



HAL
open science

PLAID-Care: research into the reduced use of coercion in France

Sébastien Saetta, Magali Coldefy, Julien Degry, Jean-Paul Lanquetin, Anaïs Mccardell, Delphine Moreau, Frédéric Mougeot, Yvonne Quenum, Perrine Ropers, Loïc. Rohr, et al.

► **To cite this version:**

Sébastien Saetta, Magali Coldefy, Julien Degry, Jean-Paul Lanquetin, Anaïs Mccardell, et al.. PLAID-Care: research into the reduced use of coercion in France. *L'Encéphale*, 2023, 10.1016/j.encep.2023.03.005 . hal-04132920

HAL Id: hal-04132920

<https://hal.science/hal-04132920v1>

Submitted on 19 Jun 2023

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

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

PLAID-Care : une recherche sur le moindre recours à la coercition en France

PLAID-Care: research into the reduced use of coercion in France

Saetta Sébastien^{1,2,3}, Coldefy Magali⁴, Degry Julien⁵, Lanquetin Jean-Paul³, McCardell Anaïs⁶, Moreau Delphine^{7,8}, Mougeot Frédéric^{1,2}, Quenum Yvonne³, Ropers Perrine⁷, Rohr Loïc^{3,10}, Rostirolla Daria¹, Velpry Livia^{6,11}

1- École Nationale des Solidarités, de l'Encadrement et de l'Intervention Sociale (ENSEIS)

2- Centre Max Weber (UMR 5283)

3- CHU de Saint-Étienne, Pôle de psychiatrie

4- Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

5- Université Jean Monnet

6- Université Paris 8

7- École des Hautes Études en Santé Publique

8- Arènes (UMR 6051)

10- Centre Hospitalier Saint-Jean de Dieu de Lyon

11- Centre de recherche médecine, sciences, santé, santé mentale, société (Cermes 3)

Conflits d'intérêts

Aucun

Financement

La recherche PLAID-Care est financée par la CNAM, la DGS, l'Inserm et Santé Publique France dans le cadre de l'appel à projets de « Recherche en santé publique 2020 » conduit par l'Institut pour la Recherche en Santé Publique (Numéro de référence : IRESP-RSP2020-229909).

Résumé en français

En dépit de ses effets délétères et de l'absence de preuve de ses bénéfices, la coercition reste une pratique commune en psychiatrie. Elle y est si ancrée que l'évocation d'établissements qui y recourent peu suscite une forme d'incrédulité. Aujourd'hui, en France, on trouve pourtant des établissements moins coercitifs qui, par exemple, ne recourent pas à la contention mécanique, ont l'ensemble de leurs unités ouvertes ou parviennent à diminuer leur recours à l'isolement et à la contention. Au regard des objectifs politiques de réduction du recours à la coercition, il est cependant étonnant de remarquer que, pour la plupart d'entre eux, ces établissements n'attirent que peu l'attention. La recherche PLAID-Care entend participer à la mise en visibilité et l'analyse de ces établissements et des facteurs impliqués dans le moindre recours à la coercition. Si ces facteurs sont déjà identifiés dans la littérature internationale, la recherche repose sur la multiplication des regards disciplinaires et la mobilisation d'un cadre d'analyse multi-niveaux permettant d'embrasser leur multiplicité et de mieux comprendre leur articulation. L'originalité de la recherche réside également dans sa dimension historique permettant, à l'échelle d'un établissement, de comprendre comment émerge et se consolide une politique et des pratiques visant le moindre recours. PLAID-Care vise à dynamiser la recherche française sur cette thématique qui, à ce jour, reste relativement en retrait face aux travaux internationaux. Elle permet de réunir et d'articuler les savoirs, les outils et les formes d'organisation et de collaboration concourant à rendre opérante une politique de moindre recours à la coercition.

Abstract

The use of coercion is a common practice in psychiatry despite its deleterious effects and insufficient evidence of benefits. It is so deeply rooted that the mention of establishments that make little use of it arouses a form of incredulity. However, the history of psychiatry and the international literature provide numerous examples of a psychiatry that is hardly coercive and numerous experiences of a reduction in the use of seclusion and/or restraint in psychiatric facilities. Today, in France, there are also less coercive establishments which, for example, do not use mechanical restraint, have all their units open or have reduced their use of seclusion and restraint. With regard to the stated policy objectives of reducing the use of coercion, it is surprising that most of these facilities receive little attention. PLAID-Care research aims to contribute to the visibility and analysis of these institutions and the factors involved in the reduced use of coercion. While these factors have already been identified in the international literature, the research is based on the multiplication of disciplinary perspectives (nursing, sociology, anthropology, geography) and the mobilization of a multi-level analytical framework that allows us to embrace their multiplicity and better understand their articulation. The originality of the research also lies in its historical dimension, which allows us to understand, on the scale of an institution, how a policy and practices aiming at the least recourse emerge and are consolidated. The project timeline is divided in three tasks: firstly, an inventory of "low-coercion" facilities in France; secondly, we will select and research four traditionally "low-coercion" facilities in France; thirdly we will focus on recently emerged "low-coercion" practices. PLAID-Care aims to revitalize French research on this theme, which to date has been relatively lagging behind the numerous international studies. It will bring together and articulate the knowledge, tools and forms of organization and collaboration that contribute to making a policy of lesser use of coercion operational.

Mots clés / Key Words

Facteurs de protection – Coercition – Isolement – Contention – Contrainte

Protective factors – Coercion – Seclusion – Restraint – Compulsion

En dépit de leurs effets délétères et de l'absence de preuve de leurs bénéfices thérapeutiques, les pratiques coercitives restent communes en psychiatrie [1,2]. La culture de la coercition¹ y est même si ancrée que l'évocation d'établissements qui y recourent peu suscite une forme d'incrédulité de la part d'une partie des professionnels : "Ils n'ont sûrement pas les mêmes patients" ; "Ils envoient probablement leurs patients difficiles ailleurs" ; "Ne recourent-ils pas davantage à la sédation ?" ; "Il faudrait regarder leur taux de fugues", sont autant de propos énoncés, par exemple à l'évocation d'établissements ouverts et qui ne recourent ni à l'isolement contraint ni à la contention mécanique [4]. Tout se passe comme si une psychiatrie peu coercitive était impossible, voire irresponsable, tant au regard de la protection de la société que de celle de la personne concernée et des soignants.

A rebours de cette conception, la recherche PLAID-Care² présentée dans cet article prend le parti d'investiguer des établissements moins coercitifs et de les appréhender comme autant de ressources pouvant permettre à la psychiatrie française de se réinventer. Au regard des évolutions réglementaires récentes et des objectifs politiques énoncés de réduction de la coercition³, cette recherche pourra être un levier pour l'évolution des pratiques. Cet article vise ainsi à justifier la focalisation sur des établissements moins coercitifs et à présenter le protocole de la recherche PLAID-Care. Il entend plus globalement encourager le développement d'un domaine de recherche encore peu structuré en France.

Un phénomène tangible, mais encore peu exploré en France

L'histoire de la psychiatrie donne à voir de nombreux exemples d'une psychiatrie peu coercitive. Citons l'expérience anglaise du *no-restraint* durant la seconde moitié du XIXe siècle, qui concerna 27 des 30 asiles que comptait l'Angleterre de l'époque et qui se caractérisa par l'abandon des moyens de contention mécanique et, au-delà, par une transformation radicale

¹ « Coercition » constitue la traduction du terme anglais *coercion*, privilégié dans la littérature internationale. Ce terme présente l'avantage d'englober, *en sus* de la contrainte et du recours à la force (*compulsion*), un éventail plus étendu de pratiques, comme les contraintes liées à l'architecture et à l'organisation, et comme les menaces [3]. Bien que les indicateurs que constituent l'isolement et la contention aient été privilégiés dans la phase de repérage des établissements étudiés dans PLAID-Care, le terme « coercition » y est privilégié afin de situer le recours à ces mesures dans le cadre d'un éventail plus large de pratiques de limitation des libertés individuelles (soins sans consentement, fermeture systématique des portes des services, confiscation d'une partie des effets personnels, mise systématique en pyjama, injection effectuée par le recours à la force, etc.).

² PLAID-Care (« Psychiatrie et libertés individuelles : étude d'établissements caractérisés par un moindre recours à la coercition »).

³ Cf. l'art. L.3222-5-1, introduit dans le Code de Santé Publique en 2016 et modifiée en 2021 puis en 2022, qui dispose que l'isolement et la contention doivent être utilisées en dernier recours, qui énonce un objectif d'encadrement et de réduction de ces pratiques et qui institue une saisine obligatoire du juge des libertés et de la détention avant 72 heures d'isolement ou 48 heures de contention. Cf. également la recommandation de bonne pratique de 2017 de la Haute Autorité de Santé « Isolement et contention en psychiatrie générale » qui affirme la nécessité de réduire le recours à ces mesures, ainsi que le rapport du CGLPL sur « L'isolement et la contention dans les établissements en santé mentale » dans lequel est énoncé qu'elles portent « une atteinte certaine » aux droits fondamentaux.

de l'asile [5]. Plus récemment, on peut faire le constat d'expériences se réclamant de ce courant en Hongrie [6] et en Italie [7]. Une importante littérature rapporte, en Europe et dans le monde, de nombreuses expériences de diminution, dans les services de psychiatrie, des épisodes d'agitation et du recours à l'isolement et/ou à la contention [8,9].

La littérature fait également état de services qui, aujourd'hui en France, bien qu'ils accueillent des patients en soins sans consentement, gardent leurs portes ouvertes la journée et ne pratiquent pas ou qu'exceptionnellement la contention et l'isolement. Ainsi, le Centre Hospitalier (CH) de Valvert a inscrit l'interdiction de la contention dans son projet d'établissement [10], garde ouvertes les portes de ses unités d'hospitalisation et mène actuellement une réflexion sur la réduction voire la suppression des mesures d'isolement [11]. Au CH Buëch Durance, les portes de l'ensemble des unités d'hospitalisation sont également ouvertes et l'établissement ne dispose pas non plus de sangles permettant de contenir les patients [12]. Les secteurs G21 de l'EPSM Lille Métropole ainsi que le secteur G03 du CH Saint-Anne – désormais intégré au « Pôle 5/6/7 » du GHU Psychiatrie Paris Neurosciences – n'utilisent que très exceptionnellement l'isolement et la contention [13,14]. Ces établissements et services, dont la liste n'est pas exhaustive, tranchent dans le paysage de la psychiatrie française actuelle, où la fermeture des services accueillant des patients en soins sans consentement constitue la norme [15] et où l'isolement et la contention sont loin d'être rares, l'isolement ayant même augmenté cette dernière décennie [16]⁴. Il est alors étonnant de remarquer que ces établissements et secteurs évoluent parfois dans l'ombre et n'attirent que peu l'attention, qu'il s'agisse de celle des médias, des décideurs, des tutelles et des chercheurs.

La psychiatrie française offre également des exemples d'établissements qui ont procédé plus récemment à des transformations importantes en matière de réduction de la coercition et de respect des droits. Le Centre Psychothérapique de l'Ain et le CHU de Saint-Étienne, semblent tous deux avoir procédé à des changements notables orientés vers la diminution des mesures d'isolement et de contention, à la suite du passage du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) et de ses recommandations en urgence⁵. Ces changements ont plus globalement conduit à une réorganisation de l'offre de soins visant le développement de l'ambulatoire ainsi qu'une meilleure prise en compte des souhaits et des droits des personnes concernées [17,18]. Des établissements comme le CH Sainte-Marie du Puy-en-Velay ont, quant

⁴ Une première exploitation des données désormais disponibles et issues du nouveau registre permet de montrer qu'en 2021, 30% des personnes hospitalisées sans leur consentement ont été placées à l'isolement et environ 10% ont fait l'objet d'une mesure de contention mécanique. Rapporté au nombre de patients hospitalisés à la fois en soins libres et en soins sans consentement, cela signifie que près d'une personne sur 10 hospitalisée en psychiatrie en France aurait été placée à l'isolement. Concernant l'augmentation de l'isolement, une augmentation de 19% a été repérée entre 2012 et 2021

⁵ Cf. les rapports publiés par le CGLPL lors de ses premières visites et de ses visites ultérieures : Rapports du centre psychothérapique de l'Ain (2016, 2019) ; Rapports du centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne (2018, 2019).

à eux, engagé des mutations profondes, permettant de diminuer de manière significative le recours à la coercition⁶, sans avoir été l'objet de recommandations du CGLPL.

Une recherche pour comprendre les leviers d'une psychiatrie moins coercitive

La recherche PLAID-Care entend participer à l'analyse et à la mise en visibilité de ces établissements. Elle contribue à mettre en valeur les leviers d'une psychiatrie moins coercitive, entendue comme cherchant à limiter le recours à l'enfermement, à l'isolement et à la contention, voire à d'autres pratiques de restriction des libertés individuelles. Les leviers du moindre recours à la coercition sont déjà identifiés dans la littérature (para)médicale internationale, en particulier à travers des programmes de réduction des conflits et de la coercition comme le *Safewards Model* [19] et le *Six Core Strategies* [20]. Ces programmes reposent sur des modèles intégratifs prenant en compte différentes catégories de facteurs⁷ relatifs à l'organisation du service et au travail des équipes de soin ; à la formation des professionnels ; à la politique de l'établissement ; au développement des soins communautaires et au soutien des proches ; à la politique nationale. On trouve également dans la littérature une distinction entre, d'un côté, des facteurs relevant d'une prévention primaire (formation du personnel, plan de soins, évaluation des risques, introduction de protocoles) et de l'autre, des facteurs relevant d'une prévention secondaire et d'une gestion des tensions pouvant conduire à ces mesures [8].

PLAID-Care repose sur la multiplication des regards disciplinaires (sciences infirmières, sociologie, anthropologie, géographie) et la mobilisation d'un cadre d'analyse multi-niveaux. Ce cadre d'analyse, qui couvre l'échelle du service, de l'établissement et du territoire, permet d'embrasser la multiplicité de ces facteurs et de mieux comprendre, *in situ* et « en vie réelle », leur articulation. Au regard des travaux internationaux sur le sujet, l'originalité de la recherche réside dans sa dimension diachronique, qui permet de comprendre, à l'échelle d'un établissement, comment émerge et se consolide une organisation moins coercitive. Une attention est également portée aux parcours professionnels et de soins afin d'identifier les leviers de l'engagement des professionnels et des usagers ainsi que les effets du moindre recours sur leurs parcours et leur vécu. D'éventuelles difficultés rencontrées par les établissements et les professionnels dans l'exercice de cette moindre coercition sont également identifiées.

⁶ Cf. par exemple le [Rapport de certification de la HAS de janvier 2022 du CH du Puy-En-Velay](#), dans lequel il est fait état, entre l'année 2019 et 2020, d'une division par deux des mesures d'isolement et de la transformation des chambres d'isolement en salons d'apaisement dans la majeure partie des unités de soins.

⁷ Le *Safewards model* distingue six domaines de facteurs : structure interne du service ; environnement physique ; famille, amis et domicile ; échanges et interactions entre les patients ; caractéristiques des patients ; cadre externe de régulation. Le *Six Core Strategies* repose quant à lui sur six stratégies : engagement des dirigeants de l'organisation ; prise en compte de l'expérience vécue dans les instances de gouvernance ; outils et méthodes d'amélioration de la qualité des soins ; développement des compétences de l'ensemble des professionnels ; recours à des outils visant la réduction de l'isolement et de la contention ; stratégies d'analyse des mesures de contention et d'isolement.

La recherche se décompose en trois tâches complémentaires et se fonde sur une méthodologie mixte. La première, réalisée en collaboration avec l’Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, est basée sur l’exploitation des données récentes sur l’isolement et la contention issues du Recueil d’information médicalisé en psychiatrie (RIM-P) et des rapports du CGLPL. Elle permet un état de lieux de la moindre coercition en France et de repérer notamment des établissements caractérisés par la pratique des portes ouvertes et un moindre recours à l’isolement et la contention⁸. La deuxième tâche est axée sur l’étude intensive et l’élaboration de monographies des quatre établissements cités *supra* et historiquement concernés par le moindre recours, tandis que la troisième vise à étudier deux établissements en cours de transformation (CH Sainte-Marie du Puy-en-Velay et CHU de Saint-Étienne). La recherche étant pluridisciplinaire et ancrée dans le champ des Sciences Humaines et Sociales, l’investigation de ces établissements s’appuie sur une triangulation des méthodes et le dialogue entre des chercheurs d’horizons disciplinaires différents⁹. Les modalités de la présence des chercheurs et de déroulement de la recherche – en particulier les modalités d’anonymisation¹⁰ – ont été définies avec les établissements par le biais d’une convention de recherche et ont été validées par un comité éthique¹¹ et le comité de suivi de la recherche (*cf.* « Remerciements »). Les analyses, réalisées à l’aide du logiciel NVivo, reposent sur une triangulation triple (des méthodes, des regards disciplinaires, des niveaux d’analyse) et se déroulent en trois phases : 1° phase de codage et d’énumération, dans l’ensemble des établissements et selon une procédure similaire, des savoirs, des pratiques, des formes d’organisation et des événements participant au moindre recours ; 2° phase d’analyse (des processus et des dynamiques organisationnelles) visant à identifier, dans chaque établissement, les moments clé de transformation ainsi que l’articulation des facteurs conduisant au développement d’environnements moins coercitifs ; 3° comparaison entre les établissements visant à repérer les éléments convergents et divergents.

Conclusion

La recherche PLAID-Care montre d’abord qu’une psychiatrie véritablement moins coercitive est possible. Elle vise ensuite à dynamiser la recherche française sur le moindre recours à la coercition qui, à ce jour, reste relativement en retrait face aux travaux internationaux réalisés

⁸ Établissements ayant des taux significativement inférieurs à la moyenne nationale pour au moins l’une des deux mesures.

⁹ Entre 10 et 20 entretiens semi-directifs par établissement auprès d’un échantillon diversifié (professionnels du soin, personnels administratifs, personnes directement concernées, proches, représentants d’usagers) ; méthode documentaire et recueil de documents (projets d’établissement, médicaux et de soins ; littérature interne ; rapport d’activités ; archives ; etc.) ; deux semaines d’observation dans les établissements historiques, en binôme infirmier/sociologue.

¹⁰ A noter que les établissements ont d’eux-mêmes affiché leur participation à la recherche, qui semble constituer pour eux une opportunité. Cependant, les établissements et les personnes interrogés feront l’objet d’une procédure d’anonymisation lors de la présentation des résultats. Il ne sera pas indiqué, par exemple, que tel directeur ou tel infirmier interrogé appartient à tel ou tel établissement. Par ailleurs, les résultats feront l’objet d’entretien de restitution et de validation en fin de recherche.

¹¹ Avis favorable du 15/10/2022 du Comité d’Éthique du CHU de Saint-Etienne (Réf : RBN1372021/CHUSTE).

sur ce sujet. Elle participe plus globalement au développement des connaissances sur la moindre coercition et permettra de montrer de quelle façon s'articulent, en vie réelle, les savoirs, les outils et les formes d'organisation concourant à rendre opérante, sur le long terme, une politique de moindre recours à la coercition. Elle constitue ainsi une ressource pour les établissements et les autorités publiques ainsi que pour la recherche internationale.

Remerciements

Les auteurs remercient les membres du comité de suivi de la recherche PLAID-Care pour leur aide et leur soutien dans la préparation et le déroulement de cette étude : Brigitte Alban (Centre Psychothérapique de l'Ain), Sébastien André (Ascodocpsy), Nadine Angénieux (CH Sainte-Marie du Puy-en-Velay), Olivier Chamoret (CH Sainte-Marie du Puy-en-Velay), Cécile Charmont (Centre Psychothérapique de l'Ain), Luc Chouchkaieff (CGLPL), Éric Fakra (CHU de Saint-Étienne), Emmanuelle Fillion (EHESP), Claude Finkelstein (FNAPSY), Dominique Friard (CH Buëch Durance), Radoine Haoui (CH de Béziers), Véronique Joguet-Coste (Ascodocpsy), Emmanuelle Jouet (GHU Paris Psychiatrie Neurosciences), Florian Magny (Ocellia Lyon), Nicolas Rameau (PTSM 69), Estelle Royer (CGLPL), Bérénice Staedel (CCOMS de l'EPSM Lille Métropole), Aurélie Tinland (APHM), Aurélien Troisoefus (GHU Paris Psychiatrie Neurosciences), Jocelyne Viateau (UNAFAM), Fanny Vincent (Université Jean Monnet).

Ils remercient également les établissements étudiés ainsi que leurs professionnels et leurs usagers, qui réservent aux chercheurs un accueil enthousiaste et souvent chaleureux : le CH de Valvert, le CH de Buëch Durance, l'EPSM Lille Métropole, le GHU Paris Psychiatrie Neurosciences, le CH Saint-Marie du Puy-en-Velay, le Centre Psychothérapique de l'Ain.

Ils remercient également le CHU de Saint-Étienne, porteur du projet, ainsi que l'IRESP, la CNAM, la DGS, l'Inserm et Santé Publique France qui le soutiennent financièrement.

Bibliographie

- [1] Aragonés CM, Sánchez MV. Current State of Research on Coercion in Mental Health: Umbrella Review Protocol. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*. 2022;60(10):49-55.
- [2] Sashidharan SP, Mezzina R, Puras D. Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2019;28(6):605-12.
- [3] Szmukler G. Compulsion and “coercion” in mental health care. *World Psychiatry*. 2015;14(3):259-61.
- [4] Moreau D. Limiter la contrainte ? Usages et régulation des usages de la contrainte psychiatrique en Suisse. *L'information psychiatrique*. 2017;93:551-557.

- [5] Dubois L, *L'asile de Hanwell, un modèle utopique dans l'histoire de la psychiatrie anglaise*, Paris, Presses de la Sorbonne nouvelle, 2017.
- [6] Pisztor F. [The consideration and execution of the principles of no restraint and open door strategies in Hungarian psychiatry]. *Orvostort Kozl.* 1994;40(1-2):29-53.
- [7] Di Napoli W, Andreatta O. A « no-restraint » psychiatric department: operative protocols and outcome data from the « Opened-doors experience » in Trento. *Psychiatr Danub.* 2014;26 Suppl 1:138-41.
- [8] Marie-Hélène Goulet, Larue C, Dumais A. Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior.* 2017;34:139-46.
- [9] Väkiparta L, Suominen T, Paavilainen E, Kylmä J. Using interventions to reduce seclusion and mechanical restraint use in adult psychiatric units: an integrative review. *Scand J Caring Sci.* 2019;33(4):765-78.
- [10] Fernández VI, Karavokyros S, Lagier F, Bauer L, Védie C. Soigner sans contention physique, quels enjeux psychiques ? De la contention à la contenance. *L'Évolution Psychiatrique.* 2019;84(3):435-50.
- [11] Toy-Riont S, Gaini F, Monteil C, Pariggi M, Védie C. Une loi folle peut-elle être un mal nécessaire ? *Annales Médico-psychologiques.* 2021;179(8):740-3.
- [12] Friard D, L'organisation des soins à l'hôpital psychiatrique et la possibilité d'une régulation sans isolement ni contention, *Perspectives Soignantes.* 2019;65 :7-32.
- [13] Labey M, Noël C, Les soins sans contrainte : politique d'organisation d'un pôle de psychiatrie intégré dans la cité, *L'information psychiatrique.* 2017;7(93), 563-567.
- [14] Pheulpin M, Martineau F, and Marcel J. (2021). Du lien sans les liens: De l'enfermement à la contenance psychique. *Perspectives Psy.* 2021;60, 318-325.
- [15] Coldefy M, Lepage J. Les secteurs de psychiatrie générale en 2003. Drees, Document de travail, n°70, 2007.
- [16] Coldefy M, Gandré C, Rallo S. Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie: un objectif de réduction qui reste à atteindre. *Irdes, Questions d'économies de la santé.* 2022;269.
- [17] Alban B, Du management institutionnel au terrain : impulser une dynamique pour changer les pratiques, *Soins psychiatrie.* 2018;317(39),24-26.
- [18] Quenum Y, Fakra E, Déploiement d'équipes mobiles à Saint-Étienne. *Annales Médico-psychologiques.* 2018 ;176(1),70-73.

[19] Bowers L. Safewards: a new model of conflict and containment on psychiatric wards. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(6):499-508.

[20] Huckshorn KA, LeBel J, Caldwell B (Eds.) *Six Core Strategies©: Preventing violence, conflict and the use of seclusion and restraint in behavioral health settings. An evidence-based practice curriculum training manual*. Alexandria, VA: National Association of State Mental Health Program Directors, 2018.