication d'études plus précises sur le sujet à l'avenir.

Selon Du Montcel et al. en 2018 [107], les prescriptions d'isolement et de contention mécanique en France sont très standardisées par des réglementations lourdes à mettre en place dans la pratique. Les effets indésirables sont bien objectivés, tant au niveau somatique que psychique à long terme. Le débat est intense, mais le manque de moyens financiers pour des études, des réformes et des campagnes de sensibilisation pour leur réduction l'en empêche malgré les bonnes volontés. Dans ces protocoles, des arbres décisionnels sont également édités afin de réévaluer la pertinence des contentions mécaniques, renouvelées toutes les 6h avec une surveillance rapprochée et un examen médical à chaque période (diagramme ci-dessous). La sédation pharmacologique est décrite comme indispensable, préalable à la mesure de contention, qui est appliquée uniquement si échec de la médication en théorie.



*Contre-indications de la contention veineuse : risque suicidaire non maîtrisé, insuffisance artérielle dès le stade d'ischémie d'effort et fragilité cutanée

**Flexions et extensions de cheville par série de vingt, 3 fois par jour

*** ClCr : Clearance de la créatinine

Les auteurs rapportent qu'il n'existe malheureusement pas d'étude à grande échelle au niveau national sur les taux d'isolement et de contention mécanique, ni d'inclusion véritable de la France au niveau européen. Une comparaison et une véritable autoanalyse à des fins d'amélioration est difficile voire impossible. Ils citent une étude dans le service des urgences psychiatriques de l'hôpital Sainte Anne (Paris), [108] qui montre une prévalence de la contention mécanique à 1,4 %. En 2016, l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a publié le rapport du CGLPL sur l'isolement : "25 000 patients auraient passé une journée en isolement et la durée moyenne de l'isolement aurait été de 15 jours" [109].

3.4.3.2 Une étude sur les « établissements psychiatriques n'ayant pas ou peu recours à des mesures de contrainte »

Financée par l'Institut pour la recherche de santé publique (Iresp), l'étude Plaid-Care [110] se déroulera de Novembre 2021 à Octobre 2023 sur ces "établissements moins coercitifs" afin d'élucider "les acteurs, les outils, les savoirs, les compétences ainsi que les formes d'organisation, de coordination et de coopération" et "les effets des politiques de moindre recours sur le parcours de soins, et sur le vécu des patients et des professionnels". Dans l'année du 2021, le recours à l'isolement a concerné 14% des personnes hospitalisées en établissements autorisés aux SSC. Près de 4% des patients hospitalisés dans ces hôpitaux en 2021 auraient subi une contention mécanique.

En revanche, l'étude met en avant "15% des établissements habilités aux soins sans consentement en France déclarent ne pas recourir à la contention". La base de données épidémiologique provient du recueil d'informations médicalisé pour la psychiatrie (RIM-P). Les auteurs notent également que "31 établissements déclarent un non-recours à la contention sur 219 autorisés aux SSC et dans certains hôpitaux, il existe également certains services ou secteurs sans contention".

Au vu des réactions "souvent d'incrédulité" évoquées de la part d'équipes dans des établissements où les taux de recours sont différents, comme : "ils n'ont sûrement pas les mêmes patients" ; "les patients difficiles sont probablement envoyés ailleurs" ; "il faudrait regarder leurs taux de fugues" ; "peut-être qu'ils recourent davantage à la sédation", les chercheurs ont programmé une immersion "en vie réelle" dans ses établissements afin de vérifier ces prises de position.

Des entretiens, l'études des archives, des séances d'observations auront également lieu dans des établissements comme la psychiatrie générale G21 à Lille et au secteur 3 à l'hôpital de

Sainte-Anne, ainsi que dans des établissements historiquement promoteurs et/ou concernés par le non-recours à la contention, comme le CH (Centre Hospitalier) Valvert à Marseille (Bouches-du-Rhône) “dont la politique a été saluée par un rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté en 2018” et le CH Buech-Durance à Laragne-Montéglin (Hautes-Alpes) qui “ne pratique pas la contention depuis des décennies”, a une politique de “portes ouvertes” et n'a “pas de chambre d'isolement”.

Les chercheurs ont énuméré des “premiers éléments de repérage” des leviers favorisant la limitation des mesures coercitives :

- L'appréhension par les équipes hospitalières du cadre externe de régulation comme une opportunité et non comme une contrainte ;
- L'engagement des dirigeants de l'établissement ;
- L'environnement architectural et paysager ;
- La prise en compte de l'expérience des usagers et familles ;
- Le développement des compétences des professionnels.
- La collégialité médicale face à différentes difficultés" ;
- L'attractivité et la politique de ressources humaines de l'établissement ;
- L'attractivité de l'activité en intra hospitalier ;
- La diffusion en interne voire plus largement d'une "culture" du moindre recours.

Des comparaisons et des questionnements similaires peuvent être faits avec le mouvement “*no restraint*” en Italie. Les résultats de cette étude pionnière ne sont pas encore publiés.

3.4.3.3 La mentalité française particulière concernant l'IC

La France fait régulièrement figure de pays traçant son chemin de manière originale et autonome dans beaucoup de domaines : historique, politique, artistique, économique, social etc. “L'exception française” se retrouve également dans l'approche très ambivalente des IC, décrites selon les auteurs à la fois comme une thérapeutique active potentiellement bénéfique pour le patient mais aussi comme hautement aggravante/traumatisante et à réduire, voire proscrire. L'implication de nombreuses disciplines (parfois étonnantes) dans le débat est aussi une originalité intéressante, traduisant l'investissement intellectuel du pays dans ce sujet d'actualité pour la psychiatrie française.

3.4.3.3.1 Une vision anthropologique

Au niveau international, Lovell [111] (Anthropologue, directrice de recherche émérite Inserm, de l'université Paris Descartes) & Rhodes publient en 2014 une réflexion très intéressante (écrit en anglais) intitulée “La psychiatrie avec les dents [pour citer un de leur collègue psychiatre à

Lyon] ; notes sur la coercition et le contrôle en France et aux États-Unis". Leur conclusion est :

Toujours les dents ? D'un point de vue anthropologique, non seulement il peut y avoir une psychiatrie avec les dents, il peut y avoir de la liberté sans limites posées dans la relation. Ainsi que le décrit un psychiatre français à propos des nouvelles unités de santé mentale pour prisonniers : "Une unité sécurisée et fermée : c'est ce qui permet à toutes les autres unités d'être ouvertes" (Velpy & Eyraud 2014). Les limites peuvent être exprimées bien sûr comme préexistantes et comme inhérentes à ces structures. Mais plus fondamentalement, les limites permettent la sociabilité par un processus mutuel pour "prendre forme" [...] [E]lles réémergent constamment comme une condition nécessaire pour la coexistence dans le présent (quelle que soit leur forme) d'individus empiriques et interagissant entre eux - [c'est à dire] des individus de chair et de sang plutôt qu'un idéal abstrait d'individus libres de conscience. Le principe d'interrelation guide même les structures de santé mentale les plus tolérantes, telles que celles organisées selon les principes de "choix" du patient ou d'"autonomie" ou de "client-centrisme" (Lovell & Cohn 1998). En explorant la forme de cette coexistence dans les détails de la clinique quotidienne et les interactions interinstitutionnelles, cette étude nous rappelle que non seulement la psychiatrie a "des dents", mais aussi que les "dents" fixent des limites offrant les conditions nécessaires pour plus d'opportunités. En offrant un regard sur la gêne récurrente de ceux chargés de fixer ces limites, chaque auteur a révélé la nature problématique et hautement instable de ce renforcement. De nouveaux regards peuvent peut-être être portés sur la nature du projet thérapeutique, tout en permettant aux anthropologues de mieux comprendre pourquoi des modes de contrainte sont constamment réinventés, même dans des contextes nouveaux.

3.4.3.3.2 Une vision philosophique

En 2021 a lieu un travail collaboratif singulier. Leboucher & Fleury [40] expliquent en introduction de leur impressionnant travail "De la contention involontaire au sujet se contenant" :

Cet état de l'art s'inscrit dans le projet « De la contention involontaire au sujet se contenant ». Conduit par la Chaire de Philosophie à l'Hôpital du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, sous la direction de Cynthia Fleury, professeur titulaire de la Chaire Humanités et Santé (Conservatoire National des Arts et Métiers), en partenariat avec l'agence de design Les Sismo, ce projet a vocation à associer usagers, aidants, médecins, paramédicaux, directions, chercheurs et designers autour de la notion de contention volontaire dans les services de psychiatrie et de neurosciences.

De manière unique et très intéressante, plusieurs fonctions de la contention y sont définies, illustrant la complexité de la France envers les pratiques d'IC, vue comme une thérapeutique active : “apaisante”, “psychanalytique”, “comportementale”, et le “packing”. Les définitions sont citées textuellement ci-dessous comme décrites dans l'ouvrage, car étant très claires et complètes.

– Une “fonction apaisante” (citation) :

La contention (mécanique ou institutionnelle) peut avoir une fonction apaisante lorsqu'elle est conçue comme une protection contre soi-même et d'autres, notamment au travers de la réduction des stimuli sensoriels dans un lieu constant et régulier (Gutheil, 2006) [112]. Dans une chambre d'isolement, le sujet reçoit moins de stimulations sensorielles (visuelles, auditives, tactiles) de l'extérieur, ce qui est considéré comme positif dans la prise en charge de l'agitation par de nombreux auteurs (Palazzolo, 2002) [113,114]. La baisse de l'agitation induite par la diminution de la stimulation sensorielle permet alors aux soignants d'établir une relation thérapeutique. Les affections concernées sont la schizophrénie, les troubles du comportement (Alty & Mason, 1994) [115], les troubles de la personnalité dans lesquels l'objet contenant peut représenter une sorte de limite externe pour un sujet dont les limites internes sont défaillantes (Hodgkinson, 1985) [116]. L'objet contenant est alors le support d'une médiation lorsque la communication avec le patient en décompensation n'est plus possible. L'isolement permet de limiter des relations interpersonnelles parfois vécues comme extrêmes, notamment pour des patients au mode de fonctionnement paranoïde (Baldo, 2015) [117]. La contention physique est également envisagée comme outil de soin permettant dans des cas exceptionnels de renouer une alliance thérapeutique avec des patients hostiles, inaccessibles, hermétiques à tout dialogue et dans un agir violent (Azoulay & Raymond, 2017) [118].”

– Une “fonction psychanalytique” :

Certains auteurs soulignent le rôle thérapeutique de la contention sous ses différentes formes en adoptant une approche psychanalytique. Il s'agit notamment d'un retour à l'autonomie par la régression. Anzieu décrit ainsi le processus de défusion, rupture de la peau commune, induit par l'isolement. Chez le patient psychotique par exemple, la fuite et la violence ne sont plus possibles comme défense contre l'angoisse. L'isolement ou la contention convoque alors les notions d'enveloppe psychique et de contenance. A titre d'exemple, certains enfants ont besoin d'être contenus de façon mesurée à certains moments rythmés de la journée pour développer des capacités de socialisation et de communication (Kinoo & Kpadonou-Fioffi, 2008) [119]. L'accompagnement de l'équipe soignante est essentiel dans le processus d'individuation. Comme l'indique

Paul Sivadon, « c'est la proximité attentive des soignants qui donne à la contrainte sa dimension de soin » (Azoulay & Raymond, 2017) [118]. La fonction contenante ne peut donc exister que par l'intermédiaire des soignants qui permettent le passage du contenant matériel au contenant psychique. «La contention physique n'est thérapeutique que si elle est pensée comme du soin intensif et uniquement si elle va de pair avec un accompagnement constant» (Azoulay & Raymond, 2017) [118]. La restructuration est alors possible, en utilisant le dispositif de contention (chambre d'isolement, liens) comme médiateur.

– Une “fonction comportementale” :

La fonction thérapeutique de la contention peut être également comportementale, lorsque le patient associe à l'hospitalisation, à la mise en chambre d'isolement ou encore à la contention physique une diminution des sollicitations extérieures envahissantes (Baldo, 2015) [117]. Un processus de conditionnement intervient : l'apaisement procuré est un renforcement positif. Ce type de renforcement peut également être observé chez des patients qui trouvent de la valeur dans l'augmentation de la présence soignante auprès d'eux. À l'inverse, la contention souvent décrite comme pénible par le sujet, peut également constituer un stimulus fortement aversif (Kahng et al., 2008) [120]. Une stratégie d'évitement peut être élaborée par le sujet (Perron et al., 2017) [121]. La contention prend alors un rôle de punition comportementale qui limite la nécessité de son usage. Il convient de rappeler que l'utilisation de l'isolement ou de la contention [est] à visée punitive [.]

– La technique du “packing” :

Un cas particulier relatif aux enveloppes structurantes contenantes et présent dans la clinique des « contentions thérapeutiques » est celui du « packing », une pratique d'enveloppements humides toujours utilisée bien que controversée et non recommandée par les autorités sanitaires [...] En 1830, Vincenz Priessnitz prescrit l'enveloppement pour répondre à l'agitation de certains patients et Louis Fleury parle d'enveloppements humides¹³⁴ comme d'une méthode de contention. Les premiers effets thérapeutiques rapportés le sont dans un cas de delirium tremens (1878), puis un effet calmant sur un grand nombre de patients (Adler, 1916) [122]. Marginalisée depuis l'avènement des neuroleptiques et antipsychotiques, la technique reparait outre-Atlantique. Les praticiens américains de la clinique de Chesnut Lodge adaptent le « packing » tel qu'il était pratiqué par Vincenz Priessnitz au XIX^e siècle à la pensée psychanalytique pour traiter les décompensations psychotiques aiguës. C'est l'aspect enveloppe-corps qui prime sur l'aspect corps-eau et le différencie de l'hydrothérapie (Alberne, 1992) [123]. Le temps du réchauffement corporel provoqué lors de l'enveloppement humide est

utilisé pour le travail psychothérapeutique, avec le consentement du patient. Il est supposé que la régression massive et la stimulation sensitive participent à la restructuration des patients dissociés (Caire, 2019). Michael Woodbury montre que les enveloppements sont une alternative aux médicaments (Woodbury, 1966). Une étude menée aux États-Unis démontre que la technique est suffisamment sécurisée et a des effets calmants intéressants et utiles (baisse de l'agitation et des automutilations) qui vont au-delà de la contention (Rosen & DiGiacomo, 1978) [124]. Mickaël Woodbury rencontre ensuite Philippe Paumelle en 1966 qui importe la technique en France dans de nombreux lieux de soins : clinique de la Borde avec Jean Oury, service de Roger Gentis et Juliette Planckaert, Guy Baillon et Claudie Cachard à Ville-Evrard...

A noter qu'en France, cette technique a été intensément critiquée par des associations de parents d'enfants autistes [125]. Tandis que des professionnels insistent sur l'absence totale de dangerosité de cette pratique, des abus ont été pointés. Par exemple, des linges glacés étaient appliqués durant plusieurs jours parfois et avec des effets traumatisants pour des patients vulnérables incapables de donner leur consentement. En 2012, l'HAS [126] a statué sur une "opposition de cette pratique" "hors protocoles stricts de recherche". Des études ont cependant pu démontrer que : l'inclusion de l'accord des familles, la vérification de contre-indications somatiques, et le monitoring rapproché permettent une pratique jugée sécurisée et bénéfique [127]

3.4.3.4 Une littérature française prolifique

La France apporte une littérature prolifique sur le sujet au niveau européen. Le nombre d'études et d'articles est tel qu'ils ne pourront pas tous être abordés ici. Les sujets sont extrêmement variés :

- Des bilans réguliers [128]
- Les facteurs influençant et les alternatives à l'IC (2018, Morisset) [129,130]
- Les facteurs de prévision de recours à l'IC lors de l'admission aux urgences psychiatriques (Simpson & Co) ;
- La "Prévention de la violence pendant l'hospitalisation en psychiatrie" (2018, Alezrah & Co) [131]
- Le processus de la prescription à la décision de l'isolement / contention (2019 Mauras & Co) [132]
- L'adhésion à la médication dans la schizophrénie et le rôle de l'insight, l'alliance thérapeutique et le traumatisme perçu associé avec les soins psychiatriques (2017, Tessier & Co) [133]
- Le "stress coercitif en unité intensive de psychiatrie : quel lien avec l'insight ?" (2019 Lamothe & Co) [134]
- Etc.

3.4.3.5 La recherche active d'alternatives à l'IC

Une étude (multicentrique randomisée) innovante est publiée en 2022 par Tinland et al. [135] sur l'intérêt de la mise en place de "*Psychiatric Advanced Directives PAD*" (soit directives anticipées, DA) dans sept centres de santé mentale français. Deux groupes adultes sont comparés : un avec des DA, et un autre contrôle. Les critères d'inclusion des patients (suivis après sur 12 mois) sont :

- Un diagnostic DSM-5 de trouble schizophrénique, bipolaire de type I ou schizo-affectif ;
- Admis en soins sans consentement dans les 12 mois ;
- La capacité de consentir au moment de l'étude entre janvier 2019 et juin 2020.

Ils démontrent que les directives anticipées sont efficaces sur la décroissance des admissions en SSC et l'augmentation du taux de rémission. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les taux d'admission totaux, les scores d'alliance thérapeutique et de qualité de vie. Le groupe DA a eu moins de symptômes, un plus grand *empowerment* (terme anglais désignant le renforcement narcissique pour le patient avec un contrôle sur sa vie, d'auto pouvoir et de responsabilisation). Le changement actuel des soins en santé mentale française s'opère, de prises de décision substituées à des décisions soutenues.

3.4.3.6 Le rapport du CPT sur l'IC

Le CPT écrit pour la France en 2019 [73] :

En ce qui concerne la psychiatrie, le CPT s'est rendu au Centre hospitalier de Cadillac où la très grande majorité des patients avec qui la délégation s'est entretenue a estimé que les soignants les traitaient correctement, malgré un manque ressenti de temps et de disponibilité.

Un petit nombre de patients s'est néanmoins plaint d'avoir fait l'objet d'abus de langage, ainsi que d'un usage excessif de la force, le plus souvent à l'occasion d'immobilisations ou de placements en chambre d'isolement, visant à maîtriser un patient agité.

Le CPT regrette que le recours à la force, qui peut parfois se justifier, n'était pas systématiquement répertorié et quand il l'était, les données ne permettaient pas de démontrer en quoi celui-ci s'était avéré strictement nécessaire et appliqué dans le respect du principe de proportionnalité.

Les conditions de vie matérielles au sein de l'établissement étaient extrêmement disparates selon les unités, les plus vétustes n'offrant que peu ou pas d'intimité aux patients, pour le repos ou la toilette notamment. Les unités fermées de psychiatrie

générale souffraient d'un manque de lits et d'une suroccupation régulière. Le CPT appelle les autorités à assurer, dans l'ensemble des unités, des conditions de séjour décentes, ainsi qu'un nombre adéquat de lits en psychiatrie générale.

Enfin, le Comité reste préoccupé du fait que le placement de patients en chambre d'isolement demeurait fréquent, voire systématique et était souvent perçu par les patients comme une forme de punition. La surveillance des patients sujets à des mesures d'isolement et de contention restait largement insuffisante, tandis que leur durée était excessive et/ou insuffisamment justifiée dans les dossiers.

3.4.3.7 Conclusion

En conclusion pour la France, les idées ne manquent pas pour changer sa pratique de l'isolement/contention, lui donnant sa place dans cette catégorie de pays. Cependant, aucune étude au niveau national n'a pu être publiée sur l'IC, rendant difficile un véritable bilan de fond afin de changer les pratiques. La crise actuelle rencontrée dans l'hôpital public, et plus particulièrement la psychiatrie ("parent pauvre de la médecine"), pointe le manque croissant de moyens humains, techniques, financiers et de formation. [35] Moins d'investissement dans la santé signifie moins de personnel, moins de temps accordé aux patients y compris pour les nombreuses alternatives aux mesures coercitives. En ce sens-là, la France est limitée voire freinée par rapport à certains de ses voisins européens, qui eux investissent dans la santé avec des résultats probants.

3.4.4 La Norvège

Actuellement avec 116 lits pour 100 000 citoyens, le Norvège montre une légère diminution de sa capacité depuis 2004, par suite d'une augmentation abrupte de celle-ci de 50% environ, entre 2000 et 2004. [65]



La Norvège a un système de soins national régulé par le “*National Health Act*”. Les unités d’admission et d’urgence permettent d’orienter les patients soit vers des unités psychiatriques générales (avec tous les modes de SSC), soit vers des unités malades difficiles (où des patients très violents sont admis sur ordre du juge). En plus des mesures coercitives habituelles (isolement, contention mécanique ou physique, médication forcée), les norvégiens ont des espaces de “*skjerming*”, soit “protection” [136]. Une étude internationale révèle des pratiques illégales des mesures coercitives. Elles ne respectent pas le cadre légal actuel, et “violant les droits humains”. Des tentatives en 2006 puis en 2012 pour réduire l’usage de l’IC sont inefficaces [137]. Un amendement récent en 2017 régule plus sévèrement les SSC et les mesures coercitives afin de les réduire. Mais paradoxalement, en résulte une augmentation des chiffres de recours à ceux-ci [138]. Le nombre de patients subissant l’IC baisse proportionnellement au total de patients hospitalisés dans les services en question. Le risque de les subir et la durée de la contention ne change pas. En revanche, la durée de l’isolement augmente.

Les auteurs remarquent que : “les réformes législatives seules ne suffisent ni pour diminuer l’utilisation de l’IC, ni pour changer la culture de soins associée à ces mesures.” La question d’une réforme plus globale est débattue au parlement. Une “*Fusion Law*” (loi fusionnée) entre soins somatiques et psychiatriques permettrait une meilleure protection des plus vulnérables et la reconnaissance des troubles mentaux et de leurs soins comme équivalents aux autres. Les difficultés rencontrées par les praticiens à établir une limite entre maladie physique et trouble mental (comme dans le cas des démences ou certains handicaps lourds) seraient ainsi également prises en compte. Depuis 2018, le “*REducing COercion in Norway*” (RECON) [139] (réduire la coercition en Norvège) est prévu sur cinq ans (2018-2023) dans plusieurs centres de soins, avec pour but la réduction active des mesures d’IC.

Des statistiques de 2020 [140] montrent les pratiques coercitives au niveau national pour la Norvège, avec pour 100 000 habitants :

- Contention physique : 41 ;
- Contention mécanique : 23 ;
- Isolement 10 ;
- Contention chimique : 20 ;
- Total combinés : 54.

En 2018, Reitan et al. [141] suivent sur huit ans les taux de contention mécanique et de médication forcée des hôpitaux. L’isolement n’est pas pratiqué, mais au total 1,7% des admissions ont fait l’objet de contentions, dont 59,2% mécaniques et le reste pharmacologique (taux stables de 2010 à 2018). Fait étonnant vu la législation norvégienne, 25% des contentions

et 18% des médicaments forcés ont été utilisés sur des patients en soins libres. Ce pays est donc classé dans cette catégorie (cf. Tableau 1 ci-dessous).

Table 1. Characteristics of patients being subjected to restraint.

	Total <i>N</i>	Mechanical		Pharmacological		<i>p</i> Value
		<i>n</i>	(%)	<i>n</i>	(%)	
Patients	1458	863	(59.2)	595	(40.8)	
Age (years)	1457	862	(59.2)	595	(40.8)	
18–29	463	323	(69.8)	140	(30.2)	<0.001 ^a
30–39	297	172	(57.9)	125	(42.1)	
40–49	370	253	(68.4)	117	(31.6)	
>50	327	114	(34.9)	213	(65.1)	
Gender	1458	863	(59.2)	595	(40.8)	
Female	614	387	(63.0)	227	(37.0)	0.011 ^b
Male	844	476	(56.4)	368	(43.6)	
Referral status ^c	1433	850	(59.3)	583	(40.7)	
Voluntary	361	251	(69.5)	110	(30.5)	<0.001 ^b
Involuntary	1072	599	(55.9)	473	(44.1)	

^aMann–Whitney, nonparametric test.

^bPearson Chi-square.

^cMissing information for 25 cases.

En conclusion, les auteurs suggèrent plus de recherches qualitatives afin d'améliorer les pratiques. Malgré des taux très bas, le vécu par les patients et les professionnels est très traumatisant. Des initiatives et alternatives sont à prévoir pour les éviter le plus possible.

En 2019, Kunøe et al. [136] explorent une de ces solutions avec l'application de l'”*open door*” dans un hôpital d'Oslo. Le protocole “*Protocol for the Lovisenberg Open Acute Door Study (LOADS)*” (protocole pour l'étude des portes ouvertes ponctuelles de Lovisenberg), a des effets sur la sécurité et les taux de mesures coercitives. Selon eux, cette politique permet :

- D'encourager les soignants à s'investir dans des mesures collaboratives avec les patients (comme des activités) et de plus se reposer sur leurs propres capacités professionnelles d'échange ;
- D'accentuer l'aspect thérapeutique des services, plus seulement comme lieux de confinement dans l'intérêt des autres membres de la société ;
- De permettre aux patients d'éviter les situations de confrontation avec d'autres, souvent pointés comme facteurs déclenchants de violences et d'agression au sein des unités ;
- D'offrir aux patients plus d'opportunité de contact avec leur famille, leurs amis et les services sociaux.

Un suivi sur quatre ans est prévu avec analyse et publication des résultats à ce moment-là.

[3.4.4.1 Le rapport du CPT autour sur l'IC](#)

Selon le CPT, la situation en Norvège en 2019 est la suivante [73] :

Le management de la Clinique a indiqué à la délégation qu'ils ont suivi étroitement l'utilisation de contention pendant les 4 années précédentes, et ils ont admis que dernièrement la contention a dû être utilisée plus fréquemment que dans les autres établissements en Norvège. L'utilisation de tous moyens de contention a augmenté significativement entre 2014 et 2018. Ceci serait en partie la conséquence d'une réforme du système de santé mentale, de façon que les patients les plus gravement atteints ont été reçus par l'Hôpital Psychiatrique de Bergen, et en partie par la fermeture d'un pavillon adjacent, conduisant à la concentration des patients dans le pavillon restant, et à l'agitation que cela a pu évoquer.

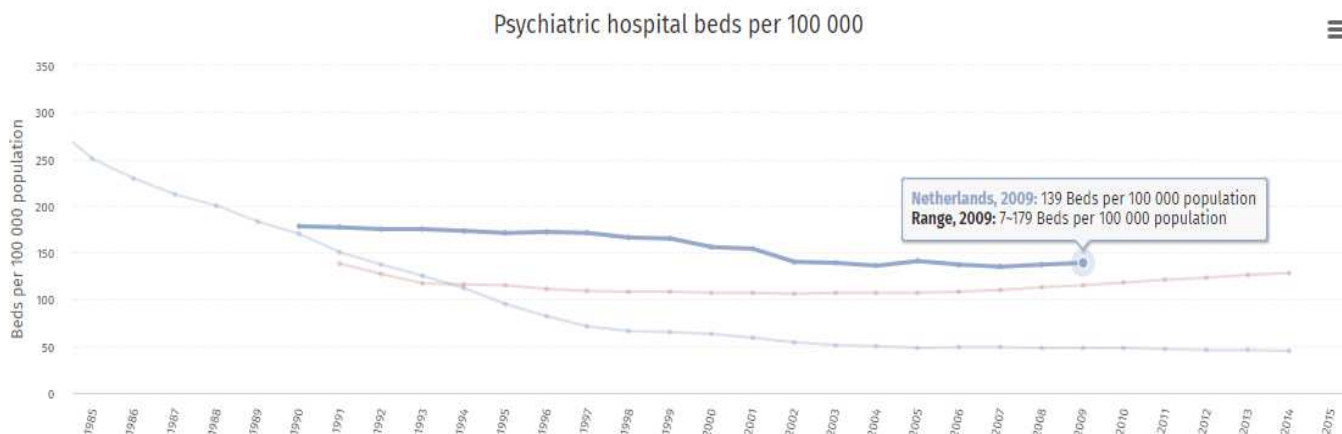
3.4.4.2 Conclusion

En Norvège, des travaux ont permis la mise de place de certaines initiatives afin de changer les pratiques d'IC, pointées comme traumatisantes pour les soignants et les patients. Celles-ci s'appliquent de manière irrégulière au vu de leur propre législation : contention sans isolement, contention mécanique chez des patients en soins libres, etc. Des régulations sont en cours avec une expérimentation de *l'open-door*. La lourdeur administrative rend complexe leur mise en place dans les pratiques par les professionnels.

3.5 Les pays où l'IC est considéré comme moins coercitif que la médication forcée

3.5.1 Les Pays-Bas

Avec 139 lits pour 100 000 citoyens, les Pays-Bas montrent une très légère diminution de sa capacité depuis 1990. [65]



Ce pays se distingue d'autres par sa préférence pour l'isolement et non de la sédation chimique durant les épisodes aigus. Cette vision n'est pas soutenue par des preuves scientifiques, ni par le cadre judiciaire. Pour la loi, l'isolement et la sédation chimique involontaire sont égales. Néanmoins, la sédation chimique est quatre fois moins fréquente en pratique que l'isolement [142]. Selon Steinert (2009), il existe une vision culturelle selon laquelle la médication involontaire est une violation de l'intégrité bien plus grave que l'isolement car elle intervient sur le noyau de l'existence même d'une personne [143]. Son origine dérive probablement des règlements contrôlant la médication forcée sur les patients non-violents qui la refusent, même hospitalisés en SSC et souffrant d'une psychose aiguë.

3.5.1.1 Des taux d'isolement très élevés

Pourtant, entre 1994 et 2004, une accumulation de preuves montre le dépassement du Pays-Bas vis-à-vis des autres pays européens concernant la durée des isolements et le nombre des accès de violences pour chaque admission. Le pays s'oriente vers un changement. Par exemple, une méta analyse dans 12 hôpitaux psychiatriques sur leur moyens coercitifs est faite en 2001 [144]; 11,6% des admissions subissent l'isolement au moins une fois pendant leur hospitalisation. A la suite de ces résultats, les critères nationaux de l'IC sont réévalués. Recueillis par Steinert et al. en 2009, les taux d'IC de le Pays-Bas figurent comme les plus élevés de l'étude après l'Espagne et la Suisse [143]. Cette étude conclue que ces chiffres sont majeurs comparés aux autres pays. Les auteurs le lient à un biais de collection d'informations.

3.5.1.2 Des mesures pour changer les pratiques

À la suite de cette augmentation de 32,6% des mesures d'isolement entre 1998 et 2005, le gouvernement hollandais lance un programme national de 15 millions d'euros [145]. Il vise la réduction de l'utilisation de l'isolement en finançant les hôpitaux participants. L'utilisation de plusieurs alternatives à l'isolement est facilitée : évaluation des risques, formations sur la désescalade et le trauma, augmentation des capacités d'accueil, chambres individuelles,

chambres de détente, facilitation d'accès aux entretiens avec des soignants, etc. La législation change également afin d'organiser les soins ambulatoires sans consentement (SASC). L'objectif de cette campagne nationale était une diminution de 10% en 2012. Malgré une diminution initiale de 2% des mesures d'isolement après six ans, l'utilisation de l'isolement (en nombre de mesures ainsi qu'en durée) augmente de 5,7% jusqu'en 2019 (cf. Graphique ci-dessous). L'insoutenable sur le long terme de ces interventions sur la clinique quotidienne est ainsi démontrée.

En 2006, 35 millions d'euros sont débloqués pour diminuer de 10% par an les mesures d'isolement. Noorthoorn et al. en tirent le bilan dans leur étude couvrant 2006-2013. La baisse est effective avec - 9% d'isolements (cf. Tableau 1 ci-dessous) [145] :

TABLE 1. Characteristics of Dutch hospitals and wards reporting data to the Argus register, by study year

Year	% of Netherlands catchment area	Hospitals	Wards	Patients admitted	Seclusion incidents	Patients secluded	Patients secluded as a percentage of those admitted	Seclusion duration (hours)	
								M	Median
2008	36	8	68	11,300	3,685	1,338	11.8	128	92
2009	53	14	198	21,500	4,750	2,322	10.8	71	43
2010	67	17	227	26,686	5,525	2,722	10.2	70	38
2011	94	38	589	42,960	7,476	3,743	8.7	62	35
2012	99	55	1,772	113,290	9,469	7,364	6.5	58	17
2013	100	66	1,826	100,328	9,802	7,023	7.0	53	16
2008-2013 ^a							-10	-16%	-30%
2011-2013 ^a							-9	-8%	-32%

^a Values reflect mean yearly reduction.

Quant aux médications forcées, une augmentation de 80% est constatée entre 2011 et 2013 (cf. Tableau 2 ci-dessous) [145] :

TABLE 2. Coercive interventions in 25 Dutch hospitals, 2011–2013

Variable	2011	2012	2013	Relative change (%)	Absolute change (%)
Admissions					
Total N	93,019	85,473	92,479		-1
Total hours (× 1,000)	167,975	148,218	108,826		-35**
Duration (mean days)	75.6	72.6	49.2**	-35**	
Duration (median days)	28	25	14**	-50**	
Interventions					
Total N	310.1	315.5	356.5**	15**	14 **
Total N of days interventions occurred	12.3	12.3	13.3	8	-30**
N of interventions per 1,000 admissions					
Seclusion					
In any room	131.4	129.8	130.2	-1	-1
In high-security room	79.7	73.8	76.2	-4	-5
In low-security room	24.8	28.4	36.7**	48**	47**
In other environment	26.7	27.6	35.8**	34**	33**
Physical restraint	10.9	11.5	11.2	3	2
Forced medication	36.6	44.4	66.4**	81**	80**

L'inspecteur de santé et le gouvernement hollandais rédigent un rapport mettant en garde les hôpitaux de ne pas substituer une mesure coercitive par une autre. Des sanctions seront imposées si la médication forcée est utilisée à la place de l'isolement pour gérer les accès de violence. Selon les auteurs, cet appel est difficile à implémenter vu le contexte de preuves disponibles suggérant que l'isolement est inversement corrélé à la médication involontaire. Probablement en lien avec ce rapport et l'amélioration du recueil des informations, les taux d'isolement semblent enfin diminuer depuis 2017. Le bilan est encourageant, mais des efforts supplémentaires coordonnés au niveau national et international sont à poursuivre, avec l'implication dans des études européennes.

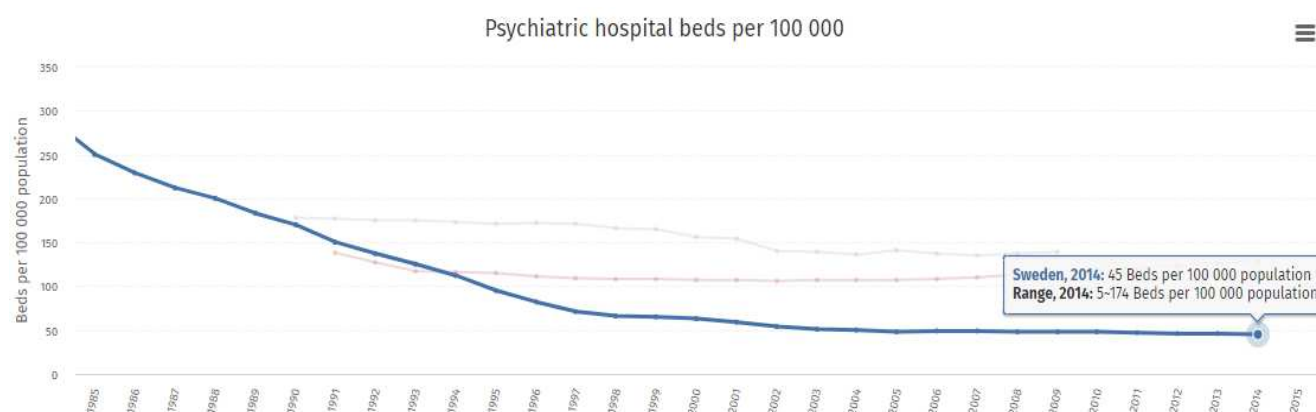
[3.5.1.3 Le rapport du CPT sur l'IC](#)

L'analyse du CPT des Pays-Bas en 2022 est clair [73] :

Le CPT valorise l'absence de la contention mécanique sur les deux établissements psychiatriques visités ; si nécessaire, les patients peuvent être isolés et/ou sédatisés, ce qui pourtant semble être la dernière option. Le CPT reste inquiet concernant l'existence de 6-7 équipes d'intervention spéciale, munies d'un équipement de protection complet, déclenchable dans le cas d'un transfert des patients jusqu'à la chambre d'isolement, et également de l'habitude de déshabiller le patient afin de porter la tunique d'isolement, en présence d'autant d'intervenants, et d'autant plus du sexe opposé.

3.5.2 La Suède

Avec 45 lits pour 100 000 citoyens, le Suède montre une diminution drastique de sa capacité depuis 1985, qui était d'environ 270 lits/100 000 citoyens. [65]



En 2021, Degl' Innocenti et al. [146] étudient l'évolution de la population psychiatrique suédoise entre 2010 et 2018 et la fréquence de recours à l'IC. Une "politique nationale vers une autonomisation des patients pour une pratique plus respectueuse des droits humains" permet le développement des suivis ambulatoires et des séjours hospitaliers moins longs. De même, une standardisation des pratiques avec l'édition de recommandations produit un changement important dans les prescriptions. La fréquence des antipsychotiques de première génération se transfère en faveur de ceux de deuxième génération. Certains moyens coercitifs diminuent, d'autres moins liberticides augmentent du fait de débats, de campagnes de sensibilisation, d'investissement dans la recherche et d'une plus grande implication du patient dans ses soins et les décisions de prise en charge (surtout en SSC). La population de patients concernés reste sensiblement la même : prédominance de troubles schizophréniques, schizotypiques et troubles délirants dans les soins sans consentements (*"forensic psychiatric patients"*).

Le tableau ci-dessous montre l'évolution des pratiques d'IC [146] :

Table 5Coercive measures for inpatient care in the two groups of forensic psychiatric patients, stratified by gender. Data are presented as *N* and proportion (%).

	2010	2018	Chi-square
	All patients	All patients	<i>p</i> -Value
	(<i>N</i> = 717)	(<i>N</i> = 757)	Cramer's V
Coercive measures, any form (<i>n</i> , %)	147 (20.5%)	174 (23.0%)	ns
Physical restraints (<i>n</i> , %)	67 (9.3%)	(<i>N</i> = 756) 33 (4.4%)	< 0.001 0.099
Seclusion (<i>n</i> , %)	90 (12.6%)	(<i>N</i> = 756) 132 (17.5%)	< 0.01 0.069
Forcible medication (<i>n</i> , %)	60 (8.4%)	(<i>N</i> = 755) 34 (4.5%)	< 0.01 0.079
Request for mobile phone denied (<i>n</i> , %)	32 (4.5%)	(<i>N</i> = 756) 53 (7.0%)	< 0.05 0.055

ns = not significant.

En 2010 20,5% des patients étaient soumis à des mesures coercitives, tandis qu'en 2018 ce chiffre monte à 23%. Plus précisément :

- L'isolement : augmentation significative de 9,6% à 15,1%, soit presque doublée ;
- La contention physique : diminution 9,3% à 4,4%, soit une diminution de moitié ;
- La médication forcée : diminution aussi environ de moitié de 8,4 à 4,5%.

Selon les auteurs, cela représente un progrès, dans le sens où les pratiques s'orientent plus vers l'usage de mesures perçues comme moins liberticides. Par exemple, l'isolement au lieu de la contention ou de la médication forcée. L'effet potentiellement aggravant de l'isolement est pourtant retrouvé dans beaucoup d'études au niveau européen, avec des recommandations plutôt en faveur de la médication. En cela la vision de la coercition des auteurs suédois peut rappeler les Pays-Bas.

Justement, l'explication par les auteurs de tels chiffres est que la lourdeur légale de telles interventions a pour conséquence des efforts plus intenses des équipes pour motiver l'acceptation "volontaire" de la prise. La pression psychologique pour prendre une médication de manière forcée, éviter d'autres moyens de coercition, et "atteindre un plus grand niveau de

liberté” n’est pas mentionné dans leur travail. Degl' Innocenti et al. cite une étude allemande de Flammer, Frank, & Steinert, de 2020 [147], où une baisse des contentions est obtenue avec une plus grande fréquence d'isolement et un recours “rare” à la médication forcée. Ils expliquent qu’aux Pays-Bas, des taux auparavant très élevés d'isolement ont été efficacement réduits avec la médication (Noorthoorn et al., 2016 [70] ; et Steinert, Noorthoorn, & Mulder, 2014 [142]).

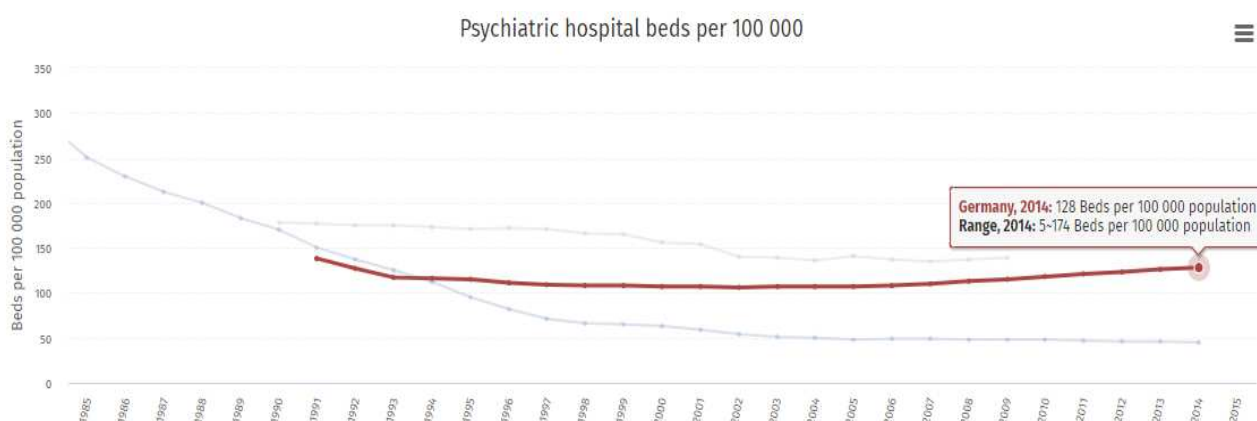
[Le rapport du CPT sur l'IC](#)

En 2021, les pratiques d'IC en Suède sont ainsi décrites par le CPT [73] :

L’utilisation des moyens coercitifs ne semblait pas excessive dans les hôpitaux visités et était bien documentée, [...] et ça durait entre 30 et 45 minutes. A la fin de chaque mesure, l’équipe tenait fréquemment une réunion de compte-rendu. Pourtant, le Comité est inquiet devant l’habitude des médecins d’autoriser (ou de confirmer) le recours aux moyens de contention par téléphone sans ayant constaté par eux-mêmes ni ayant examiné le patient ; cela continue malgré les remarques du Comité lors de leur dernière visite en 2015.

3.5.3 L'Allemagne

Avec 128 lits pour 100 000 citoyens, l'Allemagne est en légère augmentation de sa capacité depuis environ l'année 2000, pour revenir aux mêmes taux des années 1990. [65]



3.5.3.1 Etat des lieux

En 2014, Steinert et al. [142] mènent une étude comparée entre l'Allemagne et les Pays-Bas. Vu les taux de violence et d'agression le plus haut que la plupart des pays européens,

L'Allemagne met en place un programme national de 15 millions d'euros afin d'initier des recherches et changements profonds des pratiques. Une législation est même en cours pour les SSC ambulatoires. Il est pointé qu'en Allemagne ce n'était toujours pas le cas, bien que des politiques de promotion des formations à la désescalade aient déjà montré depuis 20 ans des résultats probants. Les auteurs suggèrent un aspect culturel dans les taux moins élevés d'admissions en SSC en Allemagne dû au traumatisme de la période nazie, avec les meurtres de masse que l'on connaît, aussi sur des patients atteints de troubles mentaux (10 000 victimes environ).

Jusqu'en 2011, l'utilisation des médicaments involontaires en Allemagne était largement acceptée, possible pour les SSC et apprécié comme thérapeutique, et non pas comme une contention. Mais depuis la décision de la Cour Constitutionnelle, il y a eu un changement considérable des opinions autour de la médication involontaire, vers la direction inverse de celle des Pays-Bas. La révision de certaines lois, et la re-légalisation des médicaments involontaires est faite sous des critères stricts définis par la Cour Constitutionnelle. Les psychiatres ont reconnu que dans la majorité des cas, il est possible de convaincre les patients d'accepter un médicament sans recours à de la coercition, et par conséquent, sans devoir saisir les procédures légales le permettant. [142] L'attitude des psychiatres, des représentants des patients et de la population générale semble être devenue bien plus critique. Ce changement est caractérisé par la déclaration du Comité d'Ethique à la Chambre Fédérale des Médecins, publiée en 2013. Elle explique que l'utilisation des médicaments involontaires est la mesure la plus invasive, et dans des cas de danger, les autres mesures, comme la contention, seraient moins restrictives et en conséquence à privilégier.

Ceci est exprimé lors des discussions académiques, restant indifférentes aux preuves. Des études ont montré que les patients ne préfèrent pas une mesure à l'autre. Face à l'inévitabilité de la coercition, il est souvent démontré que la moitié des patients préfèrent un médicament et l'autre moitié la contention. Idéalement, les patients devraient pouvoir statuer leur préférence à l'avance. Ce qui inspire le concept des Directives Anticipées, abordé dans le chapitre sur la France.

Un bilan a été tiré par Janssen en 2011 [148] sur les pratiques allemandes d'IC, avec les effets traumatisants et possiblement aggravants au long cours pour les patients. Des mesures ont été mises en place avec une réduction de la durée et une amélioration de "l'efficacité" (critères ? article non disponible en entier) des IC.

- Protocole de contention "manuelle" ;
- Désescalade ;
- Entretiens personnels verbaux.

Dans ce but sont proposés avec des résultats déjà prometteurs :

- La formation des équipes pour ces méthodes ;

- Des campagnes de prévention de la violence et de la coercition en psychiatrie.

Janssen conclut sur la nécessité d'une standardisation stricte de l'usage de l'IC et uniquement en dernier recours, "quand le thérapeutique n'est plus possible", pour une psychiatrie plus humaine.

De même, en 2020 Flammer et al. [149] publient sur les mesures de coercition en SSC. ("*Freedom restrictive coercive measures in forensic psychiatry*", mesures coercitives de restriction de la liberté en psychiatrie hospitalière). 22,6% des patients traités en SSC sur demande du juge ont fait l'objet de mesures d'isolement, 3,8% de contention mécanique, et 1,9% de "médication involontaire". En psychiatrie générale, 2,9% des patients sont isolés, 4,7% contentonnés mécaniquement, et 0,6% médiqués involontairement. Les patients placés sur ordre du juge sont plus fréquemment isolés et moins fréquemment contentonnés que les autres. La médication forcée est rare.

Flammer et al. approfondissent leurs enquêtes sur les moyens coercitifs lors de la crise sanitaire la même année. Le taux global des admissions ayant diminué de 7,6%, ils ont constaté néanmoins une augmentation des SSC de 14,1%. Les mesures coercitives ont aussi augmenté, de 4,7%. La durée pour chaque patient passe de 12,2 heures en moyenne à 13.8 (l'isolement plus que la contention mécanique). Le pourcentage des accès de violence est lui invariable. Les auteurs postulent que la superposition d'une diminution des SL, avec une augmentation des SSC et de la durée des moyens coercitifs, montre une détérioration dans la qualité des soins. Elle est causée par la nécessité des décisions prises afin de gérer la crise sanitaire. Les règlements intérieurs se focalisent sur de la coercition plutôt que sur de la prévention d'infection Covid.

En 2020, une étude berlinoise est publiée par Cole et al. [150] sur les facteurs de risque pour les patients de subir de l'IC lors d'une admission pour des soins psychiatriques via un service d'urgence au département psychiatrique de la Charité à l'hôpital St. Hedwig durant l'année 2018. Cette étude rétrospective examine tous les cas admis pour des soins psychiatriques. Des caractéristiques de patients sont identifiées, servant de facteurs prédictifs significatifs ($p < 0,001$) de recours à des mesures coercitives :

- L'agression physique ;
- Les SSC ;
- L'orientation par la police ;
- Le jeune âge.

81,2% des cas qui ont fait l'expérience de ces mesures, ont été isolés et/ou contentonnés durant les 24 premières heures de leur séjour hospitalier. Parmi eux, 56,9% n'en ont pas eu par la suite. En conclusion, le risque de faire l'expérience de mesures coercitives est au plus haut pendant ou juste après l'admission aux urgences. Des ressources humaines, financières et

matérielles sont à mettre en place plus spécifiquement pour ces situations d'urgence et les groupes de patients les plus vulnérables, afin de prévenir efficacement et de réduire ces mesures coercitives.

3.5.3.2. Une étude expérimentale de l'”open door”

Une étude expérimentale a été menée en Allemagne par Schreiber et al. en 2022 [151] au sein des pavillons psychiatriques ”open door” avec des patients en SL, ainsi que des patients en SSC. Le personnel se positionne sur la fermeture de la porte lors du staff du matin, pour une période d'observation de neuf mois, en comparaison avec des pavillons à porte fermée. Un membre du personnel tient constamment un poste à côté de la porte, ayant comme rôle de dissuader, temporiser, ou entraver la sortie d'un patient. Leurs résultats montrent que le taux des moyens coercitifs diminue significativement pour les pavillons expérimentaux. Néanmoins, les événements indésirables (fugues ou coercition) sont fréquents de manière égale entre les pavillons contrôle et expérimentaux. Selon les auteurs, cela veut dire que l'”open door policy” n'est pas nécessairement accompagnée d'une augmentation des moyens coercitifs, mais il n'y a pas assez de preuves pour constater l'inverse non plus.

3.5.3.3 Une ambitieuse étude nationale prévue

En 2020, Steinert et al. [152] ont commencé une ambitieuse étude nationale dans un protocole de randomisation contrôlée (RCT). Ils observent l'effet de l'implémentation de guidelines sur la “Prévention de la Coercition et de la Violence” (“PreVCo”) en psychiatrie, sous l'égide d'instituts allemands, australiens, et suisses. Parmi les douze interventions proposées, les services sont libres d'en choisir trois qu'ils souhaitent intégrer à leurs pratiques. La première variable étudiée est le nombre de mesures coercitives par lit et par année. La seconde est la durée cumulative de ces mesures par lit et par année. L'outil de contrôle le plus important est le nombre “d'accidents agressifs”. Le projet est de recruter pour le moment 52 services en Allemagne, avec une liste d'attente déjà longue. Les services traitant des patients en soins libres et sous contrainte seront inclus. Cette étude a pour but, selon leurs termes, de ”promouvoir le transfert de connaissances d'experts ainsi que le transfert des résultats d'une étude clinique vers une routine clinique afin potentiellement de changer les structures d'accueil en santé mentale“.

La figure 1 ci-dessous montre les procédures et le calendrier prévus pour cette étude.

TIMEPOINT	STUDY PERIOD					
	Enrolment	Baseline	Allocation	Post-allocation		Close out
		T0 (3 months)		T1 (12 months)	T2 (12 months)	
ENROLMENT OF WARDS:						
Eligibility Screen of Wards	x					
Informed Consent and Contract with Participating Hospitals	x					
Randomization			x			
INTERVENTIONS:						
Implementation of 3 out of 12 interventions (Group 1)				_____		
Follow-up (Group 1), optional					(_____)	
Waiting List (Group 2)				_____		
Implementation of 3 out of 12 interventions (Group 2)					_____	
Qualitative Interviews				_____	_____	
ASSESSMENTS:						
Discharge diagnosis of all patient admissions		x		x	x	
Percentage of involuntary patients		xxx		xxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxx	
No. of seclusions		xxx		xxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxx	
Cumulative duration of seclusions		xxx		xxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxx	
No. of restraints		xxx		xxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxx	
Cumulative duration of restraints		xxx		xxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxx	
No. of forced medications		xxx		xxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxx	
No. of assaults		xxx		xxxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxxx	
Level of Guidelines Implementation		x		x	x	
Nurses (full-time equivalents)		x		x	x	
Physicians/psychologists (full-time equivalents)		x		x	x	
Average occupancy of the ward		x		x	x	
Quantitative Analysis				x	x	x
Qualitative Data Analysis						

FIGURE 1 | SPIRIT flow chart: Timeline and study procedures.

3.5.3.4 Le retour du CPT sur l’IC

En 2020, le CPT observe après la visite d’établissements allemands [73] :

Au niveau de la contention mécanique, cela était appliqué rarement et pour des périodes courts. Cependant, le rapport critique le fait que l’isolement était utilisé dans les 2 établissements en question, assez fréquemment et parfois pour des semaines ou des mois. De plus, ces patients n’étaient pas surveillés constamment et personnellement par un soignant. [...] Le CPT souligne le besoin de créer un protocole permettant de réintégrer ces patients au sein du service, et un schéma sur l’utilisation de la contention et sa traçabilité.

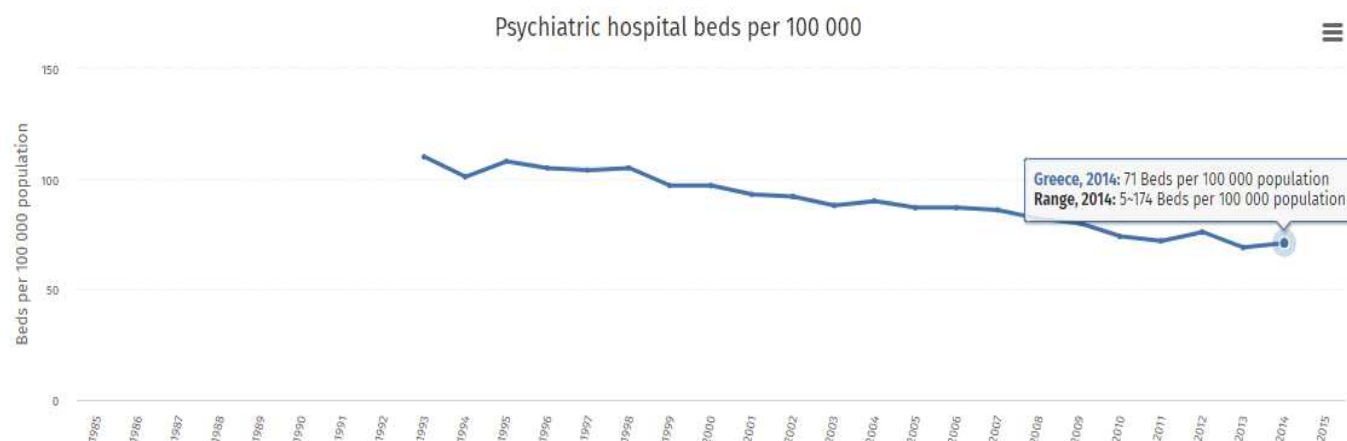
3.5.4. Conclusion pour les trois pays :

Fortement attachés à une vision culturelle particulière de l’intégrité et de la dignité personnelle, ces pays se sont rendu compte que leurs bonnes intentions, dans le but de ne pas nuire à leurs patients, les ont en fait menés à des pratiques coercitives porteuses d’une autre forme de

violence qu'ils n'avaient pas anticipée. Après une autocritique courageuse et intelligente au niveau national et européen, ils se sont investis activement dans des réformes et des changements positifs afin de s'aligner sur des protocoles et standards ayant montré leurs preuves. L'Allemagne démontre l'efficacité de la prévention et d'une centralisation des données au niveau national, afin d'améliorer les protocoles d'IC. De même, se confronter aux pratiques des autres pays dans des études transfrontalières permet le transit des savoirs experts et ainsi le progrès et l'enrichissement mutuel européen, atteignant cette fois-ci, leur objectif de ne plus nuire.

3.6 Les pays ayant subi une crise de moyens : La Grèce

Avec 71 lits pour 100 000 citoyens, la Grèce est en diminution progressive de sa capacité depuis 1993. [65]



3.6.1 La diminution des moyens inversement proportionnelle aux SDRE

Les données grecques montrent un impact important de la précarité économique et sociale sur les prises en charge psychiatriques : environ 60-80% des SDRE sont soumis à l'IC. L'un des trois pavillons psychiatriques de la capitale relève une augmentation très significative des SSC pendant la crise économique de 2013 : 1 785 SSC en 2010, puis 2 125 en 2013 et par la suite une légère diminution en 2016 à 1 970 [153]. Dans un autre pavillon, les soignants ont vu leur capacité d'accueil dépassée à 150% pendant la crise économique. De manière peu surprenante, ces deux pavillons subissent une perte de personnel insurmontable entre 2010 et 2016 : pour chaque embauche, il y a six départs.

3.6.2 La crise économique exacerbe un problème préexistant

Un article de Styliadinis et Souliotis, en 2019, postule que cette problématique existait bien avant la crise économique de 2013 [154]. Selon les auteurs, l'abus des moyens coercitifs serait une problématique systémique et intemporelle traduisant le dysfonctionnement du système de santé et des soins psychiatriques dans le pays. La crise économique entre 2009 et 2018 aurait simplement augmenté son intensité. Dans un hôpital athénien, plus de 50% des hospitalisations sont en SSC, dont 30% en SPDRE. 55% des SSC sont la conséquence "d'agressivité", et 35,2% de "rupture médicamenteuse". Ces critères, à priori, ne sont pas des symptômes psychiatriques, mais plutôt des interprétations par l'environnement familial et social, ou bien des failles dans la continuité des soins et de la réhabilitation sociale. Par la suite, seulement 13,8% de ces patients seront orientés vers des établissements de psychiatrie de secteur (équivalent des CMP). 32,2% resteront sans aucun projet de sortie. Les auteurs soulignent le phénomène de la "porte tournante" : les patients nécessitant une ré-hospitalisation dans la même année dépassent les 60%. Dans un autre établissement à Athènes, les SSC ont dépassé le 68%.

[3.6.3 Le concept de l'"automatisme social"](#)

Une autre constatation est le soi-disant "automatisme social" comme défini par Stylianidis en 2018 [155] entre le corps juridique et la discipline psychiatrique. Le mécanisme qui discernerait les abus de pouvoir de la bonne pratique est sollicité en telle fréquence que sa spécificité disparaît, notamment autour des certificats des SSC et de justification des mesures coercitives. Les effets directs de la crise économique sont élucidés par Anagnostopoulos et Soumaki en 2012 [156] : malgré les besoins de santé émergents de la population, les services de santé mentale ont diminué leurs opérations. Leur personnel et financement public ont été réduits de 20% entre 2010 et 2011, et de 55% entre 2011 et 2012. Plus spécifiquement, une augmentation des hospitalisations en SSC de 57,4% a été constatée malgré un recul de la récession en 2017. Ce chiffre devrait augmenter davantage à l'avenir.

[3.6.4 Le rapport du CPT sur l'IC](#)

En 2017, le CPT a visité les établissements grecques et publié une évaluation sur les mesures de contrôle, les caractérisant comme des mesures de sécurité et non pas de soins. Lesquelles, dans le cas où elles sont utilisées, doivent être en accord avec les principes de légalité, de nécessité, de proportionnalité et d'attribution. Plus spécifiquement, le CPT démontre l'utilisation de la contention sur 25% des patients SSC, souvent sans justification. Une précédente hospitalisation en SSC et la gravité des troubles seraient un facteur de risque pour une nouvelle mesure de contention. Il n'y aurait pas de différence significative entre pavillons ouverts ou fermés dans la diminution des mesures coercitives. Par ailleurs, l'insuffisance de personnel soignant et la difficulté d'application des techniques de désescalade semblent influencer l'utilisation des moyens coercitifs. [124]

Le dernier rapport en date est publié en 2017 [73] :

Le CPT a observé une carence de formation adéquate, et des critères stricts autour de l'utilisation de la contention, en association avec des protocoles internationaux. Ces facteurs, en combinaison avec le sous-effectif des soignants, a eu comme résultat une utilisation fréquente d'une contention excessive et disproportionnée, ainsi que des critères confus.

Dans un établissement, des autorisations médicales de contention au préalable ont été retrouvés.

Des durées de contention trop longues ont été retrouvées dans les archives : un patient en SL était soumis à la contention du 3 Avril au 8 Mars, un autre patient chronique était constamment contentonné sauf pendant les visites de sa mère, un autre encore était constamment contentonné sauf pendant des renforts de personnel durant la journée.

Des instances de contention inadaptée ont été retrouvées aussi : des patients contentonnés dans des chambres partagées ou au milieu des couloirs, obligés de se mouiller et de se saillir à la vue des autres patients. Des contentions étaient souvent appliquées sur un membre, et des cadenas faisaient partie des outils de l'hôpital. Un protocole fiable n'était pas disponible afin de prévoir de libération d'un patient en urgence. En plus, la délégation a constaté que des patients étaient contentonnés sans autorisation ou surveillance médicale, notamment lors qu'un registre de contention était absent.

3.6.5 Conclusion

La Grèce est un pays en crise, dont la prévention est précaire et la proposition de soins semble plus fragile que dans le reste de l'Europe. La psychiatrie n'intervient que quand il est trop tard, nécessitant par conséquent des moyens coercitifs. Le pourcentage de patients soumis à l'IC lors des SSC est surprenant, mais afin d'en tirer une conclusion, il faudrait comparer la fréquence des hospitalisations en SSC et l'offre des soins en hospitalisation SL. Dans un contexte de crise de moyens, le seuil à partir duquel les soins sont désormais imposés se trouve loin. Remarque déjà formulée précédemment, il faudrait des études afin de pouvoir bien comparer de manière objective et correcte les pays entre eux et les analyser dans cette revue de littérature. Une hypothèse possible est que le taux de SSC/IC rapporté à la population en Grèce donnerait peut-être un chiffre plus faible que les autres pays, et cela pour une raison socioculturelle. L'étayage collectiviste typique des pays méditerranéens serait un facteur protecteur pour des individus au bord de la décompensation. Ceci, d'autant plus que

l'incapacité du système de santé et social à bien prendre en charge laisse beaucoup de ces individus dans la rue. La Grèce donne l'illustration parfaite de l'importance de la considération de la santé par les classes politiques. La crise économique semble catastrophique pour la psychiatrie de ce pays.

3.7 Les pays où il y a peu de données : l'Europe de l'Est

3.7.1 Le contexte historique

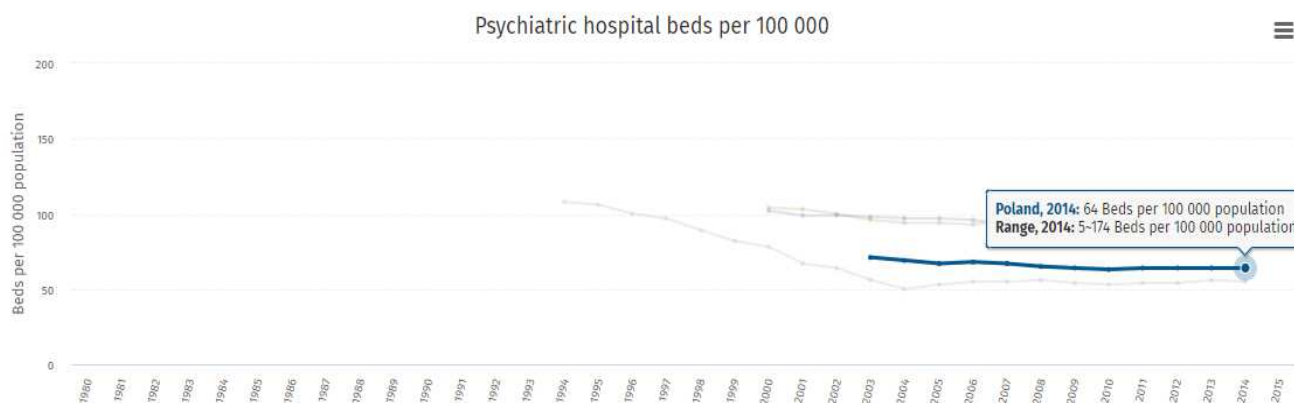
Aucune méta analyse n'a pu être retrouvée concernant les pratiques d'IC dans les pays dits "Europe de l'Est". Ceci peut être mis en lien avec la chute de l'URSS (Union des Républiques Socialistes Soviétiques) en 1991 et le travail de reconstruction, voire de construction tout court afin de rattraper le retard par rapport aux autres pays de l'Union Européenne.

L'Union européenne actuelle comprend depuis 2004 ou 2007 lesdits "pays d'Europe de l'Est" qui étaient des états satellites de l'URSS jusqu'à la chute de celle-ci en 1991 [158]. Bien qu'ayant drastiquement évolué depuis leur entrée dans le capitalisme, leur histoire influence encore aujourd'hui leurs pratiques en psychiatrie, particulièrement l'IC, comme l'explique Dr Petrea en 2021 [125]. Selon elle, à l'époque la philosophie de l'Etat est celle d'un état fort et sans membres faibles [125]. Les handicapés et les malades mentaux sont des indésirables exclus, cachés, et particulièrement mal traités. Lorsqu'il ne s'agissait pas de véritables patients, l'internement en hôpital psychiatrique est utilisé comme moyen de répression politique de certains opposants. La pratique souvent abusive de l'isolement dans des cellules et la contention dans des conditions insalubres ne sont pas à but thérapeutique et sont sans véritable protocole ni gestion des risques, de même pour la sédation, souvent mésusée. De nombreux reportages anciens et récents [158] dans certains centres témoignent de conditions rappelant les asiles du XIX^e siècle. L'Association Internationale de l'Utilisation Politique de la Psychiatrie (IUPAP), en 1989, publiée à Amsterdam un manifeste "Sur la Psychiatrie Totalitaire Soviétique" [158]. Après avoir étudié et vérifié plusieurs documents médicaux, ce collège de psychiatres arrive à la conclusion que les SSC étaient utilisés afin d'isoler des personnes saines qui exprimaient ouvertement leur dissidence contre le gouvernement. Plusieurs condamnations régulières par l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Organisation des Nations Unies et des Organismes Non Gouvernementaux dans les années 1980 et 90 sont également publiées. [160]

A la chute de l'Empire soviétique, le changement profond de système sociétal et de santé a permis à la plupart des pays d'Europe de l'Est de se hisser à des standards de pratiques plus "humains" au sein de l'UE, mais de manière variée. Le cas de la Russie est traité dans une autre partie après celle-ci.

3.7.2 La Pologne

Avec 64 lits pour 100 000 citoyens, la capacité de la Pologne est plutôt stable depuis environ 20 ans. [65]



La Pologne semble critiquer et analyser ses pratiques depuis des décennies. Une phrase intéressante de Baranowski & Pawłowski en 2017 [161] le décrit bien : “Le personnel des institutions psychiatriques en usant de la contrainte continue le rôle de la police.”

En 2021, Lickiewicz et al. [162] étudient les mesures de coercition en Pologne, comparée à la Norvège et l'Allemagne. Bien qu'aucun chiffre ne soit avancé, ils mentionnent un usage très élevé de l'IC en Pologne par rapport aux autres pays de l'Europe. Ils tentent de répondre aux facteurs expliquant ceci, notamment dans les mentalités et les attitudes des professionnels envers ces mesures dans les trois pays, ainsi que les composantes structurelles, institutionnelles économiques, historiques et politiques. [163] D'emblée, les auteurs parlent dans leur introduction d'un usage excessif des mesures coercitives en Pologne, étant vues pendant des années comme partie intégrante de la psychiatrie. Celles-ci sont réglementées par la “*Polish Mental Health Act*” (décret polonais de santé mentale) de 1994. Son objectif est de comparer, grâce à des échelles, l'attitude des équipes soignantes et médicales polonaises avec les norvégiennes et allemandes quant à l'IC. Deux aspects ont été analysés. Premièrement, l'attitude des équipes envers les mesures coercitives mesurée par l'échelle SACS (“*Staff Attitudes to Coercion Scale*”, échelle de l'attitude envers la coercition). Deuxièmement, selon les auteurs, lorsque les patients sont agités et agressifs il y a un lien entre l'auto-efficacité (évaluée par la GSES “*General Self Efficacy Scale*”, échelle générale de l'auto-efficacité) et :

- Les connaissances des professionnels sur la gestion de ces situations ;
- La formation dans ce domaine ;
- Et l'attitude des équipes.

Les facteurs identifiés comme expliquant les différences entre la Pologne et les deux autres pays sont :

- Le manque (voire l'absence) de formation spécifique dans la prévention de la violence et l'agression en Pologne ;
- Un manque de personnel ubiquitaire dans le système de santé polonais, et une surcharge de travail offrant peu de temps à dédier aux patients pour des échanges individuels ;
- Une grande souffrance du personnel avec un mal-être, une fatigue, une sensation d'échec, une frustration qui mènent à plus de coercition en un cercle vicieux ;
- L'absence d'alternatives disponibles comme les entretiens de désescalade, ou les espaces d'apaisement (uniquement des chambres d'isolement) ;
- Les différences de traitements médicamenteux utilisés ;
- La préférence de ceux-ci au détriment de la psychothérapie et du contact humain ;
- Des relations entre les médecins et les équipes soignantes différentes selon les pays. En effet, les infirmiers polonais (et non les psychiatres) estiment qu'il faudrait appliquer plus de mesures coercitives. L'hypothèse avancée est qu'ils sont plus sujets à être la cible des violences, car ils appliquent directement les mesures prescrites par le médecin (seul décisionnaire) ;
- Une pratique dite "autoritaire" de la médecine en Pologne, menant à un "paternalisme" plus fort qu'en Norvège, et à une collaboration avec le patient plus faible ;
- Une vision positive peu "offensante" pour le patient des IC. Néanmoins, les infirmiers cotaient la coercition que très faiblement comme soin/thérapeutique, et majoritairement comme une mesure de sécurité ;
- Peu d'études et de données permettant une base pour une remise en question des pratiques.

En conclusion, des différences culturelles (paternaliste), d'éducation académique (absence de formation), historiques (régime autoritaire URSS), politiques, économiques (manque de personnel), sont avancées afin d'expliquer les variables constatées. La perception de l'IC comme des pratiques de psychiatrie inévitables, acceptables et peu dommageables pour l'intégrité du patient peuvent être un frein pour le changement des mentalités polonaises et la réduction de leur nombre en pratique. Les auteurs alertent sur le burn-out de la psychiatrie polonaise en raison d'une sensation d'échec, d'un cynisme de la part des équipes et d'une sensation très basse d'accomplissement personnel, à la fois cause et conséquence d'un usage excessif des IC.

Une étude publiée en 1986 (étonnante de par le contexte soviétique de l'époque) est menée par Dabrowski et al., donnant une idée des pratiques d'IC de juin 1977 à janvier 1978 dans sept hôpitaux régionaux [164]. Ils détaillent les différents moyens de coercitions utilisés et à différentes phases de l'hospitalisation, à savoir de l'admission aux urgences puis à 14 jours en unité psychiatrique. En tout, près de 30% des patients ont été contentionnés au moins une fois. Au niveau des résultats (table 1), les taux demeurent sensiblement les mêmes entre les différents hôpitaux :

- Phase I : transport du patient vers la chambre d'admission, où 18,4% des patients sont contentonnés avec prédominance à 55 % de la force physique directe de maintien, 41,5% médication forcée et menace de contention à 23,6% ;
- Phase II : transfert du patient ensuite vers le service de thérapie, pendant lequel 13,6% des patients sont contentonnés, [dont ?] 47,7% par maintien de force physique directe et 31,8% par menace de contention ;
- Phase III : après deux jours d'hospitalisation, il y a 17,2% de contention dont 48,3% mécanique (ceinture, camisole) et 28,2% médication forcée ;
- Phase IV : après 14 jours, 12,0% de contention dont 38,8% mécanique.

TABLE 1

Phase	Total Patn.	Total Restr. %	Forms of Restraint %											
			Restraint by Hospitals %							Emerg. Int:				
			A	B	C	D	E	F	G	Hold	PO	Med	MR	Thr
I	2091	18.4	18.9	16.4	19.9	28.9	11.5	14.9	18.4	55.0	13.8	4.2	3.4	23.6
II	2091	13.6	15.1	11.0	15.5	20.7	10.9	11.6	10.9	47.7	—	5.0	16.1	31.2
III	1905	17.2	18.0	12.8	18.2	27.4	13.8	7.8	19.0	9.8	—	28.2	48.3	13.7
IV	1564	12.0	14.4	5.5	9.8	23.7	6.4	6.6	13.3	4.8	—	41.5	38.8	14.9

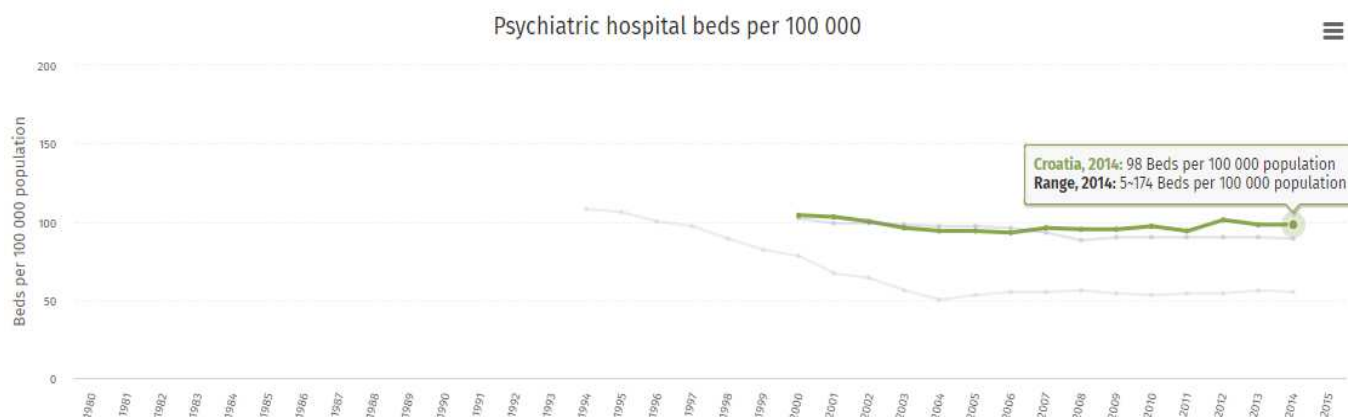
La grande majorité des patients (79,8%) sont diagnostiqués psychotiques. Un questionnaire possible ici serait la véracité des chiffres rapportés, surprenant quand l'on sait le contexte politique de l'URSS de l'époque et les conditions de vie des patients internés rapportés dans les témoignages et documentaires variés. Il n'était pas rare que les bilans publiés hors du bloc étaient modifiés afin de donner une image embellie de la vie sous le communisme soviétique. Il en est de même pour la médecine de l'époque. Une prudence est nécessaire quant à l'analyse de ces taux [165].

Conclusion pour la Pologne :

Un questionnaire ancien et une critique active des pratiques d'IC sont constatés, avec la participation en 2021 à une étude avec la Norvège et l'Allemagne, pointant des taux élevés et un usage excessif des IC. Mais y a-t-il une réduction efficace et effective des pratiques avec de nouvelles mesures ?

3.7.3 La Croatie

Avec 98 lits pour 100 000 citoyens, la capacité de la Croatie est stable depuis 20 ans. [65]



Dans une étude succincte (article entier non disponible) [166], Silic et al. s'intéressent aux diagnostics et facteurs de risque des patients contentonnés à leur admission en 2017 à l'hôpital universitaire de Vrapče. Les résultats sont les suivants :

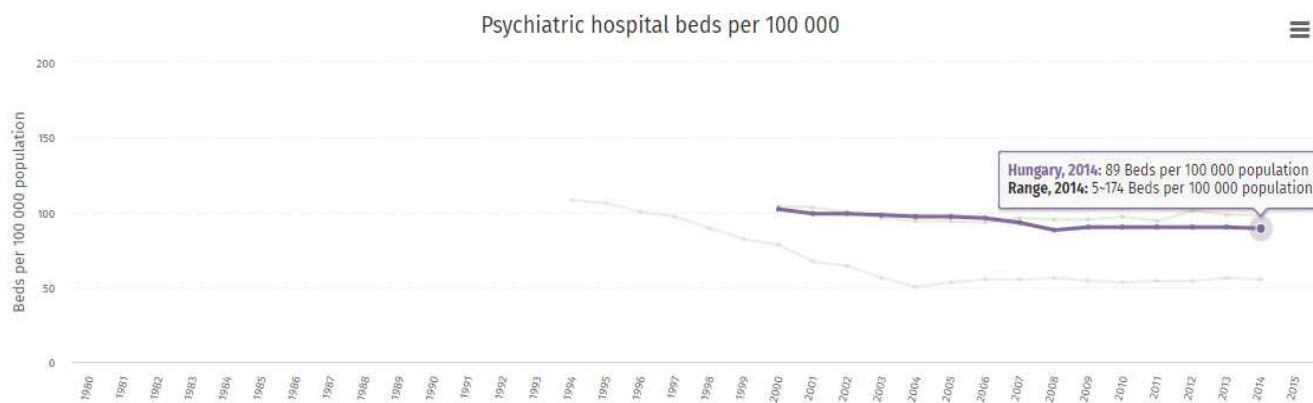
- 35,6% des patients totaux sont admis pour la première fois ;
- 49 % étaient ou ont été diagnostiqués du spectre des troubles schizophréniques et autres troubles psychotiques ;
- 2,8% sont admis par ordre du tribunal, parmi eux 68% ont été diagnostiqués du spectre des troubles schizophréniques et autres troubles psychotiques par la suite ;
- La contention physique a été utilisée sur 34 % du nombre total d'admission, et 28,7% des patients contentonnés ont été diagnostiqués du spectre des troubles schizophréniques et autres troubles psychotiques.

Ce qui rejoint d'autres observations dans d'autres pays sur le profil des patients vulnérables aux mesures d'IC.

3.7.4 Pas de chiffres disponibles, mais des traces de questionnement de l'IC

3.7.4.1 La Hongrie

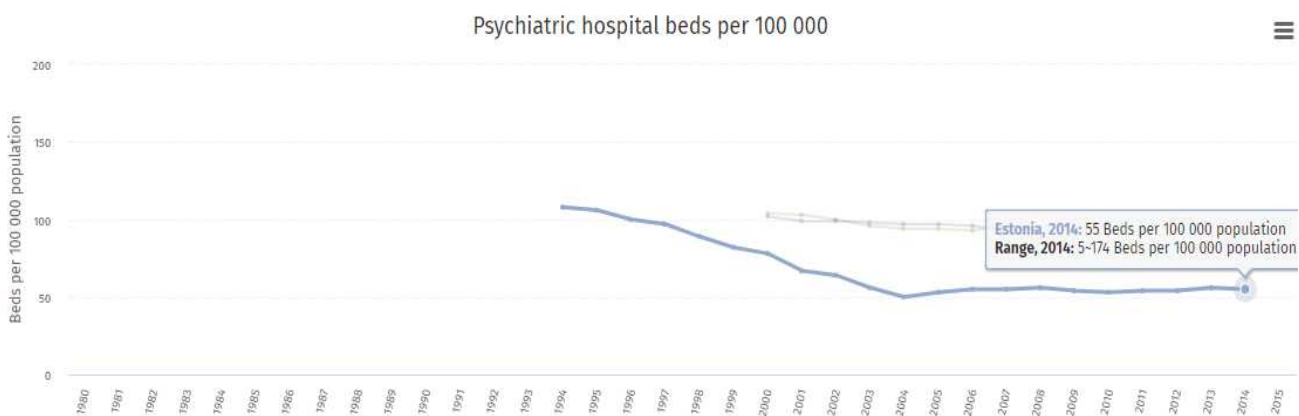
Avec 89 lits pour 100 000 citoyens, la capacité de la Hongrie est stable depuis 20 ans environ. [65]



En 1994, Dr Pisztor [167] publie un article en hongrois. Il n'est plus disponible sur le site du journal originel médical "*Orvostorteneti kozlomenyek*". Seul le résumé en anglais est accessible. Elle écrit son point de vue sur les initiatives de "no restraint" et d'"open door" en Hongrie depuis la fin du XIX^e siècle, mais sans chiffre ni élément sur la mise en place de telles mesures par la suite. Sont à noter, après lecture, une certaine critique de leurs limites et de la prudence nécessaire avec un cadre strict pour l'application dans des conditions de sécurité, dans l'intérêt du patient et du reste de la société.

3.7.4.2 L'Estonie

Avec 55 lits pour 100 000 citoyens, la capacité de l'Estonie reste stable depuis 2004. [65]



En 2022, Lenk-Adusoo et al.[168] (des hôpitaux psychiatriques de Tallinn, Tartu et Viljandi en Estonie) publie une étude sur l'attitude des soignants en santé mentale et des patients envers les causes et la gestion de l'agressivité. Elle explore les attitudes des psychiatres, soignants et patients. Ont également été identifiées : la fréquence des comportements agressifs vécue par les professionnels, les relations interpersonnelles entre les comportements, la participation aux mesures de coercitions et la fréquence des agressions. La méthode utilisée est la "*Management of Agression and Violence Attitude Scale*" (échelle de gestion de l'agression et des comportements violents). Le groupe interrogé comprend 63 psychiatres, 197 infirmiers and 199 patients. Les patients et les professionnels avaient des attitudes à la fois

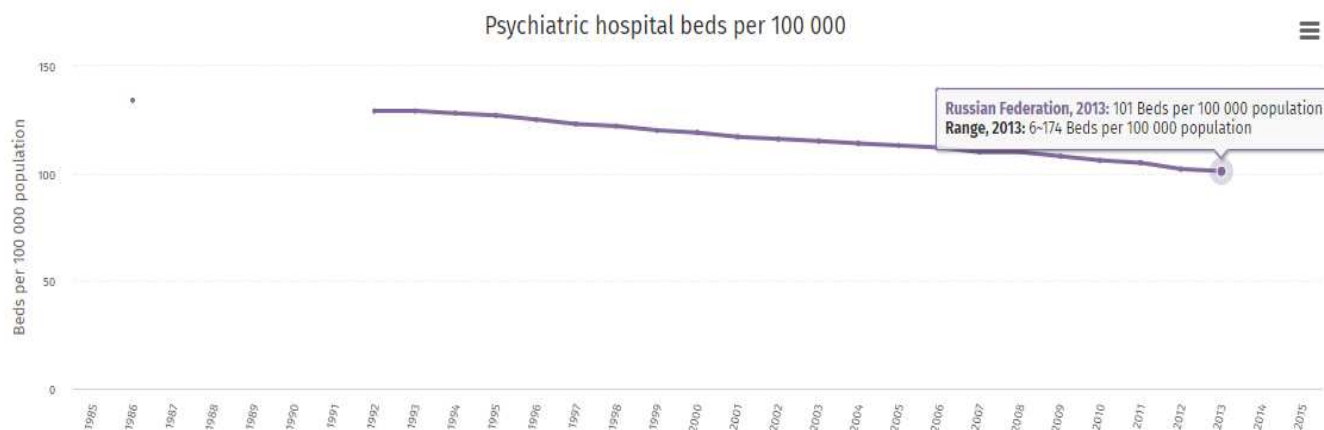
similaires et différentes envers l'agressivité et sa gestion. Les patients attendaient des professionnels d'adopter une approche plus personnelle lorsqu'une agression a lieu. Dans certains cas, ils préféraient pouvoir confronter des émotions négatives tout seuls, mais dans d'autres, ils estimaient l'IC des personnes violentes nécessaire. Les auteurs concluent sur une nécessité de programmes de formation qui se focalisent sur l'agressivité des patients, afin de créer une culture sécurisée, centrée sur le patient et pour réduire les agressions dans les cliniques psychiatriques.

3.7.5 Conclusion

La reconstruction est longue et fastidieuse partant de l'horreur absolue de la tyrannie de l'Empire soviétique sur ses citoyens souffrant de troubles mentaux. D'une misère généralisée, les pays d'Europe de l'Est dessinent à présent toute leur individualité culturelle et médicale dans les efforts fournis pour se hisser au niveau des standards des pays d'Europe de l'Ouest. La liberté et la possibilité de s'exprimer en tant que nations à part entière a d'ailleurs été souvent la motivation pour intégrer l'UE. La collaboration entre pays dans des études et la volonté de changer les mentalités diffèrent entre eux, ce qui semble impacter leur vitesse de "progrès". Certains se démarquent comme la Pologne, d'autres montrent seulement des débuts de remise en question de leurs pratiques d'IC (Hongrie, Estonie). D'un "bloc" uniforme (informe ?), c'est une mosaïque qui se sculpte, mais toujours dans le but de se distancier de la "mort cérébrale" dont fait preuve la Russie encore aujourd'hui dans sa pratique inhumaine de la psychiatrie.

3.8 Les pays où l'IC est liée à la politique : La Russie

Avec 101 lits pour 100 000 citoyens, malgré une diminution progressive, depuis 1992, la Russie présente une des capacités d'hospitalisation en psychiatrie les plus importantes au sein de notre étude. [65]



La Russie est traitée à part des pays dits “d’Europe de l’Est” membres de l’UE. Leur histoire partagée à l’époque de l’Union soviétique est en effet aujourd’hui distincte depuis la chute de celle-ci. Il en est de même selon la littérature pour leurs pratiques de l’IC. Un biais d’échantillonnage à prendre en compte dans cette partie, est le contexte géopolitique actuel particulier entre l’Europe et la Russie avec la guerre en Ukraine. PubMed (sur lequel ce travail de thèse est basé) est un moteur de recherche étasunien, qui rassemble des articles souvent écrits en anglais. Pour accéder aux articles médicaux écrits par des praticiens russes, il nécessite de maîtriser la langue russe et son alphabet cyrillique, afin d’avoir accès à leurs propres bases de données. De plus, la géolocalisation détermine l’affichage des résultats de recherche [196]. Les articles et les sources abordés ici sont donc souvent d’auteurs non-russes (européens ou étasuniens). Leur contenus et conclusions doivent donc être analysées avec une certaine prudence.

Selon eux, la Russie, de son côté, n’aurait pas (ou du moins peu) évolué. Une crainte possible derrière l’utilisation légale des mesures coercitives est son utilisation hors contexte psychiatrique à des fins politiques. Les institutions des systèmes de santé seraient plus difficilement instrumentalisées chez les occidentaux, car protégées par le serment d’Hippocrate. En revanche, les médecins soviétiques se basaient sur le “serment du médecin soviétique”, qui “rend clair que la responsabilité ultime du Médecin Soviétique était à l’égard du Parti Communiste, et non pas à l’égard de l’éthique médicale” [169].

Quand les critères diagnostiques sont vagues comme en psychiatrie, des diagnostics arbitraires, erronés ou abusifs sont à risque. Et comme le dit Andrei Sakharov, ce risque est très élevé au sein d’un état totalitaire dont la religion, l’opinion ou les positionnements philosophiques peuvent conduire à la persécution d’un individu [170]. Le contexte particulier de la guerre froide a pu amener certains psychiatres soviétiques à interner des dissidents “antisoviétiques”. Ces opposants étaient ainsi visés par l’état soviétique et ses annexes dans le corps exécutif et médical. Mais ceci peut être expliqué par une compréhension du comportement humain influencée par Marx et Lénine qui aspiraient originellement à une symbiose harmonieuse dans l’intérêt du peuple.

3.8.1 L'origine philosophique de la répression psychiatrique en URSS

Marx perçoit la nature humaine comme étant :

Le produit du développement sociohistorique sur une base de caractéristiques prédéfinies biologiquement [et que] l'homme est la somme de ses relations sociales, et [...] ses expressions personnelles sont la manifestation et l'affirmation de sa vie sociale [171].

Allant dans le même sens, Lénine dit : “la conscience humaine non seulement reflète et affirme le monde social, mais le crée aussi”. La psychologie individuelle et le comportement sont le produit de l'expérience sociale, et cependant “la cognition véritable est une réflexion adéquate de l'état, et la pratique sociale est le critère de l'état”. [172] Par conséquent, un citoyen sain est celui dont le comportement reflète la réalité de l'état Soviétique. Les premiers psychiatres Soviétiques s'approprient ce point de vue Marxiste-Léniniste sur la conscience, comme fondement des soins psychothérapeutiques et psychiatriques. Les Soviétiques considèrent la psychiatrie occidentale et les théories sur l'inconscient de Freud comme “une pseudo-science bourgeoise et une mythologie réactionnaire afin de piéger les ouvriers”.

La fusion de ces deux postulats conduit à la définition d'un dissident politique comme quelqu'un qui rejette sa réalité sociale objective, et qui manifeste une compréhension incohérente de son environnement. Un comportement dit “antisoviétique” (par exemple, contestation des lois et coutumes soviétiques, tentatives de voyages à l'étranger, participation aux manifestations pour les droits de l'Homme) est considéré comme un symptôme d'une maladie mentale. Au lieu d'accueillir la possibilité que les conditions de la vie soviétique sont source de stress parmi son peuple, ou que certains individus implorent l'état ou la société de s'améliorer, les psychiatres soviétiques perçoivent la maladie mentale comme une condition qui pourrait se soigner par “la rééducation idéologique, ou la correction comportementale et une relation rétablie avec l'état”. [173]

3.8.2 Un diagnostic ciblant les dissidents politiques

Le diagnostic fréquemment utilisé pour justifier des SSC des dissidents politiques en URSS était la “schizophrénie torpide”. Ce terme, introduit dans les années 1930 et rendu célèbre par le Dr Snezhnevsky, décrit une “schizophrénie de progression lente et de mauvais pronostic”, caractérisée par des symptômes de “pensées antisoviétiques”, “délire de réformisme”, “persévérance”, “lutte pour la vérité”, “caractère litigieux” et surtout une “absence de critique de leur trouble” [174].

Les traitements pour la schizophrénie torpide incluait de fortes doses d'antipsychotiques comme la Sulfozinum (une molécule causant une réaction pyrogène), administrée en injectable 10 à 15 fois par jour. Ses effets secondaires sont : douleurs, paralysie, fièvre et nécrose musculaire. Des injections d'Halopéridol, d'Atropine et d'Insuline (provoquant des chocs hypoglycémiques) sont également utilisées. La contention physique et mécanique, la violence verbale et physique de la part du personnel soignant et même l'interdiction d'utilisation des sanitaires faisait partie intégrante des pratiques [175]. Certaines méthodes, très dangereuses pour le patient, auraient également été rapportées par des témoins : par exemple, l'emballage dans des draps mouillés, qui se rétrécissent en se séchant, provoquant des douleurs atroces (et parfois même, la mort par asphyxie) [176]. Le personnel était juridiquement protégé par le décret No.345-209 qui dicte les "mesures pour la prévention des comportements dangereux sur autrui". [177]

3.8.3 La psychiatrie Russe aujourd'hui

La santé mentale est traditionnellement une moindre priorité dans le système de santé russe. Le programme d'Amélioration des Mesures d'Urgences en psychiatrie durant les années 1990 reçoit 0,2% du PIB (Produit intérieur Brut), et par conséquent n'est pas augmenté, tandis que dans certains établissements la carence touche jusqu'à la nourriture des patients [178].

Dans les années 2000, les soins sont offerts principalement par l'institution avec 279 hôpitaux psychiatriques et 110 établissements d'hospitalisation complète, desservant chacun une population de 25 000 habitants (chiffres de 2004) [179]. En revanche, la fédération russe présente au niveau des lits un des chiffres le plus élevé d'Europe : 101 lits per 100 000 de population soit plus de 161 000 lits en 2013 [180]. Les personnes qui ne répondent pas de façon positive aux traitements proposés sont transférées dans des institutions sociales d'usagers chroniques (internats), où ils restent indéfiniment. Ces internats, gérés par les oblasts du ministère de la Protection Sociale, hébergent jusqu'à 125 000 personnes en 2005 [181].

Les services de santé mentale sont financés principalement par des transferts budgétaires de la part du gouvernement. Ils sont alloués par le ministère des Finances sur la base des dépenses précédentes et des infrastructures disponibles, et non pas selon les besoins de la population (ou du poids de la maladie mentale). Les hôpitaux psychiatriques absorbent une grande partie de ce budget, mais répondent en faible proportion aux besoins. Les finances sont concentrées sur ces établissements d'usagers chroniques, qui ont la motivation perverse de maintenir une haute occupation des lits, car rémunérés sur la base de jours d'hospitalisation [178].

Aucune information quantitative n'est disponible sur les mesures d'IC.

3.8.4 Le rapport du CPT sur l'IC en 2021

En 2018, deux établissements psychiatriques de la Fédération de Russie ont reçu la visite du CPT [182]. Selon ce rapport, l'isolement est utilisé dans les soins intensifs des deux établissements visités. Selon le rapport, les patients passaient parfois des mois ou des années dans des chambres très étroites (1,1 mètres à l'Hôpital Fédéral de Kazan, et 1,3 à l'Hôpital Fédéral de Volgograd), avec une surface entre 3,7 - 4,7 m², peu de lumière naturelle et de la lumière artificielle allumée vingt-quatre heures par jour. Lors de cette visite, le comité décrit : "certains patients dans les chambres d'isolement [...] étaient visiblement en détresse psychique, et ils demandaient à la délégation de les aider à sortir, disant ne plus pouvoir gérer la solitude". A l'Hôpital Fédéral de Kazan, les patients n'ont pas d'accès aux sanitaires (ils utilisaient un seau au coin de la chambre, vidés uniquement si pleins), ni à l'extérieur ou à l'exercice physique. Le CPT juge que les patients en isolement dans ces deux établissements "ne bénéficiaient pas de soins institutionnels, et cela rendait leur traitement inhumain et dégradant".

Concernant la contention mécanique, le CPT est interpellé par la présence de patients contentonnés dans des couloirs ou des dortoirs à la vue des autres patients, sans surveillance constante par l'équipe soignante afin de répondre à leurs besoins. Les contentions ne durent pas indéfiniment, mais à l'Hôpital Fédéral de Kazan par exemple, les patients subissent la contention pour une durée de 4-5 jours, sans aucune période de levée de la mesure. Par conséquent, certains refusent de manger car il leur est trop difficile d'éliminer dans la baignoire pendant une contention horizontale. Ils risquent sinon une constipation très douloureuse ou l'occlusion intestinale.

Le CPT a visité plusieurs établissements de privation de liberté lors d'une visite plus récente en 2021, parmi eux deux hôpitaux psychiatriques. Depuis, la fédération Russe n'a pas autorisé la publication du rapport.

3.8.5 Conclusion

Selon les données disponibles (qualitatives et non quantitatives), la Russie n'aurait pas changé ses pratiques d'IC, bien que théoriquement, les idéologies soviétiques quant à la santé mentale n'existent plus depuis la dissolution de l'URSS. Les conditions d'hospitalisation difficiles et d'usage de l'IC n'auraient pas ou peu évolué, avec un usage dégradé, critiqué par certains organismes européens. Il est important de noter qu'aucune statistique n'a été retrouvée concernant les pratiques véritables de l'IC dans les hôpitaux russes. Il semblerait que ce pays soit stationnaire dans un fonctionnement dû à la fois à son histoire, à son système de santé, à son financement des établissements psychiatriques, à des habitudes de pratique et également à une mentalité médicale de délaissement de patients, peu considérés dans leur statut de malades

véritables, en souffrance légitime et ayant besoin d'attention et de soins. Le système est fait de telle sorte que l'amélioration des troubles affectant les patients ne soit pas un véritable objectif. La gestion est disciplinaire, avec la mise au ban d'individus considérés comme indésirables pour la société et à ostraciser, afin de protéger l'intérêt commun et le "bon ordre". L'histoire de la psychiatrie russe peut démontrer certains risques liés à des pratiques d'IC non contrôlées. Ce point est abordé en discussion ci-après.

PARTIE IV : Discussion, les leviers du changement

L'instauration en France de la nouvelle loi du 23 janvier 2022 a été précédée dans les hôpitaux français de nombreuses réunions institutionnelles, colloques et échanges entre les différents acteurs de la pratique de l'IC (juges, praticiens, infirmiers, etc.), avec une remise en cause de celle-ci par tous. L'approche judiciaire du Juge des Libertés a rencontré celle de soins des professionnels de santé, en première ligne face aux violences. Les équipes soignantes, les médecins, les internes ont dû parfois apprendre et réapprendre de nouvelles façons de pratiquer les mesures d'IC pour suivre leur évolution.

Ce travail de thèse, mené à deux, part d'un questionnement sur l'IC : comment font les autres pays lors de ces situations graves, violentes, source de grande souffrance du côté patient mais aussi du côté soignant ? D'autres manières de faire sont-elles possibles et peut-être même meilleures ? La question du changement et de l'amélioration des pratiques d'isolement/contention est complexe, et ne saurait être abordée sans subtilités.

Cette revue de littérature sur les pratiques d'IC dans les pays européens tente de répondre à ce questionnement. Il en est ressorti une catégorisation et une organisation des données dans le but d'une clarté d'esprit, mais avec des limites très importantes. D'un point de vue quantitatif d'abord, du fait du manque de données disponibles au niveau national dans la plupart des pays. Mais aussi d'un point de vue qualitatif, car les études ne sont absolument pas comparables et analysables entre elles statistiquement : conditions de recueil des données et critères d'inclusion des populations non standardisées, méthodes d'investigation différentes (rétrospectif, prospectif, etc.), définitions des objets d'étude très variables entre "moyens coercitifs" en général (incluant les SSC), "isolement" versus "espace d'apaisement", "contention physique"/"mécanique", "médication forcée"/"involontaire"/"encouragée", etc.). Une conclusion à une évaluation et à un classement des pays européens entre eux n'est pas possible, encore moins selon des critères beaucoup trop vagues que seraient les pourcentages de patients exposés à l'IC (là aussi, mesure-t-on en durée ? intensité ? fréquence ? épisodes uniques, répétés, renouvelés ?).

Néanmoins, une remise en question des pratiques de mesures coercitives (dont l'isolement et la contention) est constatée dans les pays d'Europe, malgré des visions différentes de la

maladie psychiatrique et des soins qu'elle nécessite. L'effet aggravant et dommageable pour le patient vers une chronicisation des troubles est largement prouvé dans des études en Espagne, France, Suède, Finlande, etc. Les réflexions et analyses lues dans ces travaux démontrent que tous les pays tendent vers le même idéal d'une psychiatrie véritablement "soignante". Les différences constatées dans les pratiques aujourd'hui sont dues aux différences de moyens. Elles sont en lien direct avec la culture et l'histoire psychiatrique propres, donnant à chacun des moyens complètement inégaux, des freins au changement ou au contraire des avantages les facilitant. Partout, des alternatives sont recherchées pour la gestion urgente des crises violentes et agressives des patients. L'approche du problème, complexe, doit être transversale, et non uniquement médicale. Elle doit tenir compte du contexte culturel, historique, politique, économique, législatif, et structurel au niveau médical, universitaire, institutionnel. Modifier les pratiques nécessitera d'activer ces leviers du changement dans une approche probablement transculturelle.

4.1 Levier culturel et historique

La culture peut être définie par un ensemble de codes et de représentations homogènes, partagés et partageables. La culture donne sens aux événements et une manière de voir le monde. Les contes, mythes et légendes relaient des explications face au chaos de l'existence. La culture est ancrée en nous, y compris en tant que soignants, face aux symboles que sont l'asile, la folie, le fou, la maladie, etc. Chaque pays est unique, avec sa propre culture et sa propre histoire. Mais la culture est poreuse, dynamique, en interaction permanente avec le dehors et le dedans. Elle cherche toujours à assurer une cohérence et une manière d'appréhender l'altérité. Comment se comporter en tant que soignant face à un patient, autre, un étranger qui est violent, difficile à comprendre et avec qui on ne partage pas le même langage ? Comment accueillir sa souffrance, lui communiquer de la réassurance et sa bienveillance, alors même que nous ne sommes plus dans une réalité partagée étant donné son vécu délirant ou émotionnel débordant ? L'impact de cet étranger parfois migrant, bouleversant et remettant en question l'homogénéité culturelle a été explorée par de nombreux auteurs dans des œuvres tant philosophiques que médicales. En Suisse et en Espagne, l'approche ethnopsychiatrique/transculturelle d'ouverture et d'écoute des symbolismes culturels propres aux patients migrants, avec traducteurs si besoin, a permis la baisse efficace de l'IC dans cette population démontrée à risque de SSC. L'article écrit par des Américains sur l'Italie (abordé dans la revue) expose un point de vue créatif sur la culture et la mentalité particulières de ce pays, jugées protectrices pour les patients de par leur manque de standardisation et de cadre légal rigide sur la question des IC.

De plus, l'histoire de la médecine enseigne que les pratiques et connaissances académiques d'un pays sont influencées par des courants venant de l'étranger. Elles sont intégrées et interprétées pour en devenir leur version appliquée : c'est le métissage. La médecine grecque

a déteint sur les Romains antiques, l'égyptienne sur les Arabes, et les deux ont immergé l'Europe médiévale tardive vers l'avènement d'une Renaissance. Ainsi, les pratiques d'isolement et de contention varient pour chacun, avec en plus en leur sein même des différences entre régions clairement objectivées dans certaines études. De plus, des pays européens comme la France, ont un taux d'immigration important et de nombreuses origines ethniques et cultures co-existantes.

Ces échanges entre régions du monde et de l'Europe existent depuis l'Antiquité. Les méthodes médicales les plus efficaces se sont souvent imposées avec le temps. Beaucoup de pays comme les Pays-Bas, la Pologne, la France, l'Allemagne se remettent en question.

Certaines cultures seraient plutôt protectrices pour les patients comme en Islande ou en Italie. D'autres au contraire seraient plus discriminantes comme la Russie, avec une déshumanisation justifiée par la crainte de l'occidentalisation des esprits. En France, la psychanalyse a prôné à la fois des espaces ouverts (*open space* en anglais) mais paradoxalement justifie et soutient le bénéfice thérapeutique de la contention mécanique comme moyen de "régression", comme avec les "packing". Des auteurs en Finlande et en Pologne identifient la vision de l'IC comme "positives" et "normales" par les soignants comme un frein à leur réduction. En effet, pourquoi réduire une pratique si l'on n'en perçoit pas les potentielles conséquences négatives ? Toujours en Finlande et dans la même étude, plus un patient ressent qu'il est soumis à de la coercition de la part des soignants, plus il est à risque de faire l'objet de mesures d'IC (entres autres). Là aussi, "pourquoi me laisser soigner par ces gens qui ne m'en offrent pas le choix ? Dans ce cas, comment puis-je tenter de récupérer un semblant de liberté et de contrôle autrement que par l'opposition ?" Aux Pays-Bas, il existe une vision culturelle selon laquelle un médicament involontaire est une violation de l'intégrité bien plus grave que l'isolement, car intervient sur le noyau de l'existence d'une personne. Vision qui expliquerait les taux très élevés d'isolement dans ce pays. Il est important de changer les mentalités sur les troubles mentaux au niveau de la société, des personnels soignants, des patients eux-mêmes et leurs familles.

D'ailleurs, le changement de culture médicale joue un rôle dans le recours aux mesures coercitives. L'implication des familles et des patients aux prises en charge permet activement de réduire les SSC et l'IC, comme démontré en Finlande. Une médecine paternaliste au contraire, semble renforcer une certaine perte d'autonomie du patient par infantilisation voire trauma comme en Russie. Les troubles mentaux impliquent souvent une certaine perte de contrôle sur sa vie, une baisse d'estime de soi et des difficultés de confiance en soi-même et autrui. Un message négatif constant des professionnels sensés vous faire sentir mieux semble peu productif. Au contraire, l'*empowerment* est un concept venant des pays anglo-saxons. Il est décrit comme une mesure préventive bien plus efficace que la coercition en termes de pronostics et espérance/qualité de vie car améliorant entres autres l'observance thérapeutique.

Comment y remédier ? En Norvège, des auteurs notent que "les réformes législatives seules ne suffisent ni pour diminuer l'utilisation des IC, ni pour changer la culture de soins associées à ces mesures."

Néanmoins, le développement d'autres approches/ mentalités des soins en psychiatrie progresse dans l'Union Européenne. De nombreuses campagnes de sensibilisation aux troubles de santé mentaux (trouble usage alcool, idées suicidaires, dépression, etc.) permettent d'atteindre des personnes en souffrance mais isolées par les tabous sociétaux. De plus en plus de représentations dans les médias, les films, livres, musiques amènent à une acceptation de cette réalité souvent déniée par peur de les déclencher. De plus en plus d'artistes et d'acteurs connus parlent ouvertement de leur troubles bipolaires, schizophréniques ou des conduites alimentaires (Lady Gaga, Jim Carrey, Stromae, etc.). La nouvelle "culture internet" accélère les communications... De nombreux "tiktokers" ont d'ailleurs assuré leur notoriété avec l'exposition de leur vie de personne souffrant de troubles mentaux. Un questionnement peut se poser sur le sens et la qualité véritable de ce flot d'informations avec la mise en scène volontairement démonstrative et exagérée (voire banalisée ou romancée) des troubles de santé mentale. L'histoire démontre qu'un silence sur ces sujets est toujours contre-productif. Mais certains soignants travaillant avec la nouvelle génération en pédopsychiatrie le pointent l'hypervigilance hypocondriaque à l'affût du moindre trouble, symptôme ou anomalie peut également être néfaste.

Les échanges entre pays et les comparaisons permettent de montrer certains aspects problématiques, aux origines complexes. Des recommandations d'uniformisation des protocoles et pratiques sont présentées afin de les diminuer. Se pose cependant la question de l'application de ces recommandations.

D'après l'étude comparative entre Trieste et San Francisco, le modèle de psychiatrie le plus progressiste et démocratique du monde sur un terrain X, échoue complètement quand appliqué sur un terrain Y. Même en disposant des soins les plus adaptés, avec des moyens physiques et humains abondants, il est impossible pour la psychiatrie de soigner une population précaire à tous les niveaux ; des facteurs comme les liens familiaux et leur dispersion géographique, le tissu sociétal, le marché immobilier et la capacité d'accommodation, l'écart salarial, le trafic de toxiques, l'urbanisme et la surpopulation sont à l'origine des symptômes que l'on demande à la psychiatrie de soigner. [183]

Des changements sont possibles, mais doivent-ils se faire sur la base d'un mimétisme et d'une harmonisation européenne stricte ? Ou bien, chaque pays doit-il puiser dans ses propres ressources culturelles afin de trouver des solutions créatives et innovantes ? Par exemple, l'approche des Pays-Bas et de la Suède de la médication forcée ne devrait-elle pas être également source de questionnements pour les autres pays, plutôt que de se concentrer

uniquement sur des taux d'isolement, par ailleurs difficilement comparables vu les biais d'étude ?

4.2 Levier politique

La politique est l'étape où les décisions sont prises. Aucun changement des pratiques en psychiatrie ne peut se faire sans l'action des politiques pour mettre en place les projets amenés par les associations de patients, les professionnels, les chercheurs etc. Mais la psychiatrie doit être vue comme une spécialité médicale à part entière avec pour seul et unique but les soins éthiques, sans discrimination, conformément au serment d'Hippocrate. La classe dirigeante ne doit pas non plus décider seule comme en URSS de la manière de pratiquer les soins, en utilisant la psychiatrie comme un lieu d'application des ambitions politiques de répression ou de régulation judiciaire des êtres vus comme "déviant" selon des critères moraux de la société, au lieu de critères scientifiques médicaux. Des personnes saines se sont ainsi retrouvées isolées et contentonnées en hospitalisation en SSC car elles exprimaient ouvertement leur dissidence contre le gouvernement. Selon les politiques soviétiques, les dissidents ressemblaient trop aux occidentaux et représentaient une menace réelle pour l'hégémonie culturelle et politique du bloc de l'Est pendant la guerre froide. Une société qui se sent menacée est d'autant plus hypervigilante et renfermée.

Ainsi, depuis 2007, est soulevée en France la question sécuritaire. Une correspondance entre celle-ci et les soins psychiatriques est particulièrement visible dans le traitement médiatique et les discours politiques par suite des passages à l'acte hétéro-agressifs de patients psychotiques. Certains présidents prônaient une politique d'hyperréactivité aux faits divers engendrant un climat de suspicion et d'intranquillité envers les "fous", faisant oublier à la population générale la fréquence réelle des passages à l'acte des patients souffrant de schizophrénie, avec punition et renfermement sévère des "fous". C'est la psychiatrie sécuritaire, avec pour conséquence directe une atteinte grave aux libertés (régulièrement pointée par les divers comités d'enquête internationaux) et un retour en arrière terrible pour ces patients stigmatisés, exclus et privés de soins car condamnés en justice. Ils sont ainsi envoyés en prison sans considérer la complexité de leurs troubles psychiatriques, pouvant altérer voire abolir leur discernement lors des faits reprochés. Une spirale sociale et humaine infernale qui, comme l'histoire le montre bien, ne mène qu'à une aggravation. La peur des troubles psychiatriques mène à leur assimilation systématique dans l'inconscient collectif à des crimes. Ces troubles représentent ainsi un potentiel danger imprévisible et incontrôlable par définition. Cela décourage les personnes souffrantes qui pourraient consulter et demander de l'aide auprès de professionnels, avant que leur situation ne se dégrade et qu'il ne soit "trop tard". De plus, le cliché du "fou dangereux pour la société et violent" est statistiquement faux, les patients étant dans une écrasante majorité des cas victimes et non auteurs d'agressions, délits, crimes (cf. "Manuel de psychiatrie" de Julien- Daniel Guelfi & al., page 266, 4^e édition). La stigmatisation risque

d'étiqueter ces patients comme dangereux, avec des mesures d'IC excessives voire systématiques.

Des politiques plutôt conservatrices (en France par exemple [184]) remettent en question les modèles de systèmes de santé et d'aides sociales européennes de manière très pro libertaire ou capitaliste, avec une influence "Étatsunienne" (première puissance mondiale enviée par la "vieille" Europe ?) revendiquée. Mais, ce qui est merveilleux ailleurs est-il exportable partout ? Les déficits de nombreux pays de l'UE avec des crises économiques successives [185] ont pu fragiliser ces modèles. De plus en plus, il est demandé aux systèmes de soins une certaine rentabilité, comme en France avec l'instauration de la T2A en 2004 [186]. La mentalité étatsunienne, elle, est particulière vis-à-vis des soins. La valeur d'un citoyen au sein de la société est différente selon sa contribution productive à celle-ci, selon une morale très puritaine due à l'esprit des Pères Fondateurs [187]. On est responsable de son statut de pauvre ou de riche, il suffit de travailler. L'accès aux soins doit être limité aux plus méritants et "motivés", en une boucle voulue "vertueuse". La continuité de cette politique qui intéresse ici est qu'une personne malade, ou souffrant de troubles mentaux, n'est pas productive pour la société. Les dépenses dans la santé ne sont également pas rentables, et son budget doit être optimisé au possible. Or, comme abordé dans la revue de littérature, des coupes budgétaires forcées par des circonstances de crise économique, comme par exemple en Grèce, ont des effets désastreux à court et à long terme sur l'IC selon les auteurs. Les pays ayant massivement investi dans leur santé comme la Finlande ont pu par la suite réduire leurs coûts par des hospitalisations moins nombreuses et une réduction des taux d'IC. Une souffrance des patients, et en ricochet des professionnels en burn-out, coûtent cher, ne serait-ce qu'en arrêts de travail [188]. Moins de personnel disponible pour des entretiens de désescalade, des activités thérapeutiques et un accompagnement personnalisé peut amener à des utilisations parfois "préventives" (évitables) de l'IC, par "manque de temps" et de capacité à pouvoir assurer pour tous les patients des soins en toute sécurité.

D'ailleurs ce qui varie entre chaque, patient, équipe ou hôpital, est l'état de nécessité : le même patient fait face à des risques d'IC différentes selon son environnement thérapeutique. Les pavillons "*open door*" peuvent fonctionner sans avoir recours aux mesures coercitives car l'ambiance créée provoque moins d'agitation. En revanche, il n'y a pas de secteur géographique qui se dise capable d'assurer sa population seulement avec des pavillons "*open door*". Même à Trieste, il existe des pavillons pratiquant les SSC. Cela n'enlève pas d'importance à ces espaces, mais une suggestion possible au vu de la littérature serait d'essayer de maintenir au plus bas possible le seuil de transfert des patients entre un service "*open door*" et un pavillon traditionnel.

Le 16 novembre 2022, un colloque a eu lieu au ministère de la santé français “mesures d’anticipation en psychiatrie”, avec entres autres comme objectif de nouveaux textes de loi [189]. Des soignants, des patients, des aidants, juristes etc. se sont rencontrés avec des politiques (dont le ministre de la Santé Mr François Braun) afin d’exprimer leurs besoins, questionnements et problèmes. Dans son discours d’inauguration de la journée, le Ministre établit en consensus de départ, que la psychiatrie et l’hôpital public en France sont en crise. Il félicite les soignants qui pendant la crise Covid ont fait preuve “d’adaptation” et “d’innovation”. Il appelle ceux-ci à continuer à en faire preuve afin de trouver de nouvelles solutions et d’améliorer les pratiques afin d’éviter le recours à l’IC, et si jamais, toujours en dernier recours. La journée se déroule avec de nombreux intervenants variés. Le retard de la France en la matière est mentionné, ainsi que les dispositifs déjà existants dans d’autres pays comme l’Allemagne (“*VerPfü*”, avec dans un clip de promotion la chanteuse Nina Hagen), des débats sur l’appellation “directives anticipées” comme dans les soins palliatifs versus “mesures anticipées”, des témoignages de patients qui ont pu en bénéficier à titre expérimental en France, le retour d’expérience des soignants. Mais plus concrètement, comment ces alternatives évoquées (au stade de recherche actuellement) pourraient-elles être appliquées partout en France ? Cela constitue en effet un potentiel sujet pour de futures études.

D’après la comparaison démographique et politique entre Trieste et San Francisco, le problème de la psychiatrie :

[...] nécessite un autre regard par les travailleurs des services de santé mentale, qui sont aujourd’hui contenus dans un paradigme trop biomédical et clinique, centré sur le diagnostic, la maladie et les troubles du comportement, comme si ceux-ci englobaient toute l’histoire et besoins de la personne atteinte de troubles mentaux. Comment est-ce possible de mettre en œuvre ces changements dans les limites d’un système qui rémunère les prestataires pour des interventions biomédicales spécifiques plutôt que pour le rétablissement et l’inclusion sociale ? [183]

Pour qu’une psychiatrie humaine et dépourvue de coercition soit possible, les conditions doivent être réunies avec un terrain propice et des données démographiques particulières. La lutte contre les facteurs de précarité ferait (selon la littérature) partie intégrante des soins. La pauvreté économique, l’isolement social, la dégradation des liens humains, le trafic des toxiques, la précarité du logement, le chômage... sont pointés par des études comme de potentiels leviers au niveau de la société pour baisser à terme l’IC des patients.

4.3 Levier économique

Du point de vue économique, tout investissement dans les établissements psychiatriques pourrait participer à la diminution de l'agitation ou de la non-compliance aux soins : rénover les locaux insalubres, investir dans une meilleure alimentation et un meilleur confort de vie des patients, financer les activités thérapeutiques créatives et sportives au sein des unités, les sorties extérieures mises à mal par la crise sanitaire du Covid, des espaces adaptés comme les pièces de Thérapie Snoezelen ou les espaces verts... Autant d'éléments qui pourraient permettre le désamorçage d'une crise aiguë. Les indicateurs démontrant la réduction la plus efficace d'IC sont le taux des soignants par patient (en Islande) et les techniques de désescalade (en Finlande et en Norvège). D'avantage de personnels leur permettrait d'être plus disponibles auprès des patients et leur prodiguer de véritables soins individuels. Mais comment prendre plus de temps avec les patients dans un système de santé à visée "rentable" ?

Pour les alternatives, une meilleure formation spécifique des personnels a démontré également son efficacité dans la réduction des IC, comme en Suisse par exemple. Que ce soit à l'université, en formation continue ou en accompagnement éthique régulier des équipes.

Une meilleure prise en charge sur le territoire même pourrait prévenir les décompensations aiguës avec un suivi ambulatoire plus étroit ou plus épais, comme en Italie, ou des équipes mobiles plus nombreuses. Cette prise en charge débute avant que l'hospitalisation devienne nécessaire au sein des établissements de santé. En Finlande, des millions d'euros par an ont été investis efficacement dans la santé pour un développement de l'ambulatoire. Il en découle moins d'hospitalisations ce qui permet in fine de faire des économies. On agit ainsi sur la chronicisation potentielle en la réduisant. Les patients et les familles s'investissent plus dans leur prise en charge, traitement, autonomie quotidienne, vie sociale en général...

Néanmoins, comme abordé précédemment dans la partie politique, des tentatives de rationnement des systèmes de santé ont fait suite dans certains pays comme la France aux crises économiques. La T2A ("tarification à l'acte", régulièrement remise en cause) détermine les enveloppes annuelles des hôpitaux mais pas en psychiatrie. Une dotation globale est attribuée aux centres de santé mentale. Celle-ci n'a pas augmenté en 2023 [190], malgré l'importance de cette spécialité en termes de santé publique démontrée encore durant la crise Covid. Tous les hôpitaux sont en déficit [191]. Leur gestion est celle d'"effectifs cibles", de "masse salariale", de "retour à l'équilibre". Le plus gros pôle de dépense d'un hôpital est au niveau des ressources humaines. Comment faire des économies efficaces, alors que ces mêmes ressources sont le cœur même des soins en psychiatrie ? Comment "rationaliser" des mesures de qualité afin, à terme, de réduire l'IC ? Certaines techniques de désescalade, comme simplement un entretien interpersonnel sont difficilement quantifiables ou comparables en tre eux ...

4.4 Levier législatif

Faut-il revoir les lois spécifiques à la santé et les SSC/IC en psychiatrie ?

Malgré une tentative importante de légifération autour des IC, une remarque récurrente dans la littérature est qu'un cadre législatif plus strict n'est pas efficace contre les mesures coercitives. D'abord la revue du Lancet sur les taux de SSC n'observe pas de diminution des taux de SSC dans les pays les plus légalement rigides :

Ces grandes variations ne semblent pas avoir de relations claires avec des différences dans les besoins cliniques. Comprendre ce qui sous-tend ces variations et savoir si elles peuvent être liées à des différences de législation ou à des variations d'indicateurs de prestation de services ou d'indicateurs économiques ou démographiques est potentiellement utile pour éclairer les moteurs de l'hospitalisation involontaire. [62]

L'Italie (pays avec vraisemblablement les moindres taux de coercition en Europe) va jusqu'à exprimer l'inquiétude qu'un tel mouvement puisse avoir l'effet inverse : cela protégerait les praticiens contre les représailles menées par les familles, les patients ou les associations. Enfin, un article Norvégien observant l'effet de la légifération directement sur l'IC n'a pas identifié d'efficacité de cette stratégie (mentionné plus haut).

La France, de son côté, semble justement aller dans le sens d'un alourdissement de la loi, dans un but de diminution du recours à l'IC. Le Décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 est voté pour modifier "la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement" [53].

Ce dispositif particulièrement complexe réside surtout dans sa dimension dissuasive. Il s'agit d'inciter les psychiatres et les équipes soignantes à une diminution très forte du nombre et de la durée des mesures d'isolement et de contention, et à la recherche d'alternatives moins contraignantes pour les patients. [192].

Les contrôles sont plus réguliers avec saisine du JDL et des cycles obligatoires de 48h pour la contention et 72h pour l'isolement dans un premier temps. Elle impose une justification sévère de l'IC sous peine de levée systématique par le juge, quelle que soit la situation clinique véritable :

Le JLD dûment informé peut alors, à ce stade, s'autosaisir afin de contrôler que le prolongement se justifie au regard des critères légaux. En théorie, le juge devra vérifier que la motivation de la décision du psychiatre traduit l'existence d'un danger grave et

imminent et la nécessité de recourir à l'isolement et la contention. En pratique toutefois, on conçoit la difficulté d'un juge à contrôler ces conditions de fond, intimement liées à une évaluation médicale des risques.

Au vu de certaines études publiées dans d'autres pays sur ce sujet, un questionnement pourrait se poser pour cette tendance en France. Des inquiétudes ont pu être verbalisées par certains (syndicats de médecins etc.) lors de débats publics et politiques en France. L'une d'entre elles est que cette loi ne soit que peu efficace au long terme sur la réduction de l'IC, avec une surcharge de travail administrative pour des soignants déjà bien épuisés... Mais comme déjà mentionné plus haut, ce qui est efficace (ou non) pour un pays n'a pas forcément les mêmes applications et conséquences dans un autre. Des études doivent être menées à l'avenir sur ce point-là.

À propos de la coercition, en termes de certificats de SSC, la Grèce mentionne le terme d'"automatisme social". Selon ce concept, la sollicitation des contrôles juridiques afin d'autoriser les mesures coercitives serait excessive, avec une accumulation de certificats moins fiables. Le contenu serait dicté par les praticiens de façon à valider la mesure, entraînant un effet pervers car non décelable par les JLD.

L'université de Cambridge publie en 2018 un article *"We should replace conventional mental health law with capacity-based law"* ("nous devons remplacer la loi conventionnelle de la santé mentale par une loi basée sur les capacités") [193]. Selon les auteurs, l'évolution de la médecine d'un modèle paternaliste vers une modèle centré sur le choix et l'autonomie du patient nécessite un changement de la législation. Ils questionnent les deux arguments actuels pour des SSC, à savoir la présence d'un trouble mental, et le risque de danger pour soi-même ou autrui. Ils proposent, en remplacement, une autre double argumentation comme base de la législation : "capacité + meilleur intérêt" de la personne concernée. En effet, une association fréquente serait faite entre "trouble psychiatrique" et "incapacité mentale". Tandis que des patients très dégradés d'un point de vue physique par la maladie sont autorisés à faire des choix pour leur traitement (qui peuvent être à risque pour leur propre vie), les patients en psychiatrie, eux, seraient particulièrement discriminés. Ils pointent la problématique de la "menace" de coercition comme facteur d'influence sur la décision exprimée par le patient et l'évaluation de sa capacité ou non à consentir aux soins. Les précautions prises en psychiatrie ne seraient pas aussi importantes que pour la somatique : bonne compréhension des enjeux et éventuelle correspondance aux objectifs de vie propres, pertinence des informations données quant à la nature du trouble actuel, meilleur intérêt véritable de la personne concernée, recueil du point de vue du patient et de l'équipe soignante etc. La psychiatrie serait la seule discipline où la loi autorise la détention (mot des auteurs) préventive en cas de danger à autrui, qu'il y ait passage à l'acte ou non. Ils vont même jusqu'à dire que pour qu'il y ait véritable égalité entre tous les citoyens, de tels procédés devraient être appliqués à toute la population. Ce qui amènerait

indubitablement à une inacceptable “disposition générique à la dangerosité”. Ils suggèrent (comme en Norvège) une “*fusion law*” (“loi de fusion”), afin que les droits des patients soient les mêmes pour tous, somatiques et psychiatriques. Serait-ce une solution à importer en France ?

4.5 Levier structurel au niveau médical, universitaire et institutionnel

L’*“Evidence Based Medicine”* [194] s’est imposée comme l’approche recommandée en médecine, “par les preuves”. Un consensus est décidé pour des pratiques recommandées, jusqu’à ce qu’une meilleure façon de faire soit découverte et démontrée comme plus efficace ou moins nocive. Mais ce qui est applicable en chirurgie, anesthésie réanimation, etc. ne l’est pas forcément dans la pratique de l’Art complexe de la psychiatrie. Dans cette spécialité, il n’y a pas beaucoup de recommandations ou de conduites à tenir uniformes, y compris au niveau pharmacologique. Il faut s’adapter à chaque patient, unique même au sein d’une catégorie diagnostiquée. Il en découle une certaine difficulté pour les médecins, soignants, patients et leurs familles, car la maladie psychiatrique ne peut être expliquée rationnellement par définition. Comment établir de manière scientifique l’instabilité d’un patient (directement lié à son état émotionnel subjectif) et s’il doit être mis ou non en IC ? Récemment, la psychiatrie “neurobiologique” venant des pays anglosaxons, a permis des avancées partielles grâce aux progrès de l’imagerie cérébrale, de la recherche en génétique/épigénétique, etc. Ce “modèle récent” fait selon certains un contre-poids à la suite de l’engouement d’un siècle autour de l’approche non scientifique psychanalytique Freudienne. Néanmoins, l’histoire montre que l’approche neurobiologique de la psychiatrie est au contraire ancienne ! La vision occidentale de la psychiatrie d’une partie du XIX^e siècle (pré- Freudienne justement) est celle d’une maladie neurologique potentiellement explicable et guérissable. Mais en 2023, un trouble psychiatrique ne peut toujours pas être diagnostiqué avec certitude par des examens biologiques ou radiologiques standardisés. “Idéal” non atteint... L’IC est toujours pratiquée en l’absence d’autre solution et en dernier recours, dans des situations de violence extrême. Situations qu’on ne pourra pas totalement éliminer sans “cure définitive” de la souffrance psychiatrique. Car, souvent, les troubles psychiatriques s’avèrent difficiles à “guérir”, et nécessitent un traitement à vie selon le diagnostic (par exemple : trouble schizophrénique, trouble de l’humeur bipolaire, etc.). En attendant, réduire l’IC semble être la seule action réalisable concrètement.

Un point très important qui a fortement limité ce travail de revue de la littérature, est la pauvreté des publications au niveau européen sur le sujet. Des initiatives sont prises avec plusieurs tentatives de banques de données comparatives sur les pratiques d’IC, mais pour ce faire, les

pays doivent les fournir ! Il faut plus de recherches au niveau national français afin de permettre un véritable bilan et d'en tirer des conclusions pour pouvoir, ensuite, en améliorer les pratiques. La psychiatrie est dite en crise, mais des chiffres (autres que le manque d'effectif, des passages à l'actes violents souvent sous-signalés etc.) sont indispensables afin de pouvoir établir un tableau scientifique, objectif et réaliste des pratiques d'IC. Ceci permettrait la rédaction de recommandations nationales de bonne pratique de l'IC adaptées, correspondant à la réalité des soins cliniques et des besoins de tous. Idéalement, il faudrait pour les pratiques d'IC une étude multicentrique européenne. Mais l'approche comparative est-elle la bonne ? Faut-il une standardisation parfaite des pratiques avec des protocoles uniformisés européens y compris au niveau médicamenteux ?

Une autre remarque possible serait qu'il faudrait déjà bien appliquer les recommandations existantes avant de les modifier. Les consignes de l'HAS en France sont claires, avec mention de tentative de désescalade, négociations pour inciter autant que possible avant de forcer à la prise médicamenteuse orale puis injectable, et ne pas contensionner en anticipation de passage à l'acte hétéro-agressif, et toujours en dernier recours. Cela suggère une bonne connaissance de ces textes-là par tous les professionnels pratiquant ces mesures. Une possible explication d'un recours excessif ou non conforme à l'IC serait tout simplement un manque de formation. La formation continue des soignants et l'enseignement à l'université permettrait aussi de sensibiliser les professionnels aux "bonnes pratiques" et aux alternatives à l'IC : directives anticipées, espaces d'apaisement avant isolement fermé, contention physique avant la mécanique, etc. La "contention volontaire" a même été abordée en France d'un point de vue philosophique mais est pointée comme peu réalisable en pratique par les auteurs. En Suisse, la formation est démontrée comme efficace sur la baisse de l'IC sous forme d'accompagnement hebdomadaire/mensuel des équipes dans la gestion éthique avant, pendant et après les situations de crise, avec une autoanalyse régulière des établissements. En effet, selon la littérature il existe bien souvent des "écoles", "cultures" et "mentalités" au sein de chaque faculté, hôpital, service, et équipe, avec des "traditions", des façons de faire et d'être avec le patient, mimées par les nouvelles générations qui apprennent sur les anciennes. Sans une remise en cause et formation régulières de tous, des enseignements caduques (voire nocifs) peuvent être transmis et répétés. Par exemple, les auteurs polonais avertissent contre le "burn-out de la psychiatrie polonaise en raison d'une sensation d'échec, un cynisme de la part des équipes et d'une sensation très basse d'accomplissement personnel, à la fois cause et conséquence d'un usage excessif de l'IC."

Face à ce burn-out et un "entre soi" fermé dans l'hôpital, une solution serait la prise en charge en ambulatoire. Elle est démontrée comme bénéfique en Finlande et en Italie, avec un "empowerment" du patient qui tend vers plus de rémission et moins de chronicisation. De plus, moins d'hospitalisations lèverait un poids structurel des institutions psychiatriques. Cela nécessite un tissu de soins dense et réparti dans la totalité du territoire. Une autre possibilité

est le développement de l'”*open door*”, pour renouer avec un rôle de soignant et non plus de “gardien”. En Suisse, elle “est associée à une baisse efficace et continue de l'isolement de 8,2 à 3,5% et de la médication forcée de 2,4 à 1,2%”.

Plus généralement, une certaine forme “d'idéal” de la psychiatrie ressort régulièrement de la littérature européenne. Un idéal de pratique médicale sans maltraitance, mais sans pour autant nier la nécessité de cadre, de sécurité des patients et des soignants lors de passages à l'acte hétéro et auto-agressifs... Que faire dans ces moments-là ? Y a-t-il une seule bonne manière de faire ? Peut-on généraliser ces changements à tous les pays ? En somme, doit-on pratiquer le “*no restraint*” et l'”*open door*” partout ? Tous les pays européens, voire du monde, doivent-ils intégrer le “Club des “*no restraint*” ?

L'approche transculturelle évoquée plus haut enseigne que l'on tend vers l'universel à partir de la singularité culturelle. L'universel permet de parler le même langage (médical ?). La vision pyramidale des Lumières, avec une hiérarchisation des cultures et des pratiques, n'est plus forcément de princeps en médecine. Celle-ci a beaucoup apporté, mais a trouvé ses limites à travers la répression de l'Autre. Autre, qui se trouve être parfois un étrange humain atteint de troubles psychiatriques. Dans un monde toujours plus complexe d'échanges globaux permanents, beaucoup de cultures coexistent et influencent les pratiques médicales. Un consensus n'engendre pas forcément la disparition de la dimension culturelle, comme dans le DSMV avec des catégories diagnostiques qui, au contraire, valident cet aspect anthropologique [195]. Peut-être faudrait-il des pratiques d'IC tout simplement contrôlées, dans le but de ne pas nuire et de garantir les libertés individuelles, dans un contexte à chaque fois singulier, et dans une culture et une histoire propres à chaque pays. L'IC est une thérapie sur laquelle il devrait pouvoir y avoir des conférences de consensus internationales, dans les limites politiques et sociétales de chacun.

PARTIE V : Conclusion

La pratique de l'IC est ancienne. Face à la violence d'une personne présentant un état de dangerosité pour elle-même et/ou pour autrui, l'immobiliser est parfois la seule solution afin de la protéger ainsi que les autres. Les premières lois datent de l'Antiquité romaine, régulant leur usage afin de prévenir de potentiels effets néfastes pour le patient. Durant les siècles suivants et jusqu'à aujourd'hui, les pratiques d'IC ont évolué. La médecine de chaque époque (et sa vision des troubles mentaux) détermine la façon dont l'IC est appliquée. En résulte en France un état des lieux pointé comme problématique, et nécessitant des changements afin d'améliorer la condition de prise en charge des patients. Comment faire, et où trouver les réponses ?

Une approche chronologique invite à explorer les pratiques passées. L'évolution de la médecine se fait-elle toujours dans le sens du progrès ? L'Histoire montre au contraire des vagues, avec des périodes d'ouverture et de renfermement des fous. Les pratiques de l'IC reflètent toujours en miroir la société dans laquelle ces mesures s'exercent. Chaque pays a sa spécificité, qui est basée sur l'enchevêtrement complexe de son histoire et de sa culture. Cela nécessite une analyse subtile et transdisciplinaire. Mais si cette façon de pratiquer en France résulte de facteurs aussi nombreux, comment est-ce dans les pays voisins ? Quelles sont leurs pratiques ? Les Romains antiques ont hérité leur médecine des Grecs, les Arabes des Egyptiens, et le XIX^e siècle européen de Pinel. Peut-on ainsi répliquer et importer les modèles des autres pays européens ?

L'approche géographique invite à regarder et se comparer aux voisins. La société française évolue d'une vision harmonieuse et centralisée, vers un ensemble métissé, dans un monde international aux frontières de plus en plus poreuses, avec des échanges de plus en plus intenses. Les mouvements migratoires apportent avec eux des cultures et des façons de faire différentes. La confrontation à l'étranger peut s'avérer angoissante. Des pays comme la Russie ont choisi la méfiance par rapport aux autres, et se sont isolés et enfermés dans des pratiques d'IC hermétiques depuis un siècle. D'autres au contraire, s'interrogent, et cherchent de nouvelles solutions. Cette recherche, plus ou moins active selon les pays, s'effectue aussi bien au niveau national qu'international. Des alternatives à l'IC sont testées et prouvées comme efficaces. En conclusion, la France doit-elle pratiquer l'*open-door* et le *no-restraint* comme

les Anglais et les Italiens ? Doit-elle interdire tout simplement l'IC comme l'Islande ? Faut-il réformer le système de soins comme les Italiens et les Finlandais, en fermant des hôpitaux psychiatriques et miser sur l'ambulatoire ?

Des leviers sont à actionner à plusieurs niveaux afin d'initier des mouvements de changements d'un pays. La culture impacte la façon de penser les soins et de les appliquer. Une méthode d'IC importée dans un pays peut ne pas fonctionner car la culture dont elle est issue est très, voire trop différente. La politique détermine in fine les lois et les moyens financiers investis dans la santé, en vue éventuellement d'améliorer les institutions d'un point de vue des infrastructures et du personnel. Les soignants doivent être suffisamment nombreux afin de proposer de manière singulière des alternatives à l'IC et des solutions de désescalade (conformément aux recommandations de bonne pratique). Ils doivent aussi être de qualité, avec des formations adéquates et suffisantes pour mener à bien cette tâche délicate.

Si des solutions alternatives ont pu être trouvées pour diminuer l'IC, d'autres restent encore à découvrir. La recherche tient une place capitale au vu de cette revue de littérature narrative. Les données manquent. Or, c'est à partir de celles-ci que de véritables analyses statistiques de qualité scientifique pourront être tirées. Si l'état des lieux est flou, comment faire pour savoir dans quelle direction se rendre ?

Si ce travail présente beaucoup de limites tant au niveau quantitatif que qualitatif, il a pour objectif de mettre un peu de lumière sur un sujet important de la médecine, que beaucoup peut-être ne préféreraient pas voir. Néanmoins, il concerne tous les membres de la société. Les troubles mentaux sont relativement fréquents, et une prise en charge adaptée et précoce peut éviter une aggravation vers l'usage de l'IC et la chronicisation. Plus le tabou autour de ce sujet aura été levé, moins il en sera effrayant.

Bibliographie

1. Haute Autorité de Santé - Isolement et Contention en psychiatrie générale [Internet]. [cited 2023 Jan 26]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale
2. Haute Autorite de Sante. SYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUESYNTHÈSE DE LA RECOMMANDATION DE BONNE PRATIQUE. 2017 Feb;
3. Michel Foucault. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Plon; 1961.
4. Isabel Ortiz, C. Martuel, J. Montoro. Histoire de la médecine. Arga Ediciones. Terres Editions; 2019.
5. Jules César. Commentarii de Bello Gallico (Bellum Gallicum ou De Bello Gallico).
6. Christian Goudineau. Regard sur la Gaule.,,. Editions Errance. 1998.
7. La gaule mythe ou réalité? [Internet]. [cited 2022 Jan 9]. Available from: <https://archeologie.yvelines.fr/archeo/gaulois/GOUDINEAU.htm>
8. Jean Louis Bruneaux. Les Gaulois. 2018.
9. Diatkine G. L'inconscient des peuples. In: Freud, le sujet social. Presses Universitaires de France; 2002. p. 45.
10. Empire Romain - France Culture [Internet]. [cited 2022 Jan 30]. Available from: <https://www.franceculture.fr/theme/empire-romain>
11. Broussais FJV. De l'irritation et de la folie : ouvrage dans lequel les rapports duphysique et du moral sont établis sur les bases de la médecinephysiologique. Imprimerie de Lachevardière, editor. Paris; 1828.
12. UNIVERSITE TOULOUSE III-PAUL SABATIER FACULTES DE MEDECINE THESE MEDECINE SPECIALISEE CLINIQUE Présentée et soutenue publiquement par Raphaël CARRE CONTENTION PHYSIQUE : REVUE DE LA LITTERATURE ET ETUDE QUALITATIVE DU VECU DES PATIENTS. 2014;
13. Bibliothèque L. Un inédit de Laennec La traduction des Traités des Maladies aiguës et des Maladies chroniques de Caelius Aurelianus * par Frédéric LE BLAY ** avec la collaboration de Danielle GOUREVITCH ***.
14. Vallar, Sandrine. Folie et droit romain – Quelques observations. <http://journals.openedition.org/criminocorpus> [Internet]. 2016 Feb 5 [cited 2023 Feb 19]; Available from: <http://journals.openedition.org/criminocorpus/3146>
15. Michel JH. La folie avant Foucault : furor et ferocia. Antiq Class [Internet]. 1981 [cited 2022 Jan 30];50(1):517–25. Available from: https://www.persee.fr/doc/antiq_0770-2817_1981_num_50_1_2029

16. Nogrady A. *Römisches Strafrecht nach Ulpian*. 2006 [cited 2022 Jan 30];52. Available from: <https://elibrary.duncker-humblot.com/9783428522576>
17. Monstrelet E de (1390? 1453). *A du texte. Chroniques d'Enguerran de Monstrelet. Volume 3 / ... Contenans les cruelles guerres civiles entre les maisons d'Orleans & de Bourgongne, l'occupation de Paris & Normandie par les Anglois, l'expulsion d'iceux... Histoire... commenceant en l'an M. CCCC. où finist celle de Jean Froissart, & finissant en l'an M. CCCC. LXVII. peu outre le commencement de celle de mess. Philippes de Commines. Reveüe & corrigée sur l'exemplaire de la Librairie du Roy, & enrichie d'abbegez pour l'introduction d'icelle. 1572* [cited 2022 Jan 30]; Available from: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k1056875w>
18. Loew J, Meslin M. *Histoire de l'Église par elle-même* [Internet]. Fayard; 1978 [cited 2022 May 25]. 679 p. Available from: https://books.google.com/books/about/Histoire_de_l_%C3%89glise_par_elle_m%C3%A4me.html?hl=fr&id=vp4_PQAACAAJ
19. *La mélancolie dans la médecine arabe médiévale, compte rendu de la conférence de Pauline Koetschet* [Internet]. [cited 2022 Jan 22]. Available from: <https://www.lesclesdumoyenorient.com/La-melancolie-dans-la-medecine-arabe-medievale-compte-rendu-de-la-conference-de.html>
20. Rhazès, Avicenne, Averroès... *Trois grands médecins musulmans du Moyen Âge | Le Généraliste* [Internet]. Le généraliste.fr. 2015 [cited 2022 Jan 22]. Available from: <https://www.legeneraliste.fr/archives/rhazes-avicenne-averroes-trois-grands-medecins-musulmans-du-moyen-age>
21. *Comprendre et soigner la maladie mentale au Moyen Age (XIe-XIIIe siècles)** par Muriel LAHARIE **.
22. Régine Pernoud. *La femme au temps des cathédrales. Le livre de poche*. 1982.
23. Anne H. King-Lenzmeier. *Hildegard of Bingen: An Integrated Vision* . Liturgical Press. ISBN-13 978-0814658420; 2001. 48–204 p.
24. *Audience générale du 1 septembre 2010: Sainte Hildegarde de Bingen | BENOÎT XVI* [Internet]. [cited 2022 Jan 22]. Available from: https://www.vatican.va/content/benedict-xvi/fr/audiences/2010/documents/hf_ben-xvi_aud_20100901.html
25. Kent Kraft. *The Eye Sees More Than the Heart Knows: The Visionary Cosmology of Hildegard of Bingen*. 1978.
26. Oliver Sacks. *Migraine: The Evolution of a Common Disorder*. Berkeley: UCLA Press. 1970. 57–59 p.
27. *Qu'est-ce que la Renaissance?* [Internet]. [cited 2022 Jan 30]. Available from: <https://www.grandpalais.fr/fr/article/quest-ce-que-la-renaissance>
28. René Descartes. *Discours de la méthode*. Leyde; 1637.
29. Barbara Ehrenreich, Deirdre English. *Sorcières, sages-femmes et infirmières: une histoire des femmes et de la médecine*. 1972.

30. Catherine Clément. *Le Musée des sorcières* . (Albin Michel).
31. La chasse aux sorcières n'est pas le fait du Moyen Âge... [Internet]. [cited 2022 Jan 30]. Available from: <https://www.franceinter.fr/culture/la-chasse-aux-sorcières-la-face-cachee-de-la-renaissance>
32. La chasse aux sorcières : un crime contre l'humanité ? Avec Catherine Clément [Internet]. [cited 2022 Jan 30]. Available from: <https://www.franceinter.fr/histoire/la-chasse-aux-sorcières-un-crime-contre-l-humanité-avec-catherine-clément>
33. Heinrich Kramer Institoris, Jacob Sprenger. *Malleus maleficarum*. Ville libre d'Empire de Strasbourg; 1486.
34. Sagaert C, le Breton D, Vigarello G. *Histoire de la laideur féminine*. :260.
35. Mathieu Bellahsen, Rachel Knaebel. *la révolte de la psychiatrie*. La découverte. 2020, editor. Paris: La découverte;
36. la société des amis des noirs de Paris. *Adresse à l'Assemblée nationale pour l'abolition de la traite des noirs*. Imprimerie L. Potier de Lille, editor. 1790.
37. Docteur Ralph (pseudonyme de Voltaire). *Candide ou l'Optimisme*. Princeps. Gabriel Cramer, editor. Genève; 1759.
38. Rousseau Jean-Jacques. *Du contrat social ou Principes du droit politique* [Internet]. Chez Marc Michel Rey. Amsterdam; 1762 [cited 2022 May 25]. Available from: <https://la-philosophie.com/contrat-social-rousseau-resume>
39. Frantz Vaillant, Liliane Charrier. "Le bal des folles" : l'enfer des femmes jadis enfermées à la Salpêtrière. 2019.
40. De la contention involontaire au sujet se contenant - Chaire de Philosophie à l'Hôpital [Internet]. [cited 2023 Feb 19]. Available from: <https://chaire-philos.fr/de-la-contention-involontaire-au-sujet-se-contenant/>
41. Paumelle Philippe. *Essais de traitement collectif du quartier d'agités* [Internet]. 1952 [cited 2023 Feb 19]. Available from: <https://www.presses.ehesp.fr/produit/essais-de-traitement-collectif-du-quartier-d%C2%92agites/>
42. Guelfi JDaniel, Rouillon F (1951 ; psychiatre), Mallet L (1967). *Manuel de psychiatrie*.
43. De la contention involontaire au sujet se contenant - Chaire de Philosophie à l'Hôpital [Internet]. [cited 2021 Nov 28]. Available from: <https://chaire-philos.fr/de-la-contention-involontaire-au-sujet-se-contenant/>
44. Friard Dominique, *L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ?* [Internet]. [cited 2022 May 12]. Available from: <http://www.serpsy1.com/pages/des-livres-a-lire/friard-dominique-l-isolement-en-psychiatrie-sequestration-ou-soin.html>
45. LOI no 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation(1) - Légifrance [Internet]. [cited 2022 Feb 22]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000349384>

46. La forteresse psychiatrique [Internet]. [cited 2022 May 12]. Available from: https://www.scienceshumaines.com/la-forteresse-psychiatrique_fr_1545.html
47. Allocution de Nicolas Sarkozy à Antony. *Journal français de psychiatrie*. 2010;38(3):25.
48. Psychiatrie. Réforme de l'hospitalisation d'office - ladepeche.fr [Internet]. [cited 2022 Feb 22]. Available from: <https://www.ladepeche.fr/article/2008/12/03/502825-psychiatrie-reforme-de-l-hospitalisation-d-office.html>
49. Sarkozy demande un fichage des malades mentaux | L'Humanité [Internet]. [cited 2022 Feb 22]. Available from: <https://www.humanite.fr/node/405690>
50. Coldefy M, Fernandes S, la collaboration de David Lapalus avec. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. 2017 [cited 2022 Feb 22]; Available from: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d>
51. Raoul-Cormeil G, Mauger-Vielpeau L. Isolement, contention et soins psychiatriques. Point d'étape entre deux réécritures (CSP, art. L. 3222-5-1). *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2021 Oct 1;179(8):713–21.
52. Article L3211-12-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cited 2023 Feb 19]. Available from: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000042686182
53. Décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement - Légifrance [Internet]. [cited 2023 Jan 5]. Available from: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045406742>
54. Hospimedia - 27/12/21. La réforme de l'isolement-contention s'achemine désormais vers son épilogue [Internet]. [cited 2022 May 29]. Available from: https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/hospimedia_2021-12-27_la_reforme_de_l_isolement-contention_s_achemine_dormais_vers_son_epilogue.pdf
55. Communiqué de Presse - Conseil Constitutionnel - 16/12/21. Décision n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021 [Internet]. [cited 2022 May 29]. Available from: https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/crpa_qpc_isolement_2_2021-12-16_communique_de_presse_du_c_cstit_decision_dc_lfss_2022.pdf
56. Discours d'Olivier Véran au Congrès de l'Encéphale 2022 - Palais des Congrès - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cited 2022 Feb 14]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-olivier-veran-au-congres-de-l-encephale-2022-palais-des-congres>
57. Pechillon Eric VP. Troisième réforme des mesures d'isolement-contention - Santé Mentale [Internet]. 2022 [cited 2023 Feb 19]. Available from: <https://www.santementale.fr/2022/02/troisieme-reforme-des-mesures-disolement-contention/>

58. Isolement-contention : le CRPA demande l'abrogation du décret d'application - Santé Mentale [Internet]. [cited 2022 May 29]. Available from: <https://www.santementale.fr/2022/05/le-cercle-de-reflexion-et-de-proposition-dactions-sur-la-psychiatrie-mobilise-contre-le-decret-du-23-mars-2022/>
59. Bioéthique - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cited 2022 Jun 29]. Available from: <https://solidarites-sante.gouv.fr/grands-dossiers/bioethique/>
60. Serment d'Hippocrate [Internet]. [cited 2022 Jun 29]. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
61. World Health Organisation. Psychiatric hospital beds per 100 000 - European Health Information Gateway [Internet]. 2015 [cited 2022 Oct 29]. Available from: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_488-5070-psychiatric-hospital-beds-per-100-000/visualizations/#id=19551
62. Sheridan Rains L, Zenina T, Dias MC, Jones R, Jeffreys S, Branthonne-Foster S, et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2019 May 1 [cited 2023 Jan 6];6(5):403–17. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S2215036619300902/fulltext>
63. Huf G, Coutinho ESF, Ferreira MAV, Ferreira S, Mello F, Adams CE. TREC-SAVE: A randomised trial comparing mechanical restraints with use of seclusion for aggressive or violent seriously mentally ill people: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* [Internet]. 2011 Jul 20 [cited 2022 Jul 27];12(1):1–9. Available from: <https://trialsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1745-6215-12-180>
64. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature...: EBSCOhost [Internet]. [cited 2021 Nov 14]. Available from: <https://web-p-ebsohost-com.scd1.univ-fcomte.fr/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=b5271f89-1de0-4d3c-a16d-bcd69654e2db%40redis>
65. European Committee for the Prevention of Torture or Inhuman and Degrading Treatment or Punishment. Etats parties à la Convention [Internet]. European Council . 2022 [cited 2022 Nov 14]. Available from: <https://www.coe.int/fr/web/cpt/states>
66. Luciano M, de Rosa C, Sampogna G, del Vecchio V, Giallonardo V, Fabrazzo M, et al. How to improve clinical practice on forced medication in psychiatric practice: Suggestions from the EUNOMIA European multicentre study. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2023 Feb 19];54:35–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30118917/>
67. Luciano M, de Rosa C, Sampogna G, del Vecchio V, Giallonardo V, Fabrazzo M, et al. How to improve clinical practice on forced medication in psychiatric practice: Suggestions from the EUNOMIA European multicentre study. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2022 Aug 21];54:35–40. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30118917/>

68. Bak J, Aggernæs H. Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2012 Oct [cited 2022 Aug 18];66(5):297–302. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22087631/>
69. von Knorring L. History of the Nordic psychiatric cooperation. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2012 Mar [cited 2022 Sep 23];66 Suppl 1(SUPPL. 1):54–60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21449692/>
70. Lepping P, Masood B, Flammer E, Noorthoorn EO. Comparison of restraint data from four countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Sep 1;51(9):1301–9.
71. Nytingnes O. Beltefri psykiatri på Island. *Tidsskrift for Den norske legeforening* [Internet]. 2011 Jul 1 [cited 2023 Feb 19];131(13–14):1316–8. Available from: <https://tidsskriftet.no/2011/07/internasjonal-medisin/beltefri-psykiatri-pa-island>
72. Gudmundsson O. History of Icelandic psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2012 Mar;66(SUPPL. 1):25–30.
73. CPT. Etats parties à la Convention [Internet]. 2022 [cited 2022 Nov 13]. Available from: <https://www.coe.int/fr/web/cpt/states>
74. Trieste Model – ‘Open Door—No Restraint System of Care for Recovery and Citizenship’ – Italy - Human Rights and Biomedicine [Internet]. [cited 2023 Jan 8]. Available from: <https://www.coe.int/en/web/bioethics/-/trieste-model-open-door-no-restraint-system-of-care-for-recovery-and-citizenship->
75. Rosen A, O’Halloran P, Mezzina R. International Trends in Community Mental Health Services. *Handbook of Community Psychiatry*. 2012 Jan 1;389–404.
76. E Tu Slegalo Subito | Spdc [Internet]. [cited 2023 Jan 6]. Available from: <http://www.slegalosubito.com/spdc/>
77. George Greenwood. Mental health trusts restrain patients “every 10 minutes” - BBC News [Internet]. BBC News. 2017 [cited 2022 Nov 13]. Available from: <https://www.bbc.com/news/uk-england-41914555>
78. Mother of man who died after police restraint calls for prosecution | Mental health | The Guardian [Internet]. [cited 2022 Oct 1]. Available from: <https://www.theguardian.com/uk-news/2017/may/09/olaseni-lewis-died-in-part-from-disproportionate-use-of-force>
79. Mental Health Units (Use of Force) Act 2018 - Statutory guidance for NHS organisations in England, and police forces in England and Wales. 2021;
80. Walker H, Tulloch L. A “Necessary Evil” : Staff Perspectives of Soft Restraint Kit Use in a High-Security Hospital. *Frontiers in Psychiatry* [Internet]. 2020 May [cited 2023 Feb 19]; Available from: www.frontiersin.org
81. Train the Trainer - Soft Restraint Kit® (1 Delegate) | safer-handling [Internet]. [cited 2023 Feb 7]. Available from: <https://www.safer-handling.co.uk/product-page/safe-and-effective-use-of-the-soft-restraint-kit>
82. Duxbury J, Thomson G, Scholes A, Jones F, Baker J, Downe S, et al. Staff experiences and understandings of the REsTRAIN Yourself initiative to minimize the use of physical

- restraint on mental health wards. *Int J Ment Health Nurs* [Internet]. 2019 Aug 1 [cited 2023 Feb 19];28(4):845–56. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inm.12577>
83. “CONTENERE” LA CONTENZIONE MECCANICA IN ITALIA Primo rapporto sui diritti negati dalla pratica di legare coercitivamente i pazienti psichiatrici nei SPDC. *A Buon Diritto* . 2017 Feb;
84. Ferioli Vittorio. Contenzione : Aspetti clinici, giuridici e psicodinamici [Internet]. *Psichiatria e Psicoterapia*. 2013 [cited 2023 Feb 19]. Available from: <https://www.fioriti.it/riviste/pdf/1/FerioliP.pdf>
85. § 86.15.2 - R.D. 16 agosto 1909, n. 615. Approvazione dell’annesso regolamento sui manicomi e sugli alienati. [Internet]. [cited 2023 Feb 19]. Available from: http://www.edizionieuropee.it/law/html/50/zn86_15_002.html#_ART0060
86. Stato di necessità: come superare la contenzione meccanica? - 180 gradi [Internet]. [cited 2023 Feb 7]. Available from: <https://180gradi.org/salute-mentale/edgardo-reali/contenzione-meccanica>
87. Art. 54 codice penale - Stato di necessità - Brocardi.it [Internet]. [cited 2022 Sep 23]. Available from: <https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-primi/titolo-iii/capolo/art54.html>
88. Currier GW, Farley-Toombs C. Datapoints: use of restraint before and after implementation of the new HCFA rules. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2002 [cited 2023 Feb 19];53(2):138. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11821540/>
89. Stato di necessità: come superare la contenzione meccanica? - 180 gradi [Internet]. [cited 2023 Jan 9]. Available from: <https://180gradi.org/salute-mentale/edgardo-reali/contenzione-meccanica>
90. Matterella Sergio. Mattarella: salute mentale, integrazione e dignità per i malati [Internet]. 2015 [cited 2023 Feb 19]. Available from: https://www.agi.it/politica/mattarella_salute_mentale_integrazione_e_dignita_per_i_malati-308353/news/2015-10-10/
91. Koivunen M, Välimäki M, Koskinen A, Staggers N, Katajisto J. The impact of individual factors on healthcare staff’s computer use in psychiatric hospitals. *J Clin Nurs*. 2009 Apr;18(8):1141–50.
92. Örtenwall P, Almgren O, Deverell E. The bomb explosion in Myyrmanni, Finland 2002. <http://dx.doi.org/10.1080/15031430310029062> [Internet]. 2009 Jan 1 [cited 2023 Feb 19];1(2):120–6. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15031430310029062>
93. Välimäki M, Yang M, Vahlberg T, Lantta T, Pekurinen V, Anttila M, et al. Trends in the use of coercive measures in Finnish psychiatric hospitals: a register analysis of the past two decades. 2019 [cited 2023 Feb 19]; Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2200-x>

94. Hotzy F, Kieber-Ospelt I, Schneeberger AR, Jaeger M, Olbrich S. Length of Involuntary Hospitalization Related to the Referring Physician's Psychiatric Emergency Experience. *Adm Policy Ment Health* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2023 Feb 19];45(2):254–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28762077/>
95. Lau S, Brackmann N, Mokros A, Habermeyer E. Aims to Reduce Coercive Measures in Forensic Inpatient Treatment: A 9-Year Observational Study. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020 May 27 [cited 2023 Feb 19];11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32536881/>
96. Hochstrasser L, Frö Hlich A, D, Schneeberger AR, Borgwardt S, Lang UE, Stieglitz RD, et al. Long-term reduction of seclusion and forced medication on a hospital-wide level: Implementation of an open-door policy over 6 years. [cited 2023 Feb 19]; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.09.008>
97. Stoll J, Westermair AL, Kübler U, Reisch T, Cattapan K, Bridler R, et al. A two-center pilot study on the effects of clinical ethics support on coercive measures in psychiatry. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Feb 19];22(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35650555/>
98. Gavrilovic Haustein N, Freudiger M, Hunziker A, Hepp U, Jellestad L, von Känel R, et al. Seclusion as a coercive measure in suicidality - daily routine or exception? *BMC Psychiatry* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Feb 19];22(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35752775/>
99. Miteva D, Georgiadis F, McBroom L, Noboa V, Quednow BB, Seifritz E, et al. Impact of language proficiency on mental health service use, treatment and outcomes: "Lost in Translation." *Compr Psychiatry* [Internet]. 2022 Apr 1 [cited 2023 Feb 19];114. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35220037/>
100. Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Pino-Benitez I, Alba-Vallejo M, Mayoral-Cleries F. Effects of a Regulatory Protocol for Mechanical Restraint and Coercion in a Spanish Psychiatric Ward. *Perspect Psychiatr Care*. 2015 Oct 1;51(4):260–7.
101. Knutzen M, Bjørkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Helen Mjøsund N, Opjordsmoen S, et al. Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards—Why and how are they used? *Psychiatry Res*. 2013 Aug 30;209(1):91–7.
102. Guzman-Parra J, Aguilera Serrano C, García-Sánchez JA, Pino-Benítez I, Alba-Vallejo M, Moreno-Küstner B, et al. Effectiveness of a Multimodal Intervention Program for Restraint Prevention in an Acute Spanish Psychiatric Ward. *J Am Psychiatr Nurses Assoc* [Internet]. 2016 May 1 [cited 2023 Feb 19];22(3):233–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27122483/>
103. Vieta E, Garriga M, Cardete L, Bernardo M, Lombraña M, Blanch J, et al. Protocol for the management of psychiatric patients with psychomotor agitation.
104. Fernández-Costa D, Gómez-Salgado J, Fagundo-Rivera J, Martín-Pereira J, Prieto-Callejero B, García-Iglesias JJ. Alternatives to the use of mechanical restraints in the

- management of agitation or aggressions of psychiatric patients: A scoping review. *J Clin Med*. 2020 Sep 1;9(9):1–19.
105. Bak J, Aggernæs H. Coercion within Danish psychiatry compared with 10 other European countries. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2012 Oct [cited 2023 Feb 19];66(5):297–302. Available from: https://www.researchgate.net/publication/51802296_Coercion_within_Danish_psychiatry_compared_with_10_other_European_countries
 106. Laurent O, Godillon L, Biotteau M, Baron S, Grammatico-Guillon L, Laurent E. [Involuntary detention and seclusion measures in psychiatry: Where are we now? A regional Centre-Val de Loire 2012-2017 study]. *Rev Epidemiol Sante Publique* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2023 Feb 19];68(3):155–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32312484/>
 107. Tezenas du Montcel C, Kowal C, Leherle A, Kabbaj S, Frajerman A, le Guen E, et al. Isolement et attention mécanique dans les soins psychiatriques : modalités de prescription, prise en charge et surveillance. *Presse Med*. 2018 Apr 1;47(4):349–62.
 108. Sigaud T, Gay A, Granet C, Massoubre C. Pratique de l'isolement chez des patients hospitalisés sous contrainte dans un service universitaire d'urgences psychiatriques. Revue de 266 dossiers. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2015 Mar 1;173(2):143–7.
 109. CGLPL- ATIH. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté - Rapport d'activité [Internet]. 2016 [cited 2023 Feb 19]. Available from: http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2018/05/CGLPL_RA-2017_WEB_2.pdf
 110. Gaetta Sebastien. Plaid-Care : une recherche pour dégager les leviers d'une psychiatrie peu coercitive - Santé Mentale [Internet]. *SanteMentale.fr*. 2022 [cited 2023 Feb 19]. Available from: <https://www.santementale.fr/2022/02/plaid-care-une-recherche-pour-degager-les-leviers-dune-psychiatrie-peu-coercitive/>
 111. Lovell AM, Rhodes LA. Psychiatry with Teeth: Notes on Coercion and Control in France and the United States. *Cult Med Psychiatry* [Internet]. 2014 Nov 25 [cited 2023 Feb 20];38(4):618–22. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11013-014-9420-9>
 112. Gutheil TG. Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient. [Internet]. 2006 [cited 2022 Jun 29]. Available from: <https://doi.org/10.1176/ajp1353325>
 113. Jérôme Palazzolo. *Chambre d'isolement et attention en psychiatrie*. Masson. Paris; 2002.
 114. Palazzolo J, Chignon JM, Chabannes JP. LiSSa - Utilisation de l'isolement thérapeutique et des contentions en psychiatrie. Enquête prospective. *Revue L'Encéphale* [Internet]. 1999 Sep [cited 2022 Jun 29];477–84. Available from: <https://www.lissa.fr/rep/articles/10598312>

115. Alty A, Mason T. Seclusion abuse. In: *Seclusion and Mental Health*. Boston, MA: Springer US; 1994. p. 127–45.
116. Hodgkinson P. The use of seclusion. *Med Sci Law* [Internet]. 1985 [cited 2023 Feb 20];25(3):215–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4046787/>
117. Clémence B. Contention et mise en chambre de soins intensifs : une approche clinique du vécu du patient. [Lieu de publication inconnu]: [éditeur inconnu]; 2015.
118. Azoulay M, Raymond S. Is physical restraint a care tool? *Inf Psychiatr* [Internet]. 2017 Dec 1 [cited 2023 Feb 20];93(10):841–5. Available from: https://www.jle.com/en/revues/ipe/e-docs/la_contention_physique_un_outil_de_soins__311048/article.phtml?tab=texte
119. Kinoo P, Kpadonou-Fioffi E. Enfant, contenance et attention. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2008 May;56(3):117–21.
120. Kahng S, Leak JM, Vu C, Mishler B. Mechanical restraints as positive reinforcers for aggression. *Behavioral Interventions*. 2008 Apr;23(2):137–42.
121. Perron A, Beauvais L, Corbeil D, Bérubé D, Jacob JD. Aménagement d'une nouvelle salle d'isolement psychiatrique : étude descriptive qualitative sur les perceptions des patients et du personnel infirmier au regard de son impact sur les soins. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*. 2017 Dec;3(4):227–34.
122. Adler HMMD. INDICATIONS FOR HYDROTHERAPY AND WET PACK IN ACUTE PSYCHOSES : *The Journal of Nervous and Mental Disease*. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 1916 Jul [cited 2022 Jun 29];44(1):74–5. Available from: https://journals.lww.com/jonmd/Citation/1916/07000/INDICATIONS_FOR_HYDROTHERAPY_AND_WET_PACK_IN_ACUTE.12.aspx
123. Thierry Albernehe. L'enveloppement humide thérapeutique [Internet]. Grand format. Empêcheurs De Penser En Rond, les mots & les choses, editors. BOULOGNE BILLANCOURT; 1992 [cited 2022 Jun 29]. Available from: <https://www.lesmots-leschoses.fr/livre/9782908602197-l-enveloppement-humide-therapeutique-thierry-albernehe/>
124. Rosen H, DiGiacomo JN. The role of physical restraint in the treatment of psychiatric illness. *J Clin Psychiatry*. 1978;39(3):228–32.
125. Association Française pour l'Information Scientifique. Le « packing », la camisole glacée des enfants autistes, psychanalyse [Internet]. 2009 [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://www.afis.org/Le-packing-la-camisole-glacee-des-enfants-autistes>
126. Aude Lorriaux. Autisme: le “packing” condamné par la Haute autorité de la santé - VIDÉO [Internet]. 2012 [cited 2023 Feb 7]. Available from: https://www.huffingtonpost.fr/actualites/article/autisme-le-packing-condamne-par-la-haute-autorite-de-la-sante-video_1694.html
127. Chamak B. Packing : quand des parents témoignent Packing: when parents speak out. 2020;

128. Laurent O, Godillon L, Biotteau M, Baron S, Grammatico-Guillon L, Laurent E. [Involuntary detention and seclusion measures in psychiatry: Where are we now? A regional Centre-Val de Loire 2012-2017 study]. *Rev Epidemiol Sante Publique* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2022 Aug 21];68(3):155–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32312484/>
129. Morisset J. [Reclusion and physical restraint in psychiatry: Influencing factors and alternatives]. *Rech Soins Infirm* [Internet]. 2018 Mar 1 [cited 2022 Aug 21];(132):78–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29771102/>
130. Morisset J. [Nursing clinical judgement in situations of restraint]. *Soins* [Internet]. 2021 Mar 1 [cited 2022 Aug 21];66(853):52–4. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33775305/>
131. Alezrah C, Lafont M, Bouet R, Depaigne-Loth A, Paindavoine C, Laurence M, et al. [Preventing violence during hospitalisations in psychiatry]. *Soins Psychiatr* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2022 Aug 21];39(317):10–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30047451/>
132. Mauras T, Perony A, Yadak J, Velasco A, Goudal P, Marcel JL. [Seclusion and restraint: From prescription to decision]. *Encephale* [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2022 Aug 21];45(1):95–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29402385/>
133. Tessier A, Boyer L, Husky M, Baylé F, Llorca PM, Misdrahi D. Medication adherence in schizophrenia: The role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care. *Psychiatry Res* [Internet]. 2017 Nov 1 [cited 2022 Aug 21];257:315–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28800510/>
134. Lamothe H, Lebain P, Morello R, Brazo P. [Coercive stress in psychiatric intensive care unit: What link with insight?]. *Encephale* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2022 Aug 21];45(6):488–93. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31421810/>
135. Tinland A, Loubière S, Mougeot F, Jouet E, Pontier M, Baumstarck K, et al. Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission Among People With Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2022 Aug 21];79(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35662314/>
136. Kunøe N, Nussle HM, Indregard AM. Protocol for the Lovisenberg Open Acute Door Study (LOADS): a pragmatic randomised controlled trial to compare safety and coercion between open-door policy and usual-care services in acute psychiatric inpatients. *BMJ Open* [Internet]. 2022;12:58501. Available from: <http://bmjopen.bmj.com/>
137. Husum TL, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: Patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2010 Apr 6 [cited 2022 Nov 20];10(1):1–9. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/1472-6963-10-89>

138. Keski-Valkama A, Sailas E, Eronen M, Koivisto AM, Lönnqvist J, Kaltiala-Heino R. A 15-year national follow-up: Legislation is not enough to reduce the use of seclusion and restraint. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007 Sep;42(9):747–52.
139. Akershus University Hospital (HØKH) C for medical ethics at the U of O (SME) and N. Reducing Coercion in Norway (ReCoN) - Institute of Health and Society [Internet]. 2018 [cited 2022 Nov 20]. Available from: <https://www.med.uio.no/helsam/english/research/projects/reducing-coercion-in-norway-recon/>
140. FOSTREN Country blog – Norway – FOSTREN [Internet]. [cited 2022 Nov 20]. Available from: <https://fostren.eu/uncategorized/country-blog-norway-by-tonje-lossius-husum-and-jorun-rugkasa/>
141. Reitan SK, Helvik AS, Iversen V. Use of mechanical and pharmacological restraint over an eight-year period and its relation to clinical factors. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2018 Jan 2 [cited 2022 May 25];72(1):24–30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28875773/>
142. Steinert T, Noorthoorn EO, Mulder CL, Joachim Salize H, Fischer S, Molodynski A, et al. The use of coercive interventions in mental health care in Germany and the Netherlands. A comparison of the developments in two neighboring countries. 2014; Available from: www.frontiersin.org
143. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2010 Sep [cited 2023 Feb 20];45(9):889–97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19727530/>
144. Abma TA (Tineke A), Widdershoven G (Guy AM). Dwang en drang in de psychiatrie : kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies. 2005 [cited 2023 Feb 20]; Available from: <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl>
145. Noorthoorn EO, Voskes Y, Janssen WA, Mulder CL, de Sande R van, Nijman HLI, et al. Seclusion Reduction in Dutch Mental Health Care: Did Hospitals Meet Goals? *Psychiatr Serv* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2022 Sep 21];67(12):1321–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27364814/>
146. Degl' Innocenti A, Alexiou E, Andiné P, Striskaite J, Nilsson T. A register-based comparison study of Swedish patients in forensic psychiatric care 2010 and 2018. *Int J Law Psychiatry*. 2021 Jul 1;77:101715.
147. Flammer E, Frank U, Steinert T. Freedom Restrictive Coercive Measures in Forensic Psychiatry. *Front Psychiatry* [Internet]. 2020 Mar 5 [cited 2022 Sep 23];11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32194460/>
148. Janssen WA, Sande RRW van de, Noorthoorn EO, Nijman HLI, Bowers L, Mulder CL, et al. Methodological issues in monitoring the use of coercive measures. *Int J Law Psychiatry*. 2011;429–38.

149. Flammer E, Eisele F, Hirsch S, Steinert T. Increase in coercive measures in psychiatric hospitals in Germany during the COVID-19 pandemic. PLoS One [Internet]. 2022 Aug 1 [cited 2023 Feb 21];17(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36044407/>
150. Cole C, Vandamme A, Bempohl F, Czernin K, Wullschleger A, Mahler L. Correlates of seclusion and restraint of patients admitted to psychiatric inpatient treatment via a German emergency room. J Psychiatr Res. 2020 Nov 1;130:201–6.
151. Schreiber LK, Metzger FG, Flammer E, Rinke H, Fallgatter AJ, Steinert T. Open Doors by Fair Means: a quasi-experimental controlled study on the effects of an open-door policy on acute psychiatric wards. BMC Health Serv Res [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Feb 21];22(1):1–9. Available from: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08322-6>
152. Steinert T, Bechdorf A, Mahler L, Muche R, Baumgardt J, Bühling-Schindowski F, et al. Implementation of Guidelines on Prevention of Coercion and Violence (PreVCo) in Psychiatry: Study Protocol of a Randomized Controlled Trial (RCT). Front Psychiatry [Internet]. 2020 Sep 15 [cited 2023 Feb 21];11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33101091/>
153. Aleiferopoulou Iokasti. Hopitaux Psychiatriques : Infractions repetitives des protocoles de contention [Internet]. 2017 [cited 2022 Sep 14]. Available from: <https://virus.com.gr/psichiatrika-nosokomia-kat-exakolouthisi-paraviasia-ton-protokollon-gia-tin-kathilosi/>
154. Stylianidis S, Souliotis K. The impact of the long-lasting socioeconomic crisis in Greece. [cited 2022 Sep 14]; Available from: <https://doi.org/10.1192/bji.2017.31>
155. Stylianidis Stelios PA. Ακούσιες νοσηλείες στην Ελλάδα: από την ανάγκη θεραπείας στον θάνατο των δικαιωμάτων [Internet]. The Art of Crime. 2018 [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://theartofcrime.gr/a%CE%BA%CE%BF%CF%8D%CF%83%CE%B9%CE%B5%CF%82-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CF%84%CE%B7%CE%BD/>
156. Anagnostopoulos Dimitris SE. Οι επιπτώσεις της κοινωνικο-οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία παιδιών και εφήβων. psychiatriki-journal.gr [Internet]. 2012 Jan [cited 2023 Feb 21]; Available from: www.eurochild.org
157. Stylianidis Stelios PA. SSC en Grece : de la nécessité des soins a la mort des droits [Internet]. The Art of Crime. 2018 [cited 2022 Sep 14]. Available from: <https://theartofcrime.gr/a%CE%BA%CE%BF%CF%8D%CF%83%CE%B9%CE%B5%CF%82-%CE%BD%CE%BF%CF%83%CE%B7%CE%BB%CE%B5%CE%AF%CE%B5%CF%82-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-%CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-%CE%B1%CF%80%CF%8C-%CF%84%CE%B7%CE%BD/>

F%82-%CF%83%CF%84%CE%B7%CE%BD-
 %CE%B5%CE%BB%CE%BB%CE%AC%CE%B4%CE%B1-
 %CE%B1%CF%80%CF%8C-%CF%84%CE%B7%CE%BD/

158. Gluzman SF. On Soviet totalitarian psychiatry. 1989 [cited 2022 Sep 15]; Available from:
https://books.google.com/books/about/On_Soviet_Totalitarian_Psychiatry.html?hl=fr&id=dGchAAAACAAJ
159. Petrea I. Mental Health in Former Soviet countries: From Past Legacies to Modern Practices. *Public Health Rev.* 34(2).
160. Ayme J. L'utilisation de la psychiatrie comme instrument de répression politique en URSS et le combat mené par les psychiatres en France. *Sud/Nord* [Internet]. 2004 [cited 2022 Sep 23];19(1):143–8. Available from: <https://www.cairn.info/revue-sud-nord-2004-1-page-143.htm?contenu=article>
161. Pawlowski T, Baranowski P. How patients characteristics influence the use of coercive measures. *Indian J Psychiatry* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2023 Feb 21];59(4):429–34. Available from: https://www.researchgate.net/publication/320644920_How_patients'_characteristics_influence_the_use_of_coercive_measures
162. Lickiewicz J, Hughes PP, Makara-Studzinska M. Attitudes of psychiatric nurses towards aggression: A Polish study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* [Internet]. 2021 Oct 1 [cited 2022 Sep 24];28(5):856–66. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jpm.12746>
163. Lickiewicz J, Husum TL, Ruud T, Siqueland J, Musiał Z, Makara-Studzińska M. Measuring Staff Attitudes to Coercion in Poland. *Front Psychiatry* [Internet]. 2021 Nov 16 [cited 2022 May 25];12:745215. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34867536>
164. Dabrowski S, Frydman L, Zakowska-Dabrowska T. Physical restraint in Polish psychiatric facilities. *Int J Law Psychiatry.* 1986 Jan 1;8(4):369–82.
165. Marseille DE. Histoire de la psychiatrie russe. Réflexions sur la construction du savoir psychiatrique. THÈSE Présentée et publiquement soutenue devant LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES.
166. Silić A, Savić A, Čulo I, Kos S, Vukojević J, Brumen D, et al. Approach to Emergencies in Schizophrenia in University Hospital “Vrapče”. *Psychiatr Danub.* 2018 Jun;30(Suppl 4):203–7.
167. Pisztora F. [The consideration and execution of the principles of no restraint and open door strategies in Hungarian psychiatry]. *Orvostört Kozl.* 1994;40(1–2):29–53.
168. Lenk-Adusoo M, Hürden L, Tohvre R, Tretjakov I, Evert L, Haring L. Healthcare professionals' and patients' attitudes toward the causes and management of aggression in Estonian psychiatric clinics: a quantitative cross-sectional comparative study. *J Ment*

- Health [Internet]. 2022 [cited 2022 Aug 21]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35001762/>
169. van Voren R. DIRECTORATE-GENERAL FOR EXTERNAL POLICIES OF THE UNION DIRECTORATE B POLICY DEPARTMENT STUDY PSYCHIATRY AS A TOOL FOR COERCION IN POST-SOVIET AL. UNTRIES 2013 PE 433.723 EN. [cited 2022 Oct 25]; Available from: <http://www.europarl.europa.eu/activities/committees/studies.do?language=EN>
170. Sakharov A. *Memoirs*. 1990;773.
171. Segal BM. Soviet psychotherapy: The tasks and methodological problems. *Psychiatric Quarterly* 1977 49:1 [Internet]. 1977 Mar [cited 2022 Oct 25];49(1):8–17. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01071453>
172. Reflection Theory and the Identity of Thinking and Being on JSTOR [Internet]. [cited 2022 Oct 25]. Available from: <https://www.jstor.org/stable/20098785>
173. “Medicine Standing on its Head”: Snezhnevsky, Sluggish Schizophrenia and Soviet Political Abuse of Psychiatry - GeoHistory [Internet]. [cited 2022 Oct 25]. Available from: <https://geohistory.today/soviet-psychiatry-snezhnevsky/>
174. Moseley, Ray. U.S. Group Blasts Soviet Mental Wards. - Google Search [Internet]. [cited 2022 Oct 25]. Available from: https://www.google.com/search?q=Moseley%2C+Ray.+U.S.+Group+Blasts+Soviet+Mental+Wards.+&sxsrf=ALiCzsaXsAE_4DUH6LS9UzIzUzID-s6X0g%3A1666717546334&ei=ahdYY7HVE5jElwTvlacY&ved=0ahUKewixsqja7vv6AhUY4oUKHe_KCQMq4dUDCA8&uact=5&oq=Moseley%2C+Ray.+U.S.+Group+Blasts+Soviet+Mental+Wards.+&gs_lcp=Cgdnd3Mtd2l6EAMyBAGjECc6CggAEecQ1gQQsANKBAhBGABKBAhGGABQ9BFY7Cyg-y9oAXAAeAOAAfYBiAHIFJIBBjAuMTQuM5gBAKABAcgBCMABAQ&sclient=gs-wiz
175. IDEAS & TRENDS; In the West, The Verdict on Soviet Psychiatry Is Still Out - The New York Times. *The New York Times* [Internet]. 1989 [cited 2022 Oct 25]; Available from: <https://www.nytimes.com/1989/10/08/weekinreview/ideas-trends-in-the-west-the-verdict-on-soviet-psychiatry-is-still-out.html>
176. U.S. Government. *Psychiatric abuse of political prisoners in the Soviet Union : testimony by Leonid Plyushch : hearing before the Subcommittee on International Organizations of the Committee on International Relations, House of Representatives, Ninety-fourth Congress, second session, March 30, 1976* | WorldCat.org [Internet]. U.S. Government, editor. Washington; 1976 [cited 2022 Oct 25]. Available from: <https://www.worldcat.org/title/psychiatric-abuse-of-political-prisoners-in-the-soviet-union-testimony-by-leonid-plyushch-hearing-before-the-subcommittee-on-international-organizations-of-the-committee-on-international-relations-house-of-representatives-ninety-fourth-congress-second-session-march-30-1976/oclc/2819303>

177. Case Studies on Human Rights and Fundamental Freedoms - Google Books [Internet]. [cited 2022 Oct 25]. Available from: https://www.google.fr/books/edition/Case_Studies_on_Human_Rights_and_Fundame/RdazE7TGYjgC?hl=en&gbpv=0
178. (PDF) Mental Health Reform in the Russian Federation: An Integrated Approach to Achieve Social Inclusion and Recovery [Internet]. [cited 2022 Oct 28]. Available from: https://www.researchgate.net/publication/5809797_Mental_Health_Reform_in_the_Russian_Federation_An_Integrated_Approach_to_Achieve_Social_Inclusion_and_Recovery
179. Jenkins R, Lancashire S, McDaid D, Samyshkin Y, Green S, Watkins J, et al. Mental health reform in the Russian Federation: an integrated approach to achieve social inclusion and recovery. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2007 Nov [cited 2022 Oct 27];85(11):858. Available from: </pmc/articles/PMC2636246/>
180. WHO. Psychiatric hospital beds per 100 000 - European Health Information Gateway [Internet]. 2022 [cited 2022 Oct 28]. Available from: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_488-5070-psychiatric-hospital-beds-per-100-000/visualizations/#id=19551
181. WHO - Departement de Sante Mentale et d'Addictologie. Mental Health Atlas [Internet]. Geneve: WHO; 2005 [cited 2022 Oct 28]. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43230/924156296X_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
182. European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT). Report to the Russian Government on the visit to the Russian Federation carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 19 to 29 October 2018 [Internet]. 2018 Sep [cited 2022 Oct 31]. Available from: <https://rm.coe.int/168097e387>
183. Portacolone E, Segal SP, Mezzina R, Scheper-Hughes N, Okin RL. A Tale of Two Cities: The Exploration of the Trieste Public Psychiatry Model in San Francisco. *Cult Med Psychiatry* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2023 Feb 7];39(4):680–97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25998781/>
184. Mutuelles: Fillon veut-il une “américanisation du système de santé”? - L'Express [Internet]. [cited 2023 Jan 5]. Available from: https://www.lexpress.fr/politique/elections/mutuelles-fillon-veut-il-une-americanisation-du-systeme-de-sante_1854163.html
185. La zone euro s'apprête à entrer en récession, selon Bruxelles | Les Echos [Internet]. [cited 2023 Jan 5]. Available from: <https://www.lesechos.fr/monde/europe/la-zone-euro-sapprete-a-entrer-en-recession-selon-bruxelles-1878151>
186. Qu'est-ce que la T2A, qui cristallise les tensions à l'hôpital ? [Internet]. [cited 2023 Jan 5]. Available from: https://www.lemonde.fr/sante/article/2018/02/13/qu-est-ce-que-la-t2a-qui-cristallise-les-tensions-a-l-hopital_5256264_1651302.html

187. Our Inner Puritans | Psychology Today [Internet]. [cited 2023 Jan 5]. Available from: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/psyched/201208/our-inner-puritans>
188. L'absentéisme au travail coûte près de 108 milliards d'euros par an - Le Parisien [Internet]. [cited 2023 Jan 5]. Available from: <https://www.leparisien.fr/economie/l-absenteisme-au-travail-coute-pres-de-108-milliards-d-euros-par-an-21-11-2018-7949124.php>
189. Présentation des modalités de financement - Psy | Publication ATIH [Internet]. [cited 2023 Jan 5]. Available from: <https://www.atih.sante.fr/presentation-des-modalites-de-financement-psy>
190. Apolline Le Romanser. La T2A, tarification à l'acte décriée – Libération [Internet]. La Libération . 2023 [cited 2023 Feb 7]. Available from: https://www.liberation.fr/societe/sante/la-t2a-la-tarification-a-lacte-decreee-20230109_LQ5XK5AX2JAL5OMGGVFPWLYYYVE/
191. Senat. au nom de la commission d'enquête sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France [Internet]. [cited 2023 Feb 7]. Available from: <https://www.senat.fr/rap/r21-587-1/r21-587-11.pdf>
192. Troisième réforme des mesures d'isolement-contention - Santé Mentale [Internet]. [cited 2023 Jan 5]. Available from: <https://www.santementale.fr/2022/02/troisieme-reforme-des-mesures-disolement-contention/>
193. Szmukler G, Kelly BD. We should replace conventional mental health law with capacity-based law. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2023 Jan 5];209(6):449–53. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/we-should-replace-conventional-mental-health-law-with-capacitybased-law/1B8A58E02C9A53FADBA21E19B0DF5D5E>
194. Wieten S. Expertise in evidence-based medicine: A tale of three models. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*. 2018 Feb 2;13(1).
195. Alarcón RD. Cultural factors in the DSM-5: Substantial inputs or cosmetic concessions? *Evolution Psychiatrique* [Internet]. 2014 [cited 2023 Feb 7];79(1):39–53. Available from: <https://www.em-consulte.com/article/870635/les-composantes-culturelles-dans-le-dsm-5-contenu>
196. Cooper C, Lorenc T, Schauburger U. What you see depends on where you sit: The effect of geographical location on web-searching for systematic reviews: A case study. *Res Synth Methods*. 2021 Jul;12(4):557-570. doi: 10.1002/jrsm.1485. Epub 2021 Mar 23. PMID: 33713573.



RÉSUMÉ

Nom – Prénom : Androutsos Antico Aliko et Dubois-Harvard Lauren

Thèse soutenue le : vendredi 12 mai 2023

Titre de la thèse : Isolement et Contention, la France parmi l'Europe

Résumé :

Les mesures d'isolement et de contention ont fait l'objet d'une nouvelle loi en France en 2022. Celle-ci a pour objectif de dissuader le recours à ces mesures dites de "coercition" en psychiatrie, autorisées (en soins sans consentement uniquement) exceptionnellement et en dernier recours pour protéger le patient ou les autres en cas de mise en danger par un risque de violence auto ou hétéro agressive. Cette réforme, loin d'être la première, questionne le monde de la psychiatrie française et fait suite à de nombreux débats. L'histoire psychiatrique française montre depuis l'Antiquité des évolutions de ces pratiques en lien avec la médecine de l'époque et la vision de la maladie causant ces troubles : vision hippocratique des humeurs, vision religieuse de possession démoniaque à exorciser, vision moralisatrice nécessitant punition et rétribution violente, vision neurologique un peu plus déculpabilisante (mais également anatomiquement intrusive et réductrice), vision psychanalytique freudienne accreditant la réalité interne et le vécu émotionnel individuel, vision neuro-bio-psychosociale avec des recherches prometteuses en génétique et épigénétique, etc. Une revue de littérature narrative des pratiques d'IC des pays européens dessine (avec des limites très importantes au niveau quantitatif/qualitatif, et des biais très nombreux) plusieurs tendances : interdiction totale de l'IC (Islande), no-restraint et open-door (Angleterre, Italie, Finlande), régularisation en cours de l'IC (Suisse, Espagne, France, Norvège), isolement préférable à la médication (Pays-Bas, Suède, Allemagne), augmentation de l'IC par manque de personnel en pleine crise économique (Grèce), aucune tendance décelable par manque de données (Europe de l'Est), utilisation de l'IC à des fins de répression politique (Russie). Plusieurs leviers du changement des pratiques d'IC d'un pays sont identifiés au vu de la littérature : culturel, politique, législatif, économique, et structurel au niveau médical, institutionnel, universitaire. Cette problématique est très complexe, et doit être abordée avec subtilité, de manière transversale et probablement transculturelle. En effet, les modèles de pratiques de l'IC des uns ne peuvent être importés et appliqués tels quels dans les autres pays, sans considération au préalable et adaptation à ses propres particularités culturelles, sociétales, économiques, politiques, médicales etc.

Mots clés : Isolement, Contention, Moyens coercitifs, Soins Sans Consentement, Médication Forcée, Réforme, Lois, Droits de l'Homme, Psychiatrie, Vulnérabilité, Hétéroagressivité, Autoagressivité, Risque suicidaire, Violence, Effets secondaires indésirables