



HAL
open science

Étudier conjointement l'isolement, la contention mécanique et la contention chimique : étude pilote dans trois établissements psychiatriques français

Anne-Cécile Blandin, Samy Dallel, Julien Degry, Éric Fakra, Sébastien Hardy, Justine Liothier, Delphine Moreau, Fabrice Lagrange, Yvonne Quenum, Sébastien Saetta

► To cite this version:

Anne-Cécile Blandin, Samy Dallel, Julien Degry, Éric Fakra, Sébastien Hardy, et al.. Étudier conjointement l'isolement, la contention mécanique et la contention chimique : étude pilote dans trois établissements psychiatriques français. *L'Encéphale*, 2024, 10.1016/j.encep.2024.02.013 . hal-04578341

HAL Id: hal-04578341

<https://ehesp.hal.science/hal-04578341>

Submitted on 6 Jun 2024

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

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

**Étudier conjointement l'isolement, la contention mécanique et la contention chimique :
étude pilote dans trois établissements psychiatriques français**

**Joint study of seclusion, mechanical restraint and chemical restraint: pilot study in three
French psychiatric hospitals**

Blandin Anne-Cécile¹ ; Dallel Samy¹ ; Degry Julien^{1,3} ; Fakra Éric^{1,2} ; Hardy Sébastien⁴ ;
Liothier Justine⁴ ; Moreau Delphine⁵ ; Lagrange Fabrice⁶ ; Quenum Yvonne¹ and Saetta
Sébastien^{7,1,8} et l'équipe PLAID-Care*

- 1- CHU de Saint-Étienne, Pôle de psychiatrie
- 2- Centre de recherche en neurosciences de Lyon
- 3- Université Jean Monnet
- 4- Centre Hospitalier Buëch Durance
- 5- École des Hautes Études en Santé Publique
- 6- Centre Hospitalier Pierre Lôo
- 7- École Nationale des Solidarités, de l'Encadrement et de l'Intervention Sociale (ENSEIS)
- 8- Centre Max Weber (UMR 5283)

*Magali Coldefy (IRDES), Jean-Paul Lanquetin (CHU de Saint-Etienne), Frédéric Mougeot (ENSEIS,
Centre Max Weber), Daria Rostirolla (ENSEIS), Loïc Rohr (CHU de Saint-Etienne, CH Saint-Jean de
Dieu), Livia Velpy (Université Paris 8, Cermes 3)

Correspondance

Sébastien Saetta
ENSEIS–Siège
185 rue Jean Voillot
69100 VILLEURBANNE Cedex
France
saetta.sebastien@enseis.fr
+0033 6 28 21 00 48
ORCID : 0000-0002-3621-9616

Conflits d'intérêts

Aucun

Financement

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

RÉSUMÉ

Les services de psychiatrie qui ne recourent qu'exceptionnellement à l'isolement et la contention mécanique peuvent être soupçonnés de recourir à la « contention chimique ». Cependant, face à ces services, l'hypothèse d'une diminution du niveau général de contrainte peut également être formulée. Préalablement à une recherche d'ampleur visant à tester ces hypothèses, la présente étude vise à tester les indicateurs permettant de définir des hauts niveaux de recours à ces mesures et un échantillon pertinent. L'étude a été déployée dans trois établissements auprès des patients hospitalisés sur une semaine donnée, à savoir 254 patients. 5% des patients de l'échantillon ont fait l'objet d'une mesure d'isolement et 2% d'une mesure de contention. Les hautes doses ont concerné 13% des patients (en comptant les traitements si besoin) et 9% des patient (en les excluant). Ces données sont inférieures aux données de la littérature et aux moyennes nationales. Des différences apparaissent cependant entre les centres, l'un d'eux affichant, pour les trois mesures des pourcentages plus élevés que les deux autres. Cette étude confirme la faisabilité d'étudier conjointement les trois mesures, la pertinence des indicateurs utilisés et les possibilités d'extraction des données. Cependant, la semaine étudiée ne paraissant pas le reflet de ce qui s'observe sur l'ensemble de l'année en matière d'isolement et de contention, il serait opportun de multiplier les semaines d'observation voire d'évaluer en continu les pratiques de prescription. Les futures études devront aussi inclure un nombre plus important de centres et inclure également des études de cas, permettant d'approcher plus finement les pratiques d'administration en rapport avec celles de prescriptions.

ABSTRACT

Psychiatric wards that only exceptionally use isolation and mechanical restraint may be suspected of using "chemical restraint". However, in the case of these services, the hypothesis of a reduction in the general level of restraint can also be formulated. Before a comprehensive study to test these hypotheses, the current research aims to assess indicators defining high levels of using these measures and a relevant sample. The study was conducted in three facilities with 254 hospitalized patients over a week. 5% experienced isolation, 2% mechanical restraint, and 13% received high doses (including "as needed" treatments). These figures are below literature data and national averages. Variances exist between centers, with one showing higher percentages for all three measures. While confirming the feasibility of studying these measures together, the study suggests the need for longer observations and continuous evaluation of prescription practices to better reflect yearly isolation and restraint trends. Future studies should involve more centers and include case studies for a nuanced understanding of administration practices in relation to prescriptions.

MOTS-CLÉS

Service hospitalier de psychiatrie – Neuroleptiques – Études de faisabilité – Contention mécanique et isolement – Coercition

KEYWORDS

Psychiatric Department, Hospital – Antipsychotic Agents – Feasibility Studies – Restraint and seclusion – Coercion

INTRODUCTION

Les services de psychiatrie qui se passent ou ne recourent qu'exceptionnellement à l'isolement et la contention mécanique (ISOC) peuvent susciter une forme d'incrédulité [1,2]. Ils sont notamment soupçonnés d'avoir un recours accru aux médicaments, identifié comme une forme de contrainte à part entière et désignée par l'expression « contention chimique » [3,4,5]. Ce soupçon repose sur l'hypothèse d'un niveau de contrainte constant impliquant, dès lors que l'on s'efforcerait de se passer de l'une de ces mesures, des phénomènes de report vers d'autres mesures. Cependant, face à des services moins coercitifs, l'hypothèse d'une diminution du niveau général de contrainte peut également être formulée. Tandis qu'une étude danoise a montré que la diminution de la contention mécanique dans un service n'avait pas conduit à augmenter le recours aux médicaments [6], une étude suisse a même montré qu'une politique « portes ouvertes » dans un hôpital avait permis de diminuer l'isolement et la « médication forcée » [7]. Le projet BETA a aussi montré que de bonnes pratiques et un usage raisonné du médicament conduit à mieux gérer l'agitation des patients et à réduire les agressions contre le personnel [8].

Dans la continuité de ces recherches, il s'impose de poursuivre l'étude conjointe des trois formes de contrainte, particulièrement en France, où aucune recherche ne les a étudiées conjointement. Des données existent cependant pour chacune des mesures. Concernant l'ISOC, la mise en place d'un registre dans les hôpitaux permet désormais d'en mesurer le recours sur le territoire national [9]. En 2022, 10% des personnes hospitalisées à temps plein en psychiatrie (PHTP) ont fait l'objet d'une mesure d'isolement et 3% d'une contention mécanique. Concernant le recours accru aux médicaments, deux études permettent d'en montrer la fréquence en France, les « hautes doses » (HD) [10] concernant entre un quart et la moitié des personnes atteintes de schizophrénie [11,12]. Des études à l'international sur les PHTP font état de 10% à 21% de patients avec des HD et de 51% avec au moins deux neuroleptiques (NL) [13].

Préalablement à une recherche de plus grande ampleur, l'étude pilote présentée dans cet article vise à explorer les possibilités d'étudier conjointement les trois mesures¹.

MÉTHODOLOGIE

L'étude a porté sur le CH Pierre-Lôo (CHPL), le CH Buëch-Durance (CHBD) et le CHU de Saint-Étienne (CHUSTE), couvrant respectivement des populations de 220 000, 140 000 et 800 000 habitants. Afin de rester dans des ordres de grandeur équivalents, elle a été limitée à l'un des secteurs du pôle de psychiatrie du CHUSTE : le secteur Saint-Étienne (180 000 habitants).

Notre test a porté sur les PHTP la semaine du 13 au 20 juin 2022. Les données suivantes ont été recueillies : diagnostic principal ; âge ; sexe ; pourcentage de patients en soins sans consentement (SSC), isolés et contenus. La durée moyenne de séjour (DMS) ainsi que le pourcentage de patients isolés, contenus et en SSC ont été observées sur l'ensemble de l'année 2022.

La contention chimique a été étudiée *via* le pourcentage de patients avec une HD (dose supérieure à 1000 mg par jour équivalent chlorpromazine tous traitement confondus incluant les NL à action prolongée). Cela correspond, quand plusieurs NL sont prescrits, à la dose totale

¹ L'étude a été réalisée dans le cadre de la recherche PLAID-Care sur la moindre coercition en France [1].

et cumulée [10]. Les pourcentages de patients avec au moins deux NL et les doses cumulées moyennes de neuroleptiques (DCM) (équivalent chlorpromazine en mg) ont également été relevés. Chaque indicateur a été mesuré en incluant et en excluant les prescriptions médicales anticipées, dénommées « traitements si besoin » (TSB).

Les données socio-démographiques et pharmacologiques ont été extraites par les pharmaciens (ACB, SH, FL) à partir du dossier du patient et des ordonnances saisies la semaine donnée. Celles sur l'hospitalisation et l'ISOC ont été fournies par les DIM des établissements.

RÉSULTATS

L'étude a porté sur 11 unités qui, en 2022, ont pris en charge 1583 PHTP (Tableau 1). Parmi ceux-ci, 32% (n=513) étaient en SSC, 12% (n=196) à l'isolement et 5% (n=86) contenus. Le CHBD se distingue par l'absence de recours à la contention mécanique, un pourcentage inférieur de patients isolés (6%), mais un pourcentage supérieur de SSC (46%). La durée moyenne de séjour est comprise entre 19 jours (CHBD) et 35 jours (CHPL).

L'étude a porté sur 254 PHTP (cf. Tableau 2). Les troubles les plus représentés sont ceux du spectre de la schizophrénie (39%), les troubles bipolaires (13%) et les troubles dépressifs (13%). Le CHUSTE affiche davantage de troubles bipolaires et de la personnalité, et le CHPL, de troubles neurodéveloppementaux. 33% des patients sont en SSC, le CHUSTE affichant un pourcentage supérieur (46%) et le CHBD, un pourcentage inférieur (20%).

Sur la semaine étudiée, 5% (n=12) des patients ont été isolés et 2% (n=4) contenus. 13% (n=33) ont une HD TSB inclus et 9% (n=24) TSB exclus ; 52% (n=132) ont au moins deux NL TSB inclus et 46% (n=116) TSB exclus. Le CHPL affiche des pourcentages supérieurs concernant l'isolement, la contention mécanique et les HD (TSB inclus et exclus), mais un pourcentage inférieur de PHTP avec au moins deux neuroleptiques et une DMC (TSB inclus et exclus) qui ne se distingue pas significativement des deux autres. Le CHBD affiche une DMC légèrement inférieure. Le CHUSTE présente les pourcentages les plus faibles de patients isolés et de patients avec HD.

DISCUSSION

Si cette étude confirme l'accessibilité des données pour les trois mesures, l'extraction des données médicamenteuses a été plus ou moins aisée, du fait des spécificités des systèmes informatiques et des logiciels utilisés. Cela doit être pris en compte dans le coût et la faisabilité des futures études ainsi que dans les politiques de gestion des données des établissements en vue d'en faciliter l'accès et l'exploitation. Un outil de décision automatisé, à l'instar d'une initiative dans le cas de l'hospitalisation du sujet âgé [14] paraît indiqué.

Si l'on considère les données sur l'ISOC en 2022, deux catégories de centres apparaissent : le CHBD, peu coercitif, avec un non recours à la contention, qui constitue un axe de sa politique d'établissement [15]², et un pourcentage de patients isolés inférieur à la moyenne nationale ; le CHPL et le CHUSTE qui affichent pour les deux mesures des pourcentages proches, au-dessus

² Comme le mentionne le CGLP [16], le CHBD se caractérise par une « *projet d'établissement très libéral* », où « *l'ouverture de la chambre, de l'unité, la libre circulation des patients en soins sans consentement dans le parc constituent le principe* ». Sont aussi cités un « *degré très élevé d'individualisation des prises en charge ; des équipes soignantes investies (...)* ; *une multitude et une diversité des activités thérapeutiques (...)* ; *la place importante des familles* ».

des moyennes nationales. A ce sujet, le choix d'opérer une semaine donnée fournit des effectifs faibles, avec des pourcentages de patients isolés, contenus et en SSC ne reflétant pas les données sur l'année. Une future recherche devra donc multiplier les semaines d'observation voire évaluer en continu les pratiques de prescription. Un questionnement s'impose aussi concernant les indicateurs de l'ISOC, des études nationales et internationales utilisant également comme population de référence les personnes en SSC [9] et/ou le pourcentage de patients isolés et contenus pour 100 000 habitants [17].

L'usage du médicament sur la semaine donnée apparaît modéré dans les trois centres, avec des pourcentages de HD inférieurs aux données de la littérature. Cela pourrait être lié à des activités de « pharmacie clinique »³ ainsi qu'à des systèmes d'alerte informatique en cas de HD. Quoiqu'il en soit ces données confirment le statut globalement peu coercitif du CHBD (pourcentages inférieurs pour les trois mesures) et nuancent le caractère coercitif du CPHL et du CHUSTE qui semblent moins recourir à la contention chimique. Afin d'étudier les corrélations entre les trois mesures, les études ultérieures devront impliquer davantage de centres et constituer un échantillon diversifié au regard de l'ISOC (peu, moyennement, très coercitifs) ainsi que de l'implication des pharmaciens et de l'existence de procédures relatives aux prescriptions. Ces études devront également prêter attention aux politiques d'établissement à l'égard de l'ISOC ainsi qu'aux alternatives à l'ISOC.

Concernant la contention chimique, les résultats varient selon l'indicateur : tout en présentant le pourcentage le plus faible de patients avec des HD, le CHUSTE affiche par exemple un pourcentage supérieur de patients avec au moins deux NL. Un résultat important concerne les TSB, dont la prise en compte fait varier les résultats pour les HD (pour le CHBD et le CHUSTE) et les DMC (pour le CHUSTE). De façon générale, notre étude a mesuré ce qui a été prescrit et non ce qui a été administré. De futures études devront inclure des études de cas permettant d'interroger les pratiques d'administration et les situations dans lesquelles sont prescrites les HD, et d'observer la réévaluation des prescriptions, qui constitue une bonne pratique permettant d'éviter les dommages d'un recours excessif aux médicaments. Ces études devront explorer plus avant les prescriptions de plusieurs NL et intégrer le vécu du patient ainsi que la question de la « médication forcée » par traitement injectable, documentée à l'international [18], mais inexplorée en France.

REMERCIEMENTS

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

³ Présence de pharmaciens lors des relèves, entretiens médicaux réalisés avec les pharmaciens.

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

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Saetta S, Coldefy M, Degry J, Lanquetin JP, McCardell A, Moreau D, et al. PLAID-Care: une recherche sur le moindre recours à la coercition en France. *L'Encéphale*.2023;49(4) :433-36.DOI:[10.1016/j.encep.2023.03.005](https://doi.org/10.1016/j.encep.2023.03.005).
- [2] Moreau D. Limiter la contrainte? Usages et régulation des usages de la contrainte psychiatrique en Suisse. *Info Psychiatr*. 2017;93:551–7.DOI: [10.1684/ipe.2017.1670](https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1670)
- [3] Muir-Cochrane E, Candice O. Chemical Restraint:A Qualitative Synthesis Review of Adult Service User and Staff Experiences in Mental Health Settings. *Nursing & Health Sciences*. 2021;23(2): 325-36. DOI:[10.1111/nhs.12822](https://doi.org/10.1111/nhs.12822)
- [4] Le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Dalloz.2017.
- [5] Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), Moyens de contention dans les établissements psychiatriques pour adultes (Normes révisées du CPT). Conseil de l'Europe, CPT/Inf (2017)6.
- [6] Højlund M, Høgh L, Bojesen AB, Munk-Jørgensen P, and Stenager E. Use of Antipsychotics and Benzodiazepines in Connection to Minimising Coercion and Mechanical Restraint in a General Psychiatric Ward. *The International Journal of Social Psychiatry*. 2018;64(3):258-65.DOI: [10.1177/0020764018760650](https://doi.org/10.1177/0020764018760650).
- [7] Kowalinski E, Hochstrasser L, Schneeberger A.R, Borgwardt S, Lang E, and Huber G.C. Six years of open-door policy at the University Psychiatric Hospital Basel. *Der Nervenarzt*. 2019;90(7):705-8.DOI:[10.1007/s00115-019-0733-3](https://doi.org/10.1007/s00115-019-0733-3).
- [8] Roppolo LP, Morris DW, Khan F, Downs R, Metzger J, Carder T, Wong AH, Wilson MP. Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation). *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2020;1(5):898-907. DOI:[10.1002/emp2.12138](https://doi.org/10.1002/emp2.12138)).
- [9] Coldefy M, Gandré C, Rallo S. Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie: un objectif de réduction qui reste à atteindre. *Irdes, Questions d'économies de la santé*. 2022;269.
- [10] Browning B. Medicines Guideline: High-dose antipsychotic prescribing (MG01) [Internet]. NHS. 2018. <https://www.awp.nhs.uk/application/files/2616/8666/7474/MG01.pdf>
- [11] Malandain L, Leygues M, Thibaut F. Antipsychotic drug dose in real-life settings results from a Nationwide Cohort Study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2022;272(4):583-90.DOI:[10.1007/s00406-021-01322-3](https://doi.org/10.1007/s00406-021-01322-3).
- [12] Grolleau A, Cougnard A, Parrot M, Kalmi E, Desage A, Misdrahi D, Brun-Rousseau H, Verdoux H. Pratiques de prescription des traitements antipsychotiques dans les premières hospitalisations pour épisode psychotique: étude sur une cohorte de patients hospitalisés dans

deux hôpitaux girondins. *L'Encephale*.2007;33(3):326-31.DOI:[10.1016/s0013-7006\(07\)92046-1](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(07)92046-1).

[13] Burness C, Corbet C, Beyene K, Webby C, Nankivell C, Cabasag P, et al. Factors predicting high-dose and combined antipsychotic prescribing in New Zealand: High-dose antipsychotic prescribing. *Psychiatry Research*. 2021;302:113996. DOI [10.1016/j.psychres.2021.113996](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113996).

[14] Lagrange F, Lagrange J, Bénaga C, Taloub F, Keddi M, Dumoulin B. Surveillance médicamenteuse du sujet âgé : un outil de décision automatisé en pharmacie clinique. *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*. 2017;52(1):10-20. DOI:[10.1016/j.phclin.2016.11.003](https://doi.org/10.1016/j.phclin.2016.11.003))

[15] Friard D, L'organisation des soins à l'hôpital psychiatrique et la possibilité d'une régulation sans isolement ni contention. *Perspectives Soignantes*. 2019;65:7-32.

[16] Contrôleur Général des Lieux de Privation et de Liberté (CGLPL), [Rapport de visite 14 au 18 mai 2018 – 1^{ère} visite, Centre Hospitalier Buëch Durance](#). 2019.

[17] Savage MK, Lepping P, Newton-Howes G, et al. Comparison of coercive practices in worldwide mental healthcare: overcoming difficulties resulting from variations in monitoring strategies. *BJPsych Open*. 2024;10(1):e26. doi: [10.1192/bjo.2023.613](https://doi.org/10.1192/bjo.2023.613)

[18] Luciano M, De Rosa C, Sampogna G, Del Vecchio V, Giallonardo V, Fabrazzo M, et al. How to improve clinical practice on forced medication in psychiatric practice: Suggestions from the EUNOMIA European multicentre study. *European Psychiatry*. 2018;54:35-40. DOI: [10.1016/j.eurpsy.2018.07.002](https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.07.002).

	CHPL	CHBD	CHSUTE	Total
Nbre de PHTP	827	279	477	1583
Nbre et % de patients isolés parmi les PHTP	118 14,27%	18 6,45%	60 12,58%	196 12,38%
Nbre et % de patients contenus parmi les PHTP	54 6,53%	0 0,00%	32 6,71%	86 5,43%
Nbre et % de patients en SSC parmi les PHTP	248 29,99%	129 46,24%	139 29,14%	513 32,41%
Durées moyenne de séjour (en jours)	34,7	19,41	28,3	

	CHPL	CHBD	CHSUTE	Total
Nombre de PHTP	136	46	72	254
Nombre et % patients en SSC parmi les PHTP	41 30,15%	9 19,57%	33 45,83%	83 32,68%
Caractéristiques socio-démographiques				
Moyenne d'âge (en années)	50	47	42	
Nombre et % de femmes	66 48,53%	22 47,83%	30 41,67%	118 46,46%
Diagnostics				
Spectre schizophrénie et autres troubles psychotiques	52 38,24%	17 41,67%	30 41,67%	99 38,98%
Troubles bipolaires et apparentés	10 7,35%	4 8,70%	19 26,39%	33 12,99%
Troubles dépressifs	18 13,24%	6 13,04%	10 13,89%	34 13,39%
Troubles neurodéveloppementaux	20 14,71%	2 4,35%	1 1,39%	23 9,06%
Troubles de la personnalité	2 1,47%	4 8,70%	12 16,67%	18 7,09%
Troubles liés à une substance et troubles addictifs	10 7,35%	3 6,52%	0 0,00%	13 5,12%
Troubles anxieux	5 3,68%	1 2,17%	0 0,00%	6 2,36%
Autres troubles	19 13,97%	9 19,57%	0 0,00%	28 28,02%

Tableau 3 – Isolement, contention mécanique et pratiques de prescription du 13/06/02 au 20/06/02				
	CHPL	CHBD	CHSUTE	Total
Nbre total de PHTP	136	46	72	254
Nbre d'unités	6	2	3	11
ISOC				
Nbre et % de patients isolés parmi les PHTP	8 5,88%	2 4,35%	2 2,78%	12 4,72%
Nbre et % de patients contenus parmi les PHTP	3 2,21%	0 0,00%	1 1,39%	4 1,57%
Contention chimique				
Nbre et % de patients avec au moins 2 neuroleptiques (sans TSB) parmi les PHTP	47 34,56%	20 43,48%	59 68,06%	116 45,67%
Nbre et % de patients avec au moins 2 neuroleptiques (avec TSB) parmi les PHTP	52 38,24%	26 56,52%	54 75%	132 51,97%
Nbre et % de patients avec Hautes Doses (sans TSB) parmi les PHTP	21 15,44%	2 4,35%	1 1,39%	24 9,45%
Nbre et % de patients avec Hautes Doses (avec TSB) parmi les PHTP	22 16,18%	5 10,87%	6 8,33%	33 12,99%
Doses Moyennes Cumulées Neuroleptiques (sans TSB)	606	400	589	
Doses Moyennes Cumulées Neuroleptiques (avec TSB)	615	468	905	