



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2025

MEMOIRE DE FIN DE D.E.S
PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Etat des lieux des pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dans les unités d'hospitalisation temps plein et hospitalisation de semaine de la région des Hauts de France, de 2020 à 2024.

Une étude rétrospective à visée descriptive.

Présenté et soutenu le 6 octobre 2025

par **Mathilde COMBES DE LEON**

Mémoire co-dirigé par :

Monsieur le Professeur François MEDJKANE

Madame le Docteur Déborah SEBBANE

Résumé

Contexte

En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les pratiques d'isolement et de contention ne sont ni réglementées ni contrôlées. Ces mesures sont utilisées dans le cadre de « soins libres », en hospitalisation complète et en hospitalisation de semaine. Alors que la prévalence et les facteurs de risque sont étudiés et publiés dans de nombreux pays, très peu de données françaises sont disponibles. Ce travail vise ainsi à établir un état des lieux de ces pratiques et d'en déterminer les facteurs associés afin de pouvoir en explorer les axes d'évolution et d'amélioration.

Méthode

Il s'agit d'une recherche régionale rétrospective à visée descriptive menée dans les Hauts-de-France. La méthodologie de référence est MR005. Les données ont été recueillies via les indicateurs du PMSI et complétées par une enquête anonyme auprès des différents pôles concernés afin d'identifier les logiques organisationnelles et fonctionnements institutionnels.

Résultats

Cette recherche descriptive sur 17 unités d'hospitalisation temps plein et hospitalisation de semaine de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a mis en évidence une prévalence de l'usage de l'isolement pour 8,77% des usagers concernés par au moins un séjour entre 2020 et 2024 et une prévalence de l'usage de la contention de 4,95%. Nous retrouvons parmi les usagers concernés par une ou plusieurs de ces mesures plus de jeunes filles que de jeunes garçons et nous retrouvons les troubles du comportement et troubles anxieux dans les diagnostics principaux les plus représentés.

Concernant les séjours dans leur ensemble, l'évolution de la répartition des genres au cours des cinq années était hautement significative, avec une augmentation des hospitalisations pour les jeunes filles supérieure aux jeunes garçons. L'évolution de la répartition des diagnostics principaux au cours des cinq années était également hautement significative, avec une augmentation des troubles anxio-dépressifs et suicidaires (majoritairement retrouvée chez les jeunes filles) et une diminution des troubles du comportement et pathologies de l'agir (davantage retrouvée chez les jeunes garçons).

Les unités concernées avaient pour consignes protocolisées à l'admission certaines restrictions, tel que la non autorisation et/ou la limitation des visites dès l'admission ou l'interdiction de l'accès au téléphone personnel. La plupart des unités étaient des unités fermées, limitant ainsi la liberté d'aller et venir. Pour la majorité des unités étudiées, le recours aux pratiques d'isolement et de contention était protocolisé. Six unités n'avaient pas d'espace d'apaisement alors que neuf avaient au moins un espace d'isolement.

Conclusion

Ces résultats rappellent la nécessité d'une réflexion continue sur l'usage de ces mesures non réglementées et dépourvues de contrôle extérieur. Au-delà des constats chiffrés, ce travail souligne l'importance d'encourager les pratiques alternatives et de soutenir les équipes soignantes dans la recherche de modalités d'accompagnement plus respectueuses des besoins et des droits des enfants et adolescents hospitalisés.

Table des matières

Résumé.....	3
Table des matières	4
Liste des abréviations	5
Définitions.....	6
Introduction	7
1) Revue de littérature	9
2) Cas clinique	11
Matériel et méthode.....	13
1) Description de l'étude	13
a. Contexte de l'étude.....	13
b. Objectifs et bénéfices attendus	13
c. Design de l'étude.....	14
d. Population étudiée	15
e. Instrument d'enquête et recueil des données	16
2) Analyse statistique.....	17
Résultats	17
1) Données quantitatives recueillies par les indicateurs du PMSI.....	17
a. Description des séjours et usagers concernés chez la population d'âge strictement inférieur à 18 ans.....	17
b. Description des séjours et usagers concernés pour la population d'âge supérieur ou égal à 18 ans 24	
c. Description des isolements et contentions.....	25
2) Données quantitatives recueillies par enquête anonyme en ligne	30
a. Description des unités et intersecteurs concernés.....	31
b. Description des consignes systématiques restreignant les libertés individuelles	32
c. Equipements et modalités d'utilisation de l'isolement et/ou de la contention dans les unités concernées	34
Discussion	36
1) Interprétation des résultats.....	36
2) Forces et limites.....	38
3) Implications théoriques, pratiques et recommandations.....	39
4) Perspectives d'évolution et pistes de recherche	44
Conclusion.....	45
Références bibliographiques	46

Liste des abréviations

ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CIM	Classification Internationale des Maladies
CGLPL	Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
CMP	Centre Médico-Psychologique
CSP	Code de la Santé Publique
ETP	Equivalent Temps Plein
HAS	Haute Autorité de Santé
INDS	Institut National des Données de Santé
JLD	Juge des Liberté et de la Détention
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OPP	Ordonnance de Placement Provisoire
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
QR	QualityRights
RIM-P	Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie
SPDRE	Soin Psychiatrique sur Décision du Représentant de l'Etat
SPDT	Soin Psychiatrique à la Demande d'un Tiers
SP PI	Soin Psychiatrique en Péril Imminent

Définitions

Mesure coercitive : toute mesure appliquée « contre la volonté du patient ou en dépit de son opposition ». La définition des « mesures coercitives » est complexe. Elles comprennent la coercition formelle, telle que les actions limitant la liberté de mouvement (contention, isolement), l'hospitalisation involontaire et le traitement forcé (Chieze et al., 2021).

Isolement : placement du patient 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. (HAS)

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.

Contention chimique / pharmacologique : injection contrainte de traitements médicamenteux à visée sédatrice.

Pratiques / interventions restrictives : contention (physique, mécanique, chimique), isolement, surveillance (caméras, observation continue), restriction de liberté d'aller et venir.

Espace d'apaisement : espace dédié (souvent, une pièce) spécialement aménagé pour permettre aux patients hospitalisés en psychiatrie de s'isoler et de retrouver leur calme lorsqu'ils reconnaissent les signes avant-coureurs d'une perte de contrôle pouvant provoquer des comportements violents (autoagressifs ou hétéroagressifs). Les patients accèdent à cet espace de manière volontaire. L'accès à cet espace est libre, dans le respect du cadre défini pour son utilisation. Un espace d'apaisement n'est donc pas une chambre d'isolement ; il n'est pas non plus à proprement parler une « alternative » à l'isolement et à la contention, car son utilisation est volontaire et doit intervenir de manière précoce, en amont de la crise. (HAS)

Introduction

Alors que la littérature internationale met en lumière les pratiques coercitives exercées en service de psychiatrie pour enfants et adolescents dans de nombreux pays, la France, elle, reste discrète sur ses données. La recherche sur les pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie en France existe, en population adulte, et les données statistiques sont largement partagées (Devers, 2024; Touitou-Burckard, 2022). Chez les mineurs, les données quantitatives restent peu connues, voire absentes. La Commission des Citoyens pour les Droits de l'Homme France (CCDH-France), bien connue pour son appartenance à la scientologie, reste à ce jour le seul organisme ayant publié des données sur les mesures de contention et d'isolement pratiquées sur les mineurs dans plusieurs établissements français (Mylène, 2023). Leur synthèse a notamment été réalisée à partir de données extraites des registres et rapports sur les mesures d'isolement et de contention prises au sein des établissements psychiatriques publics habilités à accueillir des patients en soins sans consentement.

Aucune étude n'a été publiée à ce jour.

Pour autant, les réflexions éthiques restent au cœur des débats chez de nombreux pédopsychiatres (Lefèvre-Utile et al., 2023) et le cadre juridique continue d'être questionné au fil des années.

Néanmoins, l'encadrement légal concernant les soins psychiatriques des mineurs en France reste imprécis. L'enfant est qualifié de « juridiquement incapable » du fait de sa minorité. Ainsi, il existe quatre modes légaux de soin possibles d'hospitalisation pour le mineur :

- L'hospitalisation à la demande des représentants légaux : assimilée à des soins libres, selon la Cour de Cassation¹
- L'hospitalisation sur décision d'un juge des enfants ou du procureur de la République (également appelée ordonnance de placement provisoire), lorsque les titulaires de l'autorité parentale s'opposent aux soins et que l'absence de soin engendre un péril imminent. Cette hospitalisation ordonnée par le juge n'est pas répertoriée dans le Code de la santé publique (CSP) au titre des soins sans consentement, mais n'est pas non plus associée à du soin libre.
- L'hospitalisation à la demande d'un représentant de l'Etat (SPDRE), assimilée à des soins sans consentement (article L.3213-1 du CSP)
- L'hospitalisation à la suite d'un jugement ayant déclaré l'irresponsabilité pénale du mineur (article L.3213-7 du CSP).

La grande majorité des hospitalisations complètes en service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est réalisée avec accord des représentants légaux (et non pas nécessairement avec accord du mineur concerné), c'est à dire en soin libre². Cependant, qualifier les soins

¹ Cass., 1^{re} civ., Avis du 18/05/2022, n° 22-70.003

² En 2015, selon l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, 18 257 mineurs ont été admis en hospitalisation complète, dont 197 sur décision du représentant de l'Etat et 239 sur décision du juge des enfants. 98% des hospitalisations complètes de mineurs étaient décidées par les titulaires de l'autorité parentale ou

demandés par les parents de « soins libres », donc imposés par un tiers, écarte les garanties reconnues en matière de soins sans consentement et les contrôles extérieurs applicables (Cuneo, 2024; Ramdjee, 2022; Rongé, 2016). Cela signifie que les pratiques exercées et qualifiées de soin sont réalisées avec accord du ou des titulaires de l'autorité parentale, et non pas avec l'accord du mineur concerné. Partant du principe que les parents et le médecin agissent dans l'intérêt de l'enfant, il n'est pas exigé de justifier que l'état mental du mineur nécessite des soins immédiats en surveillance médicale constante. Ainsi, dans ce contexte, nous ne retrouverons aucune obligation de période d'observation préalable à la décision d'hospitalisation, aucun certificat médical circonstancié, aucun contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques ou du juge des libertés et de la détention (Cuneo, 2024).

Cela signifie également que les mesures d'isolement et de contention, encadrées par la loi et soumises au contrôle des juges des libertés et de la détention (JLD) en psychiatrie adulte, échappent en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à toute régulation équivalente. Les recours sont par ailleurs peu connus des représentants légaux, et encore moins des mineurs. Dans son rapport thématique de 2017, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) recommande que les mineurs admis en hospitalisation à la demande des représentants légaux puissent saisir la commission départementale des soins psychiatriques ainsi que le juge des libertés et de la détention s'ils contestent les soins (« Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », s. d.). Cependant, à ce jour, le seul recours proposé est la saisine du juge des enfants par les titulaires de l'autorité parentale. Un juge peut donc être saisi, mais n'interviendra pas d'office comme dans le cadre de soins sans consentement.

Quelle place aux pratiques d'isolement et de contention chez les mineurs hospitalisés à la demande des parents ?

L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours et ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement (Article L. 3222-5-1 du code de la santé publique). Ces mesures sont encadrées par des contrôles juridiques concernant les modalités ainsi que les durées. En 2018 un rapport du Sénat précise : « *l'article L. 3222-5-1 du CSP n'interdit nullement la pratique de la contention et de l'isolement sur les mineurs admis pour des soins psychiatriques et ne prévoit aucune disposition spécifique les concernant. En revanche, l'inscription de l'article L. 3222-5-1 au chapitre du CSP relatif aux soins sans consentement ainsi que les recommandations de bonne pratique de la HAS prescrivent explicitement que la contention et l'isolement ne peuvent être pratiquées que dans des cas d'hospitalisation sans consentement, et jamais dans des cas d'hospitalisation libre. Par conséquent, aucune pratique d'isolement thérapeutique ne peut être légalement admise dans le cas d'un mineur admis en hospitalisation libre (c'est-à-dire sur demande des titulaires de l'autorité parentale).* » (Une adolescence entre les murs, 2023)

Ainsi, de telles mesures ne devraient pas intervenir en cas d'admission en soin libre, comme le rappelle le Ministère de la Santé et de la Prévention dans une réponse publiée le 12 janvier 2023 :

par le directeur de l'établissement de l'Aide sociale à l'enfance pour le cas où le mineur est placé en foyer et en famille d'accueil (services de l'Aide sociale à l'enfance).

« Le mineur est alors en soins psychiatriques libres en application de l'article L. 3211-2, alinéa 1er du code de la santé publique, de sorte que sa situation n'est pas soumise au contrôle du juge des libertés et de la détention et que ne peuvent être mises en œuvre des mesures d'isolement ou de contention, mesures de dernier recours qui, selon l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, ne peuvent concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Dans ce cadre, et selon les dispositions des articles L. 1111-2 et L.111-4 du code de la santé publique, les mineurs ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, et leur consentement doit être systématiquement recherché. » (Droits des mineurs hospitalisés en psychiatrie, 2022)

Pourtant, pour les mineurs hospitalisés en service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, à la demande des représentants légaux, en hospitalisation complète ou en hospitalisation de semaine, ces mesures sont encore fréquemment utilisées. Les données officielles relatives au nombre de mineurs faisant l'objet de telles mesures demeurent rares, peu visibles et difficilement accessibles.

1) Revue de littérature

Une revue systématique et synthèse narrative publiée en 2024 fait état des taux et facteurs de risque concernant l'usage de mesures coercitives dans les services de santé mentale pour enfants et adolescents hospitalisés (Moell et al., 2024). Trente études ont été incluses, publiées entre 2010 et 2024, issues de onze pays différents dont cinq européens (Finlande, Irlande, Grèce, Autriche, Danemark). La prévalence médiane retrouvée était de 17,5% pour toute mesure coercitive, 27,7% pour toute forme de contention (mécanique, physique ou chimique) et 6,0% pour l'isolement. Les auteurs ont observé de grandes différences entre les études. Certains facteurs comme l'âge jeune, le sexe masculin, la durée du séjour ou les réadmissions répétées sont souvent associés à un plus grand risque. Mais ces facteurs varient d'un lieu à l'autre, ce qui suggère qu'il est peu probable que les caractéristiques du patient déterminent à elles seules l'utilisation de mesures coercitives. Les résultats suggèrent que les conditions de soins, la culture du service et les pratiques du personnel jouent un rôle important. Cela renforce l'idée que pour réduire les pratiques coercitives, il faut aussi agir sur l'organisation et la manière de soigner.

Une étude chinoise retrouvait un taux plus élevé, 29,1% d'isolement et contention associés, 28,6% de contention seule et 11,7% d'isolement seul. (Geng et al., 2021)

En Australie, dans une étude de 2014, les facteurs associés à l'utilisation de mesures restrictives telles que l'isolement ou la contention étaient, entre autres, l'agression physique et le stade précoce de l'admission. Les facteurs individuels des patients qui prédisaient l'utilisation de ces mesures étaient les troubles du développement et le jeune âge. Les auteurs trouvaient que sur les 134 patients admis pendant la période d'étude (15 mois) 26,9 % avaient fait l'objet d'au moins une intervention restrictive (Duke et al., 2014). Une autre étude australienne de 2014

(Muir-Cochrane et al., 2014), rétrospective sur une période de deux ans dans une unité d'hospitalisation de pédopsychiatrie, souligne la nécessité de poursuivre les efforts visant à réduire le recours aux mesures de contention dans les services de santé mentale pour enfants et adolescents. En 2021, des auteurs australiens mettent en évidence une association entre l'organisation institutionnelle des infirmiers (effectif, genre, horaires de postes) et les mesures d'isolement dans une unité d'hospitalisation pour adolescents (Yurtbasi et al., 2021).

Aux Etats-Unis, nous retrouvons des études sur les facteurs de risque démographiques, cliniques et diagnostiques (Vidal et al., 2020) et les perspectives d'évolution, avec, notamment, une étude sur l'impact d'un changement de pratique suite à la mise en place d'un programme qui révèle que des changements peuvent être opérés à échelle systémique et que la culture des soins joue un rôle majeur dans les pratiques coercitives (LeBel et al., 2004). Une autre étude sur l'évolution des pratiques a été retrouvée également (Eblin, 2019).

En Europe, les données sur les mesures d'isolement et de contention en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent font défaut dans la plupart des pays. Les pays scandinaves montrent une plus grande avancée et plus grande transparence dans la recherche sur les pratiques coercitives dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Nous retrouvons, par exemple, en Norvège une étude nationale sur les taux et les motifs de contention mécanique, chimique et physique, et de l'isolement (Furre et al., 2016). Sur une période de trois ans (2008-2010), les auteurs retrouvent que 6,5% des patients hospitalisés dans des unités psychiatriques pour adolescents en phase aiguë en Norvège ont subi un ou plusieurs épisodes de contention pendant leur hospitalisation, 79% des contentions étant de la contention physique.

En Finlande, nous retrouvons une étude sur les taux et les motifs (« Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », s. d.) ou encore une étude nationale sur la prévalence de ces pratiques entre 1996 et 2003 (Ulla et al., 2012). Une revue de littérature (De Hert et al., 2011) montre que le seul article répondant à tous les critères de qualité était une étude finlandaise (Sourander et al., 2002) qui retrouvait des taux d'isolement de 8,5% et des taux de contention mécanique de 4%.

En Suède, une revue de littérature résume les publications des dix dernières années concernant les méthodes et stratégies utilisées pour réduire les isolements et les mesures de contention dans les unités psychiatriques pour enfants et adolescents hospitalisés, et rend compte de leurs résultats (Perers et al., 2022). Dix-huit articles décrivant des méthodes ou des stratégies visant à réduire le recours à la contention ou à l'isolement dans les unités psychiatriques pour enfants et adolescents ont été trouvés. Les interventions suivantes ont été évaluées : Trauma-Informed Care (TIC), Six Core Strategies, Child and Family Centered Care (CFCC), Collaborative & Proactive Solutions (CPS), Strength-Based Care, Modified Positive Behavioral Interventions and Supports (M-PBIS), Behavioral Modification Program (BMP), Autism Spectrum Disorder Care Pathway (ASD-CP), Milieu Nurse-Client Shift Assignments, la formation à la réduction du stress basée sur la pleine conscience (Mindfulness-Based Stress Reduction Training - MBSR) du personnel, la thérapie comportementale dialectique (TCD), et les espaces sensoriels. La plupart des interventions ont permis de réduire le recours à l'isolement et/ou à la contention.

Deux initiatives centrées sur l'enfant et tenant compte des traumatismes ont permis d'éliminer le recours aux contraintes mécaniques. Cette étude montre que le recours aux mesures coercitives peut être réduit et doit être une priorité.

Nous pouvons citer également des exemples de pays voisins, l'Allemagne (Czernin, Bründlmayer, Oster, et al., 2024), les Pays-Bas (Valenkamp et al., 2014), ou encore l'Irlande. En Irlande, une étude monocentrique rétrospective publiée en 2023 a été réalisée sur quatre ans, sur la prévalence et les associations retrouvées. L'âge, le genre et l'origine ethnique n'étaient pas associés à un plus haut risque de recours aux pratiques coercitives. Les interventions restrictives - définies comme des « actes planifiés ou réactifs qui restreignent les mouvements, la liberté ou la liberté d'agir de manière indépendante d'un individu » - comprennent la contention physique et l'isolement, et sont utilisées dans les unités psychiatriques pour enfants et adolescents dans le monde entier. La Commission irlandaise de la santé mentale (MHC) a défini la contention physique comme « l'utilisation de la force physique dans le but d'empêcher la libre circulation du corps d'un usager » et l'isolement comme « le fait de placer ou de laisser une personne seule dans une pièce dont la porte de sortie est fermée à clé ou maintenue de manière à empêcher la personne de sortir ». La violence et l'agression dans les services de santé mentale se produisent le plus souvent en milieu hospitalier et peuvent avoir des conséquences importantes pour le patient, les autres patients de l'hôpital et le personnel. Les interventions restrictives interviennent généralement lorsque les mesures non restrictives ont échoué, pour protéger l'usager et le personnel, mais peuvent également être utilisés en dernier recours pour faciliter le traitement des troubles du comportement alimentaire. Cependant, l'utilisation des mesures restrictives peut entraîner des traumatismes psychologiques et des blessures physiques. Par conséquent, son utilisation pose un conflit éthique entre le droit de l'enfant à l'autonomie, à la liberté et à l'intégrité, et le droit de l'enfant à la protection contre la violence physique, ainsi que son droit à la vie, à la survie et au développement. (Haran et al., 2023)

Une limite subsiste dans ces articles, celle de la définition de la contention : certains auteurs incluent la contention mécanique, physique et chimique, tandis que d'autres n'incluent que la contention mécanique. Par ailleurs, bien que la législation nationale et les directives cliniques réglementent l'utilisation des mesures de contention dans la plupart des pays, nous ne connaissons pas les pays concernés ni l'effectivité de ces réglementations.

Aucune étude française quantitative n'a été retrouvée.

2) Cas clinique

Anna (prénom modifié) est une adolescente de 14 ans lors de notre première rencontre en Centre Médico-Psychologique.

Ses antécédents personnels débutent 6 ans plus tôt par un suivi psychologique dans une autre région. Suite à un déménagement, l'accès aux soins se fait via une consultation d'urgence, un

an avant notre première rencontre, pour des idées suicidaires. Elle est alors hospitalisée en urgence pour la première fois. Un traitement médicamenteux y est initié. Elle entame au décours un nouveau suivi, à l'âge de 13 ans. Son parcours de soins est marqué par de multiples hospitalisations dans les mois qui ont suivi l'entrée dans les soins sur la région.

Ses hospitalisations avaient lieu en contexte d'urgence dans les suites de tentatives de suicides et de passages à l'acte auto-agressifs par scarifications. Ses hospitalisations ont eu lieu dans des services de pédiatrie - avec intervention de la pédopsychiatrie de liaison- et des unités de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le diagnostic établi à ce moment est « épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère avec éléments de personnalité pathologiques ». Un diagnostic associé est discuté, celui du trouble de stress post-traumatique.

Lorsque nous nous rencontrons, elle me détaille alors son parcours et les conditions de ses hospitalisations.

Durant les hospitalisations, l'adolescente décrit des privations de liberté, l'utilisation de la contention physique et mécanique ainsi que l'injection de traitements médicamenteux sans consentement. Elle me décrit notamment sa première contention mécanique qui « a duré 7h » « puis la deuxième 2h ». Elle décrit une angoisse majeure durant cet acte et un sentiment de solitude « ça m'a pas apaisé, ça a fait pire ». Son dossier médical décrit des agitations psychomotrices avec hétéro-agressivité envers les soignants. Elle rapporte que l'accès à l'espace d'apaisement de l'unité – pourtant décrit comme un lieu où l'effet anxiolytique du cadre était efficace - lui était parfois refusé.

Les consultations que nous effectuons sont réalisées en Centre Médico-Psychologique. Durant une de ces consultations, Anna me présente un contrat de soin que le service lui a transmis, parmi lequel figure ce paragraphe « *La patiente s'engage à se mettre en pyjama bleu en présence de deux soignants le temps de la fouille, chaussettes et sous-vêtements compris, et ce quel que soit la surveillance de la patiente à chaque retour de permission ou d'admission dans l'unité. En cas de surveillance très élevée, la patiente gardera le pyjama à la suite de la fouille. En cas de surveillance élevée ou modérée la patiente récupérera ses vêtements à la suite de la fouille.* »

Des hospitalisations séquentielles sont alors proposées, puis mises en échec par l'adolescente et sa famille. Anna présente une opposition aux soins, argumentée par le cadre et les pratiques utilisées dans les soins. Elle utilise le terme « *traumatisant* » pour décrire ses hospitalisations, en particulier les mesures de contention mécanique et les fouilles portant atteinte à sa dignité.

Le suivi ambulatoire que nous effectuons, à raison d'un rendez-vous par semaine ou toutes les deux semaines, est marqué par de multiples rendez-vous non honorés. Quelques rendez-vous ont été maintenus lors des hospitalisations, dans le cadre de permission, afin d'assurer le suivi et la continuité des soins après l'hospitalisation. Néanmoins, l'adhésion aux soins était fortement entravée.

Cette situation clinique soulève une réflexion éthique majeure quant à l'usage des pratiques coercitives en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Recourir à ces mesures dites

de dernier recours, non seulement porte atteinte à la dignité de l'adolescente en lui imposant une expérience vécue comme violente, mais entrave également la confiance et l'adhésion qu'elle peut avoir dans les soins. Ce cas interroge sur les conditions et les motivations qui conduisent à de telles décisions.

Ainsi, il apparaît nécessaire de mieux comprendre la place réelle de ces pratiques dans les services de psychiatrie pour enfants et adolescents : à quelle fréquence l'isolement et la contention sont-ils utilisés ? Dans quels contextes les professionnels ont-ils recours à ces pratiques ? Quelles sont les caractéristiques individuelles des usagers ? Quels sont les déterminants organisationnels des services y ayant recours ?

Un recueil de données quantitatives s'avère ainsi être un travail nécessaire afin d'objectiver le taux de recours à ces pratiques, de caractériser les populations ayant fait l'objet des mesures d'isolement et/ou contention, d'identifier les déterminants institutionnels et cliniques, et de nourrir une réflexion éthique sur notre pratique professionnelle. Il participera au déploiement des connaissances relatives aux modalités d'utilisation des mesures coercitives, et permettra éventuellement d'étayer l'élaboration de stratégies visant à réduire leur utilisation.

Matériel et méthode

1) Description de l'étude

a. Contexte de l'étude

En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, les pratiques d'isolement et de contention ne sont ni réglementées ni contrôlées. Ces mesures sont utilisées dans le cadre de « soins libres », en hospitalisation complète et en hospitalisation de semaine.

Alors que la prévalence et les facteurs de risque sont étudiés et publiés dans nombreux pays, les données françaises restent trop peu connues. Il apparaît nécessaire d'établir un état des lieux de ces pratiques et d'en déterminer les facteurs associés afin de pouvoir explorer des axes d'amélioration et d'évolution de ces pratiques. Les défis éthiques concernant le respect des droits des mineurs, la dignité de soins et leur efficacité restent au cœur des débats.

b. Objectifs et bénéfices attendus

L'objectif premier de cette étude est de réaliser à partir des données du PMSI, un état des lieux descriptif quantitatif des mesures d'isolement et contention (prévalence et description de la population qui a fait l'objet de ces mesures) en unités d'hospitalisation complète et hospitalisation de semaine, dans les intersecteurs de la région des Hauts de France.

L'objectif secondaire est l'exploration des facteurs organisationnels associés aux pratiques d'isolement et de contention. Un complément d'informations concernant l'organisation des soins sur les intersecteurs concernés, les structures existantes et les mesures d'accueil pouvant restreindre les libertés individuelles a été recueilli auprès des responsables médicaux et paramédicaux des intersecteurs, par un auto-questionnaire anonyme.

Bénéfices attendus :

- Documenter des données relatives aux pratiques d'isolement et de contention dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de la région Hauts-de-France et de soutenir l'élaboration de stratégies alternatives à ces pratiques.
- Répliquer cette étude à l'échelle nationale pour étendre la disponibilité des données à d'autres régions.

c. Design de l'étude

Il s'agit d'une recherche régionale rétrospective à visée descriptive. Cette recherche n'implique pas la personne humaine (RNIPH). Il s'agit d'une RNIPH sur les données PMSI avec méthodologie de référence MR005.

La déclaration de conformité de la méthodologie MR005 est réalisée par l'Etablissement Public de Santé Mentale (EPSM) Lille-Métropole, établissement qui encadre cette recherche. Le délégué à la protection des données (DPO) a été informé.

Le recueil des données du PMSI, mises à disposition sur la plateforme sécurisée de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), concerne le RIM-P (recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie). Les responsables de traitement des données ont effectué un enregistrement INDS.

Le recueil de données concerne la période du 01/01/2020 au 31/12/2024 soit cinq ans.

Le choix de cette période est justifié par les évolutions du PMSI. En effet, il existe un accès à un fichier complémentaire dans le PMSI depuis 2018 sur les mesures d'isolement et de contention. Cependant, les motifs renseignés dans ce fichier n'ont été ajoutés qu'en 2020. Ainsi, pour une plus juste analyse des résultats, nous avons choisi de débiter le recueil à partir de 2020 afin d'avoir des données uniformes.

Les données concernent les unités d'hospitalisation temps plein et hospitalisation de semaine en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans la région des Hauts de France (département Aisne, Oise, Somme, Pas-de-Calais, Nord). Les indicateurs seront détaillés ultérieurement.

La recherche a été complétée par une enquête descriptive via un questionnaire anonyme diffusé auprès des dix établissements concernés. Ce questionnaire sera détaillé ultérieurement.

d. Population étudiée

i. Population concernée par la recherche sur le PMSI

Critères d'inclusion :

- Tout usager hospitalisé à temps plein et/ou en semaine, dans au moins une des 17 unités de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent des Hauts de France.
- Séjours ayant une date de début et de fin entre le 01/01/2020 et le 31/12/2024

Critères de non inclusion :

- Usagers hospitalisés en unité d'hospitalisation de psychiatrie adulte
- Usagers hospitalisés en unité d'hospitalisation de jour
- Les séjours ayant débuté avant le 01/01/2020
- Les séjours étant toujours en cours à la date du 31/12/2024 et n'étant pas indiqué comme terminés

Indicateurs PMSI :

- Durée médiane de séjour (jours)
- Nombre de séjours
- Nombre d'usagers hospitalisés
- Âge
- Genre
- Diagnostic principal
- Mode légal de soin
- Acte d'isolement : nombre de séquences, nombre d'usagers concernés, durée de la séquence, âge, genre, diagnostics principaux associés, informations du fichier complémentaire (motif, patient connu ou non)
- Acte de contention : nombre de séquences, nombre d'usagers concernés, durée de la séquence, âge, genre, diagnostics principaux associés, informations du fichier complémentaire (motif, patient connu ou non)

ii. Population concernée par l'enquête descriptive complémentaire

Des données quantitatives complémentaires sur l'organisation des intersecteurs concernés ont été recueillies par un questionnaire anonyme, sur SphinxOnline, auprès des responsables médicaux ou responsables paramédicaux. Les usagers n'étaient pas inclus dans ce recueil de données.

Le questionnaire visait à recueillir les informations complémentaires suivantes :

- Dispositifs de soins ambulatoires existants sur l'intersecteur
- File active de l'intersecteur
- Nombre de lit sur l'unité d'hospitalisation temps plein et/ou l'unité d'hospitalisation de semaine
- Unité ouverte / fermée
- Nombre d'espace d'isolement, existence d'un protocole sur l'utilisation si >0

- Nombre d'espace d'apaisement
- Existence d'un protocole sur l'utilisation de la contention (oui / non / pas de contention)
- Effectif médical et paramédical sur l'unité d'hospitalisation temps plein et/ou unité d'hospitalisation de semaine
- Consignes systématiques à l'admission : autorisation des visites, accès au téléphone personnel, port du pyjama

Une seule réponse par intersecteur était attendue.

e. Instrument d'enquête et recueil des données

Description du RIM-P :

Le **RIM-P** est un recueil standardisé regroupant des données administratives (sexe, âge, mode légal de soins, dates d'entrée et de sortie, nombre de journées de présence, etc.) et médicales (diagnostic principal ou motif de prise en charge, diagnostics et facteurs associés, évaluation de la dépendance dans les activités quotidiennes, etc.).

Il couvre trois types de prises en charge : **temps complet, temps partiel et ambulatoire.**

- Les séjours en temps complet ou partiel sont décrits par un ou plusieurs *résumés par séquence* (RPS).
- L'activité ambulatoire est décrite par des *résumés d'activité ambulatoire* (RAA), mais uniquement dans les établissements financés par dotation annuelle de financement (DAF).

Les RPS et RAA transmis par chaque établissement à l'ATIH via la plateforme e-PMSI sont ensuite **anonymisés** et deviennent respectivement des *résumés par séquence anonymes* (RPSA) et des *résumés d'activité ambulatoire anonymes* (R3A).

Description de Sphinx :

Les données relatives au fonctionnement des unités d'hospitalisation temps plein et unités d'hospitalisation de semaine ont été recueillies du 10/06/2025 au 20/08/2025 avec un questionnaire réalisé avec le logiciel d'enquête Sphinx Online [REF : <https://www.lesphinx-developpement.fr/logiciels/sphinxonline/>]. Le lien a été transmis aux secrétariats des pôles de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, contactés dans un premier temps par téléphone, pour être diffusé aux chefs de pôle, médecins responsables de l'unité ou cadres. Une seule réponse était attendue par unité. 17 unités étaient concernées par l'étude sur les Hauts de France (départements Aisne, Oise, Somme, Pas-de-Calais et Nord).

2) Analyse statistique

Les analyses statistiques ont été effectuées avec la réalisation d'analyses univariées et multivariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen d'effectifs, de médianes et de pourcentages.

Les analyses ont été réalisées avec les logiciels Excel, R et R studio version 4.2.2.

Les données récoltées sur le RIM-P ont été analysées via le langage programmation R de la plateforme de l'ATIH (version 4.2.2).

Une p-valeur inférieure à 0,05 est considérée comme statistiquement significative.

Résultats

1) Données quantitatives recueillies par les indicateurs du PMSI

Les indicateurs du PMSI ont été recueillis sur les dix établissements des cinq départements (Aisne, Oise, Somme, Pas-de-Calais, Nord) accueillants des mineurs en service d'hospitalisation de psychiatrie pour enfants et adolescents. Certains établissements ayant plusieurs unités, cela représentait un total de dix-sept unités. Le recueil a été réalisé de façon rétrospective, sur la période du 01/01/2020 au 31/12/2024.

La description des résultats a été réalisée en région et non par unité.

La description a été réalisée sur les mineurs uniquement d'une part (âge strictement inférieur à 18 ans), puis sur les majeurs d'autre part. En effet, 15 séjours ont été retrouvés pour 15 majeurs (âge supérieur ou égal à 18 ans).

a. Description des séjours et usagers concernés chez la population d'âge strictement inférieur à 18 ans

Caractéristiques des séjours	
	Nombre de séjours n = 14202
Durée médiane de séjours (jours) : Min ; Médiane [Q1 ; Q3] ; Max	1 ; 5 [2 ; 9] ; 754
Nombre de séjours par usager par genre (n)	
Homme	Total : 6867 (48,3%) Moyenne : 4,55 Ecart type : 12,5

	Médiane [Q1 ; Q3] : 1 [1 ;2] Min ; Max : 1 ; 147
Femme	Total : 7335 (51,7%) Moyenne : 2,97 Ecart type : 8,02 Médiane [Q1 ; Q3] : 1 [1 ;2] Min ; Max : 1 ; 201
Mode légal de soin (n)	
Soin libre	8173 (57,52%)
SPDRE	3 (0,02%)
SP OPP	13 (0,09%)
Sans précision	6019 (42,36%)
Groupe diagnostique principal des usagers hospitalisés (n)	
Troubles du comportement et pathologies de l'agir	5089
Troubles anxio-dépressifs et suicidaires	6173
Troubles psychotiques	500
Troubles développementaux	1285
Autre	1227
Caractéristiques socio-démographiques des usagers concernés par un moins un séjour dans une unité d'hospitalisation temps plein ou hospitalisation de semaine en pédopsychiatrie, dans les Hauts de France, entre 2020 et 2024	
	Usagers concernés par au moins un séjour n = 3979
Sexe féminin : n (%)	2471 (62%)
Âge (année) : Min ; Médiane [Q1 ; Q3] ; Max	3 ; 13 [11 ; 15] ; 17

Tableau 1 : Caractéristique des séjours et usagers (Source : RIM-P)

i. Nombre de séjours total, nombre de séjours par usager et par genre

14202 séjours ont été retrouvés entre 2020 et 2024, pour 3979 usagers (Tableau 1). En effet, certains mineurs ayant été hospitalisés plusieurs fois, le nombre de séjours dépasse le nombre d'usagers.

Sur le nombre total de séjours, soit 14202, 48,3% concernaient des séjours de jeunes garçons et 51,7% des séjours de jeunes filles. La médiane avec premier et troisième quartile étaient identiques pour les deux genres, il n'y pas de différence significative sur le nombre de séjours ou ré-hospitalisations entre les genres. (Tableau 1)

Par ailleurs, nous retrouvons une augmentation du nombre d'usagers concernés par au moins un séjour sur les cinq années, avec 770 usagers en 2020, 1017 en 2021, 984 en 2022, 1064 en 2023 et 1112 en 2024. (Tableau 2)

Taux d'usagers concernés par au moins un séjour durant l'année, par année, de 2020 à 2024	
	Usagers concernés par au moins un séjour durant l'année (n)
2020	770
2021	1017
2022	984
2023	1064
2024	1112

Tableau 2 : Evolution du nombre d'usagers concernés par au moins un séjour durant l'année, par année, de 2020 à 2024
(Source : RIM-P)

ii. Durée médiane de séjour (jours)

La durée médiane de séjour retrouvée est de 5 jours, avec un premier quartile de 2 jours et troisième quartile de 9 jours. (Tableau 1)

La durée minimum de séjour retrouvée est de 1 jour, la durée maximale est de 754 jours. (Tableau 1)

iii. Modes légaux de soin

Les modes légaux de soin étaient pour la majorité du soin libre. En effet, dans le codage PMSI, nous avons retrouvé 3 codes en SPDRE (0,02%), 13 codes en OPP (0,09%), aucun « SP détenus », « SPDT » ou « SP PI » (Tableau 1). Les SPDT et SP PI n'existent pas en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, nous les avons exclus des tableaux.

6019 modes légaux de soin ont été codés sans précision (42,36%) et 8173 en soin libre (57,52%). (Tableau 1)

Les données nationales retrouvant des taux d'environ 98% de soin libre, nous pouvons supposer que les séjours « non précisés » s'assimilent à du soin libre, les soins sans consentement devant légalement être renseignés. Partant de cette hypothèse, nous retrouverons ainsi un total de 14192 soins libres sur 14208 modes légaux de soin codés. Le nombre total de modes légaux de soin (n=14208) dépasse le nombre de séjours (n=14202), car certains codes étaient modifiés au cours du séjour.

Les données régionales sont ainsi concordantes avec les données nationales : 99,89% de soins libres et 0,11% de soins sans consentement.

iv. Répartition de genres

Nous retrouvons parmi les 3979 usagers hospitalisés entre 2020 et 2024 une majorité de filles, 2471 (62,1%) contre 1508 garçons (37,9%). (Figure 1)

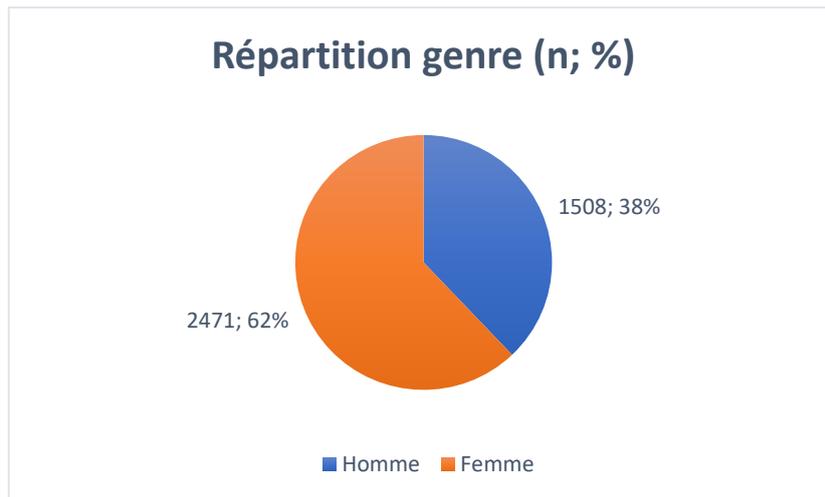


Figure 1 : Répartition des genres (Source : RIM-P)

Nous retrouvons une évolution hautement significative dans la distribution des genres sur les cinq années, avec une augmentation des hospitalisations pour les jeunes filles supérieure aux garçons ($p = 6.399 \times 10^{-06}$). (Tableau 3) (Figure 2)

Répartition des genres des usagers concernés par au moins un séjour durant l'année, par année, de 2020 à 2024		
	Filles n (%)	Garçons n (%)
2020	420 (55%)	350 (45%)
2021	599 (59%)	418 (41%)
2022	607 (62%)	377 (38%)
2023	659 (62%)	405 (38%)
2024	738 (66%)	374 (34%)

Tableau 3 : Evolution de la répartition des genres des usagers hospitalisés durant l'année, par année, de 2020 à 2024 (Source : RIM-P)

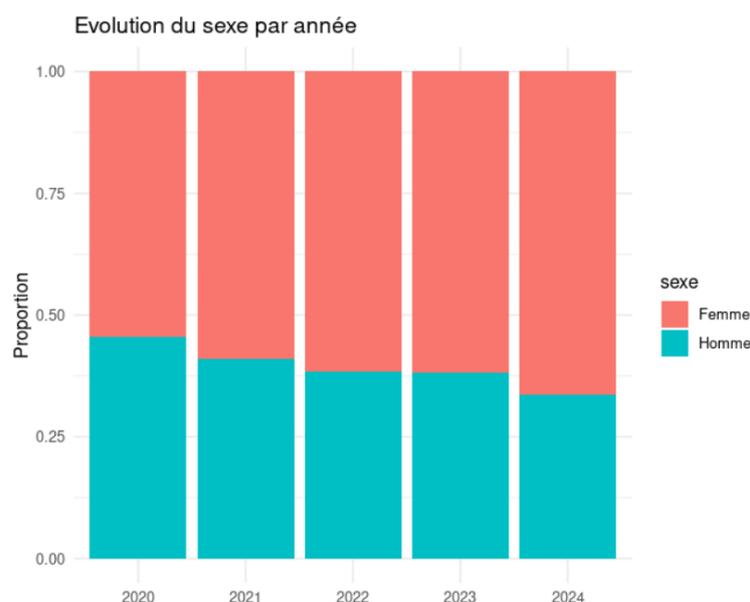


Figure 2 : Evolution de la distribution des genres par année. (Source : RIM-P)

v. *Âge*

L'âge minimum retrouvé était de 3 ans, l'âge médian 13 ans. L'âge maximum était strictement inférieur à 18 ans, soit 17 ans. (Tableau 1)

Nous ne retrouvons pas d'évolution significative sur les cinq années concernant l'âge des usagers. Concernant la distribution de l'âge par genre et par année, la répartition de l'âge des garçons reste homogène, en revanche nous retrouvons une augmentation des hospitalisations chez les jeunes de filles de 15 ans au cours des cinq années.

vi. *Diagnostics principaux*

Nous retrouvons 14274 diagnostics principaux renseignés dans le PMSI pour 14202 séjours. Certains séjours comprennent plusieurs diagnostics principaux, si ces derniers sont modifiés au cours du séjour.

Nous retrouvons 323 codes différents. Nous avons choisi de trier les diagnostics en cinq groupes et en sous-groupes pour certaines de ces groupes afin de créer une classification clinique des troubles et symptômes codés.

Conformément aux données retrouvées dans la littérature, et pour faciliter la lecture des résultats, nous avons regroupé les diagnostics de façon suivante :

- 1) Troubles du comportement et pathologies de l'agir
 - a. Troubles du comportement
 - b. Troubles de l'usage
 - c. Syndromes comportementaux
- 2) Troubles anxio-dépressifs et suicidaires
 - a. Troubles anxieux
 - b. Troubles de l'humeur
 - c. Suicidalité
- 3) Troubles psychotiques
- 4) Troubles développementaux
- 5) Autres
 - a. Contexte de violences
 - b. Troubles organiques ou potentiellement secondaires à un trouble organique
 - c. Autres troubles de personnalité
 - d. Autre
 - e. Non classé

Taux des diagnostics principaux par groupes et sous-groupes – population mineure		Codes diagnostics renseignés dans le PMSI n = 14274
Troubles du comportement et pathologies de l'agir		5089 (36%)
Troubles du comportement : n (%)	4950 (97,3%)	
Troubles de l'usage : n (%)	18 (0,3%)	
Syndromes comportementaux : n (%)	121 (2,4%)	
Troubles anxio-dépressifs et suicidaires		6173 (43%)
Troubles anxieux : n (%)	4533 (73,4%)	
Troubles de l'humeur : n (%)	1425 (23,1%)	
Suicidalité : n (%)	215 (3,5%)	
Troubles psychotiques		500 (3%)
Troubles développementaux		1285 (9%)
Autre		1227 (9%)
Contexte de violence : n (%)	6 (0,5%)	
Trouble organique ou potentiellement secondaire à un trouble organique : n (%)	20 (1,6%)	
Autres troubles de personnalité : n (%)	20 (1,6%)	
Autre : n (%)	550 (44,8%)	
Non classé : n (%)	631 (51,4%)	

Tableau 4 : Taux des diagnostics principaux en groupes et sous catégories – population mineure (Source : RIM-P)

Ainsi, nous retrouvons une majorité de troubles anxio-dépressifs et suicidaires (43%) et troubles du comportement et pathologies de l'agir (36%). (Tableau 1) (Tableau 4) (Figure 3)

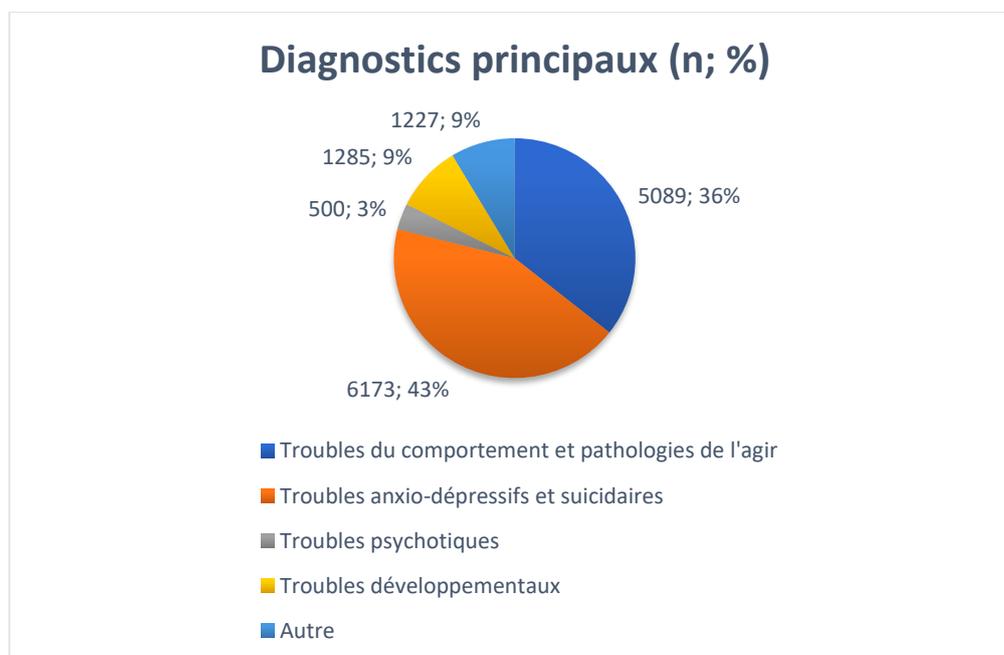


Figure 3 : Diagnostics principaux sur la période 2020-2024 (Source : RIM-P)

Parmi les troubles du comportement et pathologies de l'agir, les « troubles du comportement » représentaient la grande majorité.

Parmi les troubles anxio-dépressifs et suicidaires, nous retrouvons une majorité de troubles anxieux, en second arrivent les troubles de l'humeur, et en dernier les comportements suicidaires.

Le groupe « autre » comprend de nombreux codes diagnostics classés dans « autre », indiqués dans la CIM-10 sous des classifications autres que « F : Troubles mentaux et du comportement » telles que « E : Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques », « G : Maladies du système nerveux », « O : Grossesse, accouchement et puerpéralité », « Q : Malformations congénitales et anomalies chromosomiques », ou encore « Z : Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé ».

631 codes n'ont pas été renseignés dans le PMSI et sont ainsi non classés.

Nous retrouvons une évolution hautement significative de la répartition des diagnostics principaux au cours des cinq années ($p < 2.2 \times 10^{-16}$) avec une augmentation des hospitalisations pour troubles anxio-dépressifs et suicidaires et une diminution des troubles du comportement et pathologies de l'agir. (Figure 4)

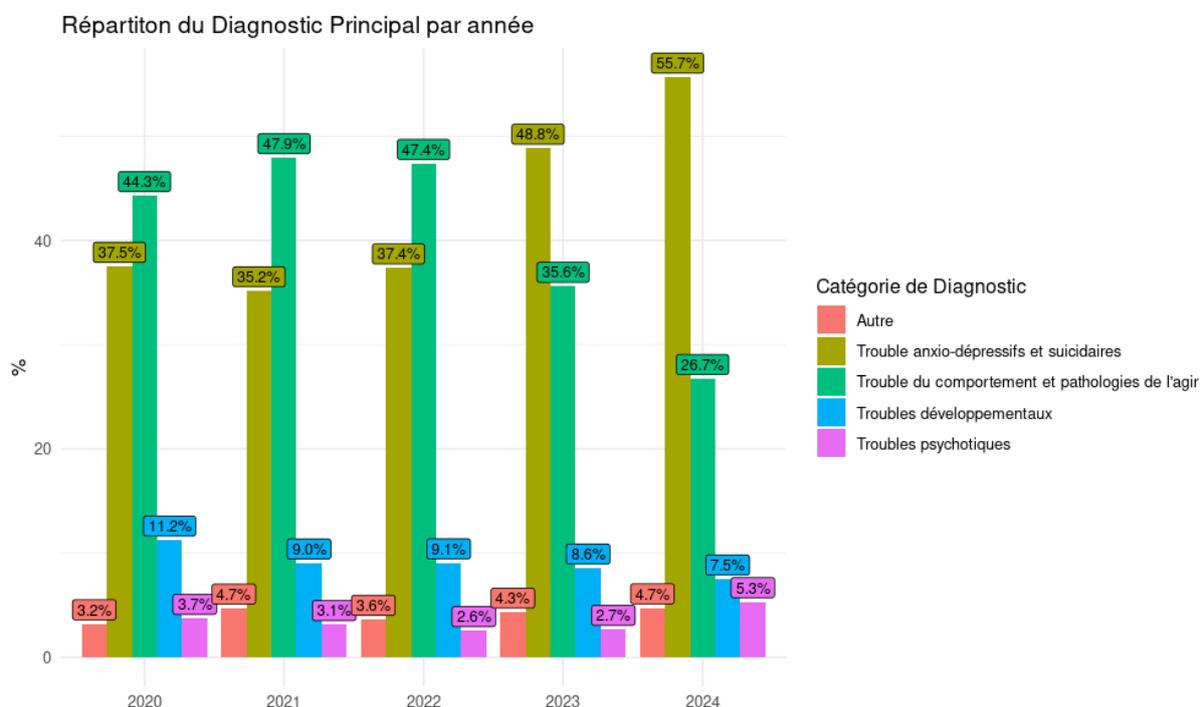


Figure 4 : Evolution de la répartition des diagnostics principaux par année, de 2020 à 2024 (Source : RIM-P)

Lorsque nous observons la distribution des diagnostics par genre et par année, l'augmentation des troubles anxio-dépressifs est retrouvée principalement chez les jeunes filles, et la diminution des troubles du comportement et pathologies de l'agir concerne davantage les garçons. (Figure 5)



Figure 5 : Distribution des diagnostics principaux par genre et par année (Source : RIM-P)

b. Description des séjours et usagers concernés pour la population d'âge supérieur ou égal à 18 ans

Parmi les 17 unités d'hospitalisation temps plein et hospitalisation de semaine de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 15 usagers majeurs ont été retrouvés pour un nombre de 15 séjours entre 2020 et 2024.

7 s'entre eux étaient hospitalisés en soin libre, 8 « non précisé ». 7 s'entre eux étaient des hommes, 8 femmes.

L'âge médian à l'admission était de 18 ans [Q1 18 ; Q3 20,5]. L'âge minimum était 18 ans, et l'âge maximum retrouvé était de 42 ans.

Les diagnostics principaux retrouvés sont les suivants :

Taux des diagnostics principaux par groupes – population adulte	
	Codes diagnostics renseignés dans le PMSI n = 15
Troubles du comportement et pathologies de l'agir (n)	3
Troubles anxio-dépressifs et suicidaires (n)	8
Troubles psychotiques (n)	0
Troubles développementaux (n)	1
Autre (n)	3

Tableau 5 : Taux des groupes diagnostics principaux - population adulte (Source : RIM-P)

La durée médiane de séjours était de 33 jours [Q1 10 ; Q3 154,5]. La durée maximum de séjour était de 585 jours.

c. Description des isolements et contentions

i. Caractéristiques des mesures

Caractéristiques des mesures d'isolement et de contention dans les services d'hospitalisation temps plein et hospitalisation de semaine de pédopsychiatrie dans les Hauts de France, entre 2020 et 2024		
	Mesures d'isolement n = 1916	Mesures de contention n = 1428
Nombre de séjours concernés : n (%)	597 (4,2%)	337 (2,4%)
Nombre d'usagers concernés : n (%)	349 (8.77%)	197 (4.95%)
Durée d'une séquence de mesure d'isolement et/ou contention (minutes) : Min ; Médiane [Q1 ; Q3] ; Max	5 ; 240 [89 ; 714] ; 37413 (25 jours)	
Motifs renseignés dans le fichier complémentaire (n)		
Suicide		
Non	782	438
Menaces suicidaires persistantes et réitérées	123	49
Passage à l'acte suicidaire depuis son admission	69	27
Autres	19	7
Non renseigné	923	907
Violence		
Non	240	100
Menace ou imminence	301	183
Passage à l'acte	353	214
Autres	32	16
Non renseigné	990	915
Auto-agressivité		
Non	721	369
Automutilation	150	106
Autres	55	38
Non renseigné	990	915
Agitation		
Non	626	327
Oui	300	186
Non renseigné	990	915
Autre		
Non	846	473
Oui	80	40
Non renseigné	990	915

Tableau 6 : Caractéristiques des mesures d'isolement / contention (Source : RIM-P)

Nous retrouvons 1916 mesures d'isolement renseignées dans le PMSI et 1428 mesures de contention (Tableau 6). Cependant, dans le cadre des mesures de contention, les professionnels peuvent prescrire « mesure de contention dans le cadre d'une mesure d'isolement » sans pour autant prescrire en plus une mesure d'isolement. Il existe donc un biais sous déclaratif dans le codage des mesures d'isolement.

Sur la totalité des séjours retrouvés entre 2020 et 2024, soit 14202, 4,2% étaient concernés par une mesure d'isolement et 2,4% par une mesure de contention. (Tableau 6)

Les durées sont décrites en termes de séquence et non de mesure. Une séquence peut inclure plusieurs mesures. Dans la description des isolements et contentions en population adulte, les durées peuvent être décrites en séquence, c'est-à-dire allant du début de la prescription à l'arrêt de la prescription, incluant alors les renouvellements, ou en mesure (durée maximale d'une mesure d'isolement 12h, durée maximale d'une mesure de contention 6h). En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, du fait de l'absence de réglementation, les renouvellements des 6h ou 12h ne sont pas soumis à des obligations légales. Les mesures peuvent dépasser les durées légales fixées dans le cadre des soins sans consentement. Ainsi, les mesures et les séquences peuvent se confondre. Nous avons ainsi choisi de calculer les durées de séquences.

La durée médiane d'une séquence contenant une mesure d'isolement et/ou de contention était de 240 minutes. La durée minimale était de 5 minutes et la durée maximale de 37413 minutes soit 25 jours consécutifs. (Tableau 6)

Les données aberrantes ont été exclues pour les analyses des durées : pour le minimum, deux séquences de 1 minute, et pour le maximum, une séquence de 291 jours consécutifs d'isolement. Ne pouvant établir si ces données correspondent à des erreurs de codage ou des réalités cliniques d'unités ayant fait face à des difficultés, le risque de biais était trop important pour les calculs de médianes.

Les motifs complémentaires pouvant être sélectionnés dans le fichier complémentaire du PMSI sont au nombre de cinq : suicide, violence, auto-agressivité, agitation, autre.

Nous retrouvons une majorité de motifs non renseignés et de « non ». L'hypothèse de l'absence de contrôle extérieure et de réglementation sur l'isolement et la contention en pédopsychiatrie pourrait expliquer le manque de renseignements donnés par les services sur les motifs de prescription de ces mesures. Les données manquantes sont majeures et le manque de transparence ne permet pas la bonne effectivité d'une analyse statistique des pratiques.

Parmi les motifs, en excluant les « non », « autres » et « non renseigné », celui de violence à type de menace/imminence ou passage à l'acte retrouvait le taux le plus élevé (654 au total pour l'isolement, 397 pour la contention). (Tableau 6)

ii. *Caractéristiques des usagers concernés*

Caractéristiques socio-démographiques et cliniques des usagers mineurs hospitalisés à temps plein ou en semaine dans les services de pédopsychiatrie des Hauts de France entre 2020 et 2024, concernés par au moins une mesure d'isolement ou de contention		
	Usagers concernés par au moins une mesure d'isolement n = 349 (8.77%)	Usagers concernés par au moins une mesure de contention n = 197 (4.95%)
Âge (années) : Médiane [Min ; Max]	14 [7 ; 17]	14 [5 ; 17]
Sexe féminin : n (%)	203 (58,17%)	118 (59,90%)
Groupe diagnostic principal des usagers concernés : n (%)		
Troubles du comportement et pathologies de l'agir	275 (38%) dont 98% « troubles du comportement »	175 (43%) dont 99% « troubles du comportement »
Troubles anxio-dépressifs et suicidaires	273 (38%) dont 70% « troubles anxieux »	148 (36%) dont 65% « troubles anxieux »
Troubles psychotiques	26 (4%)	18 (4%)
Troubles développementaux	47 (7%)	25 (6%)
Autre	96 (13%)	45 (11%)
Connu des services (n)		
Non	26	11
Oui, équipe habituelle	183	98
Oui, connu car équipe qui prend en charge habituellement a transmis les informations d'anamnèse à l'équipe qui fait la mesure	55	31
Non renseigné	151	88

Tableau 7 : *Caractéristiques des usagers concernés par l'isolement / contention (Source : RIM-P)*

Nous retrouvons un total de 349 usagers concernés par une mesure d'isolement, soit 8,77% des 3979 usagers totaux concernés par au moins un séjour entre 2020 et 2024 et 197 usagers concernés par une mesure de contention, soit 4,95%. (Tableau 7) (Figure 6)

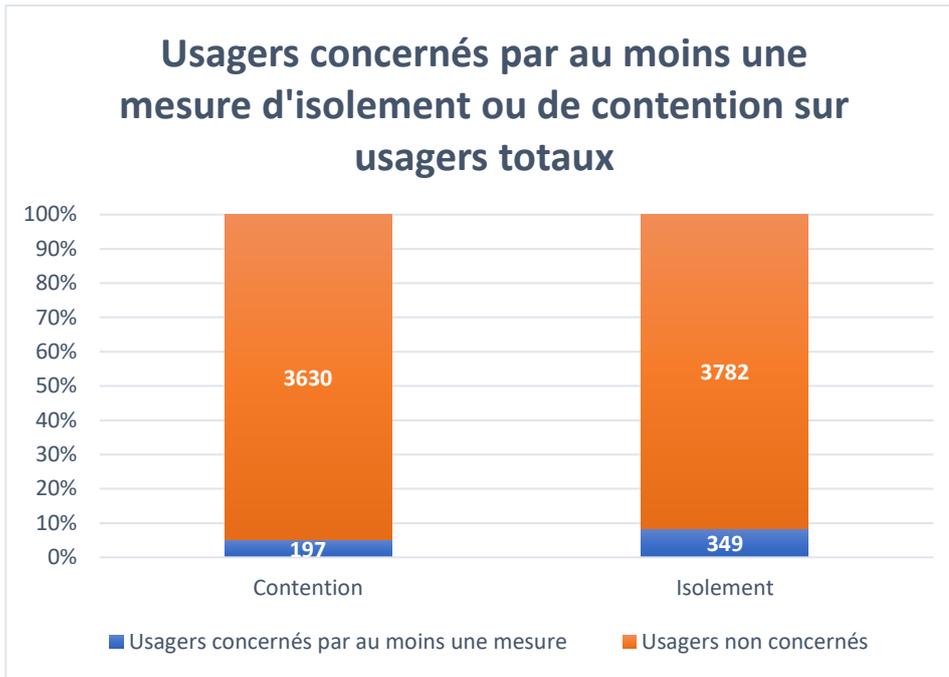


Figure 6 : Proportion des usagers concernés par un moins une mesure d'isolement ou de contention sur usagers totaux

L'âge médian retrouvés pour les deux types de mesure était de 14 ans. Le premier quartile, la médiane, le troisième quartile et le maximum étaient similaires pour les deux types de mesures.

Nous retrouvons dans les deux types de mesure plus de filles concernées que de garçons. (Figures 7 et 8)

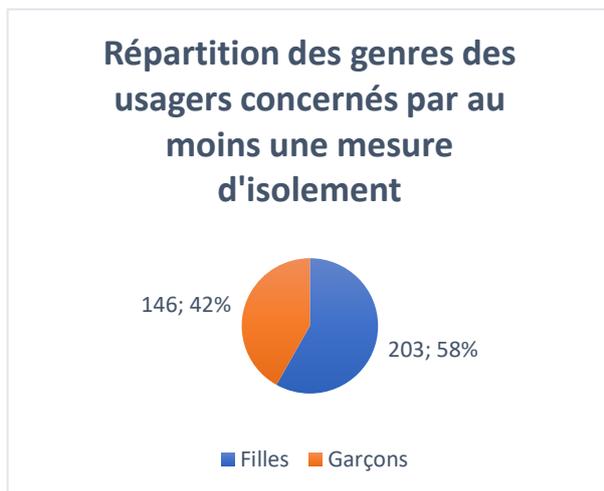


Figure 8 : Répartition des genres - usagers concernés par au moins une mesure d'isolement (Source : RIM-P)

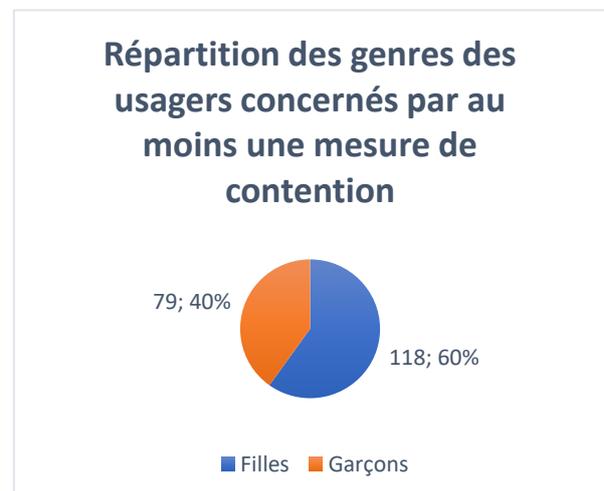


Figure 7 : Répartition des genres - usagers concernés par au moins une mesure de contention (Source : RIM-P)

Les diagnostics principaux des usagers concernés par une mesure d'isolement étaient pour les trois quarts d'entre eux des diagnostics des groupes « troubles du comportement et pathologies de l'agir » et « troubles anxio-dépressifs et suicidaires ». Les deux groupes étant représentés de façon égale (38%). Parmi ces groupes, nous retrouvons une majorité de

« troubles du comportement » dans le groupe « troubles du comportement et pathologies de l’agir » (98%) et « troubles anxieux » dans le groupe « troubles anxio-dépressifs et suicidaires » (70%). (Tableau 7)

Les diagnostics principaux des usagers concernés par une mesure de contention étaient pour 43% d’entre eux des diagnostics du groupe « troubles du comportement et pathologies de l’agir » et pour 36% des diagnostics du groupe « troubles anxio-dépressifs et suicidaires ». Parmi ces groupes, nous retrouvons une majorité de « troubles du comportement » dans le groupe « troubles du comportement et pathologies de l’agir » (99%) et « troubles anxieux » dans le groupe « troubles anxio-dépressifs et suicidaires » (65%). (Tableau 7)

Les diagnostics du groupe « troubles développementaux » étaient sous-représentés (7% et 6%).

La majorité des usagers concernés par une mesure d’isolement ou de contention était connue des unités où ils étaient pris en charge lors de la mesure, soit par l’équipe, soit car l’équipe qui prend en charge l’usager habituellement a transmis les informations d’anamnèse à l’équipe qui réalise la mesure. (Tableau 7)

Enfin, nous retrouvons une diminution des taux d’usagers concernés par au moins une mesure d’isolement et/ou de contention entre 2020 (11,30%) et 2023 (8,10%) avec de nouveau une légère hausse en 2024. (Tableau 8) (Figure 9)

Taux d’usagers mineurs concernés par au moins une mesure d’isolement et/ou de contention, par année, de 2020 à 2024		
	Usagers hospitalisés durant l’année (n)	Usagers concernés par au moins une mesure d’isolement et/ou de contention durant l’année : n (%)
2020	770	84 (11,30%)
2021	1017	100 (9,83)
2022	984	94 (9,55%)
2023	1064	86 (8,08%)
2024	1112	98 (8,81%)

Tableau 8 : Taux des usagers mineurs concernés par au moins une mesure d’isolement et/ou de contention, par année, de 2020 à 2024 (Source : RIM-P)

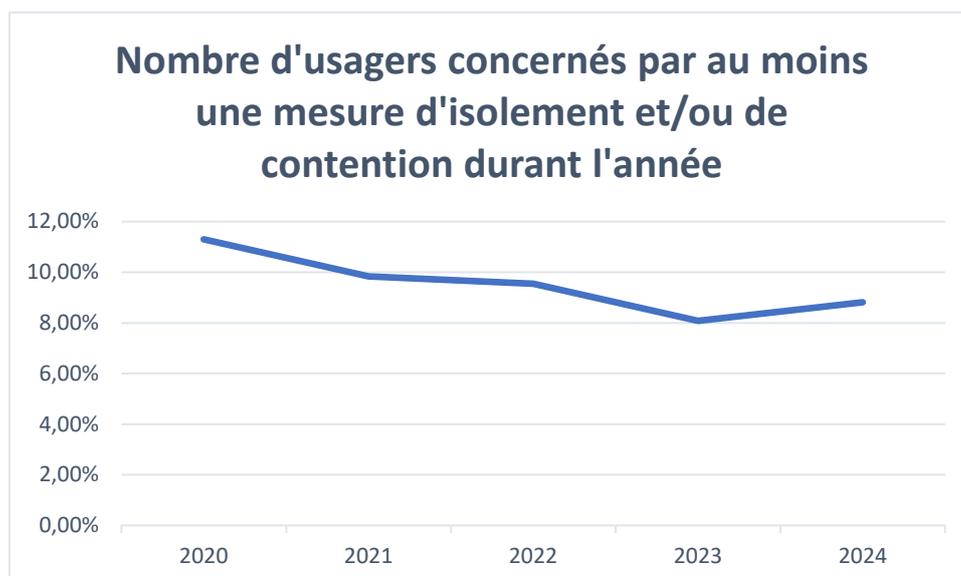


Figure 9 : Taux d'usagers concernés par au moins une mesure d'isolement et/ou de contention par année de 2020 à 2024
(Source : RIM-P)

2) Données quantitatives recueillies par enquête anonyme en ligne

Le questionnaire était diffusé auprès des secrétariats des pôles de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, des chefs de pôle, des médecins responsables de l'unité ou des cadres de santé. Une seule réponse était attendue par unité. Pour les unités d'hospitalisations accueillant des populations de plusieurs intersecteurs, une seule réponse était attendue avec précision sur les spécificités le cas échéant.

Le questionnaire a été diffusé du 10/06/2025 au 20/08/2025. Les questions portaient majoritairement sur le fonctionnement de l'unité d'hospitalisation temps plein et/ou l'unité d'hospitalisation de semaine.

Nous avons retrouvé un total de dix-sept unités sur les Hauts de France (départements Aisne, Oise, Somme, Pas-de-Calais et Nord), ouvertes au moment de la diffusion du questionnaire, sur dix établissements. Sur les dix-sept unités, dix étaient des unités d'hospitalisation temps plein et sept des unités d'hospitalisation de semaine.

Nous avons recueilli l'ensemble des réponses des dix-sept unités concernées, qui représentent dix pôles d'établissements différents au total. Un des établissements disposait de deux unités temps plein, deux questionnaires ont donc été retournés par ce pôle. Au total, onze questionnaires nous ont été retournés.

a. Description des unités et intersecteurs concernés

Dispositifs ambulatoires existants sur les intersecteurs concernés par les unités											
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total n= 10
CMP	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
Hôpital de Jour	X	X	X	X	X	X	X	X	X		9
CATTP	X	X	X	X	X		X	X	X	X	9
Equipe(s) mobile(s)	X		X	X	X	X	X			X	7
Consultations spécialisées		X						X			2
Autre				X					X		2

Tableau 9 : Dispositifs ambulatoires des intersecteurs concernés (Source : SPHINX)

Sur les dix pôles concernés, certains accueillent sur leur(s) unité(s) des populations de plusieurs intersecteurs, d'autres n'étaient sectorisées qu'à l'échelle de leur intersecteur.

Il leur était demandé de préciser les dispositifs ambulatoires existant sur leur(s) intersecteur(s), six réponses étaient proposées, plusieurs réponses étaient possibles.

Les dix pôles ont été décrits par lettres A à J afin de respecter l'anonymat.

L'ensemble des pôles disposaient d'un ou plusieurs centres médico-psychologique (CMP) sur les intersecteurs associés à leur(s) unité(s). Sept disposaient d'équipe(s) mobile(s). (Tableau 9)

Huit des pôles disposaient d'au moins quatre dispositifs différents ambulatoires sur les intersecteurs associés à leur(s) unité(s) et deux n'en disposaient que de trois. (Tableau 9)

Caractéristiques des unités concernées			
	Unités d'hospitalisation temps plein n = 10	Unités d'hospitalisation de semaine n = 7	Total n = 17
Unité fermée : n (%)	8 (80%)	5 (71%)	13 (76%)
Nombre de lits Min ; Max (moyenne)	5 ; 12 (9)	2 ; 12 (6)	(8)
Effectif médical en ETP Min ; Max (moyenne)	0,3 ; 1,3 (1,1)	0,3 ; 1 (0,7)	(0,9 ETP)
Effectif paramédical en ETP Min ; Max (moyenne)	2 ; 31 (15,6)	2 ; 16 (7,6)	(12,3 ETP)

Tableau 10 : Caractéristiques des unités concernées (Source : SPHINX) (ETP = équivalent temps plein)

Les trois-quarts des unités étaient des unités fermées (76%). Parmi les unités temps plein cela représentait 8 unités sur les 10, et parmi les unités de semaine 5 sur les 7. (Tableau 10) (Figure 10)

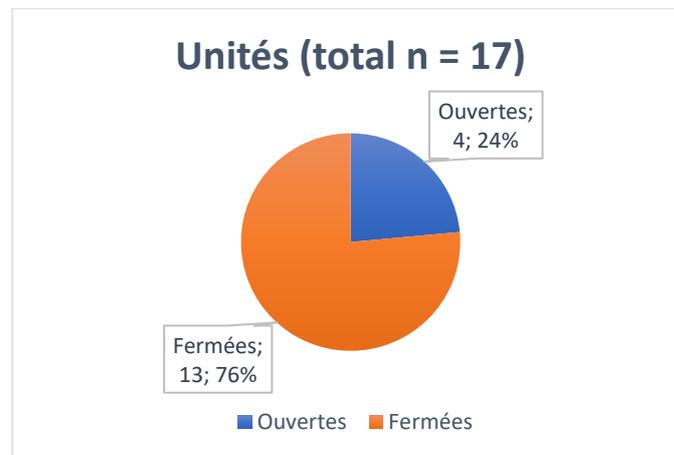


Figure 10 : Répartition unités ouvertes / fermées (Source : SPHINX)

Le nombre de lits moyen sur les unités d'hospitalisation temps plein était de 9, tandis que sur les unités d'hospitalisation de semaine nous retrouvons un nombre moyen de 6. (Tableau 10)

Sur les unités d'hospitalisation temps plein, l'effectif médical maximum était de 1,3 équivalent temps plein (ETP), avec une moyenne à 1,1 ETP. L'effectif paramédical était en moyenne de 15,6 ETP, avec un minimum à 2 et un maximum à 31. (Tableau 10)

Sur les unités d'hospitalisation de semaine, l'effectif médical maximum était de 1 ETP, avec une moyenne à 0,7 ETP. L'effectif paramédical était en moyenne de 7,6 ETP, avec un minimum à 2 et un maximum à 16. (Tableau 10)

Le risque d'erreur au remplissage semble important, l'effectif de 2 ETP paramédicaux en unité d'hospitalisation (temps plein et de semaine) apparaît bas.

b. Description des consignes systématiques restreignant les libertés individuelles

Caractéristiques des unités concernant leur fonctionnement sur les restrictions de liberté				
		Unités d'hospitalisation temps plein n = 10	Unités d'hospitalisation de semaine n = 7	Total n = 17
Visites (n)	Autorisation systématique des visites dès l'admission	4	2	6

	Autorisation des visites dans un délai prédéfini	3	2	5
	Autorisation des visites sur avis médical	4	2	6
	Interdiction systématique des visites	1	2	3
Téléphone personnel (n)	Accès au téléphone personnel dès l'admission	2	2	4
	Accès au téléphone personnel dans un délai prédéfini	0	0	0
	Accès au téléphone personnel sur avis médical	3	2	5
	Interdiction au téléphone personnel	5	3	8
Port du pyjama (n)	Obligatoire à l'admission	0	0	0
	Non obligatoire	10	7	17

Tableau 11 : Consignes à l'admission des unités concernant les restrictions de liberté (Source : SPHINX)

3 unités interdisaient de façon systématique les visites et seulement 6 autorisaient de façon systématique dès l'admission, sans attendre un délai prédéfini ni un accord médical. Nous retrouvons ainsi 11 unités sur les 17 qui n'autorisent pas de façon systématique les visites. (Tableau 11) (Figure 11)

L'accès au téléphone personnel est autorisé de façon systématique pour 4 unités, sur avis médical dans 5 unités, et interdit dans 8 unités. Nous retrouvons ainsi 13 unités sur les 17 qui n'autorisent pas de façon systématique l'accès au téléphone personnel. (Tableau 11) (Figure 11)

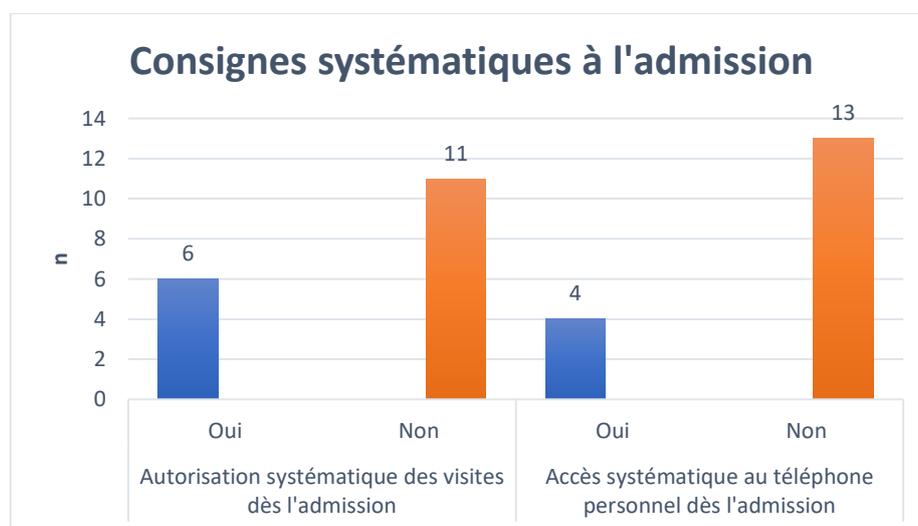


Figure 11 : Consignes systématiques à l'admission (taux des unités autorisant / n'autorisant pas) (Source : SPHINX)

Aucune des unités n'exige le port du pyjama dès l'admission.

c. Equipements et modalités d'utilisation de l'isolement et/ou de la contention dans les unités concernées

Caractéristiques des unités concernant l'isolement et la contention				
		Unités d'hospitalisation temps plein n = 10	Unités d'hospitalisation de semaine n = 7	Total n = 17
Espace d'isolement	Pas d'espace d'isolement	2	5	7
	Au moins un espace d'isolement	8	2	10
Protocole sur l'utilisation de l'espace d'isolement si >0	Oui	8	1	9
	Non	0	1	1
Espace d'apaisement	Pas d'espace d'apaisement	3	3	6
	Au moins un espace d'apaisement	7	4	11
Protocole sur l'utilisation de contention	Oui	8	2	10
	Non	1	1	2
	Pas de contention	1	4	5

Tableau 12 : Caractéristiques des unités concernant les pratiques d'isolement et de contention (Source : SPHINX)

Nous retrouvons au moins un espace d'isolement dans 8 des 10 unités temps plein et 2 des 7 unités de semaine. La quasi-totalité possède un protocole quant à l'utilisation de ces espaces. (Tableau 12)

6 unités au total ne possédaient pas d'espace d'apaisement. (Tableau 12) (Figure 12)

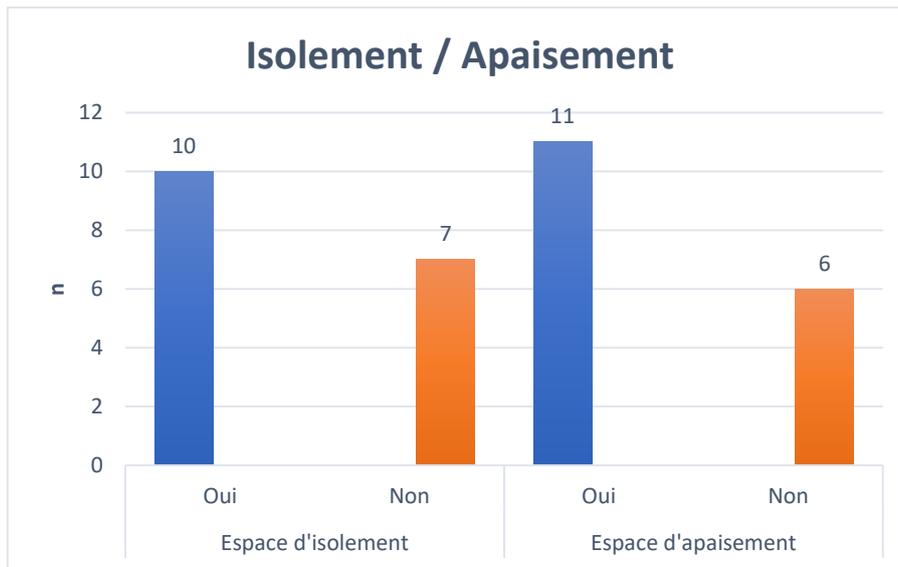


Figure 12 : Unités possédant un espace d'isolement et taux des unités possédant un espace d'apaisement (Source : SPHINX)

La contention est utilisée dans 12 des 17 unités ; 2 n'ont pas de protocole quant à son utilisation, parmi elles une unité de semaine. Seules 5 unités au total déclarent ne pas utiliser la contention. (Tableau 12) (Figures 13 et 14)

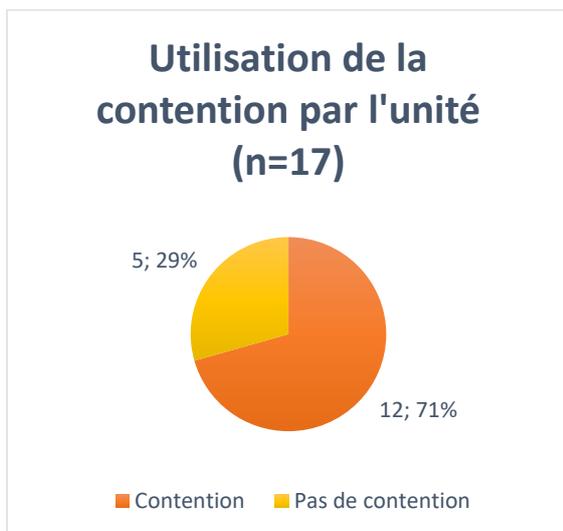


Figure 13 : Taux des unités utilisant la contention sur unités totales / Figure 14 : Taux des unités utilisant la contention avec ou sans protocole (Source : SPHINX)

Discussion

Cette recherche descriptive sur 17 unités d'hospitalisation temps plein et hospitalisation de semaine de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans les Hauts de France a mis en évidence une prévalence de l'usage de l'isolement pour 8,77% des usagers concernés par au moins un séjour entre 2020 et 2024 et une prévalence de l'usage de la contention de 4,95%.

Nous retrouvons parmi les usagers concernés par une ou plusieurs de ces mesures plus de jeunes filles que de jeunes garçons. Sur l'effectif total des usagers concernés par au moins un séjour sur la période étudiée, nous retrouvons également plus de jeunes filles que de jeunes garçons. L'évolution de la répartition des genres au cours des cinq années était hautement significative, avec une augmentation des hospitalisations pour les jeunes filles supérieure aux jeunes garçons. Par ailleurs, le nombre d'usagers concernés par au moins un séjour durant l'année a également augmenté au cours des cinq années.

Les diagnostics principaux retrouvés sur l'ensemble des séjours comportaient une majorité de troubles du comportement et troubles anxio-dépressifs. L'évolution de la répartition des diagnostics principaux au cours des cinq années était hautement significative, avec une augmentation des troubles anxio-dépressifs et suicidaires (majoritairement retrouvée chez les jeunes filles) et une diminution des troubles du comportement et pathologies de l'agir (davantage retrouvée chez les jeunes garçons). Parmi les usagers concernés par une mesure d'isolement et/ou de contention, nous retrouvons également les troubles du comportement et troubles anxieux dans les diagnostics principaux les plus représentés.

Les unités concernées disposent de consignes restrictives de libertés dès l'admission, tel que ne pas autoriser de façon systématique les visites dès l'admission ou l'accès au téléphone personnel. La plupart des unités étaient des unités fermées, limitant ainsi la liberté d'aller et venir. L'usage de l'isolement et de la contention étaient pour la majorité protocolisés. Six unités n'avaient pas d'espace d'apaisement alors que neuf avaient au moins un espace d'isolement.

1) Interprétation des résultats

Alors que Moell et al. retrouvaient une prévalence de pratique d'isolement de 6% dans leur revue de littérature (Moell et al., 2024), dans les Hauts de France le taux retrouvé est plus élevé (9%) malgré une possible sous-déclaration. En effet, certaines mesures de contention pouvaient être prescrites sans prescription d'isolement associé. Il pouvait s'agir de prescriptions isolées, ou de prescriptions de « contention dans le cadre d'une mesure d'isolement » sans prescription d'isolement. Le taux de « toute contention » qu'ils retrouvaient étaient de 27,7% mais incluaient la contention physique et la contention chimique, qui sont, en France, non renseignés dans le PMSI. Ainsi, nos résultats sur la contention mécanique semblent moins élevés du fait de cette différence de mesure. Néanmoins, les résultats peuvent être comparés avec l'étude de Sourander et al. qui décrivaient un taux de contention mécanique à 4% et un taux d'isolement de 8% (Sourander et al., 2002).

Par ailleurs, la proportion de jeunes filles concernées par une mesure d'isolement ou de contention plus élevée que les jeunes garçons diffère avec certaines données de la littérature, tout comme la sous-représentation des diagnostics du groupe « troubles développementaux ». Moell et al. ont cependant rappelé dans leur revue de littérature que certains facteurs comme l'âge jeune, le sexe masculin, la durée du séjour ou les réadmissions répétées sont souvent associés à un plus grand risque, mais ces facteurs varient d'un lieu à l'autre. Il apparaît donc peu probable que les caractéristiques du patient déterminent à elles seules l'utilisation de mesures coercitives.

Les motifs renseignés dans le PMSI pour l'utilisation de ces mesures sont peu exploitables du fait de l'absence significative de données. Néanmoins, les données existantes permettent de retrouver que les motifs de violence (menace, imminence ou passage à l'acte) sont les plus majoritaires (proportion de « non » inférieure). Cela correspond aux données retrouvées dans la littérature.

Le manque de transparence sur les motifs reste très important, nombreux indicateurs sont renseignés dans la case « non » des motifs, ce qui amène à se questionner sur les raisons de l'usage de ces pratiques. Il apparaît clair que l'absence de réglementation et de contrôle sur ces pratiques en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent joue un rôle prédominant dans le manque de justification.

Les résultats montrent par ailleurs une plus grande utilisation de ces pratiques en 2020, avec une baisse jusqu'en 2023.

2020 est une année marquée par la pandémie de COVID-19 où il a été rapporté une hausse du recours à l'isolement dans plusieurs établissements de psychiatrie adulte (*La CGLPL dénonce une augmentation des mesures d'isolement-contention, sur fond de crise profonde de la psychiatrie - Santé Mentale*, s. d.). Cette hausse pouvait être expliquée par le manque de médecins et de soignants, les injonctions contradictoires et une pression des exigences sécuritaires ou médico-légales qui auraient amenés à restreindre les visites, les activités et la liberté d'aller et venir des usagers. La psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pourrait elle aussi avoir été concernée. Par ailleurs, le nombre d'usagers concernés par au moins un séjour était inférieur aux années suivantes ; les confinements étant possiblement responsables.

Enfin, l'évolution croissante des usagers concernés par au moins un séjour, en particulier les jeunes filles, entre 2020 et 2024 et l'évolution des diagnostics vers les troubles anxio-dépressifs et suicidaires correspondent aux données nationales publiées par la Drees³ ces deux dernières années, qui montraient une dégradation de la santé mentale des adolescentes avec un plus haut recours aux hospitalisations pour des motifs suicidaires entre 2020 et 2024. (*Hospitalisations pour gestes auto-infligés : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, s. d.) (*Le nombre d'adolescentes et de jeunes femmes hospitalisées pour*

³ Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

2) Forces et limites

Cette recherche représente la première exploration approfondie sur le sujet. Il s'agit ainsi de nouvelles données disponibles. Le caractère régional de l'étude, qui permet un échantillon conséquent, et la durée de la période représentent une force notable.

Par ailleurs, la fiabilité de la méthodologie et la pertinence clinique constitue également une force pour nos résultats.

Le complément d'information sur les caractéristiques des unités concernées permet d'ajouter des données sur les restrictions de libertés et pratiques coercitives. Cela permet d'avoir des éléments contextuels complémentaires, rarement communiqués et exploités lors de la publication de données chiffrées sur le sujet.

La principale limite est le biais déclaratif. En effet, ce biais se retrouve dans les données de différentes façons :

Tout d'abord, l'absence de réglementation et de contrôle dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur l'utilisation de l'isolement et de la contention amène à une sous-déclaration de ces pratiques. Les données aberrantes sur les durées des séquences pourraient également être expliquées par ce manque de contrôle, et donc une moindre responsabilité pour les professionnels des services.

Par ailleurs, le remplissage des indicateurs peut être faussé : la non-obligation de la complétion des codes diagnostics, des modes légaux de soin et des motifs d'isolement et/ou contention amène les professionnels à ne pas systématiquement répondre ou à répondre « sans précision ». Nous avons donc un nombre considérable de données manquantes. Ces données manquantes viennent cependant signifier quelque chose : le manque de transparence et le manque de justification des professionnels sur leurs pratiques.

Enfin, malgré l'uniformisation nationale du PMSI, les Départements d'Information Médicale (DIM) ne procèdent pas tous de la même façon. Pour le recueil des données, il n'était pas possible de sélectionner les 17 unités avec les UM (unité médicale) car certaines unités renseignaient leur codes UF (unité fonctionnelle) ; ainsi, cette différenciation n'a pas permis d'extraire ces unités par ce moyen, la recherche des unités a donc été réalisée sur les âges afin d'assurer une bonne inclusion des unités de pédopsychiatrie.

Sur l'enquête descriptive complémentaire, nous retrouvons également un biais déclaratif et un risque d'erreur au remplissage.

3) Implications théoriques, pratiques et recommandations

Ces résultats permettent une première visibilité des données et doivent ainsi amener à élaborer une réflexion sur la pratique clinique, le rôle des professionnels, le rôle de l'environnement et plus largement le rôle de l'institution dans le recours aux pratiques coercitives dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Les taux retrouvés, malgré une sous-estimation, restent importants et nécessitent une remise en question des pratiques actuelles en plaçant l'utilisateur au centre de ses soins et que ces derniers soient respectueux de ses droits et de sa dignité.

Ainsi, il apparaît pertinent de préconiser un certain nombre de recommandations :

- *Cadre législatif*

Tout d'abord, il est essentiel que le cadre législatif clarifie et réglemente les pratiques dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

La qualification de « soin libre » des hospitalisations réalisées à la demande des représentants légaux (entre 98 et 100%) entraîne une confusion. Les pratiques exercées dans ce contexte sont des pratiques de soins sans consentement. En effet, le consentement des mineurs n'est pas recherché, ni pour l'hospitalisation ni pour les pratiques effectuées durant son séjour.

Le cadre législatif est pourtant clair quant aux pratiques d'isolement et de contention, qui ne doivent être réalisées que dans le cadre de soins sans consentement. Pour autant, aucune réglementation ou contrôle extérieur n'est réalisé dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Si les soins à la demande des représentants légaux sont qualifiés de soins libres par la Cour de cassation, les mineurs devraient faire l'objet d'une plus grande implication et d'une plus grande autonomie.

Nous pouvons nous demander dans quelle mesure il ne serait pas utile de rechercher l'accord personnel de l'adolescent pour l'hospitalisation, à partir d'un certain âge. Plusieurs pays ont déjà instauré ce principe : en Pologne par exemple, le mineur doit consentir à son hospitalisation dès 16 ans, et en cas de désaccord entre parents et enfant, le juge doit intervenir. En Norvège, l'adolescent doit également consentir à son hospitalisation à partir de 16 ans. En Roumanie, les représentants légaux sont considérés comme tiers et doivent justifier la demande d'hospitalisation de leur enfant mineur lorsque celui-ci s'oppose ; une commission interne à l'hôpital évalue alors la situation et saisi le juge si le désaccord persiste. (Rapport thématique du CGLPL « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », s. d.)

- *Le droit au recours*

Dans son rapport thématique de 2017, le CGLPL recommande que les mineurs hospitalisés à la demande de leurs représentants légaux disposent de la possibilité de saisir la commission

départementale des soins psychiatriques. En cas de contestation de la nécessité de leur hospitalisation, les mineurs devraient également pouvoir saisir le juge des libertés et de la détention. Il appartient alors à l'établissement hospitalier de les informer, dans les meilleurs délais et dès que leur état clinique le permet, de ces droits et recours (« Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », s. d.). Dans ce même rapport, le CLPGL cite l'exemple de la Norvège. En Norvège, une commission de contrôle indépendante de l'hôpital – présidée par un avocat et comprenant notamment un membre ayant une expérience de la psychiatrie en tant qu'utilisateur ou famille d'utilisateur- reçoit les plaintes des patients hospitalisés sans leur consentement, qu'il s'agisse de majeurs ou de mineurs. Cette commission rencontrerait systématiquement l'ensemble des mineurs hospitalisés, quel que soit leur âge et le mode de leur admission.

Il en est de même pour l'isolement et la contention. Les mineurs doivent être informés des possibilités de recours ainsi que les représentants légaux, qui doivent être informés de ces mesures dans les plus brefs délais.

- Repenser les privations de liberté systématiques : liberté d'aller et venir, liberté des moyens de communication, droits de visite

Il est essentiel de repenser les consignes systématiques à l'admission : privilégier l'ouverture des droits en règle principale et au besoin les limiter au cas par cas. La restriction des libertés doit toujours être justifiée cliniquement et utilisée en dernier recours.

Limiter les restrictions favorise l'autonomie des usagers et permet de limiter les tensions. Des outils permettant une plus grande transparence peuvent être créés, détaillant les droits des usagers concernant le pyjama, le téléphone, etc., qui seraient révisables à chaque entretien médical.

Le téléphone personnel est un outil des jeunes pour communiquer, écouter de la musique, regarder des vidéos. Ce sont trois utilisations régulièrement citées par les jeunes comme stratégies de coping. Chez la population des enfants et des adolescents, le téléphone portable reste un sujet de débat. En effet, l'exposition aux écrans est reconnue néfaste et l'accès aux réseaux sociaux doit être restreint à certains âges. Ces limites ne doivent cependant pas entraîner des restrictions de liberté complète, considérant que ce sont également des outils qui permettent une communication avec les pairs et réseaux de soutien. L'utilisation peut être encadrée, sans pour autant imposer une surveillance.

La flexibilité reste un élément essentiel.

- Formation des professionnels, des usagers et des familles aux droits des usagers

Selon l'article L. 3211-2 du code de la santé publique, une personne faisant l'objet de soins psychiatriques libres dispose « des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause ». Parmi ces droits nous

pouvons citer celui de participer aux décisions concernant sa santé, celui de s'exprimer et de communiquer, ou encore celui d'aller et venir.

Il serait pertinent de faire intervenir des professionnels juristes ou des instances publiques telle que le Défenseur des droits pour partager leur expertise, informer, sensibiliser et former les usagers, les familles mais également les professionnels aux droits des enfants.

Des sensibilisations « ludiques » peuvent également être proposées sous forme d'activités ou ateliers pédagogiques : le Psycom propose notamment un jeu de société « Histoire des droits » adapté aux services de santé mentale, dont certaines thématiques sont accessibles aux adolescents.

- *Formation des professionnels aux pratiques orientées rétablissements et aux mesures anticipées en psychiatrie (plans de crise, plans de rétablissement, plans de prévention personnalisés...)*

Le rétablissement chez les jeunes est un processus personnel et non linéaire influencé par leur développement, leur entourage et leur environnement social. Le Modèle CHIME⁴ (Leamy et al., 2011), déjà utilisé pour les adultes en santé mentale, reste une base pertinente pour comprendre le rétablissement des jeunes mais il doit être adapté à leurs besoins spécifiques liés à leur âge et leur stade de développement. Il est important d'inclure dans le modèle à la fois les jeunes, leurs proches et les professionnels (Dallinger et al., 2025). Le modèle stress-vulnérabilité-compétences peut également être utilisé.

Nombreux outils du rétablissement existent et peuvent être adaptés à la population mineure, tels que les plans de rétablissement personnalisés individuels co-construits avec chaque usager et les plans de crise conjoints (le Psycom a mis à disposition « mon GPS » dans une version enfant-adolescent).

Les plans de crises conjoints, ou directives anticipées en psychiatrie (DAP), mènent à la rédaction d'un document qui définit le choix de la personne concernée par les troubles psychiques et l'attitude à observer en cas de rechute. Ce document vise à identifier les signes avant-coureurs et les facteurs déclencheurs d'une crise psychique ainsi qu'à préciser les stratégies pour y faire face, de même que les personnes de soutien mobilisables en cas de besoin. Il permet d'indiquer également les soins et traitements à privilégier ou éviter. En psychiatrie adulte, la rédaction des mesures anticipées en psychiatrie avec des Médiateurs de Santé-Pairs a notamment permis de diminuer les hospitalisations sous contrainte de 32% (Tinland et al., 2022).

Comme le dit Adélie Cunéo, juriste, « *Si une partie de la doctrine prône une forme d'émancipation sanitaire du mineur, lequel devrait pouvoir se détacher progressivement de ses parents à mesure qu'il grandit, et que plusieurs textes vont en ce sens pour certains aspects de sa santé, ce n'est pas le cas pour la psychiatrie. En matière de santé mentale, l'autonomie du mineur est très relative, laissant un rôle clé aux parents et aux professionnels de santé, pour ainsi dire seuls garants de ses droits et libertés.* » (Cunéo, 2024)

⁴ Acronyme utilisé en anglais pour référer à ces cinq dimensions : Connectedness, Hope, Identity, Meaning et Empowerment

Les concepts d'autonomie, de participation, de décision partagée et d'empowerment restent trop peu connus des professionnels exerçant dans les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Le concept d'autonomie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a pourtant été étudié en France (Stocker et al., 2023) tout comme la participation des jeunes dans leur soin a été étudiée dans le monde (Batchelor et al., 2017; Bjønness et al., 2020; Zerbe & Lefèvre-Utile, 2021).

Les éléments clés qui en ressortent sont l'implication avant l'admission pour permettre de mieux comprendre les attentes et de limiter le recours à la contrainte, le temps nécessaire pour instaurer une relation de confiance, la personnalisation des soins même lorsque cela implique de s'éloigner des parcours de soins standardisés, l'accès des jeunes aux espaces de décision notamment en repensant le format des réunions thérapeutiques et le changement de posture professionnelle impliquant une attention sur les besoins émotionnels et sur l'autonomie des adolescents (passer d'une posture d'expert à une posture de coopération).

La mise en œuvre de la participation en pédopsychiatrie se heurte à la fois à des leviers et à des obstacles. Dans une revue de littérature (Zerbe & Lefèvre-Utile, 2021), les auteurs proposent une approche contextuelle de la participation : le *shared care planning*. Cette approche vise à renforcer l'estime de soi du patient en intégrant la dimension relationnelle des soins, l'implication dans les décisions médicales et quotidiennes, l'applicabilité indépendamment de la capacité présumée des patients à consentir, la prise en considération des facteurs contextuels d'influence et les obstacles du terrain, et une grande flexibilité. Sa mise en pratique repose sur une posture professionnelle participative, des structures et outils dédiés ainsi que des personnes facilitatrices. Néanmoins, un certain nombre de freins à sa mise en pratique sont évoqués : les « limites légitimes » (la capacité ou la volonté de l'enfant et les situations extrêmes qui relèvent du contexte de l'urgence) et les « obstacles du terrain » (réticence des patients, disposition des professionnels, organisation des hôpitaux). L'autonomie absolue en pédopsychiatrie demeurant inatteignable, la participation constitue une approche qui permet d'articuler autonomie et bienfaisance.

Des auteurs australiens ont publié une étude (Batchelor et al., 2017) sur l'évaluation d'un outil en ligne et l'accompagnement de travailleurs pairs pour renforcer la participation des usagers. Cet outil est conçu pour favoriser la décision partagée lors de l'évaluation initiale avec le médecin. Les résultats ont montré que les jeunes ayant bénéficié de l'intervention se sentaient davantage impliqués dans les décisions concernant leurs traitements par rapport au groupe témoin. Combiner la pair-aidance et la décision partagée permettent d'améliorer l'engagement et la qualité des soins.

La pair-aidance dans les services de pédopsychiatrie apporte une dimension relationnelle unique. Leur proximité d'âge et leur vécu commun permettent de créer des liens basés sur la confiance et l'écoute sans jugement. Ils offrent un espace de parole plus libre que celui des professionnels. Leur présence aide aussi à briser l'isolement, à redonner espoir (de Beer et al., 2025).

- Accompagnement à l'évolution des pratiques de soins et formation des professionnels aux alternatives à l'isolement et la contention

Plusieurs outils permettant de limiter, voire abolir les pratiques d'isolement et de contention ont été étudiés dans la littérature.

Nous pouvons citer quelques exemples :

- 1) La résolution collaborative : une approche utilisée pour aider les enfants et adolescents agressifs. L'hypothèse de départ est que ces comportements viennent souvent d'un manque de compétences comme la flexibilité, la gestion de la frustration et la résolution de problèmes. La résolution collaborative de problèmes a pour objectif de limiter le recours à l'isolement et aux méthodes contraignantes. Le moyen utilisé pour atteindre cet objectif est : identifier les compétences cognitives à améliorer puis enseigner à l'enfant de nouvelles stratégies en collaborant plutôt qu'en imposant des règles strictes. Des études ont montré l'efficacité de cette méthode, avec une baisse significative du recours aux pratiques coercitives (Black et al., 2020; Greene et al., 2007; Valenkamp et al., 2014)
- 2) Les approches organisationnelles : implémentation de programmes globaux comme le « Six Core Strategies » qui mettent l'accent sur le leadership, la formation du personnel, la prévention, la participation des familles, le suivi des données et le débriefing après les incidents (Perers et al., 2022). La mise en place d'initiatives de prévention et de gestion des événements indésirables, sous forme de débrief ou de retour d'expérience (Retex) suite à l'utilisation de mesures coercitives vise à prévenir leur répétition. En Australie une unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent a mis en place en 2016 une série d'interventions multidisciplinaires avec des plans de soins individualisés, des réunions d'équipes quotidiennes, une supervision renforcée du personnel, des débriefings après chaque incident et une implication des familles dans les soins. En 6 mois, les taux d'isolement sont passés de 28,4 à 0 épisode pour 1000 jours-patients avec une baisse maintenue pendant 5 ans (Boulton et al., 2022). Une autre étude a montré une diminution de la contention physique avec la mise en place de plans de soin individualisés (Valenkamp et al., 2014).
- 3) Interventions cliniques : utilisation des thérapies centrées sur les traumatismes, techniques de désescalade, régulation émotionnelle et plans de sécurité individualisés (Perers et al., 2022).
- 4) L'art thérapie et autres soins à médiation : une étude australienne a évalué l'effet de l'art thérapie dans une unité psychiatrique pour enfants et adolescents sur la réduction de pratiques restrictives telles que l'isolement et la contention. Les chercheurs ont analysé les données sur six ans en comparant les périodes avec et sans art thérapie. Les résultats montrent une diminution significative du recours à ces pratiques lorsque l'art thérapie était disponible : moins d'isolement et de contention physique, moins de sédations intramusculaires, réduction de l'agitation et meilleure régulation émotionnelle chez les

jeunes. La durée moyenne des hospitalisations et les taux de réadmissions ont également baissé. (Versitano et al., 2024)

- 5) Changements culturels et environnementaux : création d'un environnement thérapeutique plus sécurisant, amélioration de la communication et promotion de relations positives entre le personnel et les patients (Czernin, Bründlmayer, Baumgartner, et al., 2024; Perers et al., 2022). Par exemple, des unités plus ouvertes, facilitant les interactions, et la création d'espaces d'apaisement en accès libre. Nous pouvons également citer la mise en place de matériel accessible comme alternative pour le moindre recours à l'isolement et à la contention, tel que le « sac à dos multisensoriel » ou le « chariot multisensoriel », adapté aux dimensions des unités.

A l'international, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) déploie le programme QualityRights (QR). Ce programme vise à améliorer le respect des droits et les parcours de soins des personnes concernées par des troubles psychiques dans les services de santé mentale. Ce dispositif, porté en France par le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS) depuis 2017, propose aux établissements volontaires, par une méthodologie d'observation de l'organisation des soins, un accompagnement à la transformation des pratiques professionnelles vers une diminution des pratiques coercitives. Déployé actuellement dans les services de psychiatrie adulte, l'adaptation de cet outil est prévue pour les services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en France.

4) Perspectives d'évolution et pistes de recherche

Il serait pertinent de compléter l'étude actuelle par une analyse multicentrique des 17 unités afin d'établir des comparaisons. Il serait également pertinent d'établir un chaînage ambulatoire et de rechercher par des analyses statistiques des corrélations entre le suivi ambulatoire, les hospitalisations et les pratiques coercitives mises en place lors des hospitalisations.

Enfin, il apparaît essentiel qu'une description à échelle nationale soit réalisée.

Conclusion

Ce travail a permis d'étudier, à l'échelle régionale, le recours aux mesures d'isolement et de contention en unités d'hospitalisation temps plein et de semaine de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, entre 2020 et 2024. Cette étude a également permis une description de l'ensemble des séjours et les caractéristiques socio-démographiques et cliniques des usagers concernés. Les résultats mettent en évidence une prévalence non négligeable de ces pratiques, malgré une sous-déclaration, touchant plus particulièrement les jeunes filles présentant un diagnostic du groupe « troubles anxio-dépressifs et suicidaires ». L'organisation institutionnelle apparaît également déterminante dans ce contexte ; les unités concernées par l'étude étant majoritairement fermées et orientées vers la restriction de libertés individuelles.

Ces résultats rappellent la nécessité d'une réflexion continue sur l'usage de ces mesures non réglementées et dépourvues de contrôle extérieur. Au-delà des constats chiffrés, ce travail souligne l'importance d'encourager les pratiques alternatives et de soutenir les équipes soignantes dans la recherche de modalités d'accompagnement plus respectueuses des besoins et des droits des enfants et adolescents hospitalisés.

Références bibliographiques

- Batchelor, S., Dimopoulos-Bick, T., & Howe, D. (2017). *The Choice Project : Peer Workers Promoting Shared Decision Making at a Youth Mental Health Service*.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600388>
- Bjønness, S., Viksveen, P., Johannessen, J. O., & Storm, M. (2020). User participation and shared decision-making in adolescent mental healthcare : A qualitative study of healthcare professionals' perspectives. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 14(1), 2.
<https://doi.org/10.1186/s13034-020-0310-3>
- Black, V., Bobier, C., Thomas, B., Prest, F., Ansley, C., Loomes, B., Eggleston, G., & Mountford, H. (2020). Reducing seclusion and restraint in a child and adolescent inpatient area : Implementation of a collaborative problem-solving approach. *Australasian Psychiatry*, 28(5), 578-584. <https://doi.org/10.1177/1039856220917081>
- Boulton, K. A., Raghupathy, V., Guastella, A. J., & Bowden, M. R. (2022). Reducing seclusion use in an Australian child and adolescent psychiatric inpatient unit. *Journal of Affective Disorders*, 305, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.066>
- Chieze, M., Clavien, C., Kaiser, S., & Hurst, S. (2021). Coercive Measures in Psychiatry : A Review of Ethical Arguments. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 790886.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.790886>
- Cuneo, A. (2024). Santé mentale de l'enfant : La complexe question du consentement en pédopsychiatrie. *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 42, 80.
- Czernin, K., Bründlmayer, A., Baumgartner, J. S., & Plener, P. L. (2024). Space for youth mental health—Coercive measure use before and after architectural innovation at a department of child and adolescent psychiatry. *Child and Adolescent Mental Health*, 29(4), 333-339.
<https://doi.org/10.1111/camh.12690>
- Czernin, K., Bründlmayer, A., Oster, A., Baumgartner, J. S., & Plener, P. L. (2024). Children and adolescents at risk for seclusion and restraint in inpatient psychiatric treatment : A case control

- study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1), 102.
<https://doi.org/10.1186/s13034-024-00791-3>
- Dallinger, V. C., Krishnamoorthy, G., du Plessis, C., Pillai-Sasidharan, A., Ayres, A., Waters, L., Groom, Y., Sweeney, K., Anderson, L., Rees, B., & Burton, L. (2025). Conceptualisation of Personal Recovery and Recovery-Oriented Care for Youth : Multisystemic Perspectives. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 23(2), 1308-1332.
<https://doi.org/10.1007/s11469-023-01170-3>
- De Hert, M., Dirix, N., Demunter, H., & Correll, C. U. (2011). Prevalence and correlates of seclusion and restraint use in children and adolescents : A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20(5), 221-230. <https://doi.org/10.1007/s00787-011-0160-x>
- de Beer, C. R. M., Vermeiren, R. R. J. M., Nootboom, L. A., Kuiper, C. H. Z., Groenendijk, J. C. M. L., de Vreugd, M., & van Domburgh, L. (2025). A balancing act : Integrating the expertise of youth peer workers in child and adolescent mental health services. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 34(1), 327-339. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02498-4>
- Devers, G. (2024). Isolement et contention (février et mars 2024). *Santé mentale et Droit*, 24(3), 554-563. <https://doi.org/10.1016/j.smed.2024.04.044>
- Droits des mineurs hospitalisés en psychiatrie*. (2022, octobre 20). Sénat.
<https://www.senat.fr/questions/base/2022/qSEQ221003318.html>
- Duke, S. G., Scott, J., & Dean, A. J. (2014). Use of restrictive interventions in a child and adolescent inpatient unit – predictors of use and effect on patient outcomes. *Australasian Psychiatry*, 22(4), 360-365. <https://doi.org/10.1177/1039856214532298>
- Eblin, A. (2019). Reducing seclusion and restraints on the inpatient child and adolescent behavioral health unit : A quality improvement study. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing: Official Publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 32(3), 122-128. <https://doi.org/10.1111/jcap.12248>
- Furre, A., Sandvik, L., Friis, S., Knutzen, M., & Hanssen-Bauer, K. (2016). A nationwide study of why and how acute adolescent psychiatric units use restraint. *Psychiatry Research*, 237, 60-66.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.067>

- Geng, F., Jiang, F., Conrad, R., Liu, T., Liu, Y., Liu, H., & Tang, Y. (2021). Elevated Rates of Restraint and Seclusion in Child and Adolescent Psychiatric Inpatients in China and Their Associated Factors. *Child Psychiatry & Human Development*, 52(5), 939-944.
<https://doi.org/10.1007/s10578-020-01074-6>
- Greene, R. W., Ablon, J. S., Hassuk, B., Regan, K. M., & Martin, A. (2007). « Use of collaborative problem solving to reduce seclusion and restraint in child and adolescent inpatient units » : Correction. *Psychiatric Services*, 58(8), 1040-1040. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.8.1040>
- Haran, M., Killeen, D., Healy, M., Brophy, P., Donohue, A., Whyte, I., & Doody, B. (2023). Prevalence and correlates of restrictive interventions in an Irish child and adolescent psychiatric unit : A 4-year retrospective study. *Irish Journal of Medical Science (1971 -)*, 192(6), 2929-2936. <https://doi.org/10.1007/s11845-023-03316-7>
- Hospitalisations pour gestes auto-infligés : Une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.* (s. d.). Consulté 31 août 2025, à l'adresse https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/240516_ERHospGestesAutoInfliges
- La CGLPL dénonce une augmentation des mesures d'isolement-contention, sur fond de crise profonde de la psychiatrie—Santé Mentale.* (s. d.). Consulté 18 août 2025, à l'adresse <https://www.santementale.fr/2022/06/la-cglpl-denonce-une-augmentation-des-mesures-disolement-contention-sur-fond-de-crise-profonde-de-la-psychiatrie/>
- Le nombre d'adolescentes et de jeunes femmes hospitalisées pour tentatives de suicide et automutilations progresse à nouveau en 2024 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.* (s. d.). Consulté 31 août 2025, à l'adresse https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse-jeux-de-donnees/DATA_250618_Gestes-auto-inflig%C3%A9s
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health : Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>

- LeBel, J., Stromberg, N., Duckworth, K., Kerzner, J., Goldstein, R., Weeks, M., Harper, G., & Sudders, M. (2004). Child and Adolescent Inpatient Restraint Reduction : A State Initiative to Promote Strength-Based Care. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 37-45. <https://doi.org/10.1097/00004583-200401000-00013>
- Lefèvre-Utile, J., Guivarch, J., Cohen, D., Cravero, C., & Rolland, A.-C. (2023). Soins sans consentement, mesures d'isolement et de contention en pédopsychiatrie : Une analyse des défis éthiques en France. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 71(8), 427-436. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2023.06.002>
- Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale. (s. d.). *CGLPL*. Consulté 16 août 2025, à l'adresse <https://www.cgpl.fr/publications/les-droits-fondamentaux-des-mineurs-en-etablissement-de-sante-mentale>
- Moell, A., Lyle, M. S., Rozental, A., & Långström, N. (2024). Rates and risk factors of coercive measure use in inpatient child and adolescent mental health services : A systematic review and narrative synthesis. *The Lancet. Psychiatry*, 11(10), 839-852. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00204-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00204-9)
- Muir-Cochrane, E., Oster, C., & Gerace, A. (2014). The Use of Restrictive Measures in an Acute Inpatient Child and Adolescent Mental Health Service. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(6), 389-391. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.08.015>
- Mylène. (2023, mai 23). Rapport de la CCDH-France au Comité des Droits de l'Enfant de l'ONU. *CCDH*. <https://www.ccdh.fr/actualites/rapport-de-la-ccd-h-france-au-comite-des-droits-de-lenfant-de-lonu/>
- Perers, C., Bäckström, B., Johansson, B. A., & Rask, O. (2022). Methods and Strategies for Reducing Seclusion and Restraint in Child and Adolescent Psychiatric Inpatient Care. *Psychiatric Quarterly*, 93(1), 107-136. <https://doi.org/10.1007/s11126-021-09887-x>
- Ramdjee, B. (2022). L'inapplicabilité de la procédure d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers aux personnes mineures. *Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie*, 34. <https://hal.science/hal-03974795>

- Rongé, J.-L. (2016). L'hospitalisation sous contrainte des enfants : Des droits en mode mineur. *Journal du droit des jeunes*, 354355(4), 26-39. <https://doi.org/10.3917/jdj.354.0026>
- Sourander, A., Ellilä, H., Välimäki, M., & Piha, J. (2002). Use of holding, restraints, seclusion and time-out in child and adolescent psychiatric in-patient treatment. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11(4), 162-167. <https://doi.org/10.1007/s00787-002-0274-2>
- Stocker, A., Théron, S., & Revet, A. (2023). The concept of autonomy in adolescent psychiatry healthcare : A philosophical, legal and medical perspective. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 71(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2022.12.003>
- Tinland, A., Loubière, S., Mougeot, F., Jouet, E., Pontier, M., Baumstarck, K., Loundou, A., Franck, N., Lançon, C., Auquier, P., & DAiP Group. (2022). Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission Among People With Mental Illness : A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 79(8), 752-759. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1627>
- Toutou-Burckard, E. (2022). *Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : Un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements*.
- Ulla, S., Maritta, V., & Riittakerttu, K.-H. (2012). The use of coercive measures in adolescent psychiatric inpatient treatment : A nation-wide register study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(9), 1401-1408. <https://doi.org/10.1007/s00127-011-0456-7>
- Une adolescence entre les murs : L'enfermement, dans les limites de l'éducatif, du thérapeutique et du répressif (Rapport)*. (2023, avril 3). Sénat. <https://www.senat.fr/rap/r17-726-1/r17-726-1.html>
- Valenkamp, M., Delaney, K., & Verheij, F. (2014). Reducing Seclusion and Restraint During Child and Adolescent Inpatient Treatment : Still an Underdeveloped Area of Research. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(4), 169-174. <https://doi.org/10.1111/jcap.12084>
- Versitano, S., Shvetcov, Artur, Paton, Joy, & Perkes, I. (2024). Art therapy is associated with a reduction in restrictive practices on an inpatient child and adolescent mental health unit. *Journal of Mental Health*, 33(4), 481-489. <https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2332813>
- Vidal, C., Reynolds, E. K., Praglowski, N., & Grados, M. (2020). Risk Factors for Seclusion in Children and Adolescents Inpatient Psychiatry : The Role of Demographic Characteristics,

Clinical Severity, Life Experiences and Diagnoses. *Child Psychiatry & Human Development*, 51(4), 648-655. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-00963-0>

Yurtbasi, M. K., Melvin, G., Pavlou, C., & Gordon, M. (2021). Nurse and patient factors : Predicting seclusion in adolescent psychiatric units. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 34(2), 112-119. <https://doi.org/10.1111/jcap.12306>

Zerbe, P.-S., & Lefèvre-Utile, J. (2021). Le respect de l'autonomie à travers la participation des enfants et adolescents hospitalisés en psychiatrie. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 69(6), 302-310. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.01.007>

