

RECUEIL

BONNES PRATIQUES POUR PROMOUVOIR  
LES MESURES VOLONTAIRES DANS  
LES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

TABLEAU DES TRAVAUX DE RECHERCHE EN  
ANGLAIS DES ÉTATS MEMBRES DU CdE



Rapport publié par le  
Comité de bioéthique (DH-BIO)  
du Conseil de l'Europe  
Auteur : Piers Gooding

## TABLEAU DES TRAVAUX DE RECHERCHE EN ANGLAIS DES ÉTATS MEMBRES DU CONSEIL DE L'EUROPE

---

Cette partie contient une brève bibliographie annotée d'articles formels publiés dans des revues à comité de lecture qui s'inscrivent dans la droite ligne des objectifs généraux de ce recueil. Les articles des revues sont énumérés en premier, et sont suivis d'un tableau précisant pour chacun quel pays est concerné, quel but est recherché, quelles méthodes sont utilisées et quelles conclusions se sont dégagées.

Ces documents ont été adaptés pour les besoins de ce rapport après avoir été recueillis dans le cadre de l'étude suivante :

Gooding, P, McSherry, B, and Roper, C (2020). « Preventing and Reducing “Coercion” in Mental Health Services: An International Scoping Review of English-Language Studies » *Acta Psychiatrica Scandinavica* 142(1) pp.27-39.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/acps.13152>

La recherche a été limitée à la période comprise entre 1990 et le 31 septembre 2018. Un filtre linguistique a été appliqué pour se concentrer sur les résultats en langue anglaise.

Ce biais linguistique en faveur de l'anglais est une restriction évidente. Les auteurs ont reconnu que le fait de n'inclure que les documents en langue anglaise dans l'étude appauvrit les conclusions. Ils ont recommandé une étude complète des documents dans d'autres langues.

Une autre limite tient au fait que la revue de littérature ne porte que sur les ouvrages spécialisés. Elle risque donc de passer sous silence bon nombre d'études et de travaux sur la mise en œuvre dans la pratique des initiatives de réduction et de prévention de la coercition, qui pourraient être présents dans la « littérature grise », notamment des documents d'orientation stratégique, des rapports de service, des bulletins d'information sur les activités de plaidoyer, etc.

Pour obtenir des informations détaillées sur la méthode, notamment sur les limites de l'étude, veuillez consulter le rapport d'origine (en accès libre) (Gooding et al. 2020).

Pour une information plus complète sur les activités de recherche et de plaidoyer en langue anglaise concernant les solutions de substitution à la coercition, y compris les documents de la littérature grise, voir Gooding et al. 2018.

## Bibliographie des études pertinentes de pays membres du Conseil de l'Europe (recensées dans Gooding et al, 2020)

---

- Allison, S., Bastiampillai, T., Looi, J. C., Copolov, D., Guaiana, G., & Judd, F. (2020). Jumping off the bandwagon: Does the Basaglian de-hospitalised model work outside Trieste? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 54(10), 960–961. <https://doi.org/10.1177/0004867420951251>
- Barbui, C., Purgato, M., Abdulmalik, J., Caldas-de-Almeida, J. M., Eaton, J., Gureje, O., Hanlon, C., Nosè, M., Ostuzzi, G., Saraceno, B., Saxena, S., Tedeschi, F., & Thornicroft, G. (2020). Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: Umbrella review of randomised evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 1–11. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.144>
- Barnett, P., Mackay, E., Matthews, H., Gate, R., Greenwood, H., Ariyo, K., Bhui, K., Halvorsrud, K., Pilling, S., & Smith, S. (2019). Ethnic variations in compulsory detention under the Mental Health Act: A systematic review and meta-analysis of international data. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 305–317. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30027-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30027-6)
- Bergström, T., Seikkula, J., Alakare, B., Mäki, P., Köngäs-Saviaro, P., Taskila, J. J., Tolvanen, A., & Aaltonen, J. (2018). The family-oriented open dialogue approach in the treatment of first-episode psychosis: Nineteen-year outcomes. *Psychiatry Research*, 270, 168–175. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.039>
- Bowers, L. (n.d.). *What is Safewards?* <https://www.england.nhs.uk/6cs/wp-content/uploads/sites/25/2015/06/safewards-len-bowers.pdf>
- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D., & Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1412–1422. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001>
- Calton, T., Ferriter, M., Huband, N., & Spandler, H. (2008). A Systematic Review of the Soteria Paradigm for the Treatment of People Diagnosed With Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 34(1), 181–192. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm047>
- Carta, M. G., Angermeyer, M. C., & Holzinger, A. (2020). Mental health care in Italy: Basaglia's ashes in the wind of the crisis of the last decade. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 321–330. <https://doi.org/10.1177/0020764020908620>
- Cibis, M.-L., Wackerhagen, C., Müller, S., Lang, U. E., Schmidt, Y., & Heinz, A. (2017). [Comparison of Aggressive Behavior, Compulsory Medication and Absconding Behavior Between Open and Closed door Policy in an Acute Psychiatric Ward]. *Psychiatrische Praxis*, 44(3), 141–147. <https://doi.org/10.1055/s-0042-105181>
- Council of Europe. (2019). *Strategic Action Plan on Human Rights and Technologies in Biomedicine (2020-2025)*. Adopted by the Committee of Bioethics (DH-BIO) at its 16th meeting. <https://rm.coe.int/strategic-action-plan-final-e/16809c3af1>

- Curley, A., Agada, E., Emechebe, A., Anamdi, C., Ng, X. T., Duffy, R., & Kelly, B. D. (2016). Exploring and explaining involuntary care: The relationship between psychiatric admission status, gender and other demographic and clinical variables. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 53–59. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.034>
- Czernin, K., Bermpohl, F., Heinz, A., Wullschleger, A., & Mahler, L. (2020). [Effects of the Psychiatric Care Concept “Weddinger Modell” on Mechanical Coercive Measures]. *Psychiatrische Praxis*, 47(5), 242–248. <https://doi.org/10.1055/a-1116-0720>
- De Jong, G., & Schout, G. (2010). Prevention of coercion in public mental health care with family group conferencing. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 17(9), 846–848.
- de Jong, M. H., Kamperman, A. M., Oorschot, M., Priebe, S., Bramer, W., van de Sande, R., Van Gool, A. R., & Mulder, C. L. (2016). Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 73(7), 657–664. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0501>
- European Network of National Human Rights Institutions, & Mental Health Europe. (2020). *Implementing supported decision making Developments across Europe and the role of National Human Rights Institutions*. <http://ennhri.org/wp-content/uploads/2020/06/8-June-2020-Implementing-supported-decision-making-Developments-across-Europe-and-the-role-of-NHRIs.pdf>
- Flynn, E., & Gómez-Carrillo, M. (2019). *Good Practices to Promote the Right to Liberty of Persons with Disabilities* (p. 41). Centre for Disability Law and Policy, National University of Ireland, Galway.
- Gajwani, R., Parsons, H., Birchwood, M., & Singh, S. P. (2016). Ethnicity and detention: Are Black and minority ethnic (BME) groups disproportionately detained under the Mental Health Act 2007? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 703–711. <https://doi.org/10.1007/s00127-016-1181-z>
- Gill, N. S. (2019). Human rights framework: An ethical imperative for psychiatry. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 53(1), 8–10. <https://doi.org/10.1177/0004867418810179>
- Gjerberg, E., Hem, M. H., Førde, R., & Pedersen, R. (2013). How to avoid and prevent coercion in nursing homes: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 20(6), 632–644. <https://doi.org/10.1177/0969733012473012>
- Gooding, P. (2017). *A New Era for Mental Health Law and Policy: Supported Decision-Making and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Cambridge University Press.
- Gooding, P., McSherry, B., & Roper, C. (2020). Preventing and Reducing “Coercion” in Mental Health Services: An International Scoping Review of English-Language Studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. <https://doi.org/10.1111/acps.13152>
- Gooding, P., McSherry, B., Roper, C., & Grey, F. (2018). *Alternatives to Compulsory Detention and Treatment and Coercive Practices in Mental Health Settings*.

- Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne.  
[https://socialequity.unimelb.edu.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-Equity-Institute.pdf](https://socialequity.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0012/2898525/Alternatives-to-Coercion-Literature-Review-Melbourne-Social-Equity-Institute.pdf)
- Hammer, J., Fosse, R., Lyngstad, Å., Møller, P., & Heggdal, D. (2016). The effect of complementary external regulation (KYR) of coercive measures: a retrospective study. *Journal of the Norwegian Psychological Association* 53 (7), 518-29. (In Norwegian, abstract in English)
- Hammer, J., Heggdal, D., Lillelien, A., Lilleby, P., & Fosse, R. (2018). Drug-free after basal exposure therapy. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 138(6). doi:10.4045/tidsskr.17.0811
- Hammer, J., Heggdal, D., & Ludvigsen, K. (2020). *Into the landscape of catastrophe - Experiences of Basal Exposure Therapy*. Oslo : Abstrakt publishing house.
- Hammer, J., Ludvigsen, K., Heggdal, D., & Fosse, R. (2017). Reduction of avoidant behavior and admissions due to intentional self-harm after Basal Exposure Therapy. *Suicidology* (1): 20-26. ISSN : 1501-6994. (In Norwegian)
- Halvorsen, P. (2016). *Suksess med å løse beltene*. Norsk Psykologforening. <http://www.psykologforeningen.no/medlem/hedersgjest/suksess-med-aa-loesne-beltene>
- Hancock, S. (2019, October 10). *A Groundbreaking Advance to Support People with Mental Health Conditions in Belgium*. Human Rights Watch. <https://www.hrw.org/news/2019/10/10/groundbreaking-advance-support-people-mental-health-conditions-belgium>
- Heggdal, D. (2012). *Basal Exposure Therapy (BET) - Basic Principles and Guidelines*.
- Heggdal, D., Fosse, R., & Hammer, J. (2016). Basal Exposure Therapy: A New Approach for Treatment-Resistant Patients with Severe and Composite Mental Disorders. *Front Psychiatry*, 7(198). doi:10.3389/fpsy.2016.00198
- Hermannsdóttir, G. H. (2017). *Það er eins og að fara úr zombie yfir í íslensku valkyrjuna* [Thesis]. <https://skemman.is/handle/1946/29250>
- Hirsch, S., & Steinert, T. (2019). Measures to Avoid Coercion in Psychiatry and Their Efficacy. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(19), 336–343. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0336>
- Hrannarsdóttir, K. S. (2017). *„Ég óska ekki neinum að lenda í þessu“: Upplifun foreldra uppkominna barna sem glíma við geðröskun varðandi aðstandendahlutverkið og úrræði sem standa þeim til boða* [Thesis]. <https://skemman.is/handle/1946/29234>
- Huber, C. G., Schneeberger, A. R., Kowalinski, E., Fröhlich, D., Felten, S. von, Walter, M., Zinkler, M., Beine, K., Heinz, A., Borgwardt, S., & Lang, U. E. (2016a). Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: A 15 year, observational study. *The Lancet Psychiatry*, 3(9), 842–849. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30168-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30168-7)

- Huber, C. G., Schneeberger, A. R., Kowalinski, E., Fröhlich, D., Felten, S. von, Walter, M., Zinkler, M., Beine, K., Heinz, A., Borgwardt, S., & Lang, U. E. (2016b). Arbitrary classification of hospital policy regarding open and locked doors – Authors' reply. *The Lancet Psychiatry*, 3(12), 1103–1104. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30368-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30368-6)
- Huber, C., & Schneeberger, A. R. (Eds.). (2021). *Compulsory Interventions in Psychiatry: An Overview on the Current Situation and Recommendations for Prevention and Adequate Use*. Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/978-2-88966-503-7>
- Jacobsen, R. (2018, August 10). “Open Dialogue behind locked doors” – exploring the experiences of patients, family members, and professionals with network meetings in a locked psychiatric hospital unit: A qualitative study. *Psykologisk.no*. <https://psykologisk.no/sp/2018/08/e5/>
- Lang, U. E., & Heinz, A. (2010). [What does open acute psychiatry cost?]. *Psychiatrische Praxis*, 37(8), 411–412. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1268365>
- Lang, U. E., Walter, M., Borgwardt, S., & Heinz, A. (2016). [About the Reduction of Compulsory Measures by an “Open Door Policy”]. *Psychiatrische Praxis*, 43(6), 299–301. <https://doi.org/10.1055/s-0042-111032>
- Lawlor, C., Johnson, S., Cole, L., & Howard, L. M. (2012). Ethnic variations in pathways to acute care and compulsory detention for women experiencing a mental health crisis. *The International Journal Of Social Psychiatry*, 58(1), 3–15. <https://doi.org/10.1177/0020764010382369>
- Long, C. G., West, R., Afford, M., Collins, L., & Dolley, O. (2015). Reducing the use of seclusion in a secure service for women. *Journal of Psychiatric Intensive Care*, 11(2), 84–94. Health & Medical Collection; Psychology Database. <https://doi.org/10.1017/S174264641400017X>
- Longden, E., Read, J., & Dillon, J. (2018). Assessing the Impact and Effectiveness of Hearing Voices Network Self-Help Groups. *Community Mental Health Journal*, 54(2), 184–188. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0148-1>
- Maguire, T., Young, R., & Martin, T. (2012). Seclusion reduction in a forensic mental health setting. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(2), 97–106. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01753.x>
- Mahler, L., Jarchov-Jàdi, I., Montag, C., & Gallinat, J. (2014). *Das Weddinger Modell Resilienz- und Ressourcenorientierung im klinischen Kontext*. Psychiatrie Verlag. <https://balance-verlag.de/wp-content/uploads/2020/06/FreeBook-Weddinger-Modell-Ein-Perspektivwechsel.pdf>
- Makkonen, P., Putkonen, A., Korhonen, J., Kuosmanen, L., & Kärkkäinen, J. (2016). *Pakon käytön vähentäminen ja turvallisuuden lisääminen psykiatrisessa hoidossa* (Discussionpaper 35/2016; p. 45). National Institute for Health and Welfare (THL).
- Mann-Poll, P. S., Smit, A., Noorthoorn, E. O., Janssen, W. A., Koekkoek, B., & Hutschemaekers, G. J. M. (2018). Long-Term Impact of a Tailored Seclusion

- Reduction Program: Evidence for Change? *Psychiatric Quarterly*, 1–14. Health & Medical Collection; Psychology Database. <https://doi.org/10.1007/s11126-018-9571-x>
- Martin, A., Krieg, H., Esposito, F., Stubbe, D., & Cardona, L. (2008). Reduction of Restraint and Seclusion Through Collaborative Problem Solving: A Five-Year Prospective Inpatient Study. *Psychiatric Services*, 59(12), 1406–1412. <https://doi.org/10.1176/ps.2008.59.12.1406>
- Martin, W., & Gurbai, S. (2019). Surveying the Geneva impasse: Coercive care and human rights. *International Journal of Law and Psychiatry*, 64, 117–128. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.03.001>
- Maylea, C., Jorgensen, A., Matta, S., Ogilvie, K., & Wallin, P. (2018). Consumers' Experiences of Mental Health Advance Statements. *Laws*, 7(2), 22. <https://doi.org/10.3390/laws7020022>
- Meijer, E., Schout, G., de Jong, G., & Abma, T. (2017). Regaining ownership and restoring belongingness: Impact of family group conferences in coercive psychiatry. *Journal Of Advanced Nursing*, 73(8), 1862–1872. <https://doi.org/10.1111/jan.13270>
- Melbourne Social Equity Institute. (2014). *Seclusion and Restraint Project: Report*. University of Melbourne.
- Mental Health Europe. (2019). *Promising practices in prevention, reduction and elimination of coercion across Europe*. <https://mhe-sme.org/wp-content/uploads/2019/01/Coercion-Report.pdf>
- Mezzina, R. (2014). Community Mental Health Care in Trieste and Beyond: An “Open Door–No Restraint” System of Care for Recovery and Citizenship. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 202(6), 440. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000142>
- Mezzina, R. (2018). Forty years of the Law 180: The aspirations of a great reform, its successes and continuing need. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 27(4), 336–345. <https://doi.org/10.1017/S2045796018000070>
- National Technical Assistance Center. (2005). *Six Core Strategies to Reduce the Use of Seclusion and Restraint Planning Tool*. National Association of State Mental Health Program Directors. <https://www.nasmhpd.org/content/six-core-strategies-reduce-seclusion-and-restraint-use>
- Ness, E., Steen, O., Reichelt, J. G., & Walby, F. A. (2016). Reduksjon av tvangsinnleggelse fra legevakt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. <https://psykologtidsskriftet.no/vitenskapelig-artikkel/2016/08/reduksjon-av-tvangsinnleggelse-fra-legevakt>
- Norredam, M., Garcia-Lopez, A., Keiding, N., & Krasnik, A. (2010). Excess use of coercive measures in psychiatry among migrants compared with native Danes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121(2), 143–151. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01418.x>

- Olson, M., Seikkula, J., & Ziedonis, D. (2014). *The Key Elements of Dialogic Practice in Open Dialogue: Fidelity Criteria* (p. 33). The University of Massachusetts Medical School.
- Olsson, H., & Schön, U.-K. (2016). Reducing violence in forensic care—How does it resemble the domains of a recovery-oriented care? *Journal of Mental Health*, 25(6), 506–511. Health & Medical Collection; Psychology Database. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1139075>
- Penney, D., Ostrow, L., & Burke-Miller, J. (2021). Development and properties of a measure designed to assess core competencies in intentional peer support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 44(2), 118–123. <https://doi.org/10.1037/prj0000463>
- Peritogiannis, V., Mantas, C., Alexiou, D., Fotopoulou, V., Mouka, V., & Hyphantis, T. (2011). The contribution of a mobile mental health unit to the promotion of primary mental health in rural areas in Greece: A 2-year follow-up. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 26(7), 425–427. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2010.07.001>
- Peritogiannis, V., Manthopoulou, T., Gogou, A., & Mavreas, V. (2017). Mental Healthcare Delivery in Rural Greece: A 10-year Account of a Mobile Mental Health Unit. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 8(4), 556–561. [https://doi.org/10.4103/jnrp.jnrp\\_142\\_17](https://doi.org/10.4103/jnrp.jnrp_142_17)
- Pollmächer, T., & Steinert, T. (2016). Arbitrary classification of hospital policy regarding open and locked doors. *The Lancet Psychiatry*, 3(12), 1103. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30346-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30346-7)
- Portacolone, E., Segal, S. P., Mezzina, R., Scheper-Hughes, N., & Okin, R. L. (2015). A Tale of Two Cities: The Exploration of the Trieste Public Psychiatry Model in San Francisco. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 39(4), 680–697. <https://doi.org/10.1007/s11013-015-9458-3>
- Pūras, D., & Gooding, P. (2019). Mental health and human rights in the 21st century. *World Psychiatry*, 18(1), 42–43. <https://doi.org/10.1002/wps.20599>
- Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 20(4), 392–411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>
- Rodrigues, M., Herrman, H., Galderisi, S., & Allan, J. (2020). *Implementing Alternatives to Coercion: A Key Component of Improving Mental Health Care*. World Psychiatric Association. [https://3ba346de-fde6-473f-b1da-536498661f9c.filesusr.com/ugd/e172f3\\_a10897d3d4f546bc8a06a23629726ccf.pdf](https://3ba346de-fde6-473f-b1da-536498661f9c.filesusr.com/ugd/e172f3_a10897d3d4f546bc8a06a23629726ccf.pdf)
- Roelandt, J.-L., Daumerie, N., CARIA, A., & Bastow, P. (2010). The East Lille Mental Health Service experience: Citizen Psychiatry integrated in the city. In L. Toresini & R. Mezzina (Eds.), *Beyond the walls European deinstitutionalisation in the European best practices in mental health*. Alpha Beta.

- Russo, J., & Wallcraft, J. (2011). Resisting Variables – Service User/Survivor Perspectives on Researching Coercion. In *Coercive Treatment in Psychiatry* (pp. 213–234). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470978573.ch13>
- Russo, J., & Wooley, S. (2020). The Implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Health and Human Rights*, 22(1), 151–161.
- Sashidharan, S. P., Mezzina, R., & Puras, D. (2019). Reducing coercion in mental healthcare. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(6), 605–612. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000350>
- Schneeberger, A. R., Kowalinski, E., Fröhlich, D., Schröder, K., von Felten, S., Zinkler, M., Beine, K. H., Heinz, A., Borgwardt, S., Lang, U. E., Bux, D. A., & Huber, C. G. (2017). Aggression and violence in psychiatric hospitals with and without open door policies: A 15-year naturalistic observational study. *Journal of Psychiatric Research*, 95, 189–195. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.017>
- Schout, G., Meijer, E., & de Jong, G. (2017). Family Group Conferencing—Its Added Value in Mental Health Care. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(6), 480–485. <https://doi.org/10.1080/01612840.2017.1282996>
- Schout, G., van Dijk, M., Meijer, E., Landeweer, E., & de Jong, G. (2017). The use of family group conferences in mental health: Barriers for implementation. *Journal of Social Work*, 17(1), 52–70. <https://doi.org/10.1177/1468017316637227>
- Sheridan Rains, L., Zenina, T., Dias, M. C., Jones, R., Jeffreys, S., Branthonne-Foster, S., Lloyd-Evans, B., & Johnson, S. (2019). Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: An international comparative study. *The Lancet Psychiatry*, 6(5), 403–417. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30090-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30090-2)
- Steinert, T., Bechdorf, A., Mahler, L., Muche, R., Baumgardt, J., Bühling-Schindowski, F., Cole, C., Kampmann, M., Sauter, D., Vandamme, A., Weinmann, S., & Hirsch, S. (2020). Implementation of Guidelines on Prevention of Coercion and Violence (PreVCo) in Psychiatry: Study Protocol of a Randomized Controlled Trial (RCT). *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.579176>
- Stone, N., Warren, F. M., & Napier, C. (2010). Peer Support Workers' Experience of an Intentional Peer Support Scheme on an Acute Psychiatric Ward. *Journal of Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, 7(1), 93–102.
- Sugiura, K., Mahomed, F., Saxena, S., & Patel, V. (2020). An end to coercion: Rights and decision-making in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(1), 52–58. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.234906>
- Swedish National Board of Health and Welfare. (2008). *A New Profession is Born—Personligt ombud, PO*. Västra Aros, Västerås. [www.personligtombud.se](http://www.personligtombud.se)
- Szmukler, G. (2019). “Capacity”, “best interests”, “will and preferences” and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry*, 18(1), 34–41. <https://doi.org/10.1002/wps.20584>
- van Melle, A. L., Voskes, Y., de Vet, H. C. W., van der Meijs, J., Mulder, C. L., & Widdershoven, G. A. M. (2019). High and Intensive Care in Psychiatry: Validating

- the HIC Monitor as a Tool for Assessing the Quality of Psychiatric Intensive Care Units. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 46(1), 34–43. <https://doi.org/10.1007/s10488-018-0890-x>
- Vel, F. M. C., klinikk, K.-P., Sykehus, L. D., akutt-psykiatrisk -avdeling, ers J. P.-A. L. D. og, & Sykehus, L. D. (2016). *Bruker mindre tvang*. <https://sykepleien.no/forskning/2016/03/reduksjon-av-tvangsmidler>
- Vermont Department of Mental Health Services. (2017). *Reforming Vermont's Mental Health System Report to the Legislature on the Implementation of Act 82, Section 5: Involuntary Treatment and Medication Review*. Agency of Human Services. [http://mentalhealth.vermont.gov/sites/dmh/files/documents/news/Act\\_82\\_Section\\_5\\_12-15-17.pdf](http://mentalhealth.vermont.gov/sites/dmh/files/documents/news/Act_82_Section_5_12-15-17.pdf)
- von Peter, S., Aderhold, V., Cubellis, L., Bergström, T., Stastny, P., Seikkula, J., & Puras, D. (2019). Open Dialogue as a Human Rights-Aligned Approach. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00387>
- Weller, P. (2013). *New Law and Ethics in Mental Health Advance Directives: The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and the Right to Choose*. Routledge.
- World Health Organisation. (2020). *WHO QualityRights initiative – improving quality, promoting human rights*. WHO; World Health Organization. [http://www.who.int/mental\\_health/policy/quality\\_rights/en/](http://www.who.int/mental_health/policy/quality_rights/en/)
- World Health Organisation. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240025707>
- World Health Organization. (2019). *Human Rights – WHO QualityRights core training – for all services and all people*.
- World Health Organization. (2021). *WHO Guidance and technical packages on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. World Health Organization.
- World Psychiatric Association. (2020). *Qualityrights Gujarat a Case Study of Alternatives to Coercion in Mental Health Care*. [https://3ba346de-fde6-473f-b1da-536498661f9c.filesusr.com/ugd/e172f3\\_50e9fa3b3482459e9ca40e1adcfbaaff.pdf](https://3ba346de-fde6-473f-b1da-536498661f9c.filesusr.com/ugd/e172f3_50e9fa3b3482459e9ca40e1adcfbaaff.pdf)

**FIN. La bibliographie annotée commence à la page suivante**

AUTEUR ET ANNÉE	PAYS	ÉCHANTILLON DE POPULATION	OBJECTIF	TYPE D'ÉTUDE	PRINCIPALES CONCLUSIONS
Aagaard, J ; Tuszewski, B ; Kølbæk, P (2017)	Danemark	240 hommes et femmes ayant commencé à recevoir un traitement communautaire volontaire pendant une durée de cinq ans.	Observer si le traitement communautaire volontaire (TCV) permet de réduire le recours à plusieurs types de mesures de coercition, notamment les admissions involontaires.	Quantitative - analyse des données de service du Registre national danois des patients dans trois hôpitaux psychiatriques.	Une approche volontaire semble réduire les hospitalisations, y compris certaines admissions sous contrainte. Le TCV est préférable tant du point de vue de l'équipe que du patient. Les chercheurs recommandent de réviser le critère de « maladie mentale sévère » pour pouvoir proposer un TCV à un plus grand nombre de patients. En outre, ils recommandent d'envisager la création d'équipes d'intervention de crise et de les affecter aux urgences psychiatriques.
Aaltonen, J ; Seikkulaa, J ; and Lehtinen, V (2011)	Finlande	Données des services de santé mentale portant sur un secteur de santé finlandais de 72 000 habitants.	Analyser les changements relatifs à l'incidence des premiers épisodes de psychoses non affectives et des états prodromiques dans deux villes du secteur à la suite de l'adoption de « l'approche du dialogue ouvert », en tenant compte également des périodes de cinq ans précédant et suivant la mise en place complète du système.	Quantitative – analyse des données des services	L'incidence annuelle moyenne de la schizophrénie a diminué, les réactions psychotiques brèves ont augmenté, et l'incidence des psychoses schizophréniformes et des états prodromiques est restée inchangée. Le nombre de nouveaux patients schizophrènes hospitalisés en long séjour est tombé à zéro. On peut affirmer que l'approche du dialogue ouvert a été utile, tout au moins pour orienter le début du traitement vers moins de chronicité. Il se peut même qu'elle ait renforcé le capital social dans l'ensemble du secteur psychiatrique concerné, et favorisé la confiance mutuelle entre la population générale et les services psychiatriques.
Andersen, K ; Nielsen, B (2016)	Danemark	235 femmes et hommes admis dans une unité fermée durant la période 2011-2013 ont été sélectionnés au hasard.	Identifier les éventuels facteurs externes (extra-muros) susceptibles d'augmenter le risque de coercition lors de l'admission dans une unité psychiatrique fermée.	Quantitative - étude rétrospective des données des dossiers de cas.	66 personnes (28 % de l'échantillon) ont été exposées à des mesures coercitives. Les procédures forcées intervenaient principalement durant les premières heures suivant l'admission. Le risque que des mesures coercitives soient appliquées était significativement plus élevé si les patients étaient en admission involontaire (OR = 6,4 (3,4- 11,9)) ou s'ils étaient en état d'intoxication aiguë par des substances lors de leur admission (OR = 3,7 (1,7- 8,2)). Les chercheurs recommandent que les facteurs externes soient pris en compte dans l'approche visant à réduire la coercition, et suggèrent une meilleure concertation des efforts entre les services de santé mentale et de toxicomanie à titre de moyen de réduire la coercition.

Bak, J, et al (2014)	Danemark Norvège	Données d'enquête issues de toutes les unités hospitalières psychiatriques danoises (87) et norvégiennes (96) traitant des patients adultes	Examiner comment les facteurs potentiels de prévention de la contention mécanique dans les hôpitaux peuvent diminuer la fréquence des épisodes de contention mécanique.	Quantitative - étude transversale des unités psychiatriques.	Trois facteurs de prévention de la contention mécanique ont été significativement associés à de faibles taux d'utilisation de la contention mécanique : « évaluation obligatoire » ( $\exp[B]=.36, p < .01$ ), « implication des patients » ( $\exp[B]=.42, p < .01$ ), et « non encombrement » ( $\exp[B] = .54, p < .01$ ). Aucun de ces trois facteurs de prévention de la contention ne présentait d'effets indésirables. Les auteurs recommandent de mettre en œuvre ces mesures.
Bak, J, et al (2015)	Danemark Norvège	Données d'étude recueillies auprès de toutes les unités hospitalières psychiatriques danoises (87) et norvégiennes (96) soignant des patients adultes hospitalisés.	Vérifier l'hypothèse selon laquelle des « facteurs non médicaux » peuvent expliquer les écarts de chiffres relatifs aux épisodes de contention mécanique (CM) entre le Danemark et la Norvège. Une étude antérieure a montré que la contention mécanique est deux fois plus fréquente au Danemark qu'en Norvège.	Quantitative - étude transversale des unités psychiatriques.	Six facteurs de prévention de la CM influencent l'écart [ $A\exp(B) > 10\%$ ] entre le Danemark et la Norvège dans le recours à la CM, notamment la formation du personnel (- 51 %), le personnel remplaçant (- 17 %), un environnement de travail sain (- 15 %), la prise en charge séparée des patients souffrant de troubles aigus (13 %), le ratio patient/personnel (- 11 %) et l'identification précoce des facteurs déclenchants d'une crise chez le patient (- 10 %). Selon les chercheurs, ces facteurs préventifs pourraient expliquer en partie la différence de fréquence des épisodes de CM observée dans les deux pays. Aucun de ces six facteurs de prévention de la CM ne présentait d'effets indésirables.
Barrett, B, et al (2013)	Angleterre	569 participants ont été sélectionnés dans quatre fiduciaires de santé mentale anglaises.	Tester l'efficacité des « plans de crise conjoints » (PCC), un type de planification anticipée (non obligatoire), dans la réduction des taux de traitement forcé. Ils ont comparé le PCC associé au traitement habituel (TH) avec le PCC seul chez des patients de plus de 16 ans admis en hôpital psychiatrique au moins une fois au cours des deux	Quantitative - évaluation économique dans le cadre d'un essai randomisé contrôlé multicentrique.	L'ajout de PCC au TH n'a eu aucun effet significatif sur les admissions involontaires ni sur le coût total pour la société par participant pendant une période de suivi de 18 mois. Du point de vue du coût pour le service, les données probantes montrent que les PCC ont une probabilité supérieure (80 %) d'être la solution la plus économique. L'analyse par groupe ethnique met en évidence des modèles de coûts et des effets différents. Alors que les éléments probants ne confirment pas la rentabilité des PCC pour les groupes ethniques blancs ou asiatiques, la probabilité que le recours au PCC soit la solution la plus rentable dans le groupe ethnique noir est d'au moins 90 %. Les chercheurs affirment que les résultats par groupe ethnique sont suffisamment frappants pour justifier des recherches plus approfondies sur le bénéfice potentiel pour le patient des PCC dans les groupes de patients noirs.

Boumans, CE, et al (2015)	Pays-Bas	4 exemples de cas détaillés portant sur 4 adultes dans le sud-est des Pays-Bas.	Examiner, à partir d'une étude de cas approfondie, de quelle manière une « démarche de travail méthodique » a permis de réduire l'isolement. Cette étude complétait une étude quantitative sur cette approche (voir ci-dessous) qui aurait permis de limiter le recours à l'isolement dans une unité où cette pratique était fréquente.	Étude de cas - l'équipe de cette unité a mis en œuvre cette démarche de travail méthodique.	Cette « démarche de travail méthodique », qui a été largement adoptée dans les structures néerlandaises et flamandes semble avoir servi d'orientations pour que l'équipe multidisciplinaire, le patient et la famille collaborent systématiquement vers un objectif de réduction de l'isolement. Des évolutions positives ont été signalées dans le travail en équipe : collaboration interdisciplinaire accrue, cohésion de l'équipe et « professionnalisation ». Il ressort que les effets implicites ou non spécifiques d'une action visant à prévenir l'isolement peuvent apporter une contribution majeure aux résultats et méritent donc une recherche plus approfondie. Cette étude s'inscrit dans le droit fil d'une étude visant à vérifier si une diminution des taux d'isolement est observée (voir ci-dessous).
Boumans, CE, et al (2014)	Pays-Bas	134 adultes admis dans une unité expérimentale et 544 adultes dans des unités témoins pour le traitement intensif d'adultes atteints de psychoses et de troubles liés à la consommation de substances dans le sud-est des Pays-Bas.	Tester l'efficacité d'une intervention, la « démarche de travail méthodique » censée réduire l'isolement. Il s'agit d'une « méthode de travail systématique, transparente et axée sur un objectif », caractérisée par « l'accent mis sur l'évaluation et le réajustement périodiques du processus de travail ».	Quantitative - analyse des données de dossiers de cas (avant et après l'introduction la démarche de travail méthodique).	La démarche de travail méthodique comprend cinq phases : (i) traduction des problèmes en objectifs ; (ii) recherche de moyens pour atteindre les objectifs ; (iii) formulation d'un plan individuel ; (iv) mise en œuvre du plan ; et (v) évaluation et réajustement. Par rapport aux unités témoins du même hôpital, l'unité au sein de laquelle la démarche de travail méthodique a été appliquée a enregistré une diminution plus sensible du nombre d'incidents et du nombre total d'heures d'isolement. Les auteurs concluent que la démarche de travail méthodique peut contribuer à limiter le recours à l'isolement.
Bowers, L, et al (2010)	Angleterre	1227 réponses recueillies au total, dont une majorité auprès du personnel et une minorité auprès des visiteurs.	Enquêter sur les croyances et les attitudes des patients, du personnel et des visiteurs concernant la pratique de la fermeture des portes en psychiatrie aiguë. La fermeture des portes dans les services psychiatriques a enregistré une recrudescence ces dernières années au Royaume-Uni, mais a	Quantitative - questionnaire d'enquête transversale auprès du personnel, des patients et des visiteurs des unités psychiatriques.	L'analyse a mis en évidence cinq facteurs (effets indésirables, avantages pour le personnel, avantages pour la sécurité des patients, confort des patients et environnement froid). Les patients ont exprimé des opinions plus négatives à l'égard de la fermeture des portes que le personnel, et ils ont plus souvent un jugement négatif s'ils sont placés dans une unité fermée. Pour le personnel, le fait de travailler dans une unité fermée était associé à des jugements plus positifs sur cette pratique. L'incidence de l'âge, du genre et de l'origine ethnique n'est significative que pour le personnel. Les patients ont exprimé davantage de colère, d'irritation et de dépression en raison de la fermeture des portes que le personnel ou les visiteurs ne le pensaient.

<p>Bowers, L; Stewart, D ; Papadopoulou, C ; Iennaco, JD (2013)</p>	<p>Angleterre</p>	<p>Analyse secondaire de données transversales recueillies auprès de 136 services de psychiatrie aiguë en Angleterre en 2004-2005.</p>	<p>Étudier des unités qui se caractérisent paradoxalement par « des mesures de contention limitées et des conflits importants » ou « des mesures de contention élevées et peu de conflits ».</p>	<p>Quantitative - analyse secondaire des données transversales des services recueillies auprès de 136 unités psychiatriques.</p>	<p>Les unités psychiatriques pour patients hospitalisés, calmes et sûres, qui sont propices à une prise en charge thérapeutique positive, présenteraient de plus faibles taux de médication forcée, d'isolement, de contention manuelle et autre et, de manière générale, les taux de conflit - comme les agressions, la consommation de substances et les évasions - y sont également faibles. Il arrive cependant que des unités affichent de faibles taux de contention y compris lorsque les taux de conflit sont élevés. Cette étude visait à comprendre ces anomalies. Les chercheurs ont créé une typologie des différentes caractéristiques des unités (p. ex., degré élevé/faible de conflit, degré élevé/faible de contention, région défavorisée sur le plan socio-économique). Parmi les variables associées de manière significative aux différentes typologies, certaines, comme la qualité de l'aménagement étaient modifiables, et d'autres, comme l'exclusion sociale dans le secteur concerné, étaient fixes. Les unités présentant un degré élevé de conflits et un faible niveau de contention employaient un taux plus élevé de personnel masculin et présentaient des aménagements de qualité inférieure aux autres unités. Les unités caractérisées par un faible degré de conflits et un niveau élevé de contention comportaient un plus grand nombre de lits. Les unités caractérisées par un niveau élevé de conflits et de contention avaient davantage recours à du personnel temporaire ainsi qu'à du personnel non qualifié. Aucune différence</p>
<p>Bowers, L, et al (2015)</p>	<p>Angleterre</p>	<p>Personnel et patients de 31 unités sélectionnées au hasard dans 15 hôpitaux choisis au hasard.</p>	<p>Tester l'efficacité du modèle Safewards pour réduire la fréquence des « conflits » et de la « contention ».</p>	<p>Essai randomisé contrôlé par grappes de manière pragmatique auprès d'hôpitaux et d'unités psychiatriques définis comme les unités de randomisation. Les principaux résultats étaient les taux de conflit et de contention.</p>	<p>Le modèle Safewards a permis de définir dix interventions visant à réduire la fréquence de ces deux phénomènes. Pour les équipes ayant connu des incidents liés à des conflits ou des mesures de contention, la situation expérimentale a réduit le taux d'événements conflictuels de 15 % (IC à 95 % 5,6-23,7 %) par rapport à l'intervention témoin. Le taux d'incidents liés à la contention a été réduit de 26,4 % (IC à 95 % 9,9-34,3 %) avec l'intervention expérimentale. Des interventions simples destinées à améliorer les relations du personnel avec les patients peuvent réduire la fréquence des conflits et de la contention.</p>

Chambers, M, et al (2014)	Angleterre	19 usagers adultes placés en vertu de la législation sur la santé mentale.	Ce document rend compte des expériences de 19 adultes placés en vertu de la législation sur la santé mentale. Ces usagers ont vécu une expérience de mesures coercitives et ont décrit de quelle manière leur dignité avait été, selon eux, protégée (ou non) et leur sentiment d'avoir été respectés (ou non).	Qualitative - entretiens approfondis complétés par une analyse thématique.	Les usagers ont estimé que leur dignité et leur respect étaient compromis par 1) le fait de ne pas être « entendus » par les membres du personnel, 2) leur manque de participation au processus décisionnel concernant leurs soins, 3) le manque d'informations sur leurs programmes de traitement, en particulier les médicaments, 4) le manque d'accès à un plus grand choix de thérapies par la parole et d'engagement thérapeutique, et 5) le cadre/l'environnement physique et le manque d'activités quotidiennes pour pallier l'ennui. La dignité et le respect sont des valeurs importantes pour le rétablissement et les médecins ont besoin de temps pour s'investir dans les récits des usagers et pour réfléchir à l'éthique de leur pratique. Le respect de la dignité d'autrui est un élément fondamental du code de déontologie des professionnels de santé. Selon les usagers des services, cet aspect est souvent ignoré.
Corlett, S (2013)	Angleterre	N/A	Examiner les évolutions récentes en matière de placement dans le cadre de la Loi sur la santé mentale de 1983 en Angleterre ainsi que son rapport avec l'évolution de l'accès aux services de santé mentale.	Qualitative - évaluation de la recherche sur les politiques fondée sur la Commission de la qualité des soins qui surveille l'application de la Loi sur la santé mentale et régit	Le document laisse entendre que la progression régulière des mesures de coercition est liée aux restrictions d'accès aux soins de santé mentale et que ce lien néfaste mine la santé mentale, le rétablissement et les droits des personnes. Il est possible d'inverser cette tendance en combinant des mesures fondées sur les droits, la prise de décision partagée et le déploiement d'un éventail de services de santé mentale de meilleure qualité. L'article fait le point et examine les connaissances sur les évolutions et cite des éléments probants provenant de la Commission de la qualité des soins (Care Quality Commission) et de Mind.
Cullberg, J, et al (2002)	Suède	253 adultes présentant un premier épisode psychotique (PEP) issus d'un bassin de population de 1,5 million d'habitants.	Évaluer les résultats à un an de patients souffrant d'un premier épisode psychotique dans le cadre du projet suédois Parachute. Il a été demandé aux patients de participer à ce projet d'une durée de cinq ans.	Quantitative - analyse des données des dossiers de cas, en utilisant des populations historiques (témoin (n=71)) et prospectives (expérimentales (n=64)).	Au total, 175 patients (69 %) ont été suivis pendant la première année de traitement. Les valeurs de l'évaluation globale du fonctionnement (EGF) étaient sensiblement supérieures à celles du groupe historique de la comparaison, mais similaires à celles du groupe prospectif. Les soins psychiatriques en milieu hospitalier étaient réduits tout comme la prescription de médicaments neuroleptiques. La satisfaction par rapport aux soins était généralement élevée dans le groupe Parachute. L'accès à un centre d'accueil de nuit de petite taille était associé à une meilleure EGF. Les chercheurs affirment qu'il est possible de traiter avec succès des patients ayant un PEP, en réduisant le nombre de jours d'hospitalisation et les médicaments neuroleptiques par rapport aux recommandations habituelles, lorsqu'un traitement et un soutien psychosociaux intensifs sont également assurés.

Cullberg, J (2006)	Suède	61 patients consécutifs présentant un premier épisode de schizophrénie ont été suivis pendant trois ans et comparés à 66 usagers appartenant à des groupes de « traitement habituel » et de services de qualité élevée.	Entreprendre un suivi sur trois ans du « Projet Parachute » suédois, qui utilise des « traitements adaptés aux besoins », tenant compte des coûts de traitement et des résultats cliniques pour les patients souffrant d'un premier épisode de schizophrénie.	Quantitative - analyse des données de dossiers de cas comparant le groupe du projet Parachute avec le « traitement habituel » (n=41) et le groupe prospectif d'un centre psychiatrique de haute qualité (n = 25).	Les résultats symptomatiques et fonctionnels étaient significativement meilleurs par rapport au groupe rétrospectif et équivalents à ceux du groupe prospectif. Durant la première année, les coûts directs des soins hospitaliers et ambulatoires par patient dans le projet Parachute étaient inférieurs de moitié à ceux du groupe prospectif. Les chercheurs concluent que des éléments probants appuient la faisabilité, sur le plan clinique et économique, de l'application à grande échelle des « traitements adaptés aux besoins » pour les patients souffrant d'un premier épisode psychotique.
De Jong, G ; Schout, GG (2013)	Pays-Bas	N/A	Le but de cette étude est de déterminer si la Conférence de groupe familial (CGF) est un outil efficace pour générer un soutien social, prévenir la coercition et promouvoir l'intégration sociale dans le système public des soins de santé mentale.	Qualitative - analyse des politiques, et conception de l'étude.	L'article se contente de rappeler l'étude proposée, qui est décrite dans le document de 2017 des mêmes auteurs, sous la direction de Schout (voir ci-dessous). L'article donne quelques éléments sur le contexte de l'utilisation des CGP aux Pays-Bas, où leur nombre enregistre une croissance régulière chaque année. Une modification apportée au Code civil néerlandais désigne la CGF comme une bonne pratique. Les usagers du système public des soins de santé mentale ont généralement un réseau limité. Les auteurs ont proposé d'effectuer des recherches sur les possibilités d'application des CGF à ce système durant les deux prochaines années en procédant à l'évaluation de quarante dossiers de cas.

<p>Eytan, A ; Chatton, A ; Safran, E ; Khazaal, Y (2013)</p>	<p>Suisse</p>	<p>Cette étude a permis de recueillir des données concernant 1 584 patients sur un total de 2 227 hospitalisations au sein d'un même hôpital de Genève, en Suisse.</p>	<p>Depuis octobre 2006, seuls les psychiatres ayant le grade de docteur peuvent ordonner un placement forcé dans cet établissement, tandis qu'auparavant tous les médecins, y compris les médecins-résidents pouvaient le faire. Cette étude visait à évaluer l'impact de ce changement de procédure sur la proportion d'admissions involontaires.</p>	<p>Quantitative - analyse de données de dossiers de cas (avant/après la nouvelle obligation). Tous les dossiers médicaux des patients admis respectivement 4 mois avant et 4 mois après la mise en œuvre de la procédure ont été analysés rétrospectivement.</p>	<p>Les taux d'admissions involontaires et volontaires étaient respectivement de 63,9 % et 36,1 %. La durée moyenne de l'hospitalisation était de 32 jours (ET ± 64,4). Durant la période de l'étude, 25 % des patients ont été hospitalisés au moins deux fois. Par rapport à la période antérieure à octobre 2006, les patients hospitalisés à partir d'octobre 2006 étaient moins susceptibles d'être soumis à une hospitalisation involontaire (OR = 0,745, 95 % IC : 0,596-0,930. Les facteurs associés aux admissions involontaires étaient le jeune âge (moins de 20 ans), le genre féminin, un diagnostic de trouble psychotique et une première hospitalisation. Selon les auteurs, les résultats « portent fortement à croire que le fait de confier la décision des admissions involontaires exclusivement aux psychiatres ayant le grade de docteur permet de réduire le taux des admissions involontaires par rapport aux admissions volontaires ».</p>
<p>Flammer, E ; Steinert, T (2016)</p>	<p>Allemagne</p>	<p>2 071 adultes diagnostiqués pour des troubles psychotiques et ayant été admis au moins une fois pendant l'une des trois périodes ont été inclus dans l'étude, soit un total de 3 482 admissions.</p>	<p>Dans l'un des Länder allemands, « la médication forcée des patients hospitalisés en psychiatrie est devenue illégale pendant une durée de huit mois comprise entre juillet 2012 et février 2013 ». Les auteurs ont cherché à savoir si le nombre et la durée des mesures coercitives mécaniques (isolement et contention) et le nombre et la gravité des incidents violents avaient changé durant cette période.</p>	<p>Quantitative - Une analyse transversale a été menée à partir des données recueillies habituellement sur les admissions dans sept hôpitaux psychiatriques.</p>	<p>Les données ont été recueillies sur trois périodes (période 1, juillet 2011-février 2012 ; période 2, juillet 2012-février 2013 ; et période 3, juillet 2013-février 2014). Le nombre moyen de mesures coercitives mécaniques et d'incidents violents par admission a augmenté sensiblement pendant la période 2, durant laquelle la médication forcée était impossible, et a diminué nettement pendant la période 3. Des écarts significatifs ont été également enregistrés entre les périodes 1 et 3. Le pourcentage d'admissions entraînant un isolement a augmenté sensiblement durant la période 2 et était significativement différent durant la période 1 par rapport à la période 3. La gravité de la maladie et la durée de l'hospitalisation n'ont pas évolué sur ces trois périodes. Les auteurs notent que « [la restriction de la médication forcée était associée à une augmentation significative du recours aux mesures coercitives mécaniques et des incidents violents ».</p>

Gilburt. H, et al (2010)	Angleterre	40 adultes vivant dans des unités résidentielles de substitution et ayant une expérience vécue de séjours hospitaliers.	Étudier les expériences subjectives des patients concernant les services hospitaliers traditionnels et les solutions résidentielles de substitution à l'hôpital. Comblent les lacunes des recherches sur les « préférences et les expériences des personnes atteintes de maladies mentales en matière de solutions résidentielles de	Qualitative - échantillonnage raisonné, analyse thématique des données d'entretien.	Les patients ont fait état d'une préférence générale pour les solutions résidentielles de substitution. Elles ont été décrites comme des services plus sûrs, destinés aux patients moins perturbés, offrant davantage de liberté et moins de coercition et où le personnel est moins paternaliste que dans les services d'hospitalisation traditionnels. Les patients n'ont cependant pas noté de différence marquée entre les deux types de services pour ce qui est de leurs relations avec le personnel en général et des soins dispensés. Les auteurs concluent que « pour les patients qui souffrent d'une maladie mentale aiguë, mais dont le comportement est moins perturbateur, les solutions résidentielles de substitution offrent un environnement préférable aux services hospitaliers traditionnels : elles réduisent au minimum la coercition et assurent une liberté, une sécurité et des possibilités de soutien par les pairs maximales ».
Gjerberg, E ; Hem, MH ; Forde, R ; Pedersen, R (2013)	Norvège	11 entretiens de groupe interdisciplinaires composés d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de certains membres du personnel sans qualification formelle, (N = 60).	Cet article examine quels types de stratégies ou d'interventions de substitution le personnel infirmier norvégien utilise lorsque les patients résistent aux soins et aux traitements et quelles sont les conditions jugées nécessaires par le personnel pour parvenir à éviter les mesures coercitives.	Qualitative - entretiens de groupes interdisciplinaires avec le personnel des établissements médicalisés.	Dans de nombreux pays occidentaux, des études ont démontré un recours important à la coercition dans les établissements médicalisés, notamment à l'égard des patients souffrant de démence. Cette étude indique que le personnel des établissements médicalisés consacre généralement beaucoup de temps à tenter diverses approches pour éviter le recours à la coercition. Les méthodes les plus courantes sont les stratégies de persuasion et de contournement, la limitation des choix par une utilisation consciente du langage, les différents types de flexibilité et les soins individualisés. Selon le personnel, les possibilités de recours efficace à des stratégies de substitution dépendent dans une large mesure des ressources de l'établissement médicalisé, de l'organisation des soins et de la compétence du personnel.
Groot, P ; van Os J (2018)	Pays-Bas	1194 usagers adultes de bandes dégressives	Observer l'utilisation des « bandes dégressives », qui permettent une réduction progressive de la posologie et limitent les risques de symptômes de sevrage. Une bande dégressive est composée d'un médicament antidépresseur emballé dans une bande de petites pochettes, qui contiennent chacune la même dose ou une dose légèrement	Quantitative - étude d'observation et enquête auprès de 1194 utilisateurs.	Sur 1194 utilisateurs de bandes dégressives, 895 (75 %) souhaitaient arrêter leur traitement antidépresseur. Chez ces 895 personnes, la durée médiane d'utilisation des antidépresseurs était comprise entre 2 et 5 ans (EI : 1-2 ans - > 10 ans). Près des deux tiers (62 %) avaient déjà fait des tentatives infructueuses de sevrage (médiane = 2 fois auparavant, EI 1-3). La quasi-totalité d'entre eux (97 %) avait connu un effet de sevrage plus ou moins marqué, dont 49 % un effet de sevrage sévère (7 sur une échelle de 1 à 7, EI 6-7). Les bandes dégressives représentent une méthode simple et efficace pour parvenir à diminuer progressivement le dosage.

Hackett, R, et al (2009)	Angleterre	Les données relatives à l'accès de 200 à 300 adultes ont été analysées.	Le projet visait à permettre à la communauté pakistanaise de solliciter plus tôt un soutien en matière de santé mentale au sein de sa propre communauté, à renforcer la confiance dans les services traditionnels et à améliorer les parcours cliniques au sein des services afin de fournir des soins plus appropriés sur le plan culturel.	Méthodes mixtes - rapport qualitatif d'un « travailleur de liaison » (voir les principales conclusions) et données quantitatives des services sur les taux d'accès.	Les communautés noires et des minorités ethniques (BME) ont des parcours de soins de santé mentale différents, les usagers de ces communautés se présentant souvent en situation de crise. Le Sheffield Crisis Resolution Home Treatment s'est rapproché du Centre musulman pakistanaise (Pakistani Muslim Centre - PMC) local pour travailler en partenariat. Le PMC avait déjà des liens avec la communauté pakistanaise et proposait divers services sociaux, de répit et professionnel. Le partenariat a permis la création d'une nouvelle fonction innovante : le travailleur de liaison pakistanaise. Le partenariat EPIC a renforcé l'influence du PMC et sensibilisé la communauté aux problèmes de santé mentale. Grâce à l'intégration du travailleur de liaison dans la pratique quotidienne des médecins, les parcours de soins ont montré des signes de changement positif, notamment un plus grand nombre d'orientations des services psychiatriques vers le PMC. Le projet EPIC a dirigé un modèle de travail en partenariat qui est efficace et transposable.
Henderson, C, et al (2017)	Angleterre et Pays de Galles	221 plans de crise conjoints, qui sont des plans établis par les usagers des services et leur équipe clinique avec la participation d'un facilitateur externe, ont été comparés à 424 « plans de soins de routine de référence ».	L'objectif des auteurs était d'évaluer la demande de refus de traitement anticipé éclairé en vertu de la Loi britannique sur la capacité mentale de 2005 (Angleterre et Pays de Galles) parmi un échantillon d'usagers qui avaient été hospitalisés récemment, et d'examiner le rapport entre les refus et les caractéristiques des usagers du service.	Méthodes mixtes - analyse du contenu des plans de crise conjoints et des plans de soins de routine dans des sous-échantillons d'un essai contrôlé randomisé multicentrique des plans de crise conjoints (en plus des soins de santé mentale courants) par rapport aux soins de routine seuls.	99 plans de crise conjoints sur 221 (45 %) contenaient un refus de traitement, contre 10 plans de soins de routine de référence sur 424 (2,4 %). Aucun plan de crise conjoint n'indiquait de désaccord des médecins par rapport à ces refus. Parmi les personnes dont les plans de crise conjoints ont été achevés, les analyses effectuées ont indiqué un rapport significatif entre les refus de traitement et la coercition perçue au départ (rapport de probabilité = 1,21, 95 % IC 1,02-1,43), mais pas de rapport avec l'alliance de travail au départ ou des antécédents d'admissions involontaires. Conformément à la Loi sur la capacité mentale de 2005, elles ont clairement manifesté par écrit leur demande de refus de traitement, qui n'avait pas été spécifiée dans le processus de planification du traitement. Les futurs plans de traitement/de crise devraient prévoir la possibilité pour les usagers de services de signaler un refus de traitement au moment d'élaborer ces plans.

Henderson, C, et al, (2004)	Angleterre	160 personnes pour lesquelles un diagnostic opérationnel de psychose ou de trouble bipolaire non psychotique a été posé et qui ont été hospitalisées au cours des deux années précédentes.	Examiner si une forme d'accord préalable concernant les personnes atteintes de maladies mentales graves permet de limiter le recours aux services hospitaliers et les admissions ou traitements involontaires.	Quantitative : Essai randomisé contrôlé en simple aveugle, avec randomisation des patients individuels. Le chercheur ne connaissait pas la répartition.	L'application de la <i>Loi sur la santé mentale</i> était nettement réduite dans le groupe d'intervention, dont 13 % (10/80) des patients avaient une expérience vécue d'admission ou de traitement involontaires contre 27 % (21/80) dans le groupe témoin (rapport de risque 0,48, intervalle de confiance à 95 % 0,24 à 0,95, P = 0.028). Les auteurs ont conclu que l'utilisation de plans de crise conjoints réduit les admissions et les traitements involontaires chez les patients atteints de maladies mentales graves. La diminution des admissions globales était moins sensible. Selon les auteurs, « [i]l s'agit de la première intervention clinique structurée qui semble réduire les admissions et les traitements involontaires dans les services de santé mentale ».
Henderson, C (2009)	Angleterre	62 adultes ayant bénéficié d'un Plan de crise conjoint.	Rendre compte des points de vue des participants et des gestionnaires référents sur l'intérêt et l'utilisation des plans de crise conjoints (PCC), dont il a été démontré qu'ils réduisent l'hospitalisation involontaire et la violence.	Méthodes mixtes - recherche qualitative sous la forme de questionnaires.	Les participants du groupe d'intervention ont été interrogés à la réception du PCC, lors de l'hospitalisation et dans le cadre de suivis de 15 mois ; les gestionnaires référents ont été interrogés à l'issue des 15 mois. 46 à 96 % des bénéficiaires de PCC (N = 44) ont répondu positivement aux questions concernant l'intérêt du PCC dans le suivi immédiat. À 15 mois, la proportion de réponses positives aux différentes questions était de 14-82 % (N = 50). Trente-neuf à quatre-vingt-cinq pour cent des gestionnaires référents (N = 28) ont répondu positivement à 15 mois. La comparaison des scores totaux des participants qui ont rempli les questionnaires de départ et de suivi a montré un écart dans les réponses, allant de positif à aucun changement, entre le suivi immédiat et 15 mois (moyenne 6,1 contre 8,3, écart 2,2, IC à 95 % 0,8, 3,7, P = 0,003), un score supérieur indiquant des opinions moins positives. Les deux items qui ont obtenu le plus d'avis positifs sont également ceux qui ont le moins évolué dans le temps, à savoir si le participant recommanderait le PCC à d'autres personnes (90 % au départ contre 82 % à 15 mois) et s'il avait l'impression que son problème de santé mentale était mieux maîtrisé grâce cet outil (71 % au départ contre 56 % à 15 mois). Les gestionnaires référents ont exprimé des avis plus positifs que les usagers à 15 mois, avec un score total moyen de 5 contre 7,8 (écart -2,8,

Heumann, K ; Bock, T ; Lincoln, TM (2017)	Allemagne	83 usagers de services	Ces dernières années, en Allemagne, les fondements juridiques du recours aux mesures coercitives en psychiatrie ont évolué, mais il n'existe aucune réglementation sur le type ou la quantité de « mesures plus modérées » qui doivent être désormais employées. Les auteurs ont cherché à connaître le type et le nombre de « mesures plus modérées » que les usagers des services avaient connues avant le recours à la coercition	Quantitative - enquête en ligne auprès de 83 usagers de services. Leur expérience de 21 mesures plus modérées et leur jugement sur l'utilité de ces mesures ont été évalués sur déclaration des intéressés eux-mêmes.	En moyenne, les participants ont déclaré avoir fait l'expérience de 5,4 mesures plus modérées. Les raisons les plus fréquemment invoquées pour expliquer l'échec des mesures sont les facteurs structurels, suivis du comportement du personnel et des raisons dues aux participants eux-mêmes. La seule mesure plus modérée jugée utile par moins de 50 % des participants pour éviter les mesures coercitives était de se laisser convaincre de prendre des médicaments. Bien que de nombreuses mesures plus modérées soient perçues comme potentiellement utiles, seules certaines semblent être employées dans la pratique clinique courante. Les auteurs concluent que pour prévenir la coercition, les membres du personnel devraient avoir recours à un éventail plus large de mesures plus modérées.
Højlund M, et al (2018)	Danemark	Les données de 101 admissions après la mise en œuvre des interventions ont été comparées aux données de 85 admissions dans une cohorte historique de référence.	Quantifier et comparer l'utilisation de médicaments antipsychotiques et anxiolytiques dans le cadre de la mise en œuvre d'un programme visant à réduire la coercition et la contention.	Méthodes mixtes - analyse quantitative des données du service combinée à une étude observationnelle d'une unité de psychiatrie générale.	Les posologies quotidiennes moyennes déterminées d'antipsychotiques, de benzodiazépines ou la quantité totale des deux ne sont pas différentes avant et après la mise en œuvre du programme. Les données ont montré que ni la dose totale d'antipsychotiques (ajustée à 0 : 0,05, intervalle de confiance (IC) à 95 % : -0,20 à 0,31), dose totale de benzodiazépines (ajustée à 0 : -0,13, IC à 95 % : - 0,42 à 0,16) ni la quantité totale des deux médicaments (ajustée à 0 : 0,00, IC à 95 % -0,26 à 0,21) n'ont augmenté après la mise en œuvre. La diminution des mesures coercitives entre 2013 et 2016 n'a pas entraîné d'augmentation significative de l'utilisation de médicaments antipsychotiques ou de benzodiazépines. Les interventions sont utiles pour mettre en place des unités sans recours à la contrainte, et le suivi attentif du traitement psychopharmacologique est important pour la sécurité des patients.

Høyer, G, et al (2002)	Danemark, Finlande, Islande, Norvège, et Suède (Europe du Nord)	Non communiqué	L'étude intitulée « Paternalisme et autonomie - Une étude nordique sur l'utilisation de la coercition dans le système de soins de santé mentale » est une étude conjointe couvrant les cinq pays nordiques (Danemark, Finlande, Islande, Norvège et Suède).	Méthodes mixtes - analyse des textes et entretiens avec des spécialistes de l'éthique, des juristes et des médecins. « Entretien principal » avec des usagers, données extraites de dossiers médicaux et de documents connexes.	Les données préliminaires de tous les pays nordiques montrent que la coercition perçue est généralement un « phénomène dichotomisé », qui se mesure à la fois sur l'échelle MPCPS et « l'échelle de coercition » et que ce modèle dichotomisé subsiste même dans les études séparées sur les patients admis volontairement et involontairement. Les auteurs affirment avoir été « incapables de donner une explication satisfaisante de la répartition bimodale de la coercition perçue », « s'interrogent sur les failles éventuelles des instruments utilisés pour mesurer la coercition perçue » et se demandent « si la coercition perçue est vraiment un phénomène dichotomisé qui, de ce fait, rejoint le concept « d'intégrité ».
Huber, CG, et al (2016)	Allemagne	349 574 admissions dans 21 hôpitaux psychiatriques allemands du 1er janvier 1998 au 31 décembre 2012.	Comparer des hôpitaux sans unités fermées et des hôpitaux avec unités fermées et définir si ce type d'hôpital a un effet sur ces résultats.	Quantitative - étude naturaliste observationnelle de modèles mixtes linéaires pour analyser les données.	Les patients à risque sont souvent admis dans les unités fermées des hôpitaux psychiatriques afin de prévenir les évasions, les tentatives de suicide et les décès par suicide. Néanmoins, il n'existe pas suffisamment d'éléments probants attestant que le traitement en unités fermées permet effectivement de prévenir efficacement de tels résultats. L'appariement des scores de propension de 145 738 cas a permis de constater que les suicides, les tentatives de suicide et les évasions avec ou sans retour ne sont pas plus élevés dans les hôpitaux appliquant une politique de portes ouvertes. Par rapport au traitement dans les unités fermées, le traitement dans les unités ouvertes était associé à une probabilité moins élevée de tentatives de suicide, d'évasions avec et sans retour,

Hustoft, K. et al. (2018)	Norvège	3 338 patients adressés pour une admission dans 20 unités psychiatriques de soins aigus en Norvège sur une durée de 3 mois en 2005-2006 (environ 75 % des unités de soins aigus du pays).	L'objectif de cette étude était d'examiner le taux de conversion des patients en hospitalisation involontaire (HI) en hospitalisation volontaire (HV) et de déterminer les facteurs prédictifs de cette conversion.	Quantitative - analyse des données du service à l'aide d'un modèle linéaire généralisé mixte.	L'incidence de conversion d'une hospitalisation involontaire (HI) en hospitalisation volontaire (HV) a été analysée. Sur les 3338 patients adressés pour une admission, 1468 étaient en HI (44 %) et 1870 en HV. Après une réévaluation, 1148 (78,2 %) patients sont restés en hospitalisation involontaire, tandis que pour 320 patients (21,8 %) une conversion en hospitalisation volontaire a été opérée. Les facteurs prédictifs de conversion de l'hospitalisation involontaire en hospitalisation volontaire après réévaluation par un spécialiste comprenaient la demande d'admission des patients, de meilleurs scores sur l'échelle globale d'évaluation des symptômes, moins d'hallucinations et de délires et une consommation d'alcool plus élevée. La période de réévaluation de 24 h concernant les patients adressés pour une hospitalisation involontaire, qui est prévue par la Loi norvégienne sur les soins de santé mentale, semble être une solution appropriée pour réduire les hospitalisations
Husum, TL, et al (2010)	Norvège	L'étude comprend des données provenant de 32 unités de soins psychiatriques aigus et de 1214 personnes admises en hospitalisation involontaire.	Elle examine dans quelle mesure l'isolement, la contention et la médication forcée des patients admis sous contrainte dans les unités psychiatriques de soins aigus sont liés aux caractéristiques des patients, du personnel et des services.	Quantitative - une régression logistique multiniveau sous Stata a été appliquée aux données des services sur les patients qui étaient associées aux données sur les unités.	Le nombre total de patients hospitalisés sous contrainte était de 1214 (35 % de l'échantillon total). Le pourcentage de patients exposés à des mesures coercitives était compris entre 0 et 88 % dans les services. Parmi les patients admis sous contrainte, 424 (35 %) avaient été isolés, 117 (10 %) avaient été contentionnés et 113 (9 %) avaient reçu une médication à libération lente à leur sortie. L'analyse multiniveau a permis de relier les données de 1 016 patients. Les auteurs concluent que la variance significative entre les unités, même en procédant à un ajustement pour tenir compte de la psychopathologie individuelle des patients, indique que les facteurs de l'unité influencent le recours à l'isolement, à la contrainte et à la médication forcée et que certaines unités ont un potentiel d'amélioration de la qualité. Ils concluent que les interventions visant à réduire le recours à l'isolement, à la contention et à la médication involontaire devraient prendre en compte les facteurs organisationnels et environnementaux.

Jaeger, M, et al (2014)	Suisse	39 professionnels de la santé mentale.	Cette étude pilote avait pour but d'examiner comment les professionnels de la santé mentale des services de psychiatrie aiguë tiennent compte des différents niveaux de coercition formelle et informelle et des pressions sur le traitement, ainsi que leur attitude à l'égard de ces interventions.	Méthodes mixtes - enquête transversale à partir d'un questionnaire comprenant 15 cases décrivant des situations cliniques types à cinq stades différents du déroulement de la coercition.	La reconnaissance des faibles niveaux de coercition est appropriée tandis que les niveaux élevés sont largement sous-estimés. Le degré de coercition inhérent aux interventions utilisant la persuasion et la pression a été sous-estimé par les professionnels ayant une attitude positive et surestimé par les professionnels ayant une attitude négative. Aucun lien n'a été établi entre la capacité à admettre différents niveaux de coercition et les variables relatives au service ou au personnel. Une meilleure connaissance des variations équivoques observées dans les interventions coercitives semble aller dans le sens d'une réflexion plus pondérée sur leurs implications éthiques. Les auteurs concluent que « [I]a connaissance approfondie des facteurs influençant les attitudes des professionnels à l'égard de la coercition permettrait d'améliorer la formation des professionnels à l'utilisation d'interventions destinées à améliorer l'observance du traitement de manière éclairée et
Jaeger, M, et al (2015)	Suisse	63 usagers d'une unité de psychiatrie aiguë en Suisse.	Cette étude naturaliste observationnelle vise à évaluer la perspective subjective et le résultat fonctionnel des patients hospitalisés avant et après des changements structurels. Ces changements consistaient à mettre en place des entretiens sur le traitement et une planification conjointe du traitement, une réduction du temps total consacré aux rapports sur les patients (en leur absence) et une formation du personnel axée sur le rétablissement dans une de psychiatrie aiguë.	Méthodes mixtes - entretien et enquête. Pendant un an (2011/2012), les patients admissibles de l'unité étudiée ont été interrogés sur une base volontaire à l'aide d'outils conçus pour évaluer plusieurs aspects relatifs au rétablissement.	Deux échantillons différents (avant et après le projet ; n = 34 et n = 29) ont été comparés en se fondant sur des paramètres subjectifs (par exemple, les attitudes des patients à l'égard du rétablissement, la qualité de vie, la coercition perçue, la satisfaction à l'égard du traitement et l'espoir), des données cliniques et sociodémographiques de base, ainsi le résultat fonctionnel selon les échelles de résultats de la santé de la nation (HoNOS). Certaines attitudes des patients à l'égard du rétablissement et leur auto-évaluation du processus de rétablissement se sont améliorées au cours de l'étude. D'autres paramètres subjectifs sont restés stables entre les échantillons. Les résultats fonctionnels étaient meilleurs chez les sujets traités après la mise en œuvre du nouveau projet. La durée du séjour est restée inchangée. Il est possible de mettre en œuvre des structures axées sur le rétablissement et s'appuyant sur les fondements théoriques nécessaires dans une unité de psychiatrie aiguë et cela peut avoir un impact sur les attitudes et les connaissances en matière de rétablissement personnel.

Janssen, WA, et al (2013)	Pays-Bas	718 personnes qui avaient été isolées dans le cadre de 5 097 admissions dans 29 unités différentes de sept hôpitaux psychiatriques néerlandais.	Vérifier l'hypothèse selon laquelle les écarts entre les unités concernant les chiffres d'isolement peuvent s'expliquer principalement par les caractéristiques différentes des patients, car elles sont censées avoir un impact important sur ces taux d'isolement. Les infirmières et les chefs de service défendent généralement ce point de vue, en partant du principe qu'un plus grand nombre d'admissions de	Méthodes mixtes - analyse descriptive des données des services, étudiant le lien entre les caractéristiques des patients et des unités et le nombre d'heures d'isolement des unités pour 1 000 heures d'admission.	L'analyse des groupes extrêmes a montré que les taux d'isolement dépendaient à la fois des caractéristiques des patients et des unités. Une analyse multivariable et multiniveau a révélé que les différences dans les heures d'isolement entre les unités pourraient s'expliquer en partie par la taille de l'unité, puis par les caractéristiques des patients. Toutefois, les différences de taux d'isolement les plus marquées entre les unités ne pouvaient pas s'expliquer par les caractéristiques évaluées dans cette étude. Les auteurs ont conclu que la politique de l'unité et des effectifs en personnel suffisants, en particulier dans les petites unités, étaient déterminants pour réduire l'isolement.
Janssen, WA, et al (2011)	Pays-Bas	Données sur l'isolement et la contention de 31 594 admissions concernant 20 934 patients. 12 établissements de santé mentale néerlandais, comprenant 37 hôpitaux et 227 unités d'une capacité de 6 812 lits.	L'objectif de cet article est d'identifier les problèmes de définition et d'enregistrement des mesures coercitives. L'étude contribue à l'élaboration d'indicateurs comparables homogènes et formule des recommandations en faveur de l'analyse de données significatives illustrant la pertinence du cadre proposé.	Méthodes mixtes - La littérature a été examinée afin de recenser les différentes définitions et méthodes de calcul utilisées pour mesurer les mesures coercitives dans les unités de soins psychiatriques hospitaliers.	Cette étude a mis en évidence des écarts considérables entre les caractéristiques des patients et des unités. Le risque d'exposition à l'isolement par habitant des secteurs couverts par l'établissement était compris entre 0,31 et 1,6 pour 100 000 habitants. Le nombre d'incidents liés à l'isolement pour 1 000 admissions variait entre 79 et 745. Les auteurs concluent que les mesures coercitives peuvent être évaluées avec fiabilité, selon une méthode normalisée et comparable, à condition d'utiliser des définitions communes claires. Il est nécessaire que les chercheurs et les professionnels de la santé mentale parviennent à un consensus méthodologique sur ces définitions pour permettre de comparer les taux d'isolement et de contention. L'étude contribue à l'élaboration de normes internationales sur la collecte de données relatives à la coercition et le calcul cohérent de paramètres pertinents

Johnson, S, et al (2005)	Angleterre	260 habitants de l'agglomération londonienne d'Islington qui ont vécu des crises suffisamment graves pour qu'une hospitalisation soit envisagée.	Évaluer l'efficacité d'une équipe de résolution de crises.	Quantitative - essai randomisé contrôlé pour examiner la satisfaction des usagers des services.	Les patients du groupe expérimental étaient moins exposés au risque d'être admis à l'hôpital dans les huit semaines suivant la crise (rapport de probabilité 0,19, intervalle de confiance à 95 % de 0,11 à 0,32), bien que l'admission obligatoire ne soit pas sensiblement réduite. Un écart de 1,6 point dans le score moyen du questionnaire sur la satisfaction des usagers (CSU-8) n'était pas vraiment significatif (P = 0,07), bien qu'il le soit devenu après correction pour tenir compte des caractéristiques de référence (P = 0,002). Les équipes de résolution de crise peuvent réduire les admissions à l'hôpital dans les situations de crise de santé mentale. Elles peuvent également améliorer la satisfaction des patients, mais ce résultat n'est pas catégorique.
Kalisova, L ; et al (2014)	Bulgarie République tchèque, Allemagne, Grèce, Italie, Lituanie, Pologne, Espagne, Suède et Angleterre.	Les patients admis sous contrainte (N = 2 027) ont été répartis en deux groupes, le premier (N = 770) avait été exposé à au moins une mesure coercitive, l'autre (N = 1 257) n'avait été soumis à aucune mesure coercitive durant son hospitalisation.	Cette étude vise à déterminer si certains facteurs relatifs aux patients et aux unités sont associés à l'utilisation de mesures coercitives.	Méthodes mixtes - données descriptives, y compris les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients et les caractéristiques relatives au service. Essai sur un modèle de régression logistique multivariée contrôlé pour connaître l'incidence par pays.	La fréquence des mesures coercitives variait considérablement d'un pays à l'autre ; elle était plus élevée en Pologne, en Italie et en Grèce. Les personnes qui avaient été soumises à des mesures coercitives étaient plus souvent des hommes ayant reçu un diagnostic de troubles psychotiques (F20-F29). Selon le modèle de régression, les patients présentant des niveaux plus élevés de symptômes psychotiques et d'hostilité et de coercition perçue avaient un risque plus élevé d'être exposés à des mesures de coercition lors de leur admission. Après correction pour tenir compte de l'incidence par pays, le risque de coercition était plus élevé en Pologne. Les caractéristiques sociodémographiques des patients et les facteurs liés aux unités n'ont pas été identifiés comme des facteurs prédictifs éventuels, car ils n'étaient pas intégrés dans le modèle.  Le recours aux mesures coercitives variait considérablement d'un pays participant à l'autre. Des facteurs cliniques, tels que des niveaux élevés de symptômes psychotiques et de coercition perçue à l'admission, étaient corrélés à l'utilisation de mesures coercitives, après correction de l'incidence par pays. Ces facteurs devraient être pris en compte par les

Keski-Valkama, A (2007)	Finlande	Enquête nationale auprès des hôpitaux psychiatriques	Pour évaluer les tendances nationales en matière de recours à l'isolement et à la contention, une enquête a été menée en Finlande sur une durée de 15 ans marquée par des changements législatifs afin de clarifier ces mesures et d'en restreindre l'utilisation.	Quantitative - enquête structurée par correspondance auprès des hôpitaux psychiatriques finlandais, utilisant les données du registre national des sorties d'hôpital.	Le nombre total de patients isolés et contenus a diminué, tout comme celui des patients hospitalisés pendant les semaines de l'étude, mais le risque d'être isolé ou contenu n'a pas évolué dans le temps par rapport à la première année de l'étude. La durée des incidents de contention est restée inchangée, mais la durée de l'isolement a augmenté. Les auteurs concluent que les changements législatifs ne peuvent à eux seuls réduire l'utilisation de l'isolement et de la contention ni modifier la culture dominante en matière de traitement, et soutiennent que le recours à l'isolement et à la contention devrait être étroitement surveillé et que les questions éthiques devraient faire l'objet d'une attention constante.
Kogstad, RE (2009)	Norvège	335 usagers de services	Enquêter sur les atteintes à la dignité du point de vue des usagers, et proposer des actions pour faire en sorte que la pratique respecte les valeurs fondamentales en matière de droits humains.	Qualitative - entretiens complétés par une analyse de contenu thématique.	Les auteurs concluent que « les atteintes vécues par les usagers des services de santé mentale ne peuvent pas s'expliquer sans référence à leur statut d'usagers d'un système qui, en se fondant sur les jugements des experts médicaux, a légitimement le droit de faire abstraction de la voix des usagers et de leurs droits humains fondamentaux ». Ils affirment que « les recommandations et les pratiques devraient être en harmonie avec la nouvelle Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (2006) ».
Kontio, R, et al (2010)	Finlande	22 infirmiers(ères) et 5 médecins	Étudier les perceptions des infirmiers et des médecins sur ce qui se passe réellement en cas d'épisode d'agressivité dans une unité et examiner quelles sont les solutions de substitution à l'isolement et à la contention effectivement utilisées dans la pratique normale des soins psychiatriques aigus.	Qualitative - entretiens avec un groupe cible complétés par une analyse de contenu thématique.	Les participants ont estimé que le processus décisionnel de gestion du comportement agressif des patients soulève certains dilemmes intrinsèques d'ordre éthique. Selon eux, le point de vue subjectif des patients n'est pas suffisamment pris en compte. Le personnel a cependant proposé un certain nombre de solutions de substitution, qu'il semble appliquer, pour limiter ou remplacer le recours à l'isolement et à la contention. Les auteurs concluent que « [l]e personnel médical et infirmier doit être encouragé et formé à : (1) s'intéresser de plus près aux raisons du comportement agressif des patients ; et (2) utiliser des solutions de substitution à l'isolement et à la contention afin d'humaniser davantage les soins dispensés aux patients ».

Laylor, C, et al (2012)	Angleterre	287 femmes admises dans une unité psychiatrique aiguë ou dans une maison de crise pour les femmes de quatre arrondissements de Londres pendant une durée de 12 semaines ont été incluses dans l'étude.	Étudier les variations ethniques observées dans les placements involontaires de femmes, et analyser le rôle potentiel des voies d'accès immédiat à l'admission et les motifs d'admission invoqués par les médecins en tant que médiateurs de ces différences.	Quantitative - données descriptives extraites des services de santé.	287 femmes appartenant aux groupes des Britanniques blanches, des Autres blanches, des Noirs caribéennes, des Noires africaines et des autres Noires ont été incluses dans l'étude. Après correction pour tenir compte des caractéristiques sociales et cliniques, tous les groupes de patientes noires et de patientes Autres blanches étaient exposés à un risque d'admission involontaire significativement plus élevé que les patientes britanniques blanches ; les patientes britanniques blanches avaient une probabilité plus élevée d'être admises dans une maison de crise et étaient plus susceptibles que tous les groupes de patientes noires d'être admises en raison du risque de suicide perçu. L'accès immédiat aux soins était différent. Après correction pour tenir compte des différences d'accès aux soins, les écarts ethniques observés dans les admissions involontaires étaient considérablement réduits. Des inégalités ethniques marquées se retrouvent dans les expériences d'admission en soins aigus non seulement entre les patientes britanniques blanches et noires, mais
Lay, B ; Nordt, C ; Rössler, W (2011)	Suisse	9689 patients hospitalisés à partir de l'année 2007 et âgés de 18 à 70 ans.	Cette étude porte sur trois mesures coercitives et sur le rôle des facteurs prédictifs tant au niveau des patients que des établissements.	Quantitative - utilisation de modèles à « équation d'estimation généralisée » pour analyser la variation des taux entre les hôpitaux psychiatriques.	Les auteurs rapportent des taux de 24,8 % d'admissions involontaires, 6,4 % d'isolement/contention et 4,2 % de médication forcée. Les résultats indiquent que le type et la gravité de la maladie mentale sont les principaux facteurs de risque d'être exposé à une forme quelconque de coercition. Les écarts entre les six hôpitaux psychiatriques étaient élevés, même en tenant compte des facteurs de risque liés au patient, ce donne à penser que les effets-centre sont une source de variabilité importante. Cependant, les effets des caractéristiques de l'hôpital comme la « taille de l'hôpital », la « durée de séjour des patients hospitalisés » et la « charge de travail du personnel infirmier » n'étaient que faibles (le « taux d'occupation des lits » n'était pas statistiquement significatif).

Lay, B, et al (2015)	Suisse	238 patients hospitalisés exposés à au moins une admission involontaire durant les 24 derniers mois.	L'objectif de cette étude était d'évaluer un programme d'intervention destiné aux personnes atteintes de maladies mentales graves afin de réduire les admissions psychiatriques involontaires. Dans l'étude en cours, les chercheurs examinent la possibilité de maintenir les patients dans ce programme et comparent les résultats obtenus au cours des 12 premiers mois à ceux obtenus après le traitement habituel (TH).	Quantitative - étude randomisée contrôlée sur groupe d'intervention qui est actuellement menée dans quatre hôpitaux psychiatriques du canton de Zurich.	Les participants ont été répartis de manière aléatoire dans le groupe d'intervention et le groupe de traitement habituel. Le programme d'intervention comprend un suivi psycho-éducatif individuel axé sur les comportements antérieurs à la crise causée par la maladie, des fiches de gestion de crise et, après la sortie de l'hôpital psychiatrique, un suivi préventif de 24 mois. Au total, 238 patients hospitalisés (sur 756 sollicités) ont été inclus dans l'essai. À l'issue des 12 mois, 80 (67,2 %) des patients du groupe d'intervention et 102 (85,7 %) du groupe de TH participaient toujours à l'essai. Sur ces nombres, 22,5 % du groupe intervention (35,3 % du TH) avaient été réadmis sous contrainte en psychiatrie ; les résultats montrent un nombre significativement plus faible de réadmissions involontaires par patient (0,3 dans le groupe d'intervention ; 0,7 dans le groupe de TAU). Cette analyse à mi-parcours donne à penser que cette intervention à des effets bénéfiques sur des groupes de patients cibles en psychiatrie.
Lay, B ; Nordt, C ; Rössler, W (2018)	Suisse	238 patients hospitalisés exposés à au moins une admission involontaire au cours des 24 derniers mois.	L'objectif de cette étude était d'évaluer un programme d'intervention destiné aux personnes atteintes de maladies mentales graves qui a pour but de réduire les admissions psychiatriques involontaires. Dans l'étude en cours, les chercheurs examinent la possibilité de maintenir les patients dans ce programme et comparent les résultats obtenus au cours des 12 premiers mois à ceux obtenus après le traitement habituel (TH).	Quantitative - étude randomisée contrôlée sur groupe d'intervention qui est actuellement menée dans quatre hôpitaux psychiatriques du canton de Zurich.	Les participants qui ont achevé le programme de 24 mois ont été moins nombreux à être réadmis sous contrainte en psychiatrie (28 %) que ceux qui avaient reçu le traitement habituel (43 %). De même, le nombre de réadmissions involontaires par patient était significativement inférieur (0,6 contre 1,0) et les épisodes de contrainte étaient plus courts (15 jours contre 31 jours) que chez les patients exposés au TH. Un modèle de régression binomiale négative a montré un effet significatif de l'intervention (RR 0,6 ; intervalle de confiance à 95 % 0,3-0,9) ; les autres facteurs de risque de réadmission involontaire étaient le nombre d'admissions involontaires dans les antécédents du patient (RR 2,8), un diagnostic de trouble de la personnalité (RR 2,8) ou de trouble psychotique (RR 1,9). Les abandons (37 % du groupe d'intervention ; 22 % du TH) étaient caractérisés par un nombre élevé d'admissions involontaires avant l'essai, un âge plus jeune et une nationalité étrangère. Cette étude montre la faisabilité et la pertinence de cette intervention pour prévenir les réadmissions involontaires dans un

Lindgren, I, et al (2006)	Suède	24 patients exposés à un premier épisode de psychose diagnostiquée entre 1990 et 1992. et 32 entre 1993 et 1996	L'objectif de la présente étude était de suivre les patients des deux groupes pendant 5 ans, en comparant les résultats.	Analyse quantitative à l'aide de l'échelle de rétablissement Soteria Nacka.	Les résultats ont montré qu'un traitement facilement accessible et adapté aux besoins, comprenant des soins de nuit, pourrait être bénéfique pour les patients présentant un premier épisode psychotique. La durée de la psychose non traitée était plus courte et le résultat meilleur.
Long, CG (2015)	Angleterre	38 femmes admises dans l'unité de moyenne sécurité d'une fiducie caritative indépendante.	L'étude vise à évaluer l'efficacité des interventions destinées à limiter le recours à l'isolement en réponse à des comportements à risque en comparant des patientes appariées avant et après le changement.	Analyse quantitative des interventions de l'étude visant à réduire l'utilisation de l'isolement.	La baisse significative du nombre d'isolements et de comportements à risque après le changement s'est accompagnée d'une amélioration des notations du personnel sur le comportement institutionnel, un engagement accru à l'égard du traitement et diminution du temps passé en unité de moyenne sécurité. Le personnel et les patients ont évalué différemment les stratégies les plus efficaces adoptées. Les patients ont plébiscité l'item Sécurité relationnelle consistant en un engagement individuel accru et des séances programmées d'analyse comportementale en chaîne. Le personnel a considéré que la formation au sein de l'unité et le recours aux techniques de désescalade étaient les plus efficaces. Les conclusions confirment les résultats obtenus à partir d'échantillons mixtes de patients admis dans des établissements psychiatriques pénitentiaires, selon lesquels il est possible de réduire efficacement l'isolement sans augmenter la violence des patients ni recourir à d'autres méthodes coercitives.
Looi, G-M E ; Engström, A ; Sävenstedt, S (2015)	Suède	19 auto-évaluations au total	Cette étude visait à décrire de quelle manière les personnes qui s'automutilent perçoivent les solutions de substitution aux mesures coercitives à la lumière de leurs expériences réelles des soins psychiatriques.	Analyse qualitative du contenu des auto-évaluations.	Les chercheurs ont mis en avant trois thèmes extraits de la littérature : « la volonté d'être compris et non délaissé ; la volonté d'une relation mutuelle et non de la méfiance ; une volonté de professionnalisme et non de soins contre-productifs ». Ils affirment que si les soignants peuvent comprendre le patient et collaborer avec lui, il est rarement nécessaire de recourir à des mesures coercitives. [Seul le résumé est disponible].

Meijer, E, et al (2017)	Pays-Bas	41 conférences familiales ont été étudiées dans trois régions.	Cette étude a examiné l'impact des conférences familiales sur les traitements coercitifs en psychiatrie adulte.	Méthodes mixtes - enquête et données observationnelles - utilisées pour évaluer les résultats des conférences familiales.	Les conférences familiales semblent être une intervention prometteuse pour réduire la coercition en psychiatrie. Elles contribuent à se réappropriier sa vie et à restaurer un sentiment d'appartenance. Si les professionnels de la santé mentale s'investissent davantage dans l'organisation des conférences familiales et y apportent leur expertise, ils peuvent en renforcer encore l'impact.
Lyons, C, et al (2009)	Angleterre	Questionnaires envoyés par courrier et 24 réunions de groupe avec des usagers et des soignants.	Comprendre quelle définition ont les usagers et les soignants d'une crise et quel est, selon eux, l'éventail de services de crise, de ressources et d'interventions qui permettrait d'éviter des admissions à l'hôpital inutiles.	Analyse quantitative des questionnaires et des réunions de groupe.	Il existe des données probantes récentes montrant que les services de résolution de crise peuvent être des solutions de substitution à l'hospitalisation, et ainsi réduire la demande de lits d'hospitalisation. Les auteurs concluent que les préférences exprimées par les usagers et les soignants en faveur de services préventifs et flexibles représenteront un défi pour les responsables et fournisseurs des services, en particulier lorsque les critères d'accès utilisés sont stricts. Les services préventifs à domicile qui réduisent les traitements hospitaliers inutiles permettent d'éviter la progression de l'exclusion sociale des usagers.
Mann-Poll, PS, et al (2018)	Pays-Bas	Cinq unités de patients hospitalisés ont pris part à l'étude : trois unités d'admission pour adultes, une unité d'admission pour personnes âgées et une unité fournissant des soins de long séjour à des patients adultes.	L'objectif de cette étude était d'examiner l'impact d'un programme de réduction de l'isolement sur une durée prolongée, de 2004 à 2013.	Quantitative – analyse des données nationales	Cette étude montre une réduction significative du nombre et de la durée des incidents d'isolement sur une période prolongée. Le leadership organisationnel et un ensemble d'interventions visant spécialement à réduire l'isolement ont servi d'éléments clés. Néanmoins, réduire le recours à l'isolement reste un défi et nécessite du temps, un ancrage dans l'organisation et une vigilance constante de l'organisation et des professionnels.

Mezzina, R ; Vidoni, D (1995)	Italie	39 nouveaux patients présentant des « crises aiguës et sévères » inclus dans une étude de suivi de 4 ans au centre communautaire de santé mentale de Trieste (CMHC).	Évaluer l'impact du modèle de Trieste pour la fourniture de services de santé mentale, en particulier « les interventions multidisciplinaires employant un large éventail de réponses aux besoins existentiels et sociaux qu'une crise engendre ».	Méthodes mixtes - analyse des données de services	Selon les auteurs, l'évaluation indique : 1) une sortie de la crise initiale généralement satisfaisante ; 2) un faible taux de rechute ; 3) une évolution vers des résultats favorables à long terme ». Par ailleurs :  « En termes de pratique, l'hospitalisation volontaire et sans consentement a été évitée au profit d'un soutien à court terme de jour et de nuit au sein du CMHC. Il n'y a pas eu de suicides, de crimes, d'abandons. L'adaptation sociale est restée inchangée. L'étude montre que les services de santé mentale de Trieste sont capables de faire face à des crises aiguës sans hospitalisation psychiatrique.
Morrison, AP, et al (2014)	Royaume-Uni (pays non précisé)	74 personnes ont été incluses de manière aléatoire et ont été exposées soit à une thérapie cognitive associée au traitement habituel (n = 37), soit uniquement au traitement habituel (n = 37).	Examiner la faisabilité et l'efficacité du recours à la thérapie cognitive comportementale (TCC) chez les personnes atteintes de schizophrénie qui ne prennent pas de médicaments.	Quantitative - essai contrôlé randomisé en simple aveugle dans deux centres britanniques entre le 15 février 2010 et le 30 mai 2013.	Les scores totaux moyens de l'échelle PANSS étaient systématiquement moins élevés dans le groupe de thérapie cognitive que dans le groupe de traitement habituel, l'ampleur de l'écart entre les groupes étant estimée à -6,52 (IC à 95 % - 10,79 à -2,25 ; p=0,003). La thérapie cognitive a réduit de manière significative les symptômes psychiatriques et semble être une solution de substitution sûre et acceptable pour les personnes atteintes de troubles du spectre de la schizophrénie qui ont choisi de ne pas prendre de médicaments antipsychotiques. Ces personnes devraient avoir accès à des traitements fondés sur des données probantes. Un essai définitif de plus grande envergure est

Noorthoorn, EO; et al (2016)	Pays-Bas	Les données (2008 à 2013) sont extraites d'un registre national.	En 2006, un objectif de réduction de l'isolement dans les hôpitaux néerlandais d'au moins 10 % par an a été fixé. Plus de 100 projets financés à hauteur de 35 millions d'euros ont été mis en place dans 55 hôpitaux. Cette étude a évalué les résultats.	Quantitative – analyse des données nationales	La participation des hôpitaux au registre était comprise entre huit en 2008 et 66 en 2013, et les admissions étaient comprises entre 11 300 à 113 290. La réduction annuelle moyenne de l'isolement à l'échelle nationale était d'environ 9 %. La moitié des hôpitaux sont parvenus à réduire l'isolement. Dans certains hôpitaux, les taux ont augmenté. Dans certains établissements où l'isolement avait diminué, le recours à la médication forcée a augmenté. Les taux d'isolement plus élevés étaient associés à des troubles psychotiques et bipolaires, au sexe masculin et à plusieurs types d'unités. L'isolement a diminué de manière significative, et la médication forcée a augmenté. Les taux variaient considérablement d'un hôpital à l'autre. Dans un grand nombre d'hôpitaux, des efforts supplémentaires doivent être entrepris pour réduire l'isolement.
Norredam, M ; et al (2010)	Danemark	Échantillon de 6 476 personnes hospitalisées en psychiatrie sur une cohorte totale de 312 300 personnes.	Étudier les différences de risque d'admission involontaire et d'autres mesures coercitives en cas d'urgence psychiatrique chez les patients réfugiés et migrants par rapport aux patients danois natifs.	Quantitative – analyse des données nationales	Les migrants ont un risque plus élevé que les Danois natifs d'être exposés à des mesures coercitives.
Gjerberg, E ; Hem, MH ; Forde, R ; Pedersen, R (2017)	Norvège	Sept entretiens téléphoniques semi-dirigés avec des répondants clés chargés de « projets de développement centraux et de travaux en matière d'assurance de la qualité dans les services de santé mentale en Norvège ».	Cet article vise à mieux comprendre comment l'éthique peut contribuer à réduire les pratiques coercitives et à en améliorer la qualité par le biais d'une étude qualitative auprès de répondants clés participant à des projets de développement et des structures en Norvège qui utilisent peu la coercition.	Analyse qualitative d'entretiens téléphoniques semi-dirigés	Cette étude montre que l'éthique peut apporter une contribution significative aux projets de développement et à l'assurance de la qualité en matière de coercition en proposant des moyens plus systématiques de tenir compte des questions d'ordre moral. L'interdépendance des contextes organisationnels, des aspects professionnels et des questions d'ordre moral souligne la nécessité d'une éthique intégrée et axée sur les processus. D'autres études sont nécessaires pour examiner comment l'utilisation systématique de différentes formes de respect de l'éthique clinique pourrait contribuer aux travaux de recherche sur la coercition.

Olsson, H ; Schön, U-K (2016)	Suède	13 « travailleurs de santé principaux » d'un hôpital psychiatrique médico-légal hautement sécurisé.	Déterminer quelles sont les ressources utilisées par le personnel médico-légal pour prévenir ou éviter des situations de violence, et examiner les similitudes entre ces pratiques et les soins axés sur le rétablissement.	Analyse qualitative de textes d'entretiens approfondis accompagnée d'une analyse thématique.	Le personnel prévient les situations de violence en mobilisant ses connaissances tacites et son expérience, et par une responsabilité collégiale partagée. Le personnel protège les patients, encourage leur participation et assure la coordination des équipes. Ces résultats ont un effet sur les soins médico-légaux ainsi que psychiatriques, s'agissant du processus visant à faire du rétablissement une réalité pour les patients dans le cadre des soins médico-légaux.
Osborn, D; et al (2010)	Angleterre	L'étude a comparé l'expérience de 314 patients dans quatre solutions résidentielles de substitution et quatre services standards.	Comparer la satisfaction des patients, l'atmosphère du service et la coercition perçue dans les deux types de service, en utilisant des indicateurs validés.	Analyse quantitative des données recueillies à partir des outils suivants : questionnaire sur la satisfaction des usagers, échelle de satisfaction des services - formulaire résidentiel, etc.	Les « solutions de substitution aux services d'hospitalisation traditionnels » semblent être associées à une meilleure expérience des admissions. Les solutions de substitution communautaires sont associées à une plus grande satisfaction des usagers et à des expériences moins négatives. Certaines de ces différences, mais pas toutes, s'expliquent par des différences entre les deux populations, notamment en ce qui concerne les admissions involontaires.
Papageorgiou, A ; et al (2010)	Angleterre	156 patients hospitalisés dont le traitement involontaire est sur le point d'être levé en vertu de la <i>Loi sur la santé mentale</i> ont été inclus dans l'étude.	Évaluer si l'utilisation de directives anticipées par des patients atteints de maladie mentale se traduit par des taux inférieurs de réadmission involontaire à l'hôpital.	Analyse quantitative des soins psychiatriques hospitaliers habituels par rapport au traitement habituel associé à une directive anticipée.	Quinze patients (19 %) du groupe d'intervention et 16 (21 %) du groupe témoin ont été réadmis sans consentement dans l'année suivant leur sortie. Aucune différence n'a été observée dans le nombre de réadmissions involontaires, le nombre de patients réadmis volontairement, le nombre de jours passés à l'hôpital ou la satisfaction à l'égard des services psychiatriques. Les directives anticipées des usagers ont eu peu d'incidence observable sur le résultat des soins à 12 mois.
Paterson, B ; Bennet, L ; Bradley, P (2014)	Pays-Bas	Échantillon aléatoire de 252 patients sur 2 682 patients ayant été successivement en contact avec deux équipes d'urgence psychiatrique à Amsterdam.	L'objectif est d'étudier les liens entre les avis sur les traitements psychiatriques antérieurs, les perceptions, l'engagement du service le risque de (nouveau) placement d'office.	Analyse quantitative des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients, et informations sur les admissions involontaires antérieures.	Une plus grande satisfaction à l'égard du traitement antérieur semble réduire sensiblement le risque de placement d'office. Les faibles niveaux de satisfaction semblent principalement liés aux antécédents de placement involontaire. Ces conclusions semblent ouvrir la voie à une diminution du risque de (nouveau) placement d'office en essayant d'améliorer la satisfaction à l'égard du traitement, en particulier pour les patients en détention.
Poulsen, HD (2002)	Danemark	472 admissions dans toutes les unités psychiatriques d'un hôpital ont été sélectionnées au hasard à raison	Étudier la prévalence de la « privation de liberté extrajudiciaire » - à savoir les restrictions de sortie d'une unité psychiatrique autres	Quantitative - enquête sur un large échantillon de données d'admission en psychiatrie (le personnel doit	La privation de liberté extrajudiciaire semble être un phénomène courant dans les services psychiatriques, même chez les patients admis volontairement. Les raisons du recours à ce type de coercition sont probablement complexes, mais il semble qu'il soit plus fréquent chez les patients gravement malades.

		d'une admission sur cinq.	qu'un engagement formel de placement involontaire - dans une population hospitalière.	enregistrer l'obligation de sorties limitées).	
Putkonen, A ; et al (2013)	Finlande	13 unités d'un hôpital psychiatrique national sécurisé en Finlande.	Étudier s'il est possible d'éviter l'isolement et la contention dans les soins psychiatriques chez des personnes atteintes de schizophrénie sans augmenter la violence.	Quantitative - essai contrôlé randomisé, comparant les rapports des taux d'incidence (RTI) mensuels de la coercition et de la violence.	La proportion de jours-patients en isolement, sous contention ou dans une chambre surveillée a diminué de 30 % à 15 % dans les unités d'intervention (RTI =0,88, intervalle de confiance [IC]=0,86-0,90, p<0,001) contre 25 % à 19 % dans les unités de contrôle (RTI =0,97, IC=0,93-1,01, p=0,056). Le temps passé en isolement et sous contention est passé de 110 à 56 heures pour 100 jours-patients dans les unités d'intervention (RTI =0,85, IC = 0,78-0,92, p<.001) mais a augmenté de 133 à 150 heures dans les unités de contrôle (RTI = 1,09, IC = 94-1,25, p=0,24). L'isolement et la contention ont été évités sans augmentation de la violence dans les unités accueillant des hommes souffrant de schizophrénie et présentant des comportements violents. Une réduction similaire serait réalisable dans des circonstances moins extrêmes.
Robertson, JP ; Collinson, C (2011)	Angleterre	Deux groupes d'employés travaillant au sein d'équipes de proximité communautaires locales rattachées à des services de santé mentale de troubles d'apprentissage pour adultes dans une ville des Midlands.	Examiner les expériences des travailleurs de proximité dans l'aide l'assistance qu'ils apportent aux usagers avec une prise de risque positif (PRP), notamment les dimensions du risque auquel le personnel est confronté et les facteurs influençant leurs approches du risque.	Analyse qualitative de la transcription d'entretiens.	L'étude a mis en évidence des approches différentes de la prise de risque positif (PRP) à différents niveaux des organisations et la nécessité d'approches organisationnelles cohérentes et plus éclairées dans la pratique. La confiance interpersonnelle repose sur ce type cohérence organisationnelle ; sans elle, certains membres du personnel peuvent avoir l'impression de se livrer à un jeu de hasard lorsqu'ils appliquent une PRP, tandis que d'autres peuvent se replier sur des interventions conservatrices. Ces pratiques conservatrices ont été perçues comme potentiellement dangereuses, favorisant la coercition et perturbatrices pour les relations thérapeutiques, ce qui accroît les risques sur une durée plus longue. Il est nécessaire de mener des recherches sur l'utilisation d'outils d'analyse des défaillances systémiques et d'évaluation des risques pour montrer comment la PRP peut générer des résultats positifs.
Russo, J ; Rose, D (2013)	Europe	L'étude comprenait un groupe de réflexion dans chacun des 15 pays européens et incluait au total 116 participants.	L'objectif de cet article est d'aborder l'évaluation et le suivi des droits fondamentaux dans les établissements psychiatriques du point	Analyse qualitative des données des groupes de réflexion.	L'article met en évidence des questions relevant des droits humains qui ne sont pas manifestes et sont donc moins susceptibles d'être prises en compte lors des visites de contrôle des établissements. Les principaux enjeux comprennent le manque d'interaction et d'humanité générale du personnel, l'administration de traitements peu utiles, le recours généralisé aux médicaments

			de vue de ceux dont les droits sont concernés.		psychotropes comme unique traitement et l'impact global de l'expérience psychiatrique sur l'existence d'une personne.
Schneeberger, AR ; et al (2017)	Allemagne	Données sur l'isolement ou la contention issues de 21 hôpitaux allemands.	Examiner les effets des politiques de portes ouvertes vs. portes fermées sur les incidents liés à des actes agressifs, qui restent flous.	Analyse quantitative de données hospitalières. Étude naturaliste observationnelle et analyse des manifestations de comportements agressifs.	Le risque de contention ou d'isolement pendant le traitement était inférieur dans les hôpitaux appliquant une politique de portes ouvertes. Dans les unités ouvertes, les comportements agressifs ainsi que l'isolement ou la contention étaient moins fréquents, tandis que le risque de préjudices corporels était plus élevé dans les services fermés. Les hôpitaux qui mènent une politique de portes ouvertes ne se distinguent pas des hôpitaux dont les unités sont fermées en ce qui concerne les différentes formes d'agression. Les autres mesures restrictives employées pour contenir l'agressivité étaient significativement réduites dans les établissements ouverts. Les unités ouvertes semblent avoir un effet positif sur la réduction des agressions. Les recherches futures devraient se concentrer sur les politiques de santé mentale visant des démarches thérapeutiques autonomisantes, respectant l'autonomie du patient et favorisant la réduction de la coercition institutionnelle.
Schout, G; et al (2017a)	Pays-Bas	Deux études de cas de familles/réseaux sociaux.	Répondre à la question de savoir ce que les conférences de groupe familiales (CCF) apportent aux méthodes existantes pour réduire la coercition dans les soins de santé mentale et promouvoir l'inclusion.	Analyse qualitative des données de l'étude d'évaluation	Les études montrent qu'il est justifié d'appliquer plus largement les CCF dans le domaine de la santé mentale, y compris en dehors du cadre des soins coercitifs. L'étude a relevé que les usagers et/ou leur réseau social n'étaient pas toujours en mesure de participer à une conférence et encore moins de faire preuve d'une autodétermination suffisante ; un plan pourrait donc être établi sur le temps personnel.
Schout, G; et al (2017a)	Pays-Bas	17 familles/réseaux sociaux engagés dans des conférences de groupe familiales.	Définir les obstacles à la mise en œuvre des conférences familiales. « Une réponse à cette question donne un aperçu des situations dans lesquelles les conférences de groupe familiales peuvent (ou non) être utiles ».	Qualitative - 17 études de cas	Les obstacles suivants ont été mis en évidence : « (1) un grave danger dans les situations de coercition, le peu de temps disponible, la peur de la responsabilité et la culture du contrôle et de l'aversion au risque dans les soins de santé mentale ; (2) la gravité de l'état mental des usagers entraînant des difficultés dans la prise de décision et la communication ; (3) envisager une conférence de groupe familiale et la participation des réseaux familiaux comme une valeur ajoutée en situation de crise ne fait pas partie des façons de penser et d'agir des professionnels de santé mentale ; (4) les usagers et leur réseau (qui) ne sont pas réceptifs à une conférence de groupe familiale ». La prise

					de conscience des obstacles aux conférences de groupe familiales peut « contribuer à rester ouverts sur leur capacité à renforcer le partenariat entre les usagers, les réseaux familiaux et les professionnels » et « peut aider les travailleurs sociaux à mettre en œuvre des valeurs éthiques et professionnelles dans leur recherche d'une prise en charge la moins coercitive possible ».
Seikkula, J (2003)	Finlande	Les données de 69 usagers de services, dont 45 ayant bénéficié d'un soutien dans le cadre du dialogue ouvert, ont été comparées à celles de 14 usagers dans des services de soins aigus traditionnels.	Évaluer l'approche du dialogue ouvert (DO) qui a pour objet de traiter les patients psychotiques chez eux.	Quantitative – analyse des données nationales	Dans le cadre du modèle finlandais adapté aux besoins, l'approche du dialogue ouvert (DO) vise à traiter les patients psychotiques chez eux. Le traitement met en jeu le réseau social du patient, commence dans les 24 heures suivant le premier contact, et la même équipe est responsable de l'ensemble du traitement en milieu hospitalier et ambulatoire. Les patients du groupe « Le Dialogue ouvert dans la psychose aiguë » ont présenté moins de rechutes et de symptômes psychotiques résiduels et leur situation professionnelle était meilleure que celle des patients du groupe témoin. L'approche du DO, comme les autres programmes de thérapie familiale, semble donner de meilleurs résultats que le traitement classique. Le dialogue ouvert est caractérisé par une médication neuroleptique réduite.
Siponen, U ; Välimäki, M ; Kaivosoja, M ; Marttunen, M ; Kaltiala-Heino, R (2011)	Finlande	Données relatives à l'ensemble des adolescents âgés de 13 à 17 ans de deux districts finlandais entre les années 1996 et 2003.	L'objectif de l'étude était d'étudier les caractéristiques associées à une intervention involontaire sur des adolescents au niveau régional en comparant deux districts hospitaliers clairement différents à cet égard.	Analyse quantitative des données nationales de sortie des hôpitaux.	Des facteurs autres que les caractéristiques des adolescents eux-mêmes - tels que « les divorces, les familles monoparentales, l'exclusion sociale » - sont associés à l'utilisation de soins involontaires, même si la conception de cette étude écologique ne permet pas d'établir de liens de causalité.
Slade, M ; et al (2010)	Angleterre	Des données ont été recueillies sur les coûts d'admission dans six services classiques et six services de substitution.	Étudier les résultats à court terme et les coûts d'admission dans des services habituels et dans des services appliquant d'autres méthodes et combler les lacunes des recherches sur les résultats obtenus après une admission	Quantitative - Échelles Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS), Threshold Assessment Grid (TAG), Global Assessment of Functioning (GAF).	Tous les résultats se sont améliorés pendant le séjour pour les deux types de services (n = 433). L'amélioration après correction était plus marquée dans les services habituels avec les scores HoNOS (écart 1,99, IC à 95 % 1,12-2,86), TAG (écart 1,40, IC à 95 % 0,39-2,51) et GAF (écart 4,15, IC à 95 % 1,08-7,22) mais pas les symptômes de l'échelle GAF. Les admissions dans les services de substitution étaient plus courtes de 20,6 jours, et donc moins chères (3832 UKE contre 9850 £). Les services traditionnels coûtaient 2 939 £.

			dans structures d'accueil autres que les services de santé mentale hospitaliers traditionnels.		de plus par unité d'amélioration sur l'échelle HoNOS. L'absence d'avantage clair et net dans l'un ou l'autre type de service souligne l'importance de l'expérience subjective et des coûts à long terme.
Thomsen, CT ; et al (2018)	Danemark	Données cliniques obtenues auprès de bénéficiaires du système d'admission contrôlée par le patient dans les cinq régions du Danemark où il est disponible.	Évaluer si la mise en œuvre de l'admission contrôlée par le patient (ACP) permet de réduire la coercition et d'améliorer les autres résultats cliniques chez les patients hospitalisés en psychiatrie.	Analyse quantitative des données sur l'admission contrôlée par le patient.	La mise en œuvre de l'admission contrôlée par le patient (ACP) n'a pas réduit la coercition, l'utilisation des services ou les comportements d'automutilation par rapport au traitement habituel (TH). Dans le cadre d'une conception jumelée, les résultats des patients en ACP durant l'année suivant la signature de l'accord ont été comparés à ceux de l'année précédente. Le groupe de patients en ACP présentait un plus grand nombre de jours d'hospitalisation (écart moyen = 28,4 ; IC à 95 % : 21,3 ; 35,5) et une plus grande consommation de médicaments (P < 0,0001) que le groupe du TH. Les analyses effectuées avant et après ont montré une réduction de la coercition (P = 0,0001) et des journées d'hospitalisation (P = 0,0003). Les effets bénéfiques de l'ACP n'ont pu être observés que dans les comparaisons avant et après l'ACP. Des recherches plus approfondies devraient permettre de déterminer si l'ACP a une incidence sur d'autres résultats afin de mieux établir sa valeur clinique.
Thomsen, C ; et al (2017)	Danemark	La population étudiée comprenait toutes les personnes âgées de 18 à 63 ans ayant été hospitalisées en psychiatrie entre le 1er janvier 1999 et le 31 décembre 2014.	Définir les facteurs de risque associés aux mesures coercitives, pour mieux comprendre les causes possibles de la coercition (et par conséquent les moyens de la prévenir).	Analyse quantitative des données sur les admissions de patients en hôpitaux psychiatriques.	Les caractéristiques cliniques étaient les principaux facteurs prédictifs de la coercition et les patients atteints de troubles mentaux organiques présentaient le risque d'exposition à une mesure coercitive le plus élevé (OR=5.56 ; IC à 95 % = 5,04, 6,14). Le risque de coercition était maximal lors de la première admission et diminuait avec le nombre d'admissions (p totale<0,001). Les variables socio-économiques suivantes étaient associées à un risque accru de coercition : sexe masculin, chômage, classe sociale inférieure et immigrants en provenance de pays à revenu faible ou intermédiaire (p totale<0,001). La retraite anticipée et les relations sociales, notamment le fait d'être marié et d'avoir des enfants, réduisaient le risque d'exposition à une mesure coercitive (p totale<0,05). Ces résultats peuvent aider les chercheurs à repérer les patients exposés à un risque de mesure coercitive et ainsi contribuer à cibler de nouveaux programmes de réduction de la coercition.

Thornicroft, G; et al (2013)	Angleterre	569 participants ont été répartis au hasard (285 dans le groupe d'intervention et 284 dans le groupe de contrôle).	Évaluer si l'utilisation complémentaire de plans de crise conjoints a amélioré les résultats des personnes atteintes de maladies mentales graves par rapport au traitement habituel.	Analyse quantitative des données d'un essai randomisé contrôlé selon la méthode CRIMSON (Crisis Impact : Subjective and Objective coercion and engagement).	Les résultats sont en contradiction avec deux études antérieures sur les plans de crise conjoints (PCC) et montrent que le PCC n'est pas significativement plus efficace que le traitement habituel. Des éléments probants indiquent que les PCC n'ont pas été pleinement mis en œuvre dans tous les sites de l'étude et qu'ils ont été combinés à entretiens cliniques de routine qui ne prenaient pas pleinement en compte les préférences des patients. L'étude soulève donc d'importantes interrogations à propos de la mise en œuvre de nouvelles interventions dans la pratique clinique courante.
van der Post, Louk FM ; et al (2014)	Pays-Bas	Échantillon aléatoire de 252 patients sur 2 682 ayant été successivement en contact avec deux équipes d'urgence psychiatrique à Amsterdam.	L'objectif est d'étudier les liens entre les avis sur les traitements psychiatriques antérieurs, les perceptions, l'engagement du service le risque de (nouveau) placement d'office.	Analyse quantitative des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients, et informations sur les admissions involontaires antérieures.	Une plus grande satisfaction à l'égard du traitement antérieur semble réduire sensiblement le risque de placement d'office. Les faibles niveaux de satisfaction semblent principalement liés aux antécédents de placement involontaire. Ces conclusions semblent ouvrir la voie à une diminution du risque de (nouveau) placement d'office en essayant d'améliorer la satisfaction à l'égard du traitement, en particulier chez les patients en détention.
van der Schaaf, PS ; et al (2013)	Pays-Bas	Données des services de 77 hôpitaux psychiatriques néerlandais ainsi qu'une étude de référence sur l'utilisation des mesures coercitives dans 16 hôpitaux psychiatriques néerlandais.	Étudier l'effet des caractéristiques de la conception sur le risque d'être isolé, le nombre d'incidents d'isolement et la durée de l'isolement de patients admis dans des unités fermées de soins psychiatriques intensifs.	Analyse quantitative combinant les données sur la qualité et la sécurité des bâtiments avec les données sur la fréquence et le type de mesures coercitives.	Un certain nombre de caractéristiques de conception ont eu un effet sur le recours à l'isolement et à la contention. L'étude a souligné la nécessité de se concentrer davantage sur l'impact de l'environnement physique sur les patients, car, conjugué à d'autres interventions, cela permet de réduire le besoin d'isolement et de contention.
Vruwink, FJ, et al (2012)	Pays-Bas	Hôpitaux néerlandais ayant bénéficié d'un programme de subventions national, qui en 2006 (début du programme) étaient au nombre de 34 et en 2009 (fin du programme) au nombre de 42.	Déterminer si les chiffres de l'isolement et de la médication forcée ont sensiblement changé après le début de ce programme national conçu pour réduire l'isolement dans les hôpitaux néerlandais.	Analyse quantitative (en utilisant la régression de Poisson pour estimer l'écart dans les pentes du logit) des données sur l'isolement et la médication involontaire de l'inspection des soins de santé néerlandaise.	Après le lancement du programme national, le nombre d'isolements a reculé et, malgré un changement significatif, le déclin a été modéré et n'a pas permis d'atteindre l'objectif de baisse annuelle de 10 %. Le nombre de médications involontaires n'a pas évolué ; après correction pour tenir compte du nombre d'hospitalisations involontaires, il a même augmenté.

Zinkler, M (2016)	Allemagne	Données des services d'un réseau d'hôpitaux bavarois.	Examiner les données sur le recours à la coercition en les comparant aux données sur l'utilisation du traitement forcé dans un groupe d'hôpitaux bavarois depuis 2014. En outre, l'étude présente des données détaillées concernant un établissement qui applique une approche inhabituelle de la violence et de la coercition.	Analyse de données quantitatives sur le recours à la coercition dans un réseau d'hôpitaux psychiatriques.	En vertu de la CDPH, la Cour constitutionnelle et la Cour suprême fédérale allemandes ont limité le recours au traitement forcé « dans toutes les situations d'urgence sauf lorsque la vie est en péril » pendant une durée de 15 mois à compter de 2014. Les données nationales et locales montrent qu'il n'est pas facile de renoncer à la médication forcée et que des problèmes se posent en cas d'arrêt d'un type de traitement forcé (médication forcée) tout en augmentant d'autres formes de coercition (contention) et de violence dans les établissements psychiatriques. Selon l'auteur, « [c]ertaines données issues d'un service de santé mentale local montrent que le recours à la médication forcée pourrait devenir obsolète ».
-------------------	-----------	---	---	---	--

