

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2022

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**La contention physique des patients agités aux Urgences
de Saint-Omer : évaluation des pratiques et des
connaissances du personnel soignant**

Présentée et soutenue publiquement le 19 septembre 2022
à 16 heures au Pôle Recherche

Par Clément ZAOUTER
Né le 6 juin 1989 à Nantes

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Éric WIEL

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Raphaël FAVORY

Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Romuald HOUSSIN

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Abréviations

ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé
AS	Aide-Soignant
CCA	Certificat de Capacité Ambulancier
CGLPL	Contrôleur Général des Lieux de Privation de Libertés
CHRSO	Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer
CPT	Comité européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (anciennement Comité pour la Prévention de la Torture)
CSP	Code de la Santé Publique
DSM	Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
HAS	Haute Autorité de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'État
INSPQ	Institut National de Santé Publique du Québec
IOA	Infirmier Organisateur de l'Accueil
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SpO2	Saturation pulsée en Oxygène sanguine
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

Sommaire

Avertissement.....	2
Abréviations.....	4
Sommaire	5
Introduction.....	9
1 Définitions et épidémiologie	10
1.1 La contention.....	10
1.2 La violence	12
1.2.1 Définition.....	12
1.2.2 Épidémiologie	13
1.3 La notion d'agressivité.....	14
2 Aspects historiques	14
2.1 La contention dans l'Antiquité	15
2.2 La contention au Moyen Âge.....	16
2.3 La contention durant la Renaissance et le siècle des Lumières	17
2.4 La Révolution française et la naissance de l'aliénisme	18
2.5 La contention au XXe siècle.....	21
2.6 La contention aujourd'hui	21
3 Aspects législatifs.....	22
3.1 Sur le plan international.....	23
3.1.1 La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948	23
3.1.2 L'avis de l'Organisation des Nations Unies	23
3.1.3 Les recommandations du Conseil de l'Europe	24
3.1.4 L'avis du Comité Européen pour le Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants	24
3.2 La législation Française.....	26
3.2.1 Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen	26
3.2.2 Textes généraux	26
3.2.3 Code de la Santé Publique	26
3.2.4 Circulaires et recommandations	29
3.2.5 Charte du patient hospitalisé	31

3.2.6	Jurisprudences	32
3.3	Conseil de l'Ordre des Médecins	32
3.3.1	Le code de déontologie	32
3.3.2	Le serment d'Hippocrate.....	33
3.4	Les recommandations du Contrôleur Général des Lieux de Privations et des Libertés	33
4	La contention physique appliquée dans un service d'Urgences	35
4.1	Objectifs	35
4.2	Indications	36
4.2.1	Agitation contrôlable et incontrôlable.....	36
4.3	Orientation diagnostique devant les états d'agitation aiguë.....	38
4.3.1	Interrogatoire	38
4.3.2	Examen clinique	39
4.3.3	Examens paracliniques.....	40
4.3.4	Diagnostics étiologiques.....	40
4.4	Contre-indications	43
4.5	Accueil et prise en charge du sujet agité.....	44
4.6	Principes de mise en place d'une contention physique.....	45
4.7	Contention chimique.....	46
4.8	Surveillance.....	48
4.9	Cas particuliers du sujet âgé.....	49
5	Objectifs	49
	Matériel et méthode.....	51
1	Matériel.....	51
1.1	Situation du service des Urgences du Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer.....	51
1.2	Le personnel.....	52
2	Méthode	53
2.1	Généralités	53
2.2	Critères d'inclusion et d'exclusion	53
2.3	Données recueillies	53
3	Analyse de données.....	55
4	Analyse statistique	55
5	Cadre réglementaire.....	55

Résultats.....	56
1 Caractéristiques de la population étudiée	56
2 Résultats	58
2.1 Estimation du nombre de contention.....	58
2.2 Connaissances médico-légales.....	59
2.2.1 Prescription médicale et traçabilité	59
2.2.2 Contention chimique	59
2.2.3 Rythme de réévaluation.....	59
2.2.4 Durée de la contention et procédure prolongée au-delà de 24 heures .	60
2.2.5 Information des proches	62
2.2.6 Indications.....	62
2.3 Vécu des soignants	64
2.3.1 Ressenti.....	64
Discussion	68
1 Discussion des résultats.....	68
1.1 Épidémiologie des contentions physiques aux Urgences	68
1.2 Connaissances médico-légales.....	69
1.2.1 Prescription médicale et traçabilité	69
1.2.2 Contention chimique associée à la contention mécanique.....	70
1.2.3 Rythme de la réévaluation	70
1.2.4 Durée maximale de contention	71
1.2.5 Procédure en cas de prolongation de la contention mécanique au-delà de 24 heures	71
1.2.6 Principales indications de la contention physique	72
1.2.7 Obligation d'information des proches	73
1.3 Le vécu des soignants.....	74
1.3.1 Le soulagement	74
1.3.2 La culpabilité.....	74
1.3.3 L'indifférence	75
2 Discussion de la méthode	75
2.1 Biais de sélection	75
2.1.1 Biais de volontariat	75
2.1.2 Biais de durée.....	76
2.2 Biais de subjectivité et biais affectif concernant l'ancienneté.....	76

3	Perspectives et possibilités d'améliorations	77
3.1	Amélioration de la formation théorique et pratique.....	77
3.2	Temps de reprise avec les intervenants.....	78
3.3	Programme de formation du personnel face à l'agressivité	78
	Conclusion.....	80
	Liste des figures	81
	Bibliographie.....	82
	Annexes.....	89

Introduction

La contention physique est un moyen de maîtrise des patients pour lesquels un état d'agitation extrême, d'auto-agressivité ou d'hétéro-agressivité, est constaté. Il s'agit surtout d'une mesure de contrainte à laquelle une grande majorité de l'équipe soignante de tout service d'Urgences est confrontée. En effet, les motifs de consultation dans ces structures sont très variés et peuvent conduire à l'application de telles mesures au cours de certaines situations urgentes. Il s'agit surtout d'une pratique courante dans le domaine de la psychiatrie, discipline pour laquelle la majeure partie des textes de lois ont été rédigés, amenant les soignants à agir dans un cadre réglementaire. Cependant, le flou législatif, encadrant cette mesure dans les autres disciplines médicales, entraîne une ambiguïté entre l'acte thérapeutique justifiant la contrainte physique envers les patients et la notion de privation de liberté mentionnée dès 1789 dans la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme et du Citoyen. En dehors de la psychiatrie, d'autres types de patients sont également concernés au sein des services d'Urgences. Les patients sous l'emprise de substances psychoactives et également les patients âgés polypathologiques atteints bien souvent de troubles cognitifs, source d'agitation et présentant un risque de chute important, justifiant l'application de la contention. L'évolution démographique, avec le vieillissement de la population, entraîne une augmentation logique de leur passage dans ces structures.

Les principaux objectifs sont d'assurer avant tout la protection du patient mais également celle des soignants. Toutefois, la contention physique doit rester un moyen thérapeutique de dernier recours, temporaire, en participant à l'apaisement des malades agités, et en aucun cas un moyen de punition. De plus, la fréquence importante des états d'agitation incite les principaux acteurs de ces services à être formés à ce type de pratique dans le but d'en connaître les modalités, mais aussi les effets indésirables qui peuvent survenir. Son application doit intégrer « *un cadre thérapeutique, à partir d'une prescription médicale immédiate ou différée* » (1), et impose une surveillance stricte du patient.

En ce qui concerne ce sujet dans les services d'Urgences générales, la bibliographie est étonnamment pauvre, ce qui pose autant d'interrogations éthiques que pratiques.

Malgré un code de déontologie et des protocoles précisant les indications, la durée et les modalités de surveillance des patients, l'ensemble du personnel exerçant aux Urgences paraît mal connaître les règles s'appliquant à cette mesure restrictive et peut vivre certaines situations comme traumatisantes tant sur le plan physique que psychologique. Devant une augmentation du nombre de passage dans les services d'Urgences, le seuil de tolérance du personnel soignant étant inversement proportionnel à la charge de travail, il peut entraîner des dérives lors de la mise sous contention. Celles-ci peuvent être le reflet d'un contre-transfert des soignants et d'un sentiment de toute puissance de leur part, aboutissant « *à un défaut de soins du patient contenu ainsi qu'une incapacité à reconnaître et à soulager sa souffrance* » (1).

Notre travail a pris forme dans ce contexte, où il nous semblait important de réfléchir sur une évaluation des connaissances et des pratiques régissant la contention physique afin d'en améliorer l'utilisation par l'ensemble du personnel soignant des Urgences. Notre propos se consacrera dans un premier temps à revenir sur certaines définitions puis étudiera l'évolution de la contention physique des personnes agitées au cours de l'Histoire. Nous énoncerons ensuite les aspects réglementaires de cette pratique, avant de décrire les aspects pratiques de sa mise en œuvre et les modalités de surveillance du patient contenu.

1 Définitions et épidémiologie

1.1 La contention

La contention peut se définir selon le dictionnaire Larousse, comme un « *procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité* » ou un « *procédé employé pour immobiliser les animaux domestiques afin d'effectuer un diagnostic, de mettre en œuvre un traitement ou de pratiquer une intervention chirurgicale* » (2).

La Haute Autorité de Santé (HAS) mentionne plusieurs types de contention, dont la contention physique et mécanique :

- La contention physique dite manuelle : il s'agit de maintenir ou d'immobiliser un patient en ayant recours à la force physique des soignants.

- La contention mécanique : elle consiste à utiliser « *tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.* » (3)

Cette mesure est donc considérée comme un acte thérapeutique si l'intention est de permettre au patient d'éviter toute conséquence d'un geste auto ou hétéro-agressif.

Toujours selon la HAS, il s'agit d'une mesure d'exception instaurée sur décision médicale, conformément à la loi de modernisation du système de santé français du 26 janvier 2016 (4). Cet acte est limité dans le temps et s'intègre dans « *une démarche thérapeutique après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs.* » (3)

D'un autre point de vue, notamment dans le domaine de la psychiatrie, Palazzolo J. (5), dans *Isolement, contention et contrainte en psychiatrie*, propose une définition de la contention comme une « *restriction, à des fins thérapeutiques, de l'espace évolutif d'un malade atteint de troubles mentaux* ». Il propose une définition de la contention physique intégrant la contention manuelle et la contention mécanique, réalisée au moyen de sangles de cuir ou de tissu. Selon l'auteur, il s'agit d'un ensemble de « *méthodes qui permettent, par une opposition physique à la mobilité du patient, de restreindre son périmètre d'action.* »

Il suggère également d'autres modes de contention, qu'il semble nécessaire de mentionner :

- La contention psychologique : cette méthode utilise toutes techniques qui entraînent une dépendance du corps médical.
- La contention légale : elle est en lien avec les différentes modalités d'hospitalisation sans consentement.
- La contention chimique : elle consiste à administrer un traitement médicamenteux, la plupart du temps sédatif (neuroleptiques, anxiolytiques). Cette méthode est réalisée par voie orale ou par injection intramusculaire afin de contrôler un état pathologique (5).

Il est utile de citer également d'autres modes de contention, en particulier chez les personnes âgées. Ainsi, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) définit la contention physique passive « *par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne âgée qui présente un comportement estimé dangereux ou mal adapté* » (6).

1.2 La violence

1.2.1 Définition

La violence est une des principales motivations de la contention et est indiscutablement présente dans la pratique de notre discipline au sein des Urgences. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit le terme de violence comme une « *menace ou utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations* » (7).

Toujours selon l'OMS, la violence peut être divisée en trois grandes catégories : la violence auto-infligée, la violence interpersonnelle et la violence collective. Chacune de ces catégories comprend plusieurs types de violences qui sont définis en référence au groupe envers lequel la violence est dirigée, à la relation entre l'auteur et la victime de violence ou au milieu dans laquelle la violence est commise, notamment sur le lieu de travail. D'après un rapport de l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ) en 2018 (8), la violence en milieu de travail peut adopter différentes formes. Il peut s'agir de violence physique, sexuelle, psychologique et verbale, de privation et de négligence. Ces formes de violences, peuvent apparaître entre personnes appartenant à une même organisation ou être commises par une personne n'ayant aucun lien professionnel. L'INSPQ rapporte également que le secteur de la Santé est le plus touché par la violence au travail. La question de la violence à l'encontre des différents travailleurs en milieu hospitalier, en clinique privée, en institution psychiatrique ou autre environnement de ce secteur, est abordée de manière considérable dans la littérature (9-12)

1.2.2 Épidémiologie

En France, l'Observatoire National des Violences en milieu de Santé (ONVS) est un organisme français dont la mission est de recueillir les signalements des atteintes faites aux personnes et aux biens, en dehors du champ des pratiques médicales survenues dans les établissements de santé hexagonaux. Il a établi une échelle de gravité qui comprend quatre niveaux pour les atteintes envers les personnes et trois niveaux pour les atteintes faites aux biens (Annexe 1).

Dans un rapport de 2020, se basant sur des données recueillies en 2019, la psychiatrie représente le service le plus touché avec 18%, puis viennent les services d'Urgences avec 16% des violences, ensuite les Établissement d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes représentant 13%. Il s'agit d'atteintes aux personnes dans 81% des cas (dont 21% sont liées directement à un trouble psychique ou neuropsychique), d'ordre physique dans la moitié des cas, verbales dans l'autre moitié (13). Les différents rapports de l'ONVS rapportent une augmentation du nombre de signalements d'année en année. Cependant, ces données brutes sont à prendre avec précaution puisque dépendantes de l'exhaustivité ou non des déclarations. Ainsi le nombre de signalements n'est pas forcément le reflet de la dangerosité d'un lieu de soins, mais plutôt de la sensibilisation des soignants à signaler les faits de violence. L'augmentation des signalements ne signifie donc pas nécessairement une augmentation des faits de violence sur une année. Ceux-ci interviennent majoritairement dans le cadre de relations complexes, entre un individu et son environnement. Le point de départ de la violence, le plus souvent identifié par les soignants, est la notion de « *frustration* » qui se traduit par une réaction à une contrariété que la personne ne peut pas supporter (13).

D'autres données intéressantes, rapportées par l'ONVS dans son rapport, concernent les motifs des actes de violence signalés par les établissements de Santé. Ceux relatifs à la prise en charge du patient représentent 45,3%, au temps d'attente 20,2% et à l'alcoolisation 9,7%. Il faut citer également les règlements de comptes et les conflits familiaux (5%), le refus de prescription (2,2%) ainsi que les suicides et les tentatives d'autolyse (1,1%) (13).

1.3 La notion d'agressivité

L'agressivité est un terme renvoyant à un phénomène comportemental. D'ailleurs, nous pouvons plutôt parler de « *comportement agressif* », qui renvoie à une « *réaction psycho-physiologique préméditée ou impulsive, caractérisée par un comportement hostile (d'attaque ou de défense) dirigé contre une cible considérée comme une menace* » (14).

Il est nécessaire de différencier l'agressivité de la violence. Comme précédemment énoncé, la violence est davantage un acte intentionnel tandis que l'agressivité est plutôt considérée comme un moyen d'expression (15). Ceci est d'autant plus vrai en ce qui concerne les personnes âgées, atteintes de troubles cognitifs sévères. L'agressivité peut être liée à de nombreux facteurs comme « *l'insomnie, la détresse psychologique, la douleur, l'utilisation de contraintes physiques ou chimiques, la surstimulation environnementale, les bruits excessifs ou encore la perte de l'espace vital et de la vie privée* » (16).

Une autre définition possible de l'agressivité renvoie à un comportement instinctif et pulsionnel, propre à l'homme : « *la force instinctuelle qui permet à l'individu d'imposer la satisfaction de ces exigences territoriales ou pulsionnelles élémentaires. Il s'agit d'une composante fondamentale de la nature humaine. Elle n'est pas synonyme de violence.* » (17)

Malgré l'existence de plusieurs définitions du comportement agressif, aucune n'est consensuelle et ce concept demeure très imprécis. Néanmoins, Patel et Hope (18) définissent en 1993, le comportement agressif comme un « *acte non accidentel, observable, qui implique l'émission de stimuli nuisibles envers une personne, un objet ou soi-même* ». Cette définition énonce le concept d'auto et d'hétéro-agressivité qui représente un motif de contrainte physique chez des patients présentant ce type de comportement dans une structure de soins telle qu'un service d'Urgences.

2 Aspects historiques

Cette partie s'intéresse principalement à retracer l'évolution de l'utilisation des moyens de contention dans le domaine de la psychiatrie. Cette étape semble indispensable

dans la compréhension des motivations des mesures de contrainte, afin de permettre une contextualisation de cette pratique aux Urgences.

2.1 La contention dans l'Antiquité

Dans l'Antiquité, l'école méthodiste et l'école éclectique issues de conceptions philosophiques radicalement différentes, vont s'opposer. Leur prédominance respective va varier au cours de l'Histoire, modifiant ainsi la prise en charge des patients atteints de troubles mentaux concernant la contention.

L'école méthodiste, menée par Soranos d'Ephèse et Caelius Aurelianus à partir du II^e siècle après Jésus-Christ, provient des doctrines stoïciennes naissant dans la Grèce antique au II^e siècle avant Jésus-Christ. Elles représentent une conception moniste entre l'âme et le corps qui constituent une seule entité : « *Il ne peut y avoir de santé de l'âme sans santé du corps et réciproquement. Là, médecine et philosophie sont liées et le médecin philosophe peut agir par des traitements moraux sur des maladies physiques et par des traitements physiques sur des maladies de l'âme.* » (19) Les premiers écrits faisant référence à la nécessité « *d'exercer un contrôle physique sur les personnes agitées* », proviennent de cette école méthodiste. C'est à celle-ci que l'on doit la première allusion à la contrainte physique comme outil thérapeutique ayant comme objectif la protection du malade et de son environnement. En effet, Caelius Aurelianus préconise un isolement du malade dans sa chambre et une réduction des stimuli sensoriels en prônant le recours à une contention douce, afin d'assurer la sécurité du malade agité et de son entourage :

« *Si les malades sont agités en voyant des gens, il faudra faire usage de liens, mais sans leur faire de mal, en protégeant leurs membres de flocons de laine d'abord, en plaçant le bandage sur eux après.* » (20)

Cette conception sera reprise par Philippe Pinel au XVIII^e siècle et participera à la fondation du modèle médical psychiatrique et des psychothérapies modernes.

L'école éclectique, quant à elle, est dominée par une conception dualiste platonicienne qui propose une séparation entre l'âme et le corps. Ce concept se retrouvera dans le corpus hippocratique qui considère la maladie mentale comme une désorganisation des différentes humeurs constituant le corps humain (19,21). Cette vision va exercer

une répercussion majeure dans l'accompagnement des malades mentaux jusqu'au XVIIIe siècle. Celse (I^{er} siècle après Jésus-Christ) est le principal auteur issu de cette école et préconise également comme Caelius Aurelianus, la contrainte physique afin de protéger les malades et autrui :

« Mais ceux qui se comportent violemment, il convient de les enchaîner, afin qu'ils ne se nuisent ni à eux-mêmes ni à un autre. » (22)

Cependant, contrairement à Caelius Aurelianus, Celse préconise des mesures de contraintes, rudes et brutales, afin de « réprimer l'audace des malades » en intégrant un objectif pédagogique :

« Si la raison fait défaut au fou, le meilleur moyen est d'utiliser certaines corrections. Quand il dit quelque chose de travers, il doit être corrigé par le jeûne, les chaînes, les coups. Il doit être contraint à être attentif, à apprendre quelque chose, à s'en souvenir. On obtiendra en effet ce résultat que, peu à peu, il sera contraint de réfléchir à ce qu'il fait. Des terreurs soudaines, des craintes sont aussi utiles dans cette maladie, et d'ordinaire, tout ce qui ébranle violemment l'esprit. » (22)

Celse recommande cette maltraitance comme un outil de soin avec un but thérapeutique puisque, selon lui, son utilisation est dépourvue de colère et de brutalité inutile. L'objectif thérapeutique doit être « l'exception et non la règle qui est la bienveillance envers les malades. » (19)

2.2 La contention au Moyen Âge

La fin de l'Antiquité et l'émergence du Christianisme vont favoriser la conception mystique de la maladie mentale. Ceci a pour effet une continuité de la pensée dualiste de l'école éclectique. La foi se substitue à la raison. La maladie mentale serait alors rattachée à une origine divine ou démonologique. Elle est alors considérée comme envoyée par Dieu pour éprouver la foi du malade, constituant une étape vers son Salut s'il s'y soumet (23). Jusqu'à la fin du Moyen Âge, l'utilisation de la contention devient davantage un moyen de protéger le malade et son entourage, qu'un réel moyen thérapeutique (19). En effet, les proches du « fou » sont sollicités et les moyens de contention visent à défendre la personne atteinte de troubles, tout en préservant la

sécurité de chacun. Ceci permet de maintenir le malade dans sa famille ou dans sa communauté, et non de l'isoler (24).

A partir du XIIe et du XIIIe siècle, la fondation d'Ordres Hospitaliers va amener à la création de nombreux « Hôtels Dieux ». Ces structures hospitalières ont pour règle d'accueillir mendiants, déshérités et malades de tout type dont font partie ceux ayant des troubles psychiatriques. La contrainte physique n'est alors pas recommandée dans ces établissements, privilégiant plutôt des mesures d'isolement. Cependant, le problème de l'agitation et de l'agressivité de certains malades, va entraîner l'application des moyens de contention physique :

« La médecine est qu'ils soient liés pour ôter tout doute qu'ils se blessent eux et les autres. » (Barthélémy l'Anglais, XIIIe siècle) (25)

Ainsi, la contrainte semble, à cette époque, utilisée comme mesure de protection plutôt qu'un moyen thérapeutique. Toutefois, certains médecins, tels Arnaud de Villeneuve (1250-1313), professeur de la faculté de médecine de Montpellier, encouragent à appliquer les méthodes fortes recommandées par Celse, et ce toujours comme un outil de soins, en association avec l'évacuation des humeurs issue du corpus hippocratique (19).

2.3 La contention durant la Renaissance et le siècle des Lumières

L'utilisation de la contrainte, exemptée de but thérapeutique, va accroître au début de la Renaissance. Cette période est marquée par une diminution progressive de l'influence des autorités religieuses, et donc de la conception démonologique. La gestion des malades mentaux revient à la charge des pouvoirs publics. Cette laïcisation, entraîne une prise en charge des malades basée sur un maintien de l'ordre public, ce qui favorise une répression de ceux-ci et non plus une assistance en lien avec les vertus de Charité (26). Cela se traduit par la promulgation de multiples Édits Royaux et à la fondation en 1656 de l'Hôpital Général à Paris (Bicêtre pour les hommes et la Salpêtrière pour les femmes). Cela mènera à l'internement massif des malades mentaux, dans les Hôpitaux Généraux pour les miséreux et dans les maisons de force pour les autres, ce que Michel Foucault décrira plus tard comme le « *Grand Renfermement* » (27). La procédure d'admission dans ces structures est réduite à des lettres de cachets ou des demandes des proches, sans avoir besoin d'un avis médical.

On retrouve ainsi une large utilisation des mesures de contrainte, notamment physique par l'utilisation de chaînes rivées au mur, dépourvue de tout objectif thérapeutique ni même de présence médicale. Les conditions de vie et de détention sont très rudes, voire inhumaines, avec une fréquente maltraitance. Cet enfermement massif est en lien avec l'évolution des représentations populaires de la maladie mentale, influencées par les travaux de Descartes (28). Cette conception cartésienne décrit les passions comme des mouvements de l'âme et, par sa philosophie du doute et de la prédominance de la Raison, retire le caractère mystique de la maladie mentale. Le fou est désormais jugé responsable de son état, de sa déraison et de ses tendances immorales.

2.4 La Révolution française et la naissance de l'aliénisme

La circulaire de Colombier-Doublet, intitulée *Instructions sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés*, paraît en 1785. Celle-ci dresse un état des lieux sur la situation des malades mentaux à cette époque. Elle précise les différentes thérapeutiques utilisables et préconise l'utilisation de la contrainte comme outil de soin. Il s'agit alors de supprimer les maisons de force, où les malades mentaux sont enfermés, pour créer des asiles consacrés à leur guérison (29).

La Révolution française permet l'interdiction des lettres de cachet par le décret du 27 mars 1790. Ce décret différencie le fou du prisonnier ordinaire. Il devient un malade, permettant l'entrée des médecins dans les Hôpitaux Généraux et insérant la notion de soins dans la prise en charge des malades mentaux.

Philippe Pinel (1745-1826), psychiatre à l'Hôpital Bicêtre et père fondateur de la psychiatrie moderne, est à l'origine du bouleversement du regard porté sur les fous, par le geste symbolique du retrait de leurs chaînes en 1794. Il défend l'idée d'un traitement moral de la maladie mentale, en réfutant l'incurabilité de celle-ci et en ne réduisant plus l'aliéné à une vie enchaînée. Sans pour autant supprimer la contention et l'isolement, Pinel défend l'utilisation de la contrainte physique à but thérapeutique et précise le rôle qu'elle peut avoir dans la prévention de la violence du malade agité envers l'équipe soignante :

« Un des grands principes du régime moral des maniaques est donc de rompre à propos leur volonté et de les dompter non par des blessures et des travaux violents, mais par un appareil imposant de terreur qui puisse les convaincre qu'ils ne sont pas les maîtres de suivre leur volonté fougueuse et qu'ils n'ont rien de mieux à faire que de se soumettre. Qu'un insensé dominé par sa fureur extravagante ne voie marcher contre lui que deux ou trois gens de service, le sentiment de force l'emporte; il les attaque, il les blesse, il les terrasse et son délire ne fait que s'accroître par cette espèce de triomphe; qu'il en voie au contraire arriver un grand nombre, son imagination est frappée de l'inégalité du combat; sa fureur paraît se désarmer par l'idée de son impuissance et en se soumettant sans résister, il devient plus calme et plus tranquille. » (30)

De plus, Pinel précise que l'autorité médicale permet d'éviter la survenue d'épisodes de violence chez les malades mentaux agités, envers eux-mêmes et les autres, au cours de la mise sous contention :

« Qu'un insensé retombe tout d'un coup dans son accès d'une manière inopinée et qu'il ait saisi quelque arme offensive comme une bûche, un bâton, une pierre, le directeur [le médecin], toujours fidèle à sa maxime de réprimer les fous sans leur laisser porter le moindre coup, se présente à lui avec le ton le plus déterminé et le plus menaçant, mais sans aucune espèce d'arme pour éviter de l'aigrir davantage. Il parle d'une voix foudroyante et s'avance vers le furieux jusqu'à une certaine distance pour attirer ses regards ; en même temps, les gens de service viennent à un signal donné par derrière ou par les côtés et chacun d'eux saisit un membre de l'insensé. [...] C'est ainsi qu'on se rend maître des insensés en fureur en respectant les droits de l'humanité car il est expressément défendu aux gens de service de donner des coups même lorsqu'ils en reçoivent. » (30)

Pinel recommande également que l'utilisation de la contrainte doit se faire sans brutalité ni colère et qu'elle doit être levée dès qu'elle n'est plus nécessaire :

« C'est encore un art que de ne tenir enfermés les insensés dans les loges que le temps nécessaire et seulement pendant qu'ils sont capables des actes extrêmes de violence. La règle de prévoir leur terminaison prochaine, d'accorder en général autant de liberté qu'il est possible aux fous [...] qui ne nuisent à personne. Enfermer de pareils

fous, sous prétexte d'entretenir l'ordre, c'est leur imposer une contrainte superflue, c'est les révolter, c'est provoquer leur fureur et rendre leur manie plus invétérée et souvent incurable. » (30)

Jean-Étienne Esquirol (1772-1840), un des élèves de Pinel, dénonce avec virulence dans son rapport intitulé *Des établissements consacrés aux aliénés en France et des moyens de les améliorer* en 1818, l'usage persistant des chaînes dans la grande majorité des établissements qui recevaient des aliénés (31).

La création des asiles survient au début du XIXe siècle, suite à la loi du 30 juin 1838 (32). Cette loi oblige chaque département du territoire, à la construction d'un établissement dédié aux soins des malades mentaux qui étaient alors mélangés aux autres catégories de populations exclues, comme les indigents ou les criminels. Elle met fin à l'internement sur simple requête d'un proche et introduit les notions de placement volontaire et de placement d'office. Cependant, les patients se retrouvent toujours mis à l'écart de la société, dans un système leur imposant une restriction de la liberté de circulation, et sont toujours soumis aux mesures de contraintes physiques, les chaînes cédant peu à peu leur place à la camisole en tissu. Cette évolution est tout de même considérée comme un progrès, puisqu'elle permettait aux patients de se déplacer librement au sein des asiles.

Inspiré par Pinel, Samuel Tuke (1784-1857) fonde en 1792 le *York Retreat* en Angleterre. Il s'agit d'un établissement psychiatrique dont les méthodes de soins vont à l'encontre des celles en usage jusqu'alors. Il crée un code de déontologie, dans lequel sont bannies les contentions physiques sauf en cas d'agitation extrême, et où il est noté qu'il ne peut y avoir plus de deux patients sous contention dans une même unité (19,23,32). À la suite de cette initiative, Robert Gardiner Hill (1811-1878) et John Connolly (1794-1866) décidèrent d'abolir les mesures de contention dans les asiles un demi-siècle plus tard. Ils soutiennent le principe de « *no restraint* » (32,33), qui ne commencera à s'installer en France qu'à la fin du XIXe siècle notamment grâce à Valentin Magnan (1835-1916) à l'Hôpital Saint-Anne de Paris, établissement dans lequel il fit carrière jusqu'en 1912 (35).

2.5 La contention au XXe siècle

Au début du XXe siècle, l'apparition de la psychanalyse va bouleverser la vision de la maladie mentale et entraîner la quasi-disparition des mesures de contention. Elle va transformer la médecine des symptômes en la médecine de la relation, avec l'avènement de la psychothérapie où la contrainte physique n'a évidemment pas sa place (17,36).

Par ailleurs, la deuxième moitié du XXe siècle est marquée par l'essor des positions antipsychiatriques. En effet, 50 000 malades mentaux sont retrouvés morts de faim dans les asiles à la fin de la Seconde Guerre Mondiale. Cet événement tragique montre l'incapacité du système carcéral à assurer la protection de ceux qu'il est censé soigner. La circulaire du 15 mars 1960 va entraîner une révolution du système psychiatrique et la fin des asiles (37). Une seconde circulaire, de la même date, impose une désinstitutionnalisation des malades mentaux et la création de structures extrahospitalières pour la prise en charge des patients, comme les centres médico-psychologiques et les centres d'activité thérapeutique à temps partiel. L'hôpital évolue d'un lieu de vie en lieu de passage (38).

Il faut aussi mentionner la révolution pharmacologique avec l'apparition de la chlorpromazine en 1952 puis des autres classes de psychotropes. Les pratiques médicales vont être marquées durablement, grâce à la possibilité de stabiliser les troubles mentaux et donc la possibilité d'une réinsertion des malades mentaux dans la société (34).

2.6 La contention aujourd'hui

Après une période de désaliénation, le début du XXIe siècle est marqué par le retour des mesures de contraintes. À la suite du drame de 2008 à Grenoble, où un étudiant a été agressé mortellement à l'arme blanche par un patient s'étant échappé d'un hôpital psychiatrique (39), le président de la République, Nicolas Sarkozy, annonce un plan de sécurisation des hôpitaux. Dans son discours à Antony en 2008 (40), le chef de l'État préconise un abord carcéral et sécuritaire pour la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques. La circulaire du 22 janvier 2009 impose la création de 200 chambres d'isolement pour mieux sécuriser les hôpitaux.

La demande sociale et l'opinion publique favorisent le retour de l'enfermement des malades (41).

Si les pratiques de l'isolement et de la contention semblent faire débat au sein de la communauté médicale, elles étaient perçues comme un tabou au niveau social et politique. Cependant, l'espace médiatique vient amorcer une évolution de l'opinion publique, comme en témoigne de nombreux articles et émissions de télévision relatant les conditions d'hospitalisation des patients en psychiatrie.

La récente loi de modernisation de notre système de santé en 2016 (4) et les nouvelles recommandations de la HAS en 2017 (3) viennent encadrer ces mesures de contrainte. De nouveaux protocoles voient le jour pour assurer la médicalisation de la contention et éviter tout excès. Cependant, le contexte actuel de saturation des services d'Urgences, aussi bien générales que psychiatriques, favorise le recours à la contention physique. Le Collectif des Psychiatres Publics de Haute-Garonne a publié un communiqué de presse en juin 2022, dans lequel il relate le manque de moyens humains et matériels, source de dangers pour les soignants et les patients :

« D'un autre côté, des patients sortent des urgences avec une orientation pour un suivi spécialisé en ville, avec des délais de plusieurs mois et parfois même sans possibilité de suivi spécialisé. Il y a une perte de chance pour les patients qui ne reçoivent pas les soins dont ils auraient besoin. Nous sommes contraints à un triage drastique des patients qui relèvent d'indications d'hospitalisation pour limiter l'engorgement. Il y a aussi une prise de risque pour les soignants comme pour les patients du fait de la fragilisation de nos espaces d'accueil : risque de violences, de fugues, de (sur)-recours à la contention dans des pièces non prévues à cet effet, etc. » (42)

3 Aspects législatifs

L'application de la contention physique est encadrée par la loi, surtout en ce qui concerne les soins sans consentement, les soins à la demande d'un tiers et les soins à la demande d'un représentant de l'État. Avant de présenter la législation en France, il convient de décrire les recommandations et les mises en garde des organismes internationaux dont l'Organisation des Nations Unies (ONU), le Comité Européen de Prévention de la Torture et des Peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT)

et le Conseil de l'Europe. L'autre fait marquant, concernant la législation française, est la loi de modernisation de notre système de santé en 2016, qui marque un tournant sur l'application de la contention mécanique comme outil thérapeutique.

3.1 Sur le plan international

3.1.1 La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948

Il s'agit d'un des textes essentiels sur les libertés fondamentales. L'article 13 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme nous montre que : « *Toute personne a le droit de circuler librement et de choisir sa résidence à l'intérieur d'un État* » (43). Cet article fait plutôt référence à la liberté d'aller et venir de la personne et non aux mesures de contraintes à proprement parler. Cependant, il fait le lien avec la notion de privation de libertés habituellement rencontrée lors de la mise sous contrainte physique.

3.1.2 L'avis de l'Organisation des Nations Unies

L'ONU propose une résolution dès 1991, qui précise dans le paragraphe 11 du principe 11 que : « *la contrainte physique ou l'isolement d'office du patient ne doivent être utilisés que conformément aux méthodes officiellement approuvées du service de santé mentale, et uniquement si ce sont les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui. Le recours à ces mesures ne doit durer que le temps strictement nécessaire à cet effet* », et note le caractère de derniers recours de la contention, comme le fera le CPT ultérieurement (44).

L'ONU insiste également sur l'importance d'une traçabilité des décisions encadrant la mesure de contention : « *Toutes les mesures de contrainte physique ou d'isolement, les raisons qui les motivent, leur nature et leur étendue, doivent être inscrites dans le dossier du patient.* » (44)

De plus : « *Tout patient soumis à la contrainte physique ou à l'isolement d'office doit bénéficier de conditions humaines et être soigné et régulièrement et étroitement surveillé par un personnel qualifié. Dans le cas d'un patient ayant un représentant personnel, celui-ci est avisé sans retard, le cas échéant, de toute mesure de contrainte ou d'isolement d'office.* » (44)

3.1.3 Les recommandations du Conseil de l'Europe

Le Conseil de l'Europe est un organisme créé en 1949 à Londres. Il a pour but de rapprocher ses États membres au travers de traités et d'actions communes dans différents domaines. En 1994, il promulgue une première recommandation catégorique quant à l'utilisation des contentions : « *aucun moyen de contention mécanique ne doit être utilisé. Les moyens de contention chimique doivent être proportionnés au but recherché et aucune atteinte irréversible ne doit être portée aux droits de procréation des individus.* » (45)

En 2004, il vient modérer sa position dans une recommandation relative à la protection des droits de l'Homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, dont plusieurs articles font référence à la contention. Il précise le principe de restriction minimale dans le huitième article, visant la contention sans la citer explicitement : « *Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement disponible le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui* ». L'article 27 concerne directement la contention dans l'optique de réduire ces pratiques. En effet, la tenue d'un registre y est évoquée, ainsi que l'éventualité de mettre en place une mesure de contention ou d'isolement d'urgence en l'absence de médecin. L'expérience vécue avec le patient est mise en avant et son intérêt est de réfléchir aux alternatives pour limiter l'utilisation de la contention. Enfin, un article porte sur la formation des soignants pour une meilleure compréhension et gestion des situations à risques de violence, le but étant de diminuer le recours à la contention (46,47).

3.1.4 L'avis du Comité Européen pour la Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants

Créé en 1987, le CPT, organe du Conseil de l'Europe, est habilité à visiter tout lieu où s'exerce une privation de liberté par une autorité publique. Il formule des critiques et des recommandations aux États dans un rôle essentiellement préventif.

Lors de sa visite en France du 28 novembre au 10 décembre 2010, le CPT a édité un rapport publié en 2012, qui précise que « *la mise en chambre d'isolement et la mise sous contention des patients hospitalisés en psychiatrie, sont des mesures extrêmes*

qui peuvent être prises afin de faire face à un risque imminent de blessure ou à un état de violence aiguë ». Ce comité rappelle le rôle central du médecin en ce qui concerne la décision d'utiliser ou non la contention, puisque ces mesures doivent être soumises à une prescription médicale : « *Il importe de veiller à ce que chaque mise en chambre d'isolement et recours à la contention soient prescrits par un médecin, ou du moins, portés à son attention sans attendre afin d'obtenir son autorisation* ». Il insiste sur la nécessité de pallier les prescriptions anticipées si besoin, c'est-à-dire « *d'éviter que le personnel soignant ait une autorisation générale du médecin d'utiliser ces moyens en cas de nécessité* ». Il précise également que tous les autres moyens doivent être appliqués avant d'utiliser cette mesure, légitimant la contention comme mesure de derniers recours. Il note aussi que : « *si exceptionnellement, des moyens de contention physique sont appliqués, ceux-ci doivent être ôtés dès que possible ; ils ne doivent jamais être appliqués, ni leur application être prolongée, à titre de sanction* ». Enfin, le CPT rappelle aux autorités françaises que le recours à l'isolement et à la contention mécanique devrait être consigné dans un registre spécifique : « *[...] la contention mécanique soit consigné dans un registre spécifiquement établi à cet effet dans chaque service. Les éléments à consigner dans ce registre doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte-rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel* » (48).

Le CPT effectue une nouvelle visite en France du 15 au 27 novembre 2015 et se dit « *préoccupé par la fréquence et la durée de cette mesure dans les établissements visités, où il a été constaté que certains patients subissaient des mesures de contention de manière répétée, pour des durées s'étendant à plusieurs jours, voire plusieurs semaines* ». Il évoque aussi ses inquiétudes concernant le mode de surveillance des patients contenus : « *il est sérieusement préoccupé par le fait que les patients soumis à une contention mécanique n'étaient pas surveillés par un membre du personnel soignant de manière directe et permanente, mais uniquement lors de passage de surveillance toutes les heures voire deux heures* ». Il recommande que : « *Dans le cas d'une contention mécanique, un membre du personnel soignant devrait être présent en permanence pour maintenir la relation thérapeutique et assister le patient* » (49).

3.2 La législation Française

La législation française ne possède pas de texte spécifique en ce qui concerne la contention physique passive ni la contention à visée sécuritaire mais il dispose de textes généraux, d'un Code de la Santé Publique (CSP) et enfin de circulaires et recommandations.

3.2.1 Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

La Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen en 1789 précise dans son article 7 que : « *Nul homme ne peut être accusé, arrêté ni détenu que dans les cas déterminés par la loi, et selon les formes qu'elle a prescrites.* » (50)

3.2.2 Textes généraux

Les médecins ont l'obligation de suivre les textes fondamentaux des lois françaises :

- L'article 66 de la Constitution : « *Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi.* » (51)
- L'article 16 du Code Civil : « *La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie.* » (52)
- L'article 16-3 du Code Civil : « *Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir.* » (53)

3.2.3 Code de la Santé Publique

3.2.3.1 Avant 2016

Aucun texte de loi précis n'encadre la contention en psychiatrie. En effet, les lois successives du 30 juin 1838 (32), 27 juin 1990 (54) et du 5 juillet 2011 (55) modifiées en 2013, si elles précisent dans quelles conditions un patient souffrant de troubles

mentaux peut recevoir des soins sans son consentement et être hospitalisé, elles restent très floues sur la notion de contention physique et d'isolement.

L'article L3211-3 du CSP énonce que : « *Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou sur décision du représentant de l'État, ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.* » (56)

L'article L3211-2-2 du CSP prévoit qu'à la suite d'une décision d'hospitalisation sans consentement, deux certificats médicaux doivent être établis par des médecins psychiatres. L'un dans les 24 heures, l'autre dans les 72 heures afin de confirmer ou non l'hospitalisation sans consentement. Ces certificats ne peuvent être établis par le médecin ayant réalisé un des deux certificats d'admission (57). En cas de péril imminent, ces deux certificats doivent être établis par deux psychiatres distincts, conformément à l'article L3212-1 du CSP (58).

Cependant, si la notion de soins psychiatriques sans consentement est bien règlementée, la notion de contention physique n'est pas clairement citée dans la législation française jusqu'à la promulgation d'une nouvelle loi de modernisation de notre système de santé en 2016.

3.2.3.2 Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016

L'article 72 de cette loi de 2016 (4), introduite au sein du CSP par l'article L3222-5-1, règlemente le recours à l'isolement et à la contention. Il s'agit de la première fois que le terme de *contention* est cité explicitement dans le premier alinéa du paragraphe I :

« *L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat où imminent pour le patient où autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.* » (59)

3.2.3.3 Révision de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016 par le Conseil constitutionnel en 2021

Le Conseil constitutionnel a été saisi le 2 avril 2021 par la Cour de cassation (60) pour répondre à plusieurs questions concernant les soins psychiatriques sans consentement et les mesures d'isolement et de contention. Plusieurs requérants ont soumis comme contraire à la constitution ces mesures, puisque la loi méconnaîtrait les exigences résultantes de l'article 66 de la constitution (51). En effet, le Conseil constitutionnel a statué sur son inconstitutionnalité. Ainsi, les législateurs ont entendu répondre à l'injonction du Conseil constitutionnel en modifiant l'article L3222-5-1 par la loi du 22 janvier 2022 dans son article 17 (61).

De ce fait, l'actualisation de l'article L3222-5-1, apporte des précisions concernant la durée de ces mesures restrictives dans son paragraphe I :

« La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée, dans les conditions et selon les modalités prévues au même premier alinéa, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures, et fait l'objet de deux évaluations par douze heures. » (59)

Dans son paragraphe II, il souligne le rôle majeur du juge des libertés et de la détention dans la prolongation des mesures de contention si l'état de santé des patients le nécessite :

« A titre exceptionnel, le médecin peut renouveler, au-delà des durées totales prévues au I, les mesures d'isolement et de contention, dans le respect des conditions prévues au même I. Le directeur de l'établissement informe sans délai le juge des libertés et de la détention du renouvellement de ces mesures. Le juge des libertés et de la détention peut se saisir d'office pour y mettre fin. [...] Si les conditions prévues au I ne sont plus réunies, il ordonne la mainlevée de la mesure. [...] Si les conditions prévues au même I sont toujours réunies, le juge des libertés et de la détention autorise le maintien de la mesure d'isolement ou de contention. » (59)

L'article L3222-5-1 insiste également sur la nécessité d'informer les proches du patient soumis à la prolongation des mesures de contention :

« Le médecin informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical. » (59)

3.2.3.4 Contention dans la pratique infirmière

L'article R4311-5 du 29 juillet 2004 du CSP précise que dans les actes propres de l'Infirmier Diplômé d'État (IDE), concernant le confort et la sécurité du patient, il doit rechercher « *des signes de complications pouvant survenir chez un patient porteur d'un dispositif d'immobilisation ou de contention* » (62).

Un autre article, R4311-7 du 20 juillet 2005, définit que, lors d'une prescription médicale ou d'un protocole préalablement établi par le médecin, l'IDE est autorisé à faire : « *la pose de bandages de contention* » et « *l'ablation des dispositifs d'immobilisation et de contention* » (63).

3.2.4 Circulaires et recommandations

Une recommandation est juridiquement dépourvue de force obligatoire et ne peut donc pas entraîner, si elle n'est pas appliquée, une faute reconnaissable devant le tribunal.

3.2.4.1 Circulaire Veil du 19 juillet 1993

La circulaire Veil en date du 19 juillet 1993, rappelle les principes relatifs à l'accueil et aux modalités du séjour des patients hospitalisés pour troubles mentaux. Elle précise que : « *en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte.* » (64)

3.2.4.2 La recommandation de l'ANAES en 2000

En 2000, l'ANAES a dirigé la rédaction d'une recommandation de bonne pratique, intitulée *Limiter les risques de contention physique passive chez la personne âgée*. Cette recommandation est composée des dix critères suivants :

- *« Critère 1 : la contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.*
- *Critère 2 : la prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.*
- *Critère 3 : une surveillance est programmée et retranscrite dans le dossier du patient. Elle prévient les risques liés à l'immobilisation et prévoit notamment les soins d'hygiène, la nutrition, l'hydratation et l'accompagnement psychologique.*
- *Critère 4 : la personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.*
- *Critère 5 : le matériel de contention sélectionné est approprié aux besoins du patient. Il présente des garanties de sécurité et de confort pour la personne âgée. Dans le cas de contention au lit, le matériel est fixé sur les parties fixes, au sommier ou au cadre du lit, jamais au matelas ni aux barrières. Dans le cas d'un lit réglable, les contentions sont fixées aux parties du lit qui bougent avec le patient. En cas de contention en position allongée, les risques liés aux régurgitations et aux escarres sont prévenus.*
- *Critère 6 : l'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.*
- *Critère 7 : selon son état de santé, la personne âgée est sollicitée pour effectuer des activités de la vie quotidienne et maintenir son état fonctionnel. La contention est levée aussi souvent que possible*
- *Critère 8 : des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.*
- *Critère 9 : une évaluation de l'état de santé du sujet âgé et des conséquences de la contention est réalisée au moins toutes les 24 heures et retranscrite dans le dossier du patient.*
- *Critère 10 : la contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures. » (6)*

3.2.4.3 La recommandation de la HAS de 2017

La HAS a mis à jour une recommandation de bonne pratique en février 2017, destinée au domaine de la psychiatrie générale. Elle fait suite à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 qui a émis un cadre réglementaire en ce qui concerne la contention mécanique des patients présentant des troubles mentaux.

Ainsi, la HAS qualifie la contention mécanique comme une « *mesure d'exception* » et de « *dernier recours* » qui s'applique exclusivement en cas de mesure d'isolement, et par conséquent au décours de soins psychiatriques sans consentement. Son application est indiquée en prévention ou en réponse à un comportement violent, entraînant un danger pour le patient ou autrui et après l'inefficacité de mesures alternatives moins restrictives. La mise sous contention mécanique fait suite à la prescription d'un psychiatre et à la réalisation d'un examen médical. L'indication est initialement limitée à 6 heures et nécessite une surveillance et un accompagnement intensif de la part du personnel soignant. Elle incite à la création d'une fiche de prescription du suivi de la décision, présente dans le dossier médical du patient. Par la suite, deux visites médicales par jour sont demandées et un renouvellement de la fiche au bout de 24 heures a lieu si nécessaire. L'application de la contention mécanique s'inscrit dans une démarche thérapeutique, justifiée par une situation clinique. Des explications claires concernant les raisons de la mise sous contention et les conditions de sa levée sont nécessaires à fournir au patient, puisqu'elle implique également une décision médicale. Une fois la levée de la contention effectuée, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les personnels soignants. L'objectif est de l'aider à comprendre les événements récents qu'il a vécu. Enfin, un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle a lieu permettant aux soignants d'exprimer leurs difficultés face à cette pratique, parfois vécue avec un sentiment de « *culpabilité* » et réfléchir à des alternatives à la contention (3).

3.2.5 Charte du patient hospitalisé

La Charte du patient hospitalisé est annexée à la circulaire ministérielle n°2006-90 du 2 mars 2006 (65), relative aux droits des patients hospitalisés. Elle s'applique à l'ensemble des personnes accueillies dans un établissement de santé. Elle précise « *les conditions de l'information du malade par le médecin, qui se doit d'être simple, accessible, intelligible et loyale* ». La contention physique n'échappe pas à cette règle et le patient doit être informé des raisons motivant une telle mesure, et de son caractère temporaire :

« La contrainte physique d'un patient doit être utilisée conformément aux méthodes officiellement approuvées par le service de santé mentale et uniquement s'il s'agit du seul moyen de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui. Ce

type de procédure ne doit durer que le temps nécessaire, et être inscrit dans le dossier du patient. » (66)

Chaque malade a le droit d'être protégé contre toute forme d'exploitation et contre tout mauvais traitement physique ou dégradant. La contention physique doit s'exercer dans des conditions humainement acceptables, avec du personnel qualifié, en avisant le patient ou son représentant légal de toute instauration d'une mesure de contrainte.

3.2.6 Jurisprudences

Seules les recommandations et le code de déontologie s'appliquent aux professionnels de santé. Toutefois, elles n'ont pas de valeurs juridiques. Nous sommes donc en présence d'un vide juridique, c'est pourquoi pour des cas identiques la décision des législateurs donne lieu à des décisions contradictoires. Il n'y donc pas de jurisprudence civile ou ordinaire concernant les patients mis sous contention physique.

3.3 Conseil de l'Ordre des Médecins

3.3.1 Le code de déontologie

La déontologie ne se substitue en aucun cas à la loi. En revanche, elle oriente les comportements des médecins entre eux et envers leurs patients.

Par définition, la déontologie d'un corps professionnel est *« un ensemble complexe des devoirs moraux et sociaux que les membres de cette profession doivent observer afin qu'il y ait une cohésion des comportements dans l'exercice de l'activité. »* Dans l'article 2 du code de déontologie, le rôle du médecin est clairement défini : *« Le médecin au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne, et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après sa mort. » (67)*

Concernant la contention physique, le code précise que *« si la famille du malade doit être prévenue et informée d'une telle mesure il ne s'agit en aucun cas, en dehors du cadre particulier de l'enfant, de demander leur autorisation. » (68)*

3.3.2 Le serment d'Hippocrate

Tout comme le code de déontologie, le serment d'Hippocrate ne fait pas office de loi mais le médecin s'engage à le respecter lorsqu'il entre dans la profession médicale.

Le serment d'Hippocrate évoque trois principes fondamentaux de la pratique médicale et nécessaires dans le cadre de la mise en place d'une contention physique. Tout d'abord, nous trouvons le respect de « *toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté* ». Ensuite, le médecin doit intervenir pour protéger les personnes si elles sont « *affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dans leur dignité* ». Enfin, le serment demande aux médecins d'informer les patients des « *décisions envisagées, des raisons et de leurs conséquences.* » (69)

3.4 Les recommandations du Contrôleur Général des Lieux de Privations et des Libertés

Le Contrôleur Général des Lieux de Privations et des Libertés (CGLPL) est une autorité administrative indépendante créée par la loi du 30 octobre 2007 (70), à la suite de l'adoption par la France du protocole facultatif à la Convention des Nations Unies contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. La mission du contrôleur général est de veiller à ce que les personnes, privées de liberté, soient traitées avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine. Ainsi, depuis 2008, l'équipe du CGLPL visite des établissements psychiatriques, de façon soit programmée soit inopinée, afin de régler les conséquences d'une violation des droits fondamentaux des personnes mais avant tout pour prévenir des violations.

En 2016, le rapport du CGLPL dresse un constat inquiétant de la banalisation des mesures de contrainte physique, portant gravement atteinte à la dignité des personnes. Le recours à la contention, parfois sur de longues durées, est généralisé dans certains établissements, sans réflexion préalable sur d'éventuelles stratégies thérapeutiques alternatives (71).

Un rapport d'activité, publié en 2019, est établi à partir de la visite de 23 établissements de santé. Il pointe l'insuffisance de moyens en psychiatrie, sur le plan de la démographie médicale et sur les conditions d'hébergement des patients. D'autre part,

il préconise d'améliorer l'accueil des patients aux Urgences. Il met en avant le manque de lien entre les services d'Urgences générales et les services de psychiatrie, ainsi que la méconnaissance des troubles mentaux par les médecins et soignants des Urgences. Le rapport précise qu'il appartient au service de psychiatrie, qui détient l'expertise médicale et juridique nécessaire, de veiller aux conditions de prise en charge « en amont » des patients qu'ils reçoivent et de mettre en place des mesures adaptées d'échange, de formation voire d'assistance. Le rapport souligne un encadrement encore insuffisant des pratiques de contention et d'isolement, plus de deux ans après la loi du 26 janvier 2016. Les contrôleurs ont ainsi rencontré : *« des mesures prises dans une logique punitive ou par commodité pour le service; des décisions de placement « si besoin » préparées à l'avance; des mesures se prolongeant parfois jusqu'à huit jours; des isolements en chambre ordinaire; des registres tenus de manière formelle ou lacunaire; des réflexions sur les pratiques d'isolement chez le personnel infirmier dont le personnel médical ne s'empare pas; une quasi-absence de formation des infirmiers et des médecins sur le sujet »* (72).

Un nouveau rapport établi en 2021 par Dominique Simonnot, nouveau contrôleur général en poste depuis le 14 octobre 2020, pointe à nouveau le manque de formation du personnel soignant devant la gestion des patients agités dans les établissements de santé mentale. Dans un contexte d'épidémie à coronavirus 2019, ces lacunes sont justifiées en partie par un accès difficile et un report constant des modules de formations théoriques et pratiques. Il insiste surtout sur les données souvent incomplètes ou hétérogènes des registres, pourtant obligatoire sur le plan légal, et le manque de traçabilité : *« Ainsi, sur les 89 établissements contrôlés par le CGLPL de 2018 à 2021, seuls 26 ont pu faire l'objet d'une analyse, parfois seulement de manière partielle »*. La fiabilité des analyses nationales du GGLPL, sur le recueil de ces registres, est donc remise en cause. Pourtant, elle s'avère nécessaire afin d'améliorer les pratiques de la contention physique. Les soignants ont perçu cette réglementation comme une contrainte administrative, sans percevoir son réel intérêt pour le perfectionnement de cet acte restrictif (73).

Dans le dernier rapport édité en décembre 2021, le CGLPL dénonce le recours inadapté des pratiques de contention chez les patients agités, accueillis dans les services d'Urgences générales. Il s'inquiète également de l'absence de traçabilité, du lieu inapproprié et de la durée souvent excessive de la mise sous contention. De plus,

peu de médecin psychiatre sont disponibles sur place, afin de donner leur avis. Le médecin urgentiste est trop souvent livré à lui-même et choisi une solution de facilité devant les personnes agitées :

« Une autre préoccupation majeure, liée au passage préalable par les urgences générales, concerne les pratiques d'isolement et de contention. Il arrive que des patients restent trop longtemps aux urgences où, par précaution ou à défaut d'équipement adapté, ils sont placés sous contention. Des mesures parfois décidées par des urgentistes et sans validation ultérieure d'un psychiatre. D'autre part, l'isolement et la contention ne sont, dans la majorité des services d'urgence, pas tracés. Enfin, ces mesures sont souvent mises en œuvre dans des locaux non adaptés à des patients en crise et pour des durées ne se limitant pas à cette crise. Toute décision d'isolement ou de contention doit être validée par un psychiatre dans le délai d'une heure, après une rencontre avec le patient. Elle doit être tracée dans le dossier médical et sur un registre spécifique. » (74)

4 La contention physique appliquée dans un service d'Urgences

4.1 Objectifs

En se basant sur la 9ème conférence de consensus de la prise en charge de *L'agitation en urgence (petit enfant excepté)* en 2002 (75), la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) rappelle les objectifs de la contention physique aux Urgences, dans un article publié en 2012 (1). La contention doit permettre d'assurer la sécurité du patient et de l'entourage, et de prévenir la rupture thérapeutique. Son application ne se justifie qu'après l'échec des autres mesures de prise en charge. Il s'agit d'une mesure d'exception, temporaire, ne constituant pas à elle seule une mesure thérapeutique. La prescription d'une sédation chimique doit donc être toujours associée. L'efficacité thérapeutique de la contention physique n'a pas été prouvée tandis que les inconvénients et les risques sont largement décrits (1,76,77).

4.2 Indications

D'après la conférence de consensus sur la prise en charge de *L'agitation en urgence (petit enfant excepté)*, les indications de la contention physique sont représentées par :

- 1) La prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ou ni appropriés.
- 2) La prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins somatiques ou psychiatriques.
- 3) L'isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.

Les situations correspondant à ces indications sont en lien avec les principales causes de l'agitation. Celle-ci peut amener les patients à présenter « *des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs, mais elle n'est pas forcément synonyme de violence et certains états d'agitation sont dénués de toute agressivité. Il faut donc distinguer la violence fondamentale qui est un réflexe de défense lié à la peur quand on se sent attaqué, de l'agressivité. Si elle devient incontrôlable, l'agitation peut engendrer de la violence.* » (76)

4.2.1 Agitation contrôlable et incontrôlable

La SFMU a publié des Recommandations de Bonne Pratique Clinique en 2021, concernant la *Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences*. Selon elle, il est important de faire la distinction entre l'agitation dite contrôlable et l'agitation incontrôlable. Il est très utile de repérer rapidement, les éléments précurseurs d'une agitation incontrôlable. En effet, la prise en charge par l'équipe soignante sera différente en fonction du degré d'agitation. Ce repérage doit être le plus précoce possible et constitue une urgence, car la prise en charge retardée du patient agité peut induire la mise en danger de celui-ci mais également des professionnels de santé (76).

4.2.1.1 Agitation contrôlable

L'agitation contrôlable se définit comme une situation dans laquelle l'approche relationnelle et les techniques de désescalade (Annexe 2) vont permettre de recueillir une anamnèse, de détendre le patient au fil de l'entretien et de conduire à une

amélioration progressive de la collaboration, jusqu'à une acceptation des soins et de l'examen.

4.2.1.2 Agitation incontrôlable

L'agitation incontrôlable, quant à elle se définit, comme une agitation avec violence, verbale ou physique, rendant un entretien impossible, ou alors avec des éléments prédictifs de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif imminent. Ces signes précurseurs sont les suivants :

- *« Des modifications comportementales telles que le refus de s'asseoir, l'incapacité à rester en place, des sursauts et une immobilisation avec ébauche de gestes de menace ou de défense, des changements brutaux inexplicables de comportement ou une agitation psychomotrice progressive, des menaces, des insultes, une voix modifiée, la perception d'une tension musculaire.*
- *Les antécédents psychiatriques comme la schizophrénie, des troubles bipolaires, ou les addictions.*
- *L'intoxication aiguë à l'alcool ou à d'autres substances psychotropes.*
- *Des éléments anamnestiques telles que des antécédents d'actes de violence, des actes anti-sociaux non violents, des antécédents de tentatives de suicide ou autres comportements autodestructeurs, d'impulsivité.*
- *La notion de ports d'objets pouvant servir d'armes.*
- *Des facteurs de stress aigus (conflits conjugaux ou professionnels par exemple).*
- *Le nombre croissant d'admissions aux urgences.*
- *Le mode d'arrivée contraint aux urgences (Sapeurs-Pompiers, Police, accompagné par la famille « contre son gré »).*
- *Les caractéristiques socio-démographiques comme un niveau socio-économique bas, rareté des supports sociaux, sexe masculin, sujet jeune, célibataire. » (76)*

Une identification précoce de ces signes permet d'assurer une prise en charge optimale du patient agité. L'erreur est de négliger ces signes annonciateurs et d'appliquer rapidement les mesures de contraintes à un patient dont l'agitation peut régresser avec des techniques relationnelles et de communication.

4.3 Orientation diagnostique devant les états d'agitation aiguë

Les états d'agitation aiguë ou d'idées délirantes sont des situations rencontrées fréquemment dans les services d'Urgences. La 5^{ème} édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V) définit l'agitation comme « *une activité motrice excessive associée à un état de tension intérieure. L'activité est en général improductive et stéréotypée. Elle se traduit par des comportements tels que la marche de long en large, le fait de gigoter, d'agiter ses mains, de triturer ses vêtements, et l'incapacité à rester assis.* » (78)

Un article de la *Revue du Praticien* réalisé par Verdoux H. (79) retrace les différentes étapes diagnostiques effectuées devant un patient agité aux Urgences. Devant un état d'agitation aiguë, il convient tout d'abord d'éliminer une cause non psychiatrique en s'assurant d'avoir éliminé les principales causes organiques. La réalisation d'un examen clinique rigoureux et d'un bilan paraclinique orienté selon le contexte va permettre au praticien d'établir un bon diagnostic.

4.3.1 Interrogatoire

Au cours d'un examen clinique, l'interrogatoire correspond à l'étape la plus importante sur le plan sémiologique. Il doit préciser, s'il est possible, les éléments suivants :

- Les données anamnestiques : « *date de début, mode d'apparition (brutale, en quelques heures ou dans un contexte de modification progressive du comportement depuis plusieurs jours ou plusieurs semaines ; au décours d'un évènement particulier (maladie, post-partum, accident, voyage, évènement de vie récent) ... ;* » (79)
- Les antécédents personnels et familiaux psychiatriques bien entendu : « *documenter de manière très détaillée tous les médicaments récemment consommés (y compris automédication ou dans le cadre d'une tentative d'autolyse) ou récemment interrompus (y compris à l'initiative du patient) ; la prise récente ou l'arrêt récent d'alcool ou d'autres substances psychoactives ;* » (79)

4.3.2 Examen clinique

Par la suite, l'examen clinique, s'il est possible également, a pour but d'objectiver :

- « *Un syndrome confusionnel : désorientation temporo-spatiale, obnubilation, trouble de la vigilance, troubles mnésiques (amnésie antérograde, fausses reconnaissances) ;*
- *Les symptômes non psychiatriques associés afin d'identifier une urgence pouvant mettre en jeu le pronostic vital ou fonctionnel : dyspnée, cyanose, myosis, mydriase, hyperthermie, symptômes méningés, signes de focalisation neurologique, morsure de langue, sueurs profuses, globe urinaire, etc. ;*
- *Les symptômes psychiatriques associés :*
 - *Symptômes thymiques de type maniaque ou hypomaniaque (humeur euphorique exaltée ou irritable, excitation psychomotrice avec hyperactivité/logorrhée, augmentation de l'estime de soi, réduction du besoin de sommeil, désinhibition avec conduites à risques) ;*
 - *Symptômes thymiques de type dépressif (tristesse de l'humeur, anhédonie, péjoration de l'avenir, autodépréciation, culpabilité, idées suicidaires) ;*
 - *Symptômes anxieux, notamment attaque de panique avec multiples symptômes somatiques (palpitations, sensation d'étouffement, vertiges, paresthésies, etc.), symptômes cognitifs avec sensation de mort imminente ou de perte de contrôle (« devenir fou »), symptômes dissociatifs (déréalisation, dépersonnalisation) ; état de stress aigu à la suite de l'exposition (directement, en tant que témoin, en tant que proche) à un évènement traumatique (mort effective, menace de mort, blessure grave, violence sexuelle) ;*
 - *Symptômes psychotiques positifs (idées délirantes, hallucinations), négatifs (émoussement affectif, incurie, repli sur soi) et à type de désorganisation (bizarrerie, troubles du langage) ;*
 - *Symptômes catatoniques, où les phases d'agitation non influencées par des stimuli externes peuvent alterner avec des phases de stupeur ou de catalepsie ;*

- *Risque suicidaire et de dangerosité pour autrui, à évaluer de manière systématique quelle que soit l'hypothèse diagnostique. » (79)*

4.3.3 Examens paracliniques

Le bilan paraclinique vise à réaliser une recherche étiologique somatique, éliminer un diagnostic différentiel, surveiller l'évolution d'un patient et/ou réaliser un bilan pré-thérapeutique. Ils doivent comprendre au minimum :

- *« Une mesure de la glycémie capillaire et de la saturation [pulsée] en oxygène (SpO2) ;*
- *Un bilan biologique avec glycémie et ionogramme sanguin, calcémie, hémogramme, hémostase (avant injection intramusculaire) ;*
- *Un électrocardiogramme (avant l'administration d'un traitement antipsychotique). » (79)*

Les autres examens complémentaires sont à prescrire en fonction du contexte clinique. De manière non exhaustive, ils peuvent comporter :

- *« Une alcoolémie, un dosage urinaire de toxiques ;*
- *Une ponction lombaire, un scanner cérébral, un électro-encéphalogramme ;*
- *Un dosage sanguin de la CRP, un examen cytobactériologique des urines, un frottis sanguin avec goutte épaisse, une radiographie thoracique ;*
- *Un dosage sanguin des D-dimères ;*
- *Un dosage sanguin de la TSH. » (79)*

4.3.4 Diagnostics étiologiques

Afin d'établir un diagnostic précis, Verdoux H. (79) propose de distinguer trois tableaux cliniques susceptibles d'être rencontrés au sein d'un service d'Urgences.

4.3.4.1 Agitation d'apparition aiguë chez un adulte jeune sans antécédents psychiatriques

L'agitation est un symptôme aspécifique. Il est difficile de faire la distinction entre une cause somatique et psychiatrique, puisqu'elle est fréquemment présente au cours des troubles psychiatriques. L'absence de pathologie psychiatrique connue, chez un

patient jeune présentant un état d'agitation aiguë, implique une démarche diagnostique recherchant en priorité des étiologies organiques. Une fois ces diagnostics écartés, une étiologie psychiatrique peut ainsi être envisagée.

4.3.4.1.1 Diagnostics étiologiques organiques

En priorité, les diagnostics étiologiques d'ordre somatique à évoquer sont :

- « Une intoxication aiguë à des substances psychoactives alcool, cannabis et autres hallucinogènes (diéthylamide de l'acide lysergique connu sous l'abréviation de LSD), psychostimulant (cocaïne, amphétamine, ecstasy) ;
- Un sevrage à des substances psychoactives, notamment alcool, héroïne, autres morphiniques, benzodiazépines ;
- Une iatrogénie médicamenteuse : les anti-dépresseurs (syndrome sérotoninergique, virage manique ou hypomaniaque), les effets paradoxaux des benzodiazépines (plus fréquent chez l'adulte jeune avec un état d'agitation incoercible), les corticoïdes, les antipaludéens (dans un contexte de voyage), les agonistes dopaminergiques (comme la bromocriptine), les anticholinergiques, l'isoniazide, l'interféron ... ;
- Une pathologie métabolique (hypoglycémie) ou endocrinienne (hyperthyroïdie) ;
- Une pathologie infectieuse telle d'une méningo-encéphalite herpétique, un neuropaludisme ;
- Une pathologie neurologique non infectieuse : crises convulsives, accident vasculaire cérébral hémorragique ;
- Une intoxication au monoxyde de carbone ;
- Une embolie pulmonaire. » (79)

4.3.4.1.2 Diagnostics étiologiques psychiatriques

Les étiologies psychiatriques fréquemment rencontrées sont :

- « Une attaque de panique isolée ou dans le cadre d'un trouble panique ;
- Un épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte dans le cadre d'un trouble bipolaire ou pharmaco-induit par les antidépresseurs, associé ou non à des symptômes psychotiques ;

- *Un épisode dépressif majeur avec agitation anxieuse, associé ou non à des symptômes psychotiques ;*
- *Un trouble psychotique bref, caractérisé par la survenue depuis plus d'un jour et moins d'un mois d'idées délirantes, hallucinations, désorganisation du discours et du comportement. Il peut ou non succéder à un facteur de stress marqué ou survenir dans le cadre du post-partum. Ce diagnostic est souvent posé par excès chez des patients présentant des épisodes maniaques ou mixtes avec caractéristiques psychotiques ;*
- *Un trouble psychotique chronique débutant (trouble schizophréniforme si < 6 mois, schizophrénie ou trouble schizo-affectif si > 6 mois, trouble délirant persistant si > 1 mois) ;*
- *Un trouble de la personnalité (surtout borderline, antisociale ou histrionique), en soulignant qu'un tel diagnostic est quasiment impossible à poser dans un contexte d'urgence. » (79)*

4.3.4.2 Agitation d'apparition aiguë chez un patient avec des antécédents psychiatriques

Dans ce contexte, l'étiologie la plus propale reste une pathologie psychiatrique déjà connue. Cependant, il faut se méfier d'une pathologie intercurrente. La démarche diagnostique précédemment citée, doit s'appliquer de principe. Il faut surtout rechercher en effet iatrogène et éviter de méconnaître un effet secondaire du traitement psychotrope, avec un symptôme de la pathologie psychiatrique actuelle. Les étiologies à évoquer sont :

- *« Un syndrome sérotoninergique chez un patient débutant un traitement antidépresseur ;*
- *Un virage maniaque, hypomaniaque ou mixte sous antidépresseur ;*
- *Un effet paradoxal des benzodiazépines et apparentés ;*
- *Un syndrome extrapyramidal des antipsychotiques (dyskinésie aiguë ou akathisie, tous deux très anxiogènes) ;*
- *Un syndrome confusionnel induit par les psychotropes à action anticholinergique (antidépresseurs tricycliques, antipsychotiques sédatifs type lévomépromazine ou cyamémazine, correcteurs des effets secondaires extrapyramidaux des antipsychotiques) ;*

- *Un syndrome confusionnel dans le cadre d'une intoxication au lithium. » (79)*

4.3.4.3 Agitation aiguë chez une personne âgée

La priorité dans ce contexte est l'élimination d'une cause médicale non psychiatrique.

Ainsi il faut évoquer en priorité :

- *« Une iatrogénie médicamenteuse : cette population est très exposée aux médicaments psychotropes qui peuvent tous induire un état d'agitation (benzodiazépines, antidépresseurs, corticoïdes, agonistes dopaminergiques, anticholinergiques) ;*
- *Un trouble hydroélectrolytique ;*
- *Une infection (urinaire, pulmonaire, etc.) ;*
- *Un globe vésical ou un fécalome ;*
- *Une pathologie neurologique ou neurochirurgicale : accident vasculaire cérébral, hématome sous-dural ou extradural, crise convulsive ;*
- *Une pathologie cardiovasculaire : embolie pulmonaire, infarctus du myocarde. » (79)*

Les états d'agitation aiguë chez les personnes âgées sont rarement un symptôme inaugural d'un trouble psychiatrique. Si une cause organique est éliminée, les diagnostics d'ordre psychiatriques les plus fréquents sont :

- *« Un épisode dépressif majeur avec agitation anxieuse, associé ou non à des symptômes psychotiques ;*
- *Un épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte dans le cadre d'un trouble bipolaire à début tardif ou pharmaco-induit par les antidépresseurs ;*
- *Une attaque de panique isolée ou dans le cadre d'un trouble panique si répétition des épisodes ;*
- *Un trouble délirant persistant à type de jalousie ou de persécution. » (79)*

4.4 Contre-indications

Les contre-indications à la contention physique concernent deux champs :

- *« Un domaine d'ordre général et éthique :*

- *Utilisation à titre de punition ou de domination, infliger des souffrances ou de l'humiliation,*
- *État clinique ne nécessitant pas ces mesures,*
- *Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe ou pour son confort,*
- *Utilisation uniquement liée au manque de personnel.*
- *Un domaine lié aux affections organiques non stabilisées :*
 - *Insuffisance cardiaque,*
 - *État infectieux,*
 - *Troubles de la thermorégulation,*
 - *Troubles métaboliques,*
 - *Atteinte orthopédique,*
 - *Atteinte neurologique. » (1)*

4.5 Accueil et prise en charge du sujet agité

Les patients agités se présentant dans un service d'Urgences sont très souvent contentionnés très rapidement. Mais sa mise en place « *n'est jamais une réponse de première intention* ». Tout d'abord, il faut évaluer le niveau d'agitation des patients mais aussi le potentiel de passage à l'acte ou de rupture thérapeutique. Les échelles d'évaluation de la sévérité de l'agitation ont été essentiellement développées en milieu psychiatrique et doivent servir de référence au personnel soignant, mais elles semblent peu adaptées aux moyens humains et techniques d'un service d'Urgences. L'apaisement du patient est très important dans ces circonstances. En effet, il faut minimiser le recours à la contention. Le personnel soignant doit être impérativement éduqué et formé à ce genre de situation, afin d'adopter un comportement raisonnable pour ne pas faire augmenter le niveau de violence du patient. (1)

En réalité, l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) prévient dans les plus brefs délais le médecin urgentiste et d'autres membres de l'équipe (entre 5 à 6 personnes), afin de rassurer ou d'apaiser le patient lors d'une crise. Un médecin psychiatre peut être appelé, pour donner son avis dans un délai raisonnable car sa présence n'est pas obligatoire à la phase initiale. De plus, un agent de sécurité peut aussi être sollicité mais aussi les forces de l'ordre, si le personnel soignant est en danger face à un patient présentant une agitation incontrôlable avec des actes de violence. (1)

Des patients en phase de forte agitation peuvent très facilement amener le personnel soignant à être « *contre-productif* ». En effet, la violence peut rapidement monter de manière crescendo. C'est pourquoi, il faut changer d'interlocuteur, dans le but de faire redescendre le niveau de violence du patient. Il est très important que les équipes soient mixtes et polyvalentes afin de pouvoir s'adapter au niveau de violence du malade. L'expérience des différents intervenants est un point important dans la gestion de cette situation complexe.

L'isolement thérapeutique est souvent préférable à la contention physique. Il ne faut pas oublier qu'un examen clinique et paraclinique doivent être effectués chez le patient. Si la situation devient ce qu'on appelle « *incontrôlable* », ces examens doivent être effectués après contention et sédation du malade. (1)

4.6 Principes de mise en place d'une contention physique

La mise en place d'une contention physique doit être une décision prise de manière efficace et rapide, voire « *quasi ritualisée* ». Le matériel utilisé et les différentes procédures doivent être parfaitement connus du personnel soignant. En effet la contention est une manipulation physique à risque, qui peut entraîner une augmentation de l'agitation et du risque de passage à l'acte hétéro-agressif. De plus, le patient peut s'auto-infliger des blessures et le personnel soignant n'est pas exempt de subir des coups durant cette procédure (77). Ainsi, la présence de cinq personnes, au minimum, est requise afin de pouvoir gérer le patient. Des kits de contention, régulièrement vérifiés, et des brancards équipés de sangles sont à disposition du personnel. Pour réaliser correctement une contention, il faut, parmi les intervenants, un coordinateur qui tiendra la tête du patient lors de la manipulation pour éviter le risque de morsure. Une équipe de quatre soignants sera présente, afin de pouvoir maintenir chacun un membre. Parfois, un sixième intervenant est présent, afin de garder un dialogue avec le patient. Son rôle est de le rassurer et de lui expliquer la procédure effectuée à son encontre. Il doit l'informer du « *caractère temporaire* » et de sa « *levée immédiate, une fois l'état d'agitation terminé* ». Une fois le patient averti du déroulement de la procédure et la sédation utilisée, il est impérativement déshabillé et mis en « *chemise d'hôpital* ». Tous les accessoires et objets potentiellement dangereux lui sont retirés (ceintures, briquet, armes blanches, etc.). (1)

La contention « *cinq points* » est la plus souvent utilisée. En effet, on immobilise chaque membre supérieur et inférieur, accompagné d'une attache ventrale. La contention utilisée avec un dispositif « *harnais* » permet de maintenir le torse et les épaules au niveau du lit ou du brancard. Le malade doit être contenu dans une chambre seule avec la porte partiellement ouverte, dans le but d'assurer sa surveillance. L'équipe qui met en place la contention doit toujours s'assurer de la sécurité du patient le cas échéant :

« La tête doit ainsi être légèrement surélevée, afin de limiter le risque d'inhalation. Les attaches doivent permettre de limiter les amplitudes de mouvements des membres, pour limiter au maximum le risque que le patient se détache lui-même. À ce sujet, les attaches doivent être adaptées à la morphologie du patient, et des sangles particulières doivent être utilisées pour les patients de petit poids, ou obèses. [...] il faut veiller à ce qu'aucun point de contention ne soit douloureux, ou compressif. » (1)

4.7 Contention chimique

La contention chimique correspond à la prescription et à l'administration d'un traitement sédatif. Elle doit être systématiquement associée à la contention physique. Le but de la sédation est de contrôler l'agitation du patient. Cela permet de réduire l'anxiété ressentie par le malade contenu sous contrainte et d'autoriser la réalisation d'un examen clinique. La sédation permet aussi de contribuer à la réduction de la durée de la contention.

La voie orale est choisie en première intention et doit toujours être privilégiée. En pratique, la voie intramusculaire peut et doit être utilisée en particulier si la contention physique a déjà été réalisée. La voie intraveineuse doit rester exceptionnelle car elle nécessite une protection de l'accès veineux et une surveillance très attentive. La voie intranasale (cas du midazolam) est plus aléatoire en raison d'une biodisponibilité plus faible.

La sédation repose sur deux types de produits : les benzodiazépines et les antipsychotiques de première (cyamémazine, lévopromazine, loxapine) et de deuxième génération (olanzapine, rispéridone, aripiprazole). Dans un service

d'Urgences, il est recommandé d'utiliser préférentiellement un nombre limité de produits afin de mieux maîtriser la posologie, les effets indésirables et la surveillance. La posologie est adaptée en fonction du degré d'agitation du patient (âge, antécédents, traitements habituels, poids, etc.). Par ailleurs, il est souhaitable d'utiliser dans un premier temps une seule molécule réduisant ainsi le risque d'interaction médicamenteuse potentielle (prise de stupéfiants, traitement du patient, intoxication médicamenteuse volontaire) (1).

Dans le cadre de la *Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences* (76), éditée en 2021 par la SFMU, les experts recommandent une prise en charge pharmacologique des patients en fonction des différentes situations cliniques rencontrées dans un service d'Urgences :

- *« Agitation sans orientation étiologique : il est possible d'utiliser initialement une benzodiazépine (diazépam 10 milligrammes per os ou intramusculaire)*
 - *Agitation dans un contexte d'alcoolisation : il est possible d'utiliser une benzodiazépine (diazépam 10 milligrammes per os ou intramusculaire)*
 - *Troubles psycho-comportementaux chez un dément : il est souhaitable de privilégier un antipsychotique ayant le moins d'effet anticholinergique (tiapride 50 milligrammes per os/sous-cutanée ou rispéridone 0,5 milligramme per os)*
 - *Patient délirant ou possiblement psychotique : il est possible d'utiliser initialement un antipsychotique (olanzapine 10 milligrammes per os ou loxapine 50 milligrammes intramusculaire)*
 - *Attaque de panique : benzodiazépine à demi-vie courte : alprazolam 0.25 milligramme per os*
 - *Anxiété : benzodiazépine (diazépam 10 milligrammes per os ou intramusculaire)*
 - *Confusion : en dehors de cas de violence, il n'est pas souhaitable de donner un traitement dans un premier temps*
 - *Devant toute agitation aiguë avec risque accru de violence, l'utilisation d'un neuroleptique sédatif, en dehors de toute contre-indication (loxapine 100 milligrammes per os ou 50 milligrammes intramusculaire) est souhaitable. »*
- (76)

4.8 Surveillance

Lorsque le patient est sédaté, il est nécessaire de réévaluer la contention. La surveillance doit porter sur l'ajustement des attaches, la protection du patient et le respect de sa dignité.

Un patient sous contention physique et chimique impose la mise en place d'une surveillance stricte et rapprochée. Le respect de l'intégrité morale et physique du malade doit être une priorité dans cette démarche médicale. Un protocole de surveillance doit être établi (Annexe 3) précisant sur le dossier médical :

- La date et l'heure de la mise en place de la contention, l'indication justifiant la décision médicale, la prescription médicamenteuse (molécules, posologie) et le nom du médecin prescripteur ;
- La surveillance des paramètres vitaux (tension artérielle, fréquence cardiaque, SpO₂, glycémie capillaire) ;
- Le positionnement et l'adaptation des sangles de contention ;
- L'état cutané ;
- L'hydratation ;
- Les soins de base et d'hygiène (toilette après miction, défécation) ;
- Le comportement et l'état de vigilance.

D'une part, l'objectif de cette surveillance est de dépister d'éventuels effets indésirables de la contention :

- Effet garrot, apparition de lésions cutanées ;
- Surveillance et prévention du risque de maladies thrombo-emboliques ;
- Risque de pneumopathie d'inhalation ;
- Déshydratation.

D'autre part, l'autre objectif de cette surveillance est de permettre le plus rapidement possible la levée de la contention, dont la date et l'heure seront précisées dans le dossier médical.

La fréquence recommandée de la surveillance est de 30 minutes au maximum. Toutefois certaines situations particulières peuvent exiger une surveillance plus

rapprochée toutes les 10 ou 15 minutes, en particulier en cas d'intoxication éthylique et/ou médicamenteuse. Le personnel soignant doit rester à l'écoute du patient et maintenir une relation verbale pendant toute la durée de la surveillance (1).

4.9 Cas particuliers du sujet âgé

Dans certains cas, l'état d'agitation d'un patient âgé peut amener les soignants à mettre en application des mesures de contention. La recherche d'une étiologie somatique reste la priorité afin d'éviter cette pratique. Toutefois, elle est le plus souvent réalisée pour prévenir un risque de déambulation et de chute, essentiellement chez les personnes atteintes de troubles cognitifs sévères. Les complications sont plus élevées que chez l'adulte, en raison du risque cutané, thrombo-embolique veineux, de déshydratation et d'inhalation. Des dispositifs de contention passive existent dans ces situations (ceinture ou gilet de maintien, barrière fixée au lit, ...). En 2000, L'ANAES a réalisé une évaluation des pratiques professionnelles sur ce sujet (6).

Les différentes indications de la contention passive chez les personnes âgées font rarement l'objet de protocoles, surtout dans les services de soins tels qu'un service d'Urgences ou d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) C'est pourquoi, une attention toute particulière doit être portée sur ces procédures, car leur efficacité n'est pas démontrée. En revanche, les complications sont bien connues : escarres, aggravation de la confusion et/ou de l'agitation, perte d'autonomie, fonte musculaire et inhalation. De plus, « *La mortalité par strangulation, ou chute du lit à travers les barrières, est estimée à 1/1000 décès en institution, à laquelle il faut ajouter la mortalité liée aux complications de décubitus* ». Le corps médical et paramédical, exerçant au sein des services d'Urgences et d'UHCD, doivent avoir connaissance de ces données, puisqu'il s'agit de situations très fréquentes. Ainsi, la gestion des personnes âgées démentes implique une vigilance accrue durant leur prise en charge (1).

5 Objectifs

L'introduction précédente a permis de mettre en évidence les carences de la littérature au sujet de la contention, appliquée au sein d'un service d'Urgences. Il existe peu de données épidémiologiques mais des protocoles de mise en place des mesures de

contraintes pour les malades agités existent dans chaque service d'Urgences. Au vu de la prévalence des états d'agitation dans les services d'Urgences, du cadre législatif assez rigide mais contesté, on peut se poser la question de la situation du personnel des Urgences au sujet de la contention physique.

Concernant l'objectif principal de ce travail, nous nous proposons d'évaluer les connaissances de l'ensemble du personnel des Urgences concernant les mesures médico-légales de la contention physique, notamment les indications, la surveillance et la réévaluation.

L'objectif secondaire de cette étude sera d'évaluer le ressenti du personnel des Urgences du CHRISO, en fonction de leur catégorie professionnelle et de leur ancienneté au sein du service, face à la pratique de la contention physique des patients.

Matériel et méthode

1 Matériel

1.1 Situation du service des Urgences du Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer

Le Service d'Accueil des Urgences (SAU) du Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer (CHRSO), situé sur la commune d'Helfaut dans le département du Pas-de-Calais, a pour vocation d'assurer les soins, de procéder au diagnostic, de réaliser la surveillance et d'orienter les patients. Au sein du CHRSO, le SAU se trouve au niveau du pavillon principal, à proximité d'un réseau de soins critiques (la réanimation, le bloc opératoire et le service d'imagerie médicale).

Il comprend :

- Une Salle d'Accueil des Urgences Vitales avec quatre postes de déchocage ;
- 6 salles d'examen individuelle dont une dédiée à la télémédecine pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux et des urgences neurologiques et 8 salles d'examen double ;
- L'UHCD qui possède :
 - 11 chambres particulières dont une chambre d'isolement protecteur ;
 - 2 chambres à sécurité renforcée dédiées aux détenus du centre pénitentiaire de Longuenesse requérant des soins d'urgence ;
 - Une chambre d'apaisement, lieu dédié à l'isolement et à la contention physique des patients agités. (Figure 1)



Figure 1: Chambre d'apaisement du SAU située en UHCD

En 2019, les Urgences ont enregistré 39692 passages hors urgences obstétricales. Cette affluence est issue pour la plupart de la Communauté d'agglomération du Pays de Saint Omer. Elle représente une population de 105 142 habitants et regroupe 53 communes (80).

1.2 Le personnel

Le personnel est divisé en trois groupes sur un effectif global de 88 personnes dont :

- 8 médecins ;
- 63 Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et aides-soignants (AS) ;
- 17 ambulanciers du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) titulaires du Certificat de Capacité Ambulanciers (CCA), brancardiers, médiatrices et agents de sécurité.

Parmi les IDE, il existe 5 IDE à compétences psychiatriques présents de 6 heures à 21 heures, du lundi au dimanche. Un médecin psychiatre est présent sous forme de vacations, du lundi au samedi. Les consultations avec les médecins psychiatres sont effectués au sein même du service dans un bureau dédié. Toutefois, il est parfois

impossible au médecin psychiatre d'assurer la liaison. Dans ce cas, les consultations ont lieu sur le site de l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de Saint-Venant, ce qui implique occasionnellement que les patients doivent être transportés.

2 Méthode

2.1 Généralités

Cette étude est une étude monocentrique descriptive transversale dont les données ont été recueillies via un questionnaire sur la période du 2 au 29 mai 2022 durant 4 semaines. (Annexe 4)

2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Nous avons inclus dans cette étude l'ensemble du personnel soignant attirés au service des Urgences ainsi que l'équipe de sécurité du CHRSO. Ils étaient invités à répondre librement au questionnaire en version papier mis à leur disposition au niveau l'unité centrale des Urgences.

Nous avons exclu de l'étude les personnels non attirés aux Urgences (internes, pool de remplacement IDE et AS, élèves IDE et AS).

L'information de l'ensemble du personnel a été faite à l'oral par le Chef de Service et les Cadres de Santé mais également par l'intermédiaire d'un courriel distribué le vendredi 29 avril 2022.

2.3 Données recueillies

Le questionnaire est composé de douze questions (Annexe 4) :

- Huit questions fermées binaires (OUI/NON) :
 - Saviez-vous qu'une contention physique doit systématiquement être associée à une contention chimique ?
 - Connaissez-vous le rythme médico-légal de réévaluation d'une prescription de contention physique ?
 - Connaissez-vous la durée maximale d'une contention physique ?

- Connaissez-vous la procédure si le médecin juge que la contention doit dépasser une durée de 24 heures ?
 - La contention physique est-elle une prescription médicale ?
 - La contention physique impose-t-elle un traçage écrit ?
 - Y a-t-il obligation d'informer les proches du patient ?
 - Connaissez-vous les deux seules indications d'une contention physique ?
- Trois questions fermées à choix unique portant sur le nombre de contention estimé par semaine, catégorie professionnelle et l'ancienneté dans le service :
- Combien de patients contentiez-vous en moyenne par semaine ?
 - Moins de 5
 - Entre 5 et 10
 - Plus de 10
 - Profession :
 - Médicale
 - Paramédicale (IDE et AS)
 - Autres (brancardiers, CCA, agents de sécurité incendie, médiatrices)
 - Depuis combien d'années travaillez-vous au sein du service des Urgences ?
 - Moins de 2 ans
 - Entre 2 et 10 ans
 - Plus de 10 ans
- Une question fermée à choix multiple concernant le ressenti des soignants :
- Que ressentez-vous lorsqu'une décision de contention physique est prise par le médecin urgentiste ?
 - Du soulagement
 - De la culpabilité
 - De l'indifférence

3 Analyse de données

L'ensemble des données a été colligé à partir du logiciel Microsoft Office Excel 2022®.

Les résultats sont exprimés dans un premier temps sans distinction de la fonction professionnelle puis ils sont secondairement répartis en trois groupes : médical, paramédical et autres.

Le premier groupe correspond aux professions médicales, le deuxième aux professions paramédicales incluant les IDE et les AS, et le troisième groupe aux brancardiers, ambulanciers du SMUR, médiatrices et équipe de sécurité.

Les résultats de la question sur le ressenti des soignants sont quant à eux exprimés comme le reste des autres questions, mais trois autres groupes ont été distingués en fonction de l'ancienneté d'exercice au sein du SAU : le premier groupe correspond à une activité inférieure à 2 ans, le deuxième groupe à une activité entre 2 et 10 ans et enfin le troisième groupe à une activité supérieure à 10 ans.

L'analyse des résultats est représentée sous forme de tableaux avec des pourcentages (Annexe 5) et sous forme de diagrammes circulaires et de diagrammes à barres intégralement avec des pourcentages.

4 Analyse statistique

Compte tenu du faible effectif de l'étude, aucun test statistique n'a été nécessaire afin d'assurer l'exploitation des résultats.

5 Cadre réglementaire

La réalisation de cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL.

Résultats

1 Caractéristiques de la population étudiée

Nous avons pu inclure dans l'étude une population de 37 soignants sur un total de 88 membres du personnel, ce qui représente 42% de l'ensemble de l'effectif exerçant au sein du SAU (Annexe 5).

La répartition des différentes catégories professionnelles sur l'ensemble du personnel du SAU s'effectue de la manière suivante : le groupe médical représente 9%, le groupe paramédical 72% et le groupe autres 19%. (Figure 2)

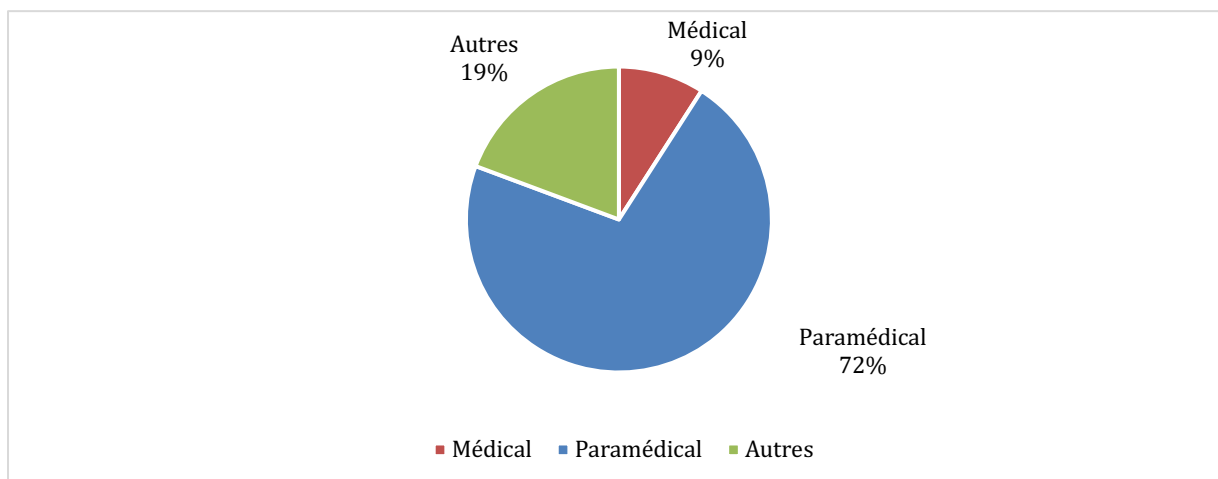


Figure 2: Répartition des catégories professionnelles par rapport à l'ensemble du personnel soignant du SAU (en %)

Sur l'ensemble des questionnaires recueillis, nous comptons 7 médecins représentant 19% des réponses, 27 paramédicaux soit 73% et 3 personnels de la catégorie autres soit 8%. (Figure 3)

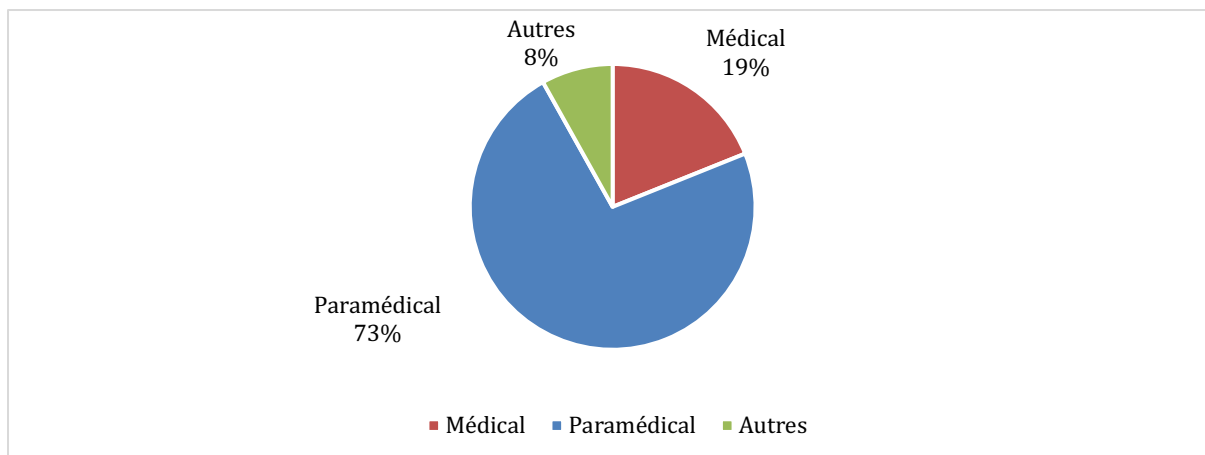


Figure 3: Répartition du nombre de réponses en fonction de la catégorie professionnelle (en%)

Le taux de réponses obtenues par catégorie professionnelle est de 87% pour le groupe médical, 43% pour le groupe paramédical, et de 8% pour le groupe autres. (Figure 4)

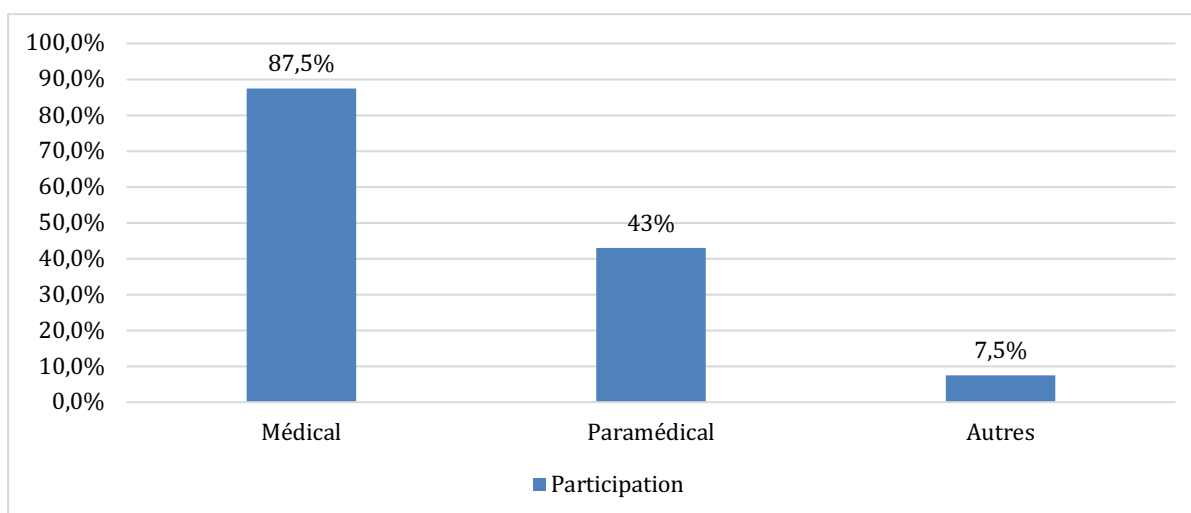


Figure 4: Taux de participation au questionnaire par catégorie professionnelle (en %)

Concernant la répartition de l'ancienneté, nous distinguons 3 groupes : un groupe ayant moins de 2 ans d'exercice aux Urgences du CHRSO, représentant 19% de la totalité des réponses, un second groupe ayant de 2 à 10 ans d'ancienneté reflétant 38% des réponses et enfin un groupe de personnes présentes au SAU depuis plus de 10 ans qui représente 43% des questionnaires obtenus. (Figure 5)

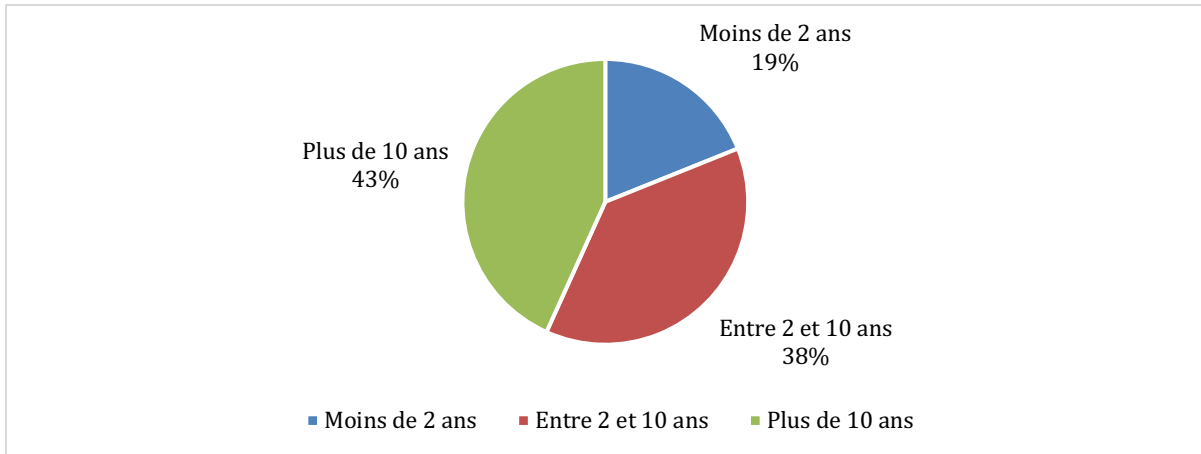


Figure 5: Répartition des réponses en fonction de l'ancienneté (en%)

2 Résultats

2.1 Estimation du nombre de contention

Le personnel des Urgences a estimé que l'application de la contention survenait moins de 5 fois par semaine pour 84 % d'entre eux, entre 5 et 10 fois par semaine pour 13% et plus de 10 fois par semaine pour 3%. Un seul membre de l'effectif de l'étude, appartenant au groupe médical, a estimé appliquer des mesures de contention physique plus de 10 fois par semaine. (Figure 6)

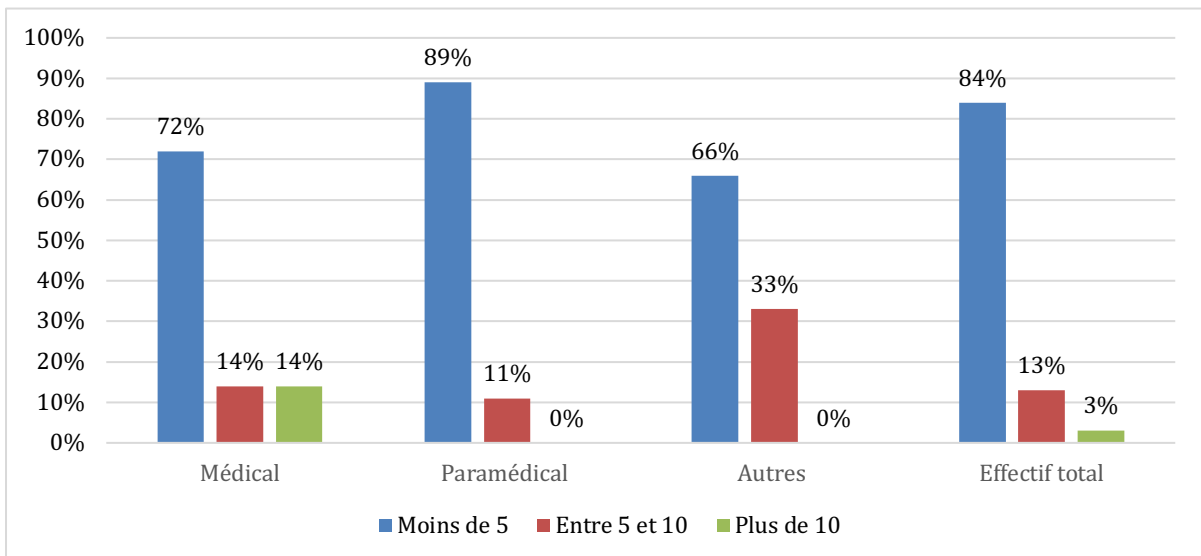


Figure 6 : Estimation du nombre de patients contentionnés par semaine en fonction de la catégorie professionnelle et de l'effectif total (en %)

2.2 Connaissances médico-légales

2.2.1 Prescription médicale et traçabilité

La nécessité d'une prescription médicale ainsi que l'obligation d'assurer une traçabilité est connue par 100% du personnel soignant sans distinction de la catégorie professionnelle (Annexe 5).

2.2.2 Contention chimique

Les recommandations de la HAS en 2017 et de l'article de la SFMU édité en 2012, précise qu'en cas de mise en place d'une contention physique celle-ci doit toujours être associée à une contention chimique(1,3). Si cette recommandation est connue de la totalité du corps médical, elle reste méconnue pour 33% des autres catégories professionnelles. (Figure 7)

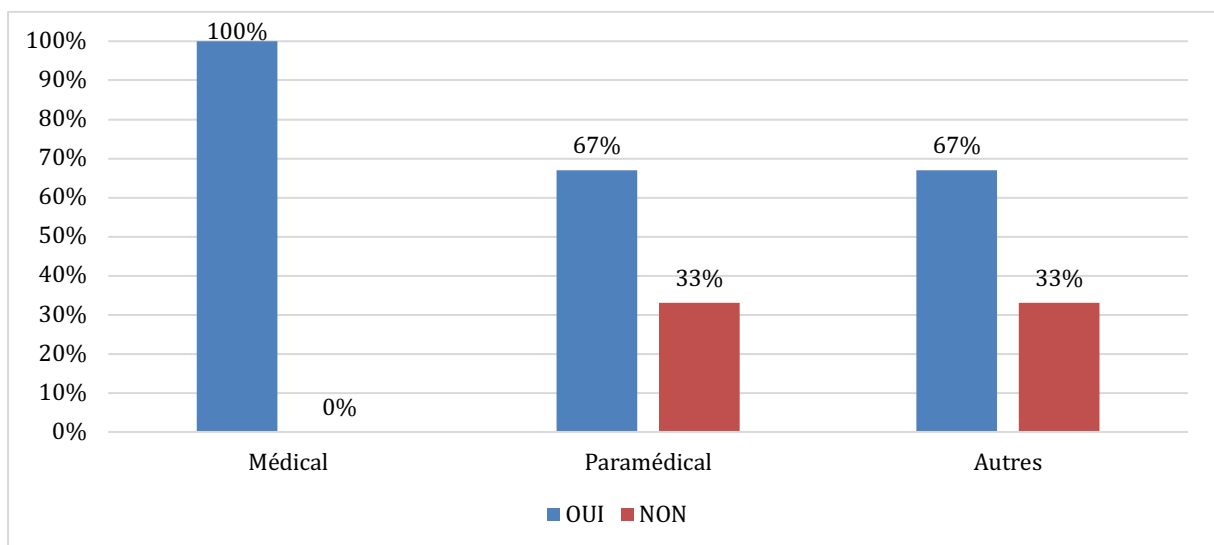


Figure 7: Contention chimique systématiquement associée à une contention physique en fonction de la catégorie professionnelle (en %)

2.2.3 Rythme de réévaluation

Selon le protocole mis à disposition du personnel du CHRSO, la surveillance s'effectue toutes les 30 minutes au minimum et une réévaluation de la prescription doit être faite dans la limite de 3 heures (Annexe 3). Les résultats montrent qu'environ un intervenant sur deux méconnaît cette recommandation. Cette méconnaissance est presque

équitablement répartie entre le groupe médical (43%) et paramédical (44,5%) et totalement méconnu dans le groupe autres. (Figure 8)

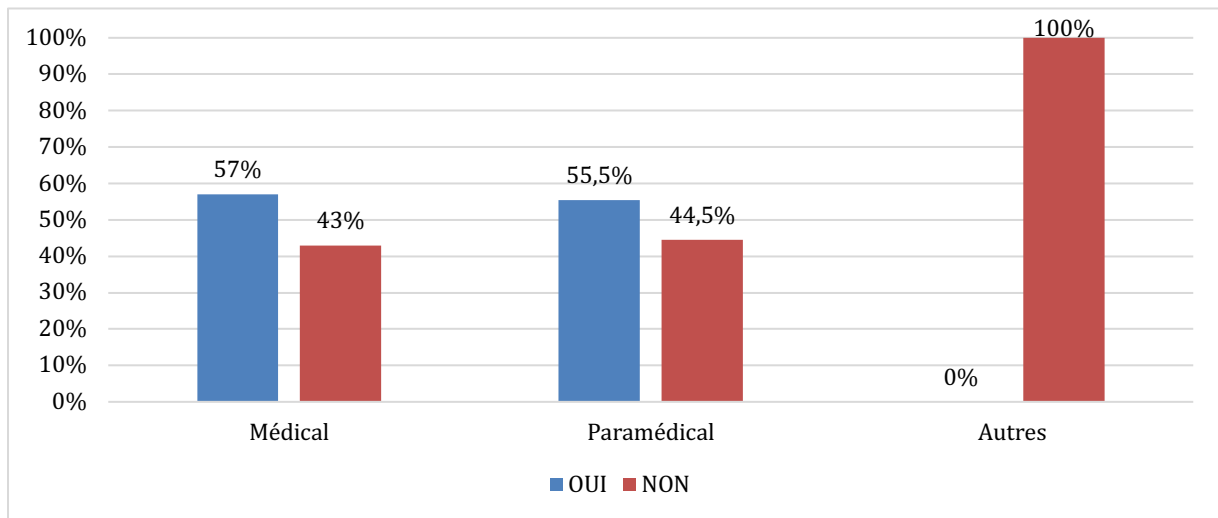


Figure 8: Rythme de réévaluation en fonction de la catégorie professionnelle (en %)

2.2.4 Durée de la contention et procédure prolongée au-delà de 24 heures

Pour la HAS, la mesure de contention physique ne doit pas être maintenue plus longtemps que nécessaire. Si la situation se prolonge, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelés toutes les 24 heures, cependant cela doit rester une mesure exceptionnelle (3). Ces résultats nous indiquent clairement que la réglementation concernant la durée de la contention physique des patients est mal connue pour 73% des personnes consultées. (Figure 9)

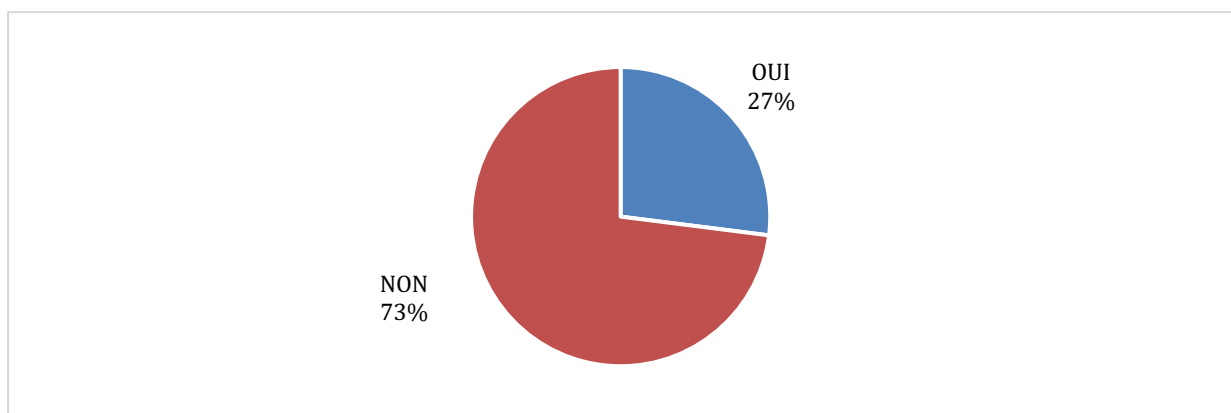


Figure 9: Connaissance de la durée maximale de contention de l'effectif total (en %)

Si la durée légale autorisée est totalement méconnue dans le groupe autres, le groupe médical (71,5%) et le groupe paramédical (70%) l'ignorent de manière quasi semblable. (Figure 10)

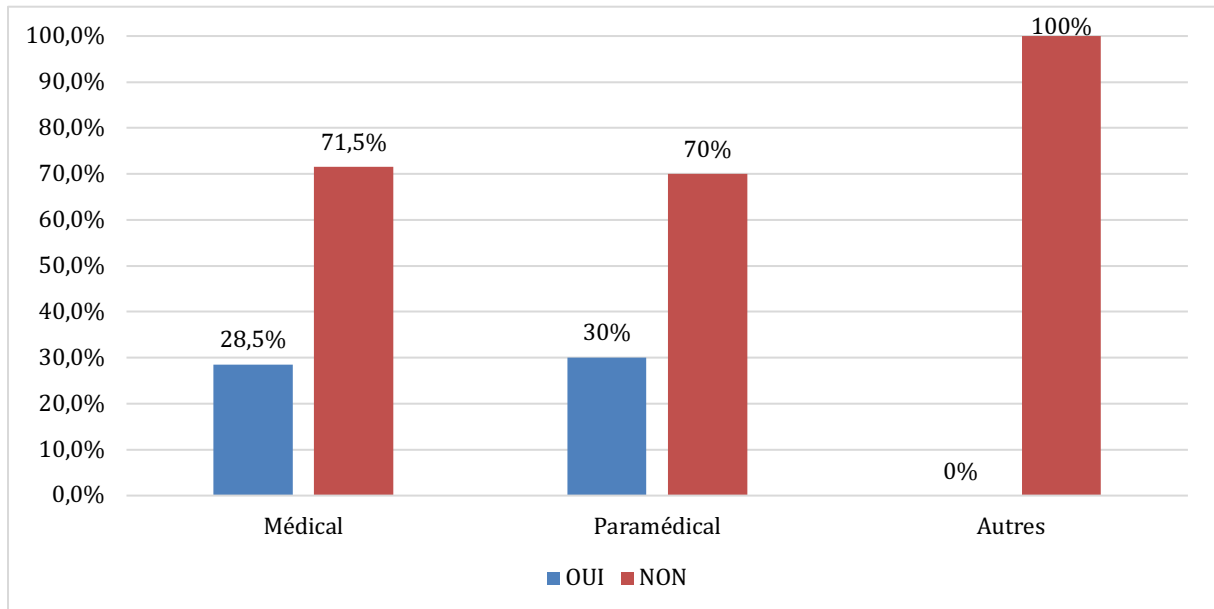


Figure 10: Connaissance de la durée maximale de la contention en fonction de la catégorie professionnelle (en%)

La procédure en cas de prolongation de la durée de contention au-delà de 24 heures est davantage méconnue, aussi bien par les médecins (86%) et paramédicaux (89%) que par la totalité du groupe autres. (Figure 11)

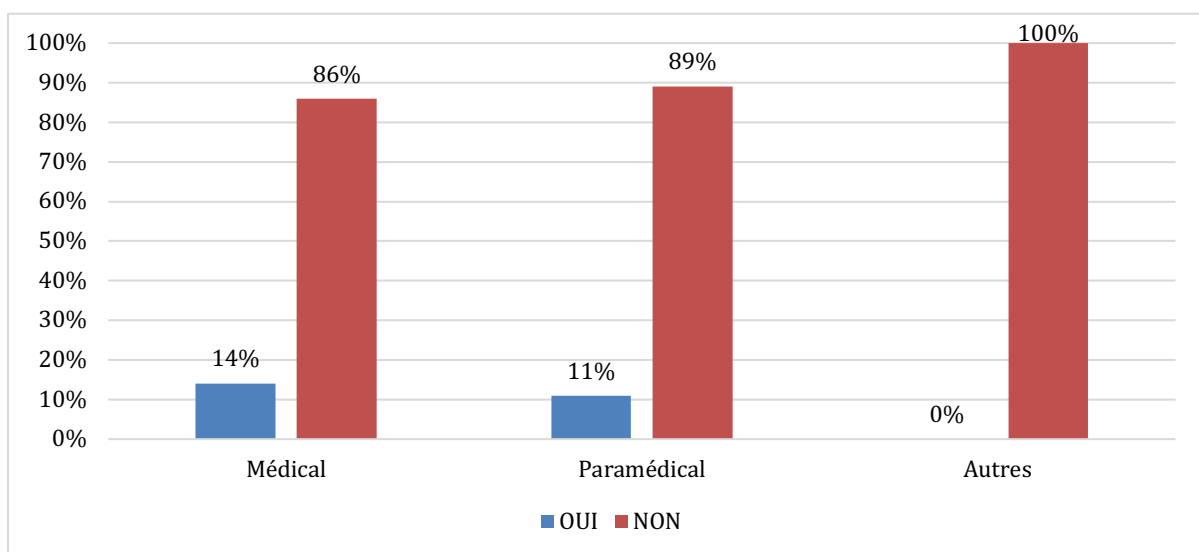


Figure 11: Procédure si prolongation de la contention physique au-delà de 24 heures en fonction de la catégorie professionnelle (en %)

2.2.5 Information des proches

Les dispositions légales obligent à informer un proche dans le cas des majeurs sous tutelle et des mineurs (66). Cette information a pour objectif la recherche d'une alliance thérapeutique avec le patient et dans le respect du Code de déontologie (68), il est demandé au malade s'il souhaite prévenir sa personne de confiance ou un proche.

Une faible majorité du corps médical (57%) considère qu'il y a lieu d'informer les proches des patients nécessitant une contention. Dans le groupe paramédical, 70% estime qu'il n'y a pas lieu de délivrer cette information. (Figure 12)

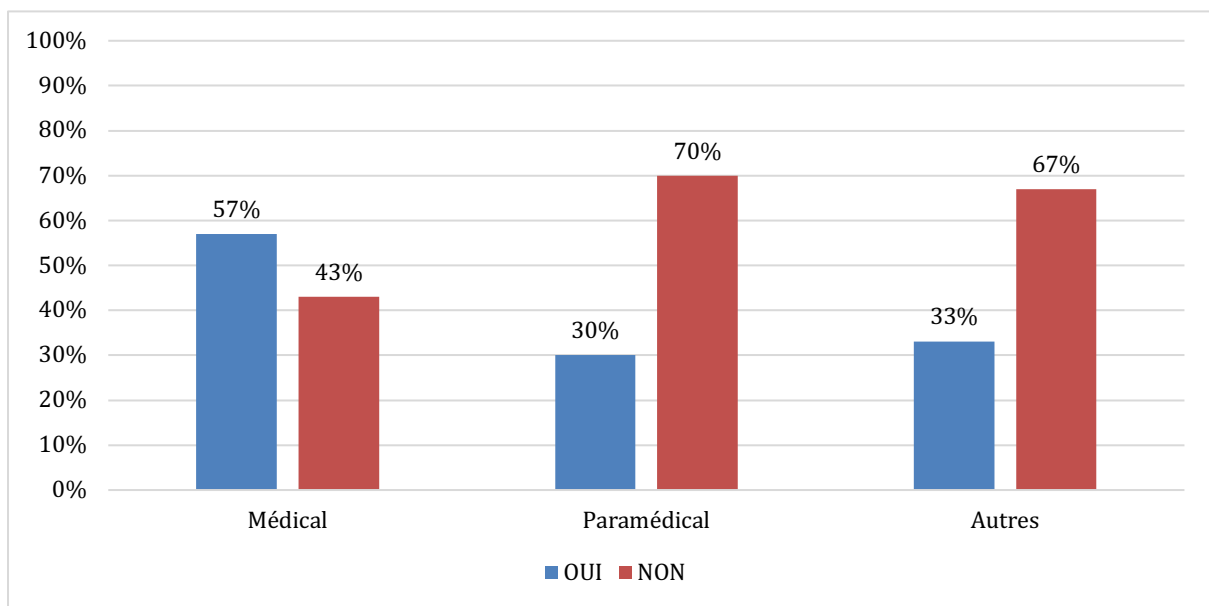


Figure 12: Nécessité d'informer les proches en fonction de la catégorie professionnelle (en%)

2.2.6 Indications

Pour rappel, les deux indications que l'on peut retenir dans le cadre de l'urgence sont la prévention d'une violence immédiate du patient envers lui-même ou autrui et la prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé du malade impose des soins somatiques ou psychiatriques. Sur l'ensemble des personnes répondantes, l'étude nous montre que seulement 35% des soignants estiment avoir connaissance de ces indications. (Figure 13)

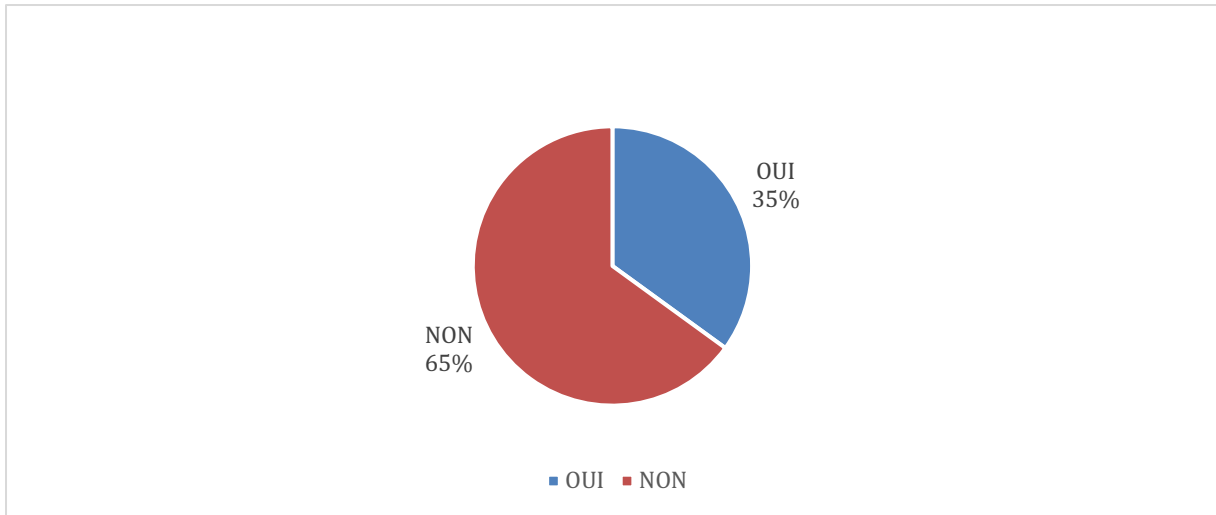


Figure 13: Connaissance des indications de la contention physique de l'effectif total (en %)

Cette méconnaissance est partagée dans le groupe paramédical et le groupe autres, avec respectivement 70% et 67% de réponse négative. En revanche, en ce qui concerne le corps médical, une étroite majorité estime connaître les indications à hauteur de 57%. (Figure 14)

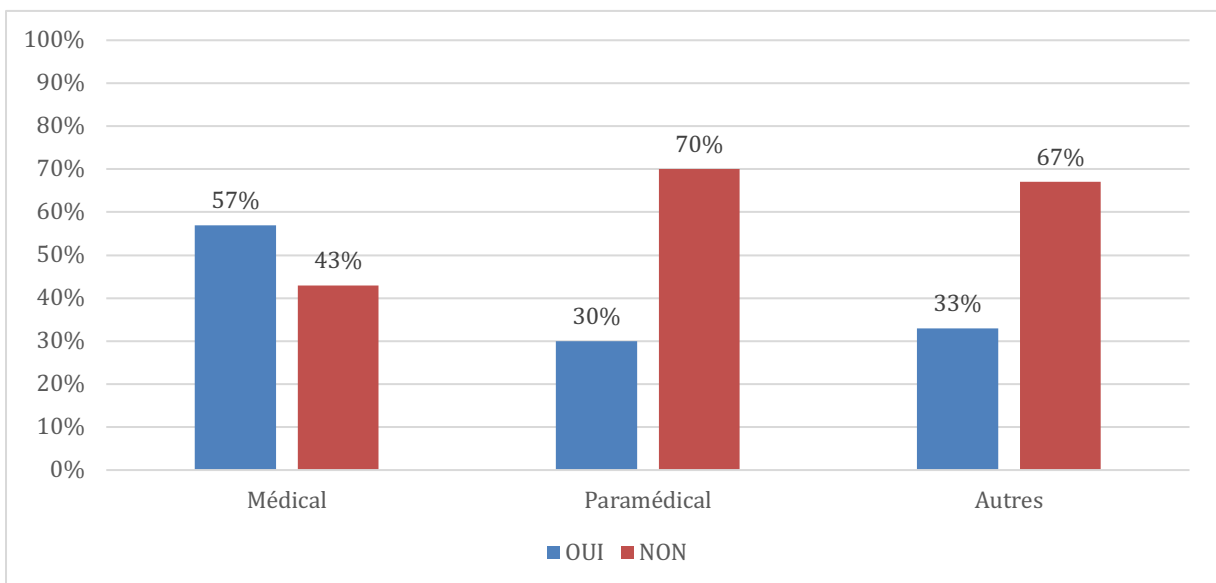


Figure 14: Répartition des réponses en fonction de la catégorie professionnelle concernant les indications de la contention physique (en%)

2.3 Vécu des soignants

2.3.1 Ressenti

Le questionnaire évaluant le vécu lors de la prescription et de la réalisation d'une contention physique par l'équipe soignante propose d'analyser trois sentiments différents : le soulagement, la culpabilité et l'indifférence.

Dans notre étude, nous observons une nette prédominance du sentiment de soulagement à hauteur de 65%, suivi par la culpabilité à raison de 43%. Une autre partie des soignants ont exprimé une indifférence à la mise sous contention pour 13,5% d'entre eux. Notons enfin que 22% des participants ont exprimé à la fois du soulagement et de la culpabilité. (Figure 15)

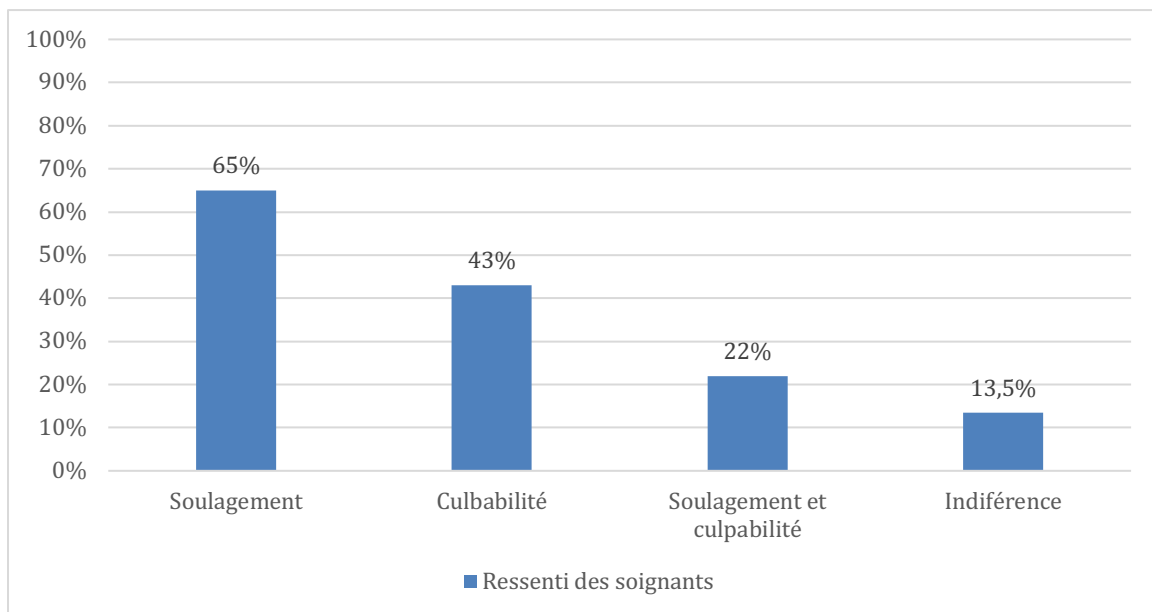


Figure 15: Ressenti de l'effectif total (en %)

2.3.1.1 Ressenti en fonction de la catégorie professionnelle

Concernant le soulagement, la totalité du groupe autres a exprimé ce point de vue ainsi qu'une majorité du groupe paramédical (67%). Dans le groupe médical, ce ressenti est exprimé dans une moindre mesure (43%).

Lors de l'application d'une contention physique aux Urgences, la culpabilité est partagée par le groupe médical et paramédical. Cependant on note que ce sentiment est davantage perçu dans le groupe paramédical (51%) que dans le groupe médical

(28,5%). L'association du soulagement et de la culpabilité vient suivre cette tendance puisque 26% du groupe paramédical et 14% du groupe médical ont déclaré ce choix.

Pour ce qui est de l'indifférence, le corps médical a davantage manifesté cette impression par rapport aux autres groupes. En effet, 43% des médecins ont exprimé un détachement au cours d'une décision de mise sous contrainte physique d'un patient agité. Ce résultat vient se joindre avec la sensation de soulagement qui est récolté dans la même proportion (43%). Toutefois, 7% des paramédicaux ont aussi manifesté leur absence d'égard devant un patient agité nécessitant d'être contentionné.

La tendance de l'effectif global de l'étude suit celle du groupe paramédical. Le soulagement est majoritairement exprimé (67% des paramédicaux et 65% de l'échantillon) suivi par la culpabilité (51% du groupe paramédical et 43% de l'effectif global). L'association d'un sentiment de soulagement et de culpabilité représente 26% des données recueillies au sein du groupe paramédical et 22% de l'ensemble de l'effectif. En revanche, concernant l'indifférence au cours de l'application d'une contention, 13,5% de l'ensemble des répondants ont choisi cet affect tandis qu'une faible proportion des paramédicaux l'ont exprimé à raison de 7%. (Figure 16)

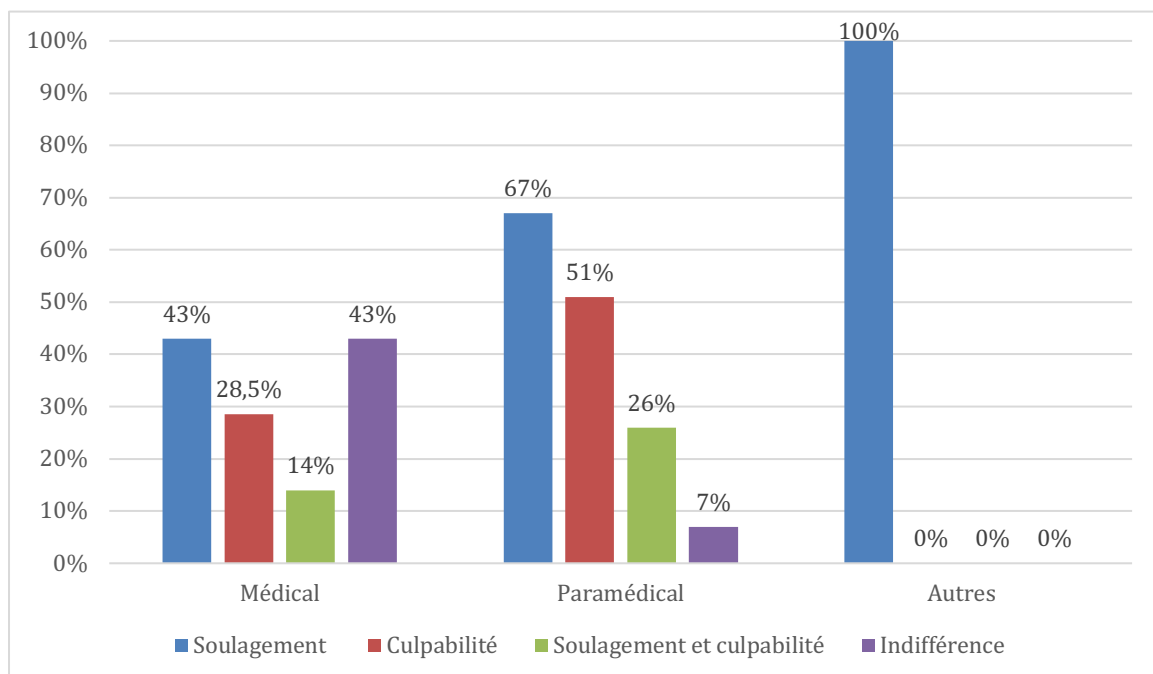


Figure 16: Ressenti des soignants en fonction de la catégorie professionnelle (en %)

2.3.1.2 Ressenti en fonction de l'ancienneté

Il nous a semblé intéressant d'évaluer le ressenti du soignant en fonction de leur ancienneté au sein du SAU. Pour rappel, l'ancienneté est classée en trois groupes : moins de 2 ans (19%), entre 2 et 10 ans (38%) et plus de 10 ans (43%).

L'indifférence est exprimée seulement dans les groupes extrêmes : 28,5% des soignants ayant une expérience de moins de 2 ans et 19% dont l'ancienneté dans le service est supérieure à 10 ans.

Globalement, le sentiment de soulagement est manifesté de manière prédominante quel que soit les groupes. Le jeune personnel l'exprime de manière prédominante par rapport aux autres, à hauteur de 71%. Les soignants, situés dans la tranche intermédiaire et la plus élevée, l'expriment d'une manière presque homogène, respectivement à 64% et 62,5%.

La culpabilité est manifestée d'une manière prépondérante par les soignants situés dans le groupe intermédiaire. Cependant, elle est également prononcée par les deux autres groupes avec une plus forte proportion chez le personnel ayant moins de 2 ans d'ancienneté à raison de 43%, contre 25% pour le groupe le plus expérimenté.

La proportion des soignants ayant ressenti à la fois du soulagement et de la culpabilité, tend à diminuer avec les années passées dans le SAU. Le personnel ayant une activité récente au sein du service, ont signalé la combinaison de ces deux sentiments pour 43% d'entre eux, tandis que 28,5% du groupe entre 2 et 10 ans et 6% du groupe plus de 10 ans ont émis ce choix. (Figure 17)

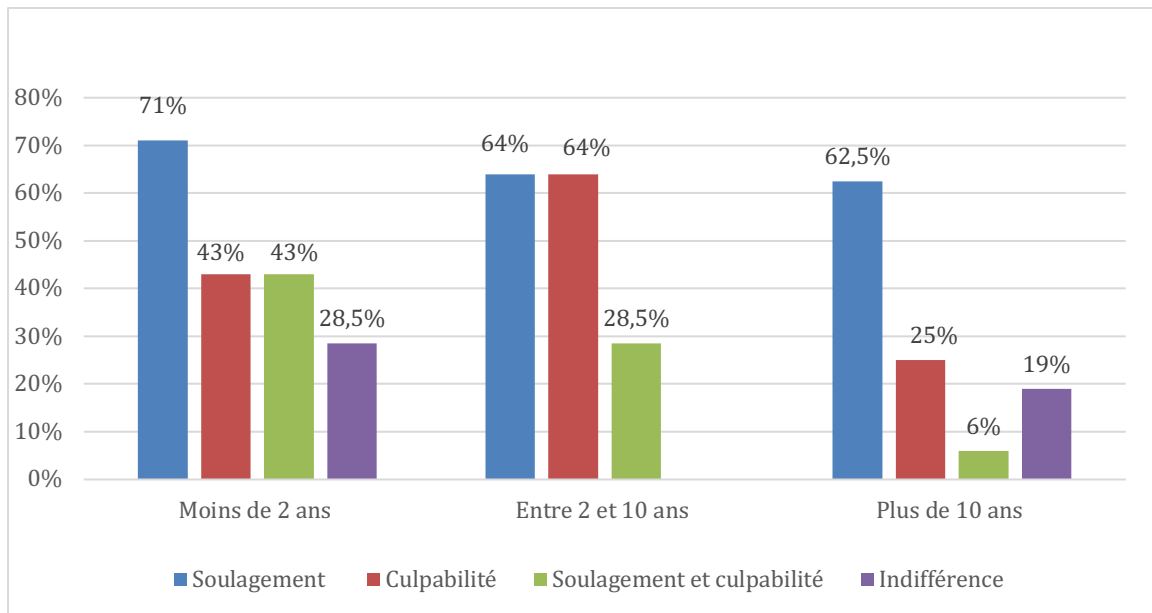


Figure 17: Ressenti des soignants en fonction de l'ancienneté (en %)

Discussion

1 Discussion des résultats

1.1 Épidémiologie des contentions physiques aux Urgences

Il existe peu d'études concernant la prévalence de la contention physique au sein des Urgences. Les auteurs de l'article de la SFMU, paru en 2012, évaluent que la prévalence des personnes agitées est de 0,8 à 1,2% des passages dans les services d'Urgences (1).

Seules des études réalisées au sein des Urgences psychiatriques sont à notre disposition, notamment une étude réalisée dans le service des Urgences psychiatriques de l'Hôpital Saint-Anne à Paris par Guedj M.J. (81). Cette dernière rapporte une prévalence de 1,4%.

Une autre étude conduite par la Fédération de Recherche en Psychiatrie et Santé mentale d'Occitanie en 2017 sur une durée de un an, montre un taux de 2,5% de contention mécanique avec une incidence plus élevée dans les Urgences psychiatriques de 6,9% contre 1,7% dans les autres services (82,83).

Dans notre échantillon, 97% des soignants estiment un nombre de contention à moins de 10 par semaine et nous constatons que sa répartition est homogène quel que soit la catégorie professionnelle.

Notre étude a montré qu'une grande majorité (84%) estime que le nombre de contentions effectuées aux Urgences du CHRSO est inférieur à cinq par semaine. Cette estimation correspond à une prévalence de 0,8% si elle est rapportée au nombre de passages dans le service des Urgences de Saint-Omer.

La prévalence habituellement retenue est de 0,8% à 1,2% des passages aux Urgences (1). Ceci témoigne du caractère fréquent de l'application de cette mesure de contrainte dans les services d'Urgences. Cela qui implique un personnel ayant de bonnes connaissances tant théoriques que pratiques à la mise en œuvre de ce geste médical,

afin d'éviter tous risques d'atteintes physiques et psychologiques du patient et du soignant.

1.2 Connaissances médico-légales

Normalement, un document intitulé *Prise en charge du patient auto ou hétéro-agressif au SAU* est mis à disposition de l'ensemble du personnel sur l'intranet du CHRSO. (Annexe 3)

Il a été élaboré par un Cadre de santé du SAU/SMUR et approuvé par le médecin Chef de service de ce même service. Sa date d'application est du 6 avril 2022, il s'agit donc d'un document très récent par rapport à la temporalité de notre étude. Ce document spécifique définit les différentes modalités d'application du cadre réglementaire avec ses références.

Ce document définit le cadre réglementaire et les références législatives de l'application de la contention physique chez les patients agités comme l'article L3222-5-1 du CSP, modifiée en 2021 et en application depuis janvier 2022 (59), la Charte du patient hospitalisé (84) et le Code de déontologie médicale (68).

Il précise les indications, le rôle de l'IOA et la prise en charge thérapeutique du patient agité en précisant qu'une contention mécanique doit être toujours associée à une contention chimique en cas d'agitation incontrôlable.

Ce document précise également que tout doit être notifié dans le dossier informatisé du patient pour assurer une traçabilité :

- La prescription médicale horodatée ;
- La fiche de mise en place de la contention ;
- La fiche de surveillance clinique et son évaluation toutes les 30 minutes ;
- La fiche de levée de la contention.

1.2.1 Prescription médicale et traçabilité

L'analyse des résultats met en évidence un point très positif. En effet, l'ensemble des intervenants maîtrise parfaitement l'obligation d'une prescription médicale et sa traçabilité dans le dossier informatisé du patient. Même si cette fiche de traçabilité

n'est pas, stricto sensu, établie via ce protocole, elle est à priori notifiée dans les transmissions entre IDE et AS.

A contrario, lorsqu'un patient agité est accueilli par l'IOA ou bien qu'un patient installé aux Urgences présente dans un second temps un état d'agitation, les moyens alternatifs sont en général mis en œuvre dans le but d'éviter une agitation incontrôlable. Malgré ces tentatives, il arrive parfois que le patient accueilli ne soit pas réceptif aux techniques de désescalade et aux principes relationnels effectués par l'IOA ou par un autre membre du personnel. Dans ce contexte, l'équipe paramédicale prend l'initiative d'appliquer une contention mécanique sans en informer immédiatement le médecin de garde. Cela peut entraîner une application de mesures restrictives à tort, d'autant plus sans aucune prescription médicale initiale mais le plus souvent différée.

1.2.2 Contention chimique associée à la contention mécanique

Toutefois, si l'ensemble du corps médical maîtrise l'obligation d'une mise en place d'une contention chimique, 33% des autres intervenants méconnaissent cette obligation. Il importe de connaître cette notion, car elle fait partie intégrante des soins et implique la nécessité d'assurer une surveillance particulièrement notamment concernant les risques de la sédation. Elle permet en réduisant l'agitation, la réalisation d'un examen clinique en limitant l'anxiété de la mise sous contention ainsi que la durée de celle-ci (1).

Mais dans certains cas, les patients agités ne sont pas coopérants et refusent l'administration d'une benzodiazépine per os. Devant l'abnégation du malade, il arrive parfois en pratique, que cette sédation, pourtant indiquée devant un état d'agitation aiguë, ne soit pas administrée chez un patient contentonné (1,76).

1.2.3 Rythme de la réévaluation

Rappelons que l'indication de la contention doit être réévaluée toutes les 3 heures dans le but d'en diminuer la durée et d'en limiter les conséquences physiques et psychologiques chez le patient. La sédation impose une surveillance clinique au minimum toutes les 30 minutes. Elle doit être notifiée dans le dossier informatisé et comporter les constantes vitales de base (température, pouls, tension artérielle, SpO2,

glycémie capillaire). Elle comporte également la surveillance de l'état du matériel de contention, comme le positionnement des sangles, leur ajustement et l'évaluation de l'état cutané (Annexe 3).

Une faible majorité (56% de l'équipe paramédicale et 57% de l'équipe médicale) connaît le rythme de réévaluation et de surveillance. Cela est faible compte tenu de l'obligation médico-légale et compte tenu du risque d'apparition d'effets indésirables mettant en danger la santé du patient. Donc l'étude met en évidence une carence des connaissances de l'ensemble du personnel. Ce point négatif doit être souligné afin d'en améliorer et d'en vérifier son application.

1.2.4 Durée maximale de contention

Là encore, l'analyse des résultats montre une très large proportion (73%) de méconnaissance de cette notion de durée maximale de contention. Le ratio du nombre de réponses est identique dans les deux groupes médical (72%) et paramédical (70%).

Pour rappel, la loi L3222-5-1 (59) récemment modifiée après l'avis du Conseil Constitutionnel (60), impose une durée maximale de 6 heures seulement dans le cadre d'une mesure d'isolement. Cette durée peut être prolongée si l'état de santé du patient le nécessite jusqu'à 24 heures après une réévaluation par le médecin. Il arrive qu'un patient arrivé au SAU au cours de la nuit n'ait pas eu cette réévaluation nécessaire et que les contentions soient maintenues jusqu'au matin. Cela arrive surtout dans le cas de patients éthyliés, venus contre leur gré, qui présentent un état d'agitation souvent incontrôlable imposant l'application des contentions. Ces situations sont à éviter et la connaissance par les soignants du caractère temporaire de cette mesure s'impose pour la bienveillance du patient.

1.2.5 Procédure en cas de prolongation de la contention mécanique au-delà de 24 heures

Cette question est intimement liée à la précédente. Si la contention est maintenue plus de 24 heures, la prescription doit être renouvelée par un médecin. Nous rappelons que cette mesure de contrainte doit rester une mesure exceptionnelle et la plus limitée dans le temps.

Les résultats montrent qu'il existe une corrélation par rapport à la durée maximale de cette mesure puisqu'il existe une similitude au niveau du ratio de réponses entre le groupe médical et paramédical, soit respectivement 89% et 86%. Il est évident qu'il y a urgence à mettre en place un protocole d'information concernant l'ensemble des intéressés. Mais ce protocole, compte tenu de sa date d'application très récente, peut expliquer en partie la raison de sa méconnaissance. Dans ce cas, nous avons également besoin d'apporter des points d'amélioration sur cette notion pour obtenir une prise en charge optimale envers les personnes contenues. Il s'agit d'un point urgent à rectifier.

De plus certains patients, notamment en cas de syndrome de sevrage alcoolique, se retrouvent contenus plusieurs jours à cause du risque de rupture thérapeutique. Les hallucinations visuelles et auditives sont source d'agitation mais ces éléments délirants ne rentrent pas dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique mais plutôt addictologique. Au-delà de 24 heures, la réévaluation de la contention est effectuée par le médecin urgentiste sans pour autant en aviser le directeur de l'établissement ni le juge des libertés et de la détention. On peut se demander s'il y a une nécessité d'appliquer les recommandations et la loi dans ce contexte particulier.

1.2.6 Principales indications de la contention physique

Les deux seules indications sont représentées d'une part par un état d'agitation incontrôlable avec violence imminente pour le patient ou autrui, et d'autre part par la prévention du risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé du malade impose des soins somatiques ou psychiatriques.

L'analyse des questionnaires montre que 35% des soignants affirment connaître l'ensemble des indications. La mise en place d'une information semble nécessaire compte tenu du taux important de personnel, tant médical que paramédical, méconnaissant les indications de la contention et cela dans le but d'éviter toutes dérives liées à la mise en place d'une contention non indiquée. En effet, 70% du personnel paramédical la méconnaît et seulement 57% du corps médical affirme en avoir connaissance. Le risque de recours excessif à la contention mécanique existe, surtout dans des services d'Urgences où le seuil de tolérance du personnel est parfois

abaissé selon la charge de travail. Cela peut inciter les soignants à immobiliser des patients agités dans un lieu inapproprié ou avec du matériel inadapté.

1.2.7 Obligation d'information des proches

Les dispositions légales nous obligent à demander aux patients s'il souhaite prévenir un proche ou une personne de confiance. En pratique, on doit limiter la visite des proches pendant la durée de la contention physique. En effet, c'est une situation possiblement dégradante et on se doit au respect de la personne et de sa dignité. La famille du malade doit être prévenue et informée de la décision de la contention mécanique. Il ne s'agit en aucun cas d'une demande d'autorisation.

D'une manière générale, il existe un manque d'information par méconnaissance. Sur l'ensemble des réponses, 59,5% pense qu'il n'y a pas nécessité d'informer les proches. La réponse négative à cette obligation de 70% de l'équipe paramédicale et de 43% de l'équipe médicale nous paraît surprenante. Si cette obligation d'informer n'est pas clairement établie dans l'esprit des gens, elle ne semble pas être une priorité au cours d'une situation d'urgence absolue.

Le Code de déontologie (68), inscrit au début du protocole de contention du CHRSO (Annexe 3), rappelle que l'information du malade et de ses proches fait partie des devoirs fondamentaux de la discipline médicale. Ces directives peuvent s'appliquer aux professions paramédicales dans une même mesure.

La situation chez les personnes âgées, pour qui nous devons mettre en place une contention, est totalement différente. Cette décision de contention doit être prise en expliquant clairement les raisons, le but, le type de contentions employées et la durée provisoire de la mesure. L'information de la famille va dans le sens d'un accord tacite même tardif de la famille et une adhésion aux soins envers leurs aînés (6). La participation des proches des personnes âgées est fortement recommandée durant cette démarche (85,86). En effet les locaux hospitaliers sont sources d'agitation chez les personnes âgées. Ce changement d'environnement est extrêmement confusiogène et peut entraîner une agitation avec parfois des actes hétéro-agressifs. La présence occasionnelle de leurs proches peut être une solution pour diminuer cette agitation et la durée de la contention (87).

1.3 Le vécu des soignants

Explorer le ressenti du personnel soignant doit permettre d'apporter une réflexion sur les améliorations envisageables. Toutes indications à la réalisation d'une contention sont empreintes d'une forte charge émotionnelle, notamment si le motif applicable concerne un patient faisant acte de violence. Tout acte de violence physique ou verbale peut générer de la peur chez les soignants dans leur pratique professionnelle.

1.3.1 Le soulagement

L'immense majorité des soignants exprime un soulagement dans 65% des cas. Il est nécessaire d'évacuer cette charge émotionnelle que procure cet acte chez le soignant (46). Ce sentiment de soulagement peut être en rapport avec une sensation de satisfaction qui recouvre deux notions, celle de sécurité et celle de soins. Tout d'abord, la sécurité est considérée comme un acte de protection du soignant et du patient : la protection du patient par rapport à son auto-agressivité et celle du soignant qui est celui dont on se protège vis-à-vis d'une hétéro-agression. Le soulagement est aussi un acte thérapeutique car il autorise la mise en place d'une contention chimique de manière sereine. Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique globale car elle permet de pouvoir amorcer une communication autorisant un acte apaisant et d'éviter le risque lié à l'auto-agression. Ceci contribue à la satisfaction du soignant d'avoir exercé son rôle. En effet, selon les résultats obtenus, on peut estimer que ce sentiment est davantage un point positif. Il est exprimé par 67% de l'effectif paramédical et 43% du corps médical.

1.3.2 La culpabilité

La culpabilité est exprimée pour 51% du paramédical et 28,5% du corps médical. Coupable de quoi ? Même si on sait que c'est pour le bien du patient, la contention n'est pas un acte de punition ni de domination ni de maltraitance ni de frustration et de colère en l'absence d'alternative à la contention. Ce n'est pas une mesure de sanction en particulier envers les patients alcoolisés, très souvent véhéments lors de leur arrivée au SAU.

C'est la réalité de la souffrance du patient qui doit permettre au personnel du SAU de comprendre que la contention fait partie de son rôle de soignant.

Une étude menée par Huguet A. (46), au cours d'un travail de thèse, montre que : « *La forte implication émotionnelle des soignants est confortée par les 72,1% qui y ont repensé une fois rentrés chez eux, avec une proportion plus nette dans le groupe médecins (93,3% et 65,5% des soignants paramédicaux).* »

Soulagement et culpabilité sont parfois associés pour 22% des soignants. Ce double ressenti prédomine dans le groupe paramédical à 26% et 14 % dans le groupe médical.

1.3.3 L'indifférence

Dans notre étude, ce sentiment est présent chez 13,5% de l'effectif total mais se rencontre essentiellement dans le groupe médical à hauteur de 43%. Ce sentiment se répartit donc en fonction de l'activité professionnelle. La part de ce ressenti dans le groupe paramédical est de 7%, ils présentent tous une ancienneté de plus de 10 ans au sein du service. Pour le groupe médical (7 médecins), l'absence de ressenti s'exprime chez 43% d'entre eux dont 2 ayant moins de 2 ans d'ancienneté et l'autre plus de 10 ans.

Valider des conclusions par rapport à ces résultats est somme toute difficile, puisque nous avons deux groupes déséquilibrés à la fois dans l'activité professionnelle et dans les tranches d'ancienneté. L'interprétation de cette absence de ressenti est délicate. Est-ce une méthode de défense afin de se protéger de toute charge émotionnelle ?

2 Discussion de la méthode

2.1 Biais de sélection

2.1.1 Biais de volontariat

Nous avons souhaité inclure l'ensemble du personnel du service des Urgences dans cette étude. Chaque membre de l'effectif n'a pas répondu au questionnaire. Seuls les volontaires l'ont fait. Il s'agit donc d'une sélection sur la base du volontariat. Une partie importante (58%) ne s'est pas sentie concernée par cette évaluation. Toutefois, les 42% de réponses nous autorisent à réaliser une analyse satisfaisante des résultats.

Le groupe paramédical (IDE, AS), le plus nombreux, qui représente 72% de l'effectif total du SAU, a participé à hauteur de 73% des réponses. On peut donc légitimement considérer que ce groupe est bien représenté.

Le groupe médical, logiquement moins nombreux, représentant seulement 9% du total de l'effectif du SAU, a participé à hauteur de 87,5%. Ce taux de réponses est pleinement satisfaisant.

Dans le dernier groupe comprenant les brancardiers, ambulanciers du SMUR et agents de sécurité, nous observons une faible participation. En effet, il représente 8% des réponses pour une représentativité de 19% de l'effectif total du service. On peut en déduire que ce groupe ne s'est pas senti concerné ou il existe un manque de disponibilité ou d'accessibilité au questionnaire. Ainsi, on peut regretter d'avoir déposé le questionnaire au niveau de la zone centrale des Urgences, lieu moins fréquenté de leur part. Ce lieu est préférentiellement accessible aux deux autres groupes.

On peut se poser la question de savoir si nous aurions dû plutôt nous orienter vers une étude semi-dirigée de tout le personnel, en interrogeant chaque personne directement. Ceci pose un problème à la fois organisationnel mais aussi un problème de temps puisque ce procédé aurait été particulièrement chronophage et aurait imposé une présence quasi-quotidienne sur le lieu de l'étude.

2.1.2 Biais de durée

Cette étude a été réalisée sur un délai court d'un mois, ce qui a permis, a priori, à l'ensemble des intervenants d'en prendre connaissance.

2.2 Biais de subjectivité et biais affectif concernant l'ancienneté

La gestion des situations urgentes nécessite un personnel très expérimenté, sachant gérer avec calme et efficacité les protocoles d'urgence. L'étude montre que le jeune personnel ayant moins de 2 ans d'ancienneté est faiblement représenté tandis que 81% des personnes ayant participé à l'étude ont plus de 2 ans d'expérience dans le service et même pour 43% ont plus de 10 ans d'ancienneté. On peut sûrement se poser la question de savoir si le personnel expérimenté se sent plus concernés sur le plan pratique et émotionnel au sujet de la contention physique. Cette expérience est

le reflet d'une vocation incitant les gens à rester travailler dans les services d'Urgences et nous avons ainsi évalué le ressenti du personnel en fonction de leur ancienneté.

Au total, cette étude permet d'avoir un bon aperçu de la réalité. On ne peut pas remettre en question la sincérité des réponses et la représentativité de l'équipe des Urgences.

3 Perspectives et possibilités d'améliorations

3.1 Amélioration de la formation théorique et pratique

La réalisation d'une contention physique dans l'unité de soins des Urgences fait partie d'une des situations d'urgences absolues, au même titre que d'autres situations médico-chirurgicales et représente un nombre non négligeable de passages dans le service avec un nombre estimé à environ 1% (1). Les résultats de notre étude mettent en évidence une méconnaissance de certaines notions médico-légales importantes, en particulier sur les indications, sur la fréquence de la réévaluation de la prescription, la durée maximale de contention et la conduite à tenir en cas de prolongation au-delà de 24 heures.

Il convient de mettre en place une propagande auprès de tous les intervenants des Urgences (médecins, paramédicaux, brancardiers et agents de sécurité, CCA, médiatrices) afin de les informer de l'existence du protocole disponible sur l'intranet de l'hôpital qui servira de base à la formation théorique. Le document intitulé *Prise en charge du patient auto ou hétéro-agressif au SAU* (Annexe 3) réactualisé tout récemment, avec sa mise en application en date du 6 avril 2022, en précise les modalités.

La réalisation d'une contention physique nécessite la présence de 5 à 6 personnes. Chacun doit connaître le matériel et son usage et les différents postes que l'on peut être amené à occuper. Toute personne impliquée lors d'une contention doit pouvoir assurer la prise en charge de chacun des différents postes, d'où la notion de polyvalence des tâches. La prise en charge de la tête est dévolue à un coordinateur. Il est important de repérer dans l'équipe, ceux ou celles qui ont le meilleur contact avec le patient et qui pourront, au mieux, accompagner et apaiser le malade.

La formation théorique sera associée à une formation pratique. En effet, la réalisation d'une contention physique nécessite une bonne coordination de tous les intervenants. Il s'agit donc d'un travail d'équipe qui nécessite un entraînement avec régulièrement des mises en situation et un apprentissage du matériel.

3.2 Temps de reprise avec les intervenants

Les recommandations de la HAS de 2017 sur la *Contention mécanique en psychiatrie générale*, incitent les intervenants à effectuer un « *temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle* » après un épisode de mise en contention d'une personne agitée (3). En effet, la mise en place d'un débriefing est souhaitable après toute réalisation de contention physique, et ce d'autant plus lorsque l'on est en présence d'une violence extrême. Il faut rapidement évaluer les conséquences physiques et psychologiques sur l'équipe opérationnelle. L'objectif est triple.

Premièrement, évacuer la charge émotionnelle, qui chez certains soignants peut éventuellement nécessiter un soutien psychologique et réduire la perception négative, en particulier la culpabilité exprimée par le personnel.

Deuxièmement, assurer une meilleure gestion des risques physiques, à la fois sur le patient et sur le soignant qui peut être source d'accidents du travail avec les conséquences organisationnelles que cela peut impliquer au niveau d'un service d'Urgences (88).

Troisièmement, il doit permettre une évaluation de ce qui a bien et/ou mal fonctionné lors de la réalisation de la contention, à la fois sur le plan matériel et au niveau de la coordination de l'équipe. En effet, une dynamique positive doit être apportée à ce travail collectif, tout en assurant la sécurité du patient et des intervenants.

3.3 Programme de formation du personnel face à l'agressivité

Un module de formation, dénommé OMÉGA, est accessible pour l'ensemble des acteurs travaillant dans le secteur médico-social et administratif. Les formateurs sont accrédités selon une méthode originaire du Québec, créée par l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales. Le but de cette formation est d'avoir la capacité de gérer l'agressivité verbale et/ou physique d'une

personne, situations auxquels bon nombre de soignants sont confrontés. La totalité des IDE à compétences psychiatriques du CHRSO ont suivi cette formation. En effet, la psychiatrie reste le secteur le plus touché devant la gestion des patients agités nécessitant l'application d'une contention physique (83). L'objectif principal de la formation OMÉGA est de diminuer le nombre de contention et de mise en chambre d'isolement en insistant sur la prévention de la violence. Avec ce travail effectué en amont, l'un des objectifs secondaires est de diminuer le nombre d'accidents du travail : « *Concernant les premiers résultats de ces démarches, une tendance à la diminution du nombre de déclarations d'accidents du travail liés à une situation de violence a été constatée entre 2004 (127) et 2015 (72).* » (46)

Le Cadre de santé du SAU de Saint-Omer, lors de chaque entretien d'évaluation annuelle aux agents, propose une formation intitulée *Contention et isolement aux urgences* (89). L'objectif est de former au moins deux agents par an. Cela paraît dérisoire devant la fréquence des patient auto ou hétéro-égressifs de passage au SAU et devant une méconnaissance globale des modalités de l'application des contentions. Il semble nécessaire et urgent de promulguer cette formation et de permettre l'accès à davantage de soignants exerçant aux Urgences de Saint-Omer. Les applications de cette pratique restrictive s'en trouveront grandement améliorées.

Conclusion

Le recours à la contention des patients agités est une pratique fréquemment réalisée dans les services d'Urgences tel celui du Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer. La réalisation de cette contrainte physique, bien codifiée, exige pour l'ensemble du personnel médical, paramédical et des autres acteurs des Urgences de bien connaître le cadre médico-légale qui la régit. Il s'agit d'un acte potentiellement dangereux pour le patient et pour les intervenants, en raison des risques physiques et psychologiques auxquels ils peuvent être exposés. C'est un travail d'équipe et l'ensemble des soignants doit parfaitement maîtriser ces gestes, en assurant une parfaite coordination pour la sécurité de tous.

L'analyse des résultats de notre étude montre quelques carences dans les connaissances de cette pratique, à la fois dans le corps médical et paramédical. C'est pourquoi, il nous semble intéressant de mettre en place une formation théorique et pratique, intéressant le maximum de professionnels de santé des Urgences, et aussi d'instaurer un débriefing permettant une évaluation de nos pratiques après chaque contention physique de patient agité. Ainsi la formation et le débriefing devront faire l'objet d'une évaluation ultérieure.

Liste des figures

Figure 1: Chambre d'apaisement du SAU située en UHCD	52
Figure 2: Répartition des catégories professionnelles par rapport à l'ensemble du personnel soignant du SAU (en %)	56
Figure 3: Répartition du nombre de réponses en fonction de la catégorie professionnelle (en%).....	57
Figure 4: Taux de participation au questionnaire par catégorie professionnelle (en %)	57
Figure 5: Répartition des réponses en fonction de l'ancienneté (en%)	58
Figure 6 : Estimation du nombre de patient contentonné par semaine en fonction de la catégorie professionnelle et de l'effectif total (en %)	58
Figure 7: Contention chimique systématiquement associée à une contention physique en fonction de la catégorie professionnelle (en %).....	59
Figure 8: Rythme de réévaluation en fonction de la catégorie professionnelle (en %)	60
Figure 9: Connaissance de la durée maximale de contention de l'effectif total (en %)	60
Figure 10: Connaissance de la durée maximale de la contention en fonction de la catégorie professionnelle (en%).....	61
Figure 11: Procédure si prolongation de la contention physique au-delà de 24 heures en fonction de la catégorie professionnelle (en %).....	61
Figure 12: Nécessité d'informer les proches en fonction de la catégorie professionnelle (en%).....	62
Figure 13: Connaissance des indications de la contention physique de l'effectif total (en %)	63
Figure 14: Répartition des réponses en fonction de la catégorie professionnelle concernant les indications de la contention physique (en%).....	63
Figure 15: Ressenti de l'effectif total (en %).....	64
Figure 16: Ressenti des soignants en fonction de la catégorie professionnelle (en %)	65
Figure 17: Ressenti des soignants en fonction de l'ancienneté (en %).....	67

Bibliographie

1. Charpeaud T, Eymere P, Goutain E, Garnier M, Tixeront C, Geneste J, et al. La contention physique au service des urgences : indications et principes de mise en œuvre. Congrès Urgence SFMU. Paris; 2012;12.
2. Larousse É. Définitions : contention - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 14 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contention/18580>
3. Haute Autorité de Santé. Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandation de bonne pratique [Internet]. Paris; 2017 févr. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale
4. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Article 72 - Légifrance [Internet]. [cité 15 mai 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913312
5. Palazzolo J, Lachaux B, Chabannes JP. Isolement, contention et contrainte en psychiatrie. Paris: Médias flashs; 2000. 305 p. (Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française).
6. ANAES. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Acta Endosc. oct 2000;28(2):151-5.
7. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi A, Lozano-Ascenco R. Rapport mondial sur la violence et la santé. [En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2002. Disponible sur : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/.
8. Laforest J. Rapport québécois sur la violence et la santé [Internet]. Institut national de santé publique Québec, éditeur. Québec, Québec; 2018 [cité 17 juin 2022]. Disponible sur: <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3444667>
9. Boyle M, Koritsas S, Coles J, Stanley J. A pilot study of workplace violence towards paramedics. Emerg Med J EMJ. nov 2007;24(11):760-3.
10. Bayman P. A., Hussain T. « Receptionists' perceptions of violence in general practice ». Occup. Med. Oxf. Engl. 2007. Vol. 57, n°7, p. 492-498.
11. El Ghaziri M, Zhu S, Lipscomb J, Smith BA. Work schedule and client characteristics associated with workplace violence experience among nurses and midwives in sub-Saharan Africa. J Assoc Nurses AIDS Care JANAC. févr 2014;25(1 Suppl):S79-89.
12. Hanson G. C. et al. « Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study ». BMC Public Health [En ligne]. 2015. Vol. 15, p. 11-11.
13. Observatoire national des violences en milieu de santé - Rapport ONVS 2020 -

- Données 2019 [Internet]. [cité 29 mai 2022] p. 155. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/ameliorer-les-conditions-d-exercice/observatoire-national-des-violences-en-milieu-de-sante/dgos-onvs>
14. Discours de Lydia Mutsch à l'occasion du congrès infirmier national « Fleeg an Agressiviteit » [Internet]. 2016 [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: <http://msan.gouvernement.lu/fr/actualites.html>
 15. Pulsford D, Duxbury J. Aggressive behaviour by people with dementia in residential care settings: a review. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* oct 2006;13(5):611-8.
 16. Enmarker I, Olsen R, Hellzen O. Management of person with dementia with aggressive and violent behaviour: a systematic literature review. 2010; *International Journal of Older People Nursing*(6):153-62.
 17. Ivanov-Mazzucconi S, Digonnet E, Leyreloup AM, Cottureau MJ. Dictionnaire infirmier de psychiatrie. Paris: Elsevier Masson; 2005. 232 p.
 18. Voyer P. Soins Infirmiers aux aînés en Perte d'autonomie 2e ed. Saint-Laurent, Québec: Pearson; 2013. 740 p.
 19. Carré R, Moncany AH, Schmitt L, Haoui R. Contention physique en psychiatrie : étude qualitative du vécu des patients. *Inf Psychiatr.* 2017;93(5):393-7.
 20. Drabkin IE. *Caelius Aurelianus, On acute diseases and on chronic diseases.* The University of Chicago Press,. Chicago; 1950.
 21. Hippocrate. Oeuvres complètes d'Hippocrate, traduit par Emile Littré. J-B Baillière. Vol. Tome 7. Paris; 1839.
 22. Spencer WG. *Celsus, De medicina.* London/Cambridge; 1961. (Loeb Classical Library; vol. 3 vol.).
 23. Agrimi J, Biraben JN, Crisciani C. « Charité et assistance dans la civilisation chrétienne médiévale » in *Histoire de la pensée médicale en Occident*, dir Mirko D. Grmek. Edition du Seuil. Vol. tome 1, Antiquité et Moyen Age. Paris; 1995.
 24. Friard D. « Attacher n'est pas contenir ». In *Santé mentale*. Mars 2004, n°86, Contenir... Paris, Acte presse. :Pages 16-28.
 25. Laharie M. *La folie au Moyen Age, XIème-XIIIème siècles.* Le Léopard d'Or. Paris; 1991.
 26. Quételet C. *Histoire de la folie. De l'Antiquité à nos jours* [Internet]. Paris: Tallandier; 2012. 624 p. (Texte). Disponible sur: <https://www.cairn.info/histoire-de-la-folie--9782847349276.htm>
 27. Foucault M. *Histoire de la Folie à l'âge classique.* Gallimard. Paris; 1972.
 28. Descartes. *Traité des passions de l'âme.* Paris; 1649.
 29. Colombier J, Doublet F. Instructions sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés. *Journal de la Médecine, Chirurgie, Pharmacie.* 1795. 529-583
 30. Pinel P. Mémoire sur la manie pour servir à l'histoire naturelle de l'homme, 1794 dans *L'aliénation mentale ou la manie.* L'Harmattan. Paris; 2006.
 31. Esquirol É (1772 1840). *Des Établissements des aliénés en France et des*

- moyens d'améliorer le sort de ces infortunés, mémoire présenté à S. E. le ministre de l'Intérieur en septembre 1818, par le Dr Esquirol,. 1819.
32. Loi n°7443 du 30 juin 1838 et l'« aliéniste » [Internet]. [cité 16 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/le-xixe-siecle-la-loi-de-1838-et-l.html>
 33. Negroni AA. On the concept of restraint in psychiatry. *Eur J Psychiatry*. 2017;31(3):99-104.
 34. FernándezVI, Karavokyros S, Lagier F, Bauer L, Védie C. Soigner sans contention physique, quels enjeux psychiques? De la contention à la contenance. *L'Évolution Psychiatrique*, Elsevier, 2019,;84 (3),435-450.
 35. Quételet C. Histoire de la Folie. Tallandier. Paris; 2009.
 36. Palazzolo J, Lachaux B, Chabannes JP. Isolement, Contention et Contrainte en Psychiatrie, Rapport du CPNLF. Médias flash. Paris; 2000. 305 p.
 37. Chenot B. Ministère de la Santé Publique et de la Population, Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens.
 38. Chenot B. Ministère de la Santé Publique et de la Population, Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.
 39. Un déséquilibré poignarde mortellement un étudiant à Grenoble. *Le Monde.fr* [Internet]. 13 nov 2008 [cité 18 juin 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2008/11/13/un-desequilibre-poignarde-mortellement-un-etudiant-a-grenoble_1117928_3224.html
 40. Le président de la République engage l'hôpital psychiatrique dans un tournant sécuritaire. *Le Monde.fr* [Internet]. 3 déc 2008 [cité 18 juin 2022]; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/societe/article/2008/12/03/le-president-de-la-republique-engage-l-hopital-psychiatrique-dans-un-tournant-securitaire_1126307_3224.html
 41. Circulaire n° DHOS/O2/F2/2009/23 du 22 janvier 2009 relative au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) du plan d'amélioration de la sécurité des établissements ayant une autorisation en psychiatrie - APHP DAJDP [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-n-dhoso2f2200923-du-22-janvier-2009-relative-au-financement-par-le-fonds-pour-la-modernisation-des-etablissements-de-sante-publics-et-privés-fmespp-du-plan-damelioration-de-la/>
 42. Haute-Garonne : l'alerte des médecins psychiatres sur le manque de moyens [Internet]. *ladepeche.fr*. [cité 18 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ladepeche.fr/2022/06/14/haute-garonne-lalerte-des-medecins-psychiatres-sur-le-manque-de-moyens-10364978.php>
 43. Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 [Internet]. *justice.gouv.fr*. [cité 23 avr 2022]. Disponible sur: <http://www.textes.justice.gouv.fr/textes-fondamentaux-10086/droits-de-lhomme-et-libertes-fondamentales-10087/declaration-universelle-des-droits-de-lhomme-de-1948-11038.html>
 44. ONU. Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale, Résolution 46/119, principe 11, p. 204-9. [Internet].

- 1991 [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: https://www.un.org/french/documents/view_doc.asp?symbol=A/RES/46/119
45. Conseil de l'Europe. APCE - Recommandation 1235 - Psychiatrie et les droits de l'homme [Internet]. 1994 [cité 22 juin 2022]. Disponible sur: <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=15269&lang=FR>
 46. Huguet A. La contention physique en psychiatrie : étude du vécu soignant et perspectives actuelles. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02115470. Université de Caen;
 47. Comité Européen pour le Prévention de la Torture et des peines ou traitements inhumains. Recommandation (2004)10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux [Internet]. Disponible sur: <https://rm.coe.int/rec-2004-10-em-f/168066c7e2>
 48. Conseil de l'Europe. Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre au 10 décembre 2010 . Rapport n°CPT/Inf (2012) 13, paragraphes 172 et 174
 49. Le CPT publie un rapport sur la France [Internet]. [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: https://www.coe.int/fr/web/cpt/news-2017/-/asset_publisher/F4MCR6Bvx1tS/content/cpt-publishes-report-on-france
 50. Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789 | Conseil constitutionnel, Article 7 [Internet]. [cité 23 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-constitutionnel.fr/le-bloc-de-constitutionnalite/declaration-des-droits-de-l-homme-et-du-citoyen-de-1789>
 51. Article 66 - Constitution du 4 octobre 1958 - Légifrance [Internet]. [cité 23 juin 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/LEGIARTI000006527558/
 52. Article 16 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 23 juin 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006419320/
 53. Article 16-3 - Code civil - Légifrance [Internet]. [cité 23 juin 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006419297/
 54. LOI no 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation (1). 90-527 juin 27, 1990.
 55. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (1). 2011-803 juill 5, 2011.
 56. Article L3211-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 23 juin 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028016782/
 57. Article L3211-2-2 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 25 juin 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000028016793

58. Article L3212-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 7 sept 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000041721196?idScParent=LEGISCTA000024316521
59. Article L3222-5-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 14 mai 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031918948
60. Décision n° 2021-912/913/914 QPC du 4 juin 2021 | Conseil constitutionnel [Internet]. [cité 23 juin 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2021/2021912_913_914QPC.htm
61. LOI n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique (1) - Légifrance [Internet]. [cité 15 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000045062872>
62. Article R. 4311-5 - Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code - Légifrance [Internet]. [cité 23 juin 2022]. Disponible sur: https://www.circulaires.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001461480
63. Article R4311-7 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 23 juin 2022]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006913895/2012-01-13
64. Circulaire DGS/SP 3 n° 48 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux - APHP DAJDP [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgssp-3-n-48-du-19-juillet-1993-portant-sur-le-rappel-des-principes-relatifs-a-laccueil-et-aux-modalites-de-sejours-des-malades-hospitalises-pour-troubles-mentaux-2/>
65. Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée - APHP DAJDP [Internet]. [cité 31 août 2022]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhose1dgssd1bsd1csd4a-n-2006-90-du-2-mars-2006-relative-aux-droits-des-personnes-hospitalisees-et-comportant-une-charte-de-la-personne-hospitalisee/>
66. La charte de la personne hospitalisée - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/la-charte-de-la-personne-hospitalisee>
67. La déontologie médicale et son environnement juridique. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [Internet]. [cité 1 juin 2018]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/la-deontologie-medecale-et-son-environnement-juridique-719>
68. Ordre National de Médecins. Code de Déontologie médicale, Février 2021.
69. Le serment d'Hippocrate [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins.

- 2019 [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/medecin/devoirs-droits/serment-dhippocrate>
70. LOI n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté (1) - Légifrance [Internet]. [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000279700>
 71. Hazan A. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale | Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté [Internet]. 2016 [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/2016/isolement-et-contention-dans-les-etablissements-de-sante-mentale-2/>
 72. Hazan A. Rapport d'activité 2018 | Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté [Internet]. 2019 [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/2019/rapport-dactivite-2018/>
 73. Oxfoz. Rapport d'activité 2021 [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2022 [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/2022/publication-du-rapport-dactivite-2021/>
 74. Oxfoz. L'arrivée dans les lieux de privation de liberté [Internet]. Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. 2022 [cité 11 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.cglpl.fr/2022/larrivee-dans-les-lieux-de-privation-de-liberte/>
 75. Conférence de Consensus : « L'agitation en urgence (petit enfant excepté) ». JEUR. Urgences. juin 2003;1258(2):67.
 76. SFMU. Société Française de Médecine d'Urgences. Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences , Recommandations de Bonne Pratique Clinique. 2021 [Internet]. [cité 14 mai 2022]. Disponible sur: https://www.sfm.org/fr/vie-professionnelle/outils-professionnels/consensus/prise-en-charge-du-patient-adulte-a-presentation-psychiatrique-dans-les-structures-d-urgences-/con_id/540
 77. Palazzolo, J. Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie. Elsevier Masson, Collection Médecine et Psychothérapie. Paris; 2002.
 78. Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. American Psychiatric Association, DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Internet]. Elsevier Masson. 2015 [cité 8 sept 2022]. 1176 p. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294739293.html>
 79. Verdoux H. La Revue du Praticien, Diagnostiquer une agitation et un délire aigu. Identifier les caractéristiques d'urgence de la situation et planifier leur prise en charge pré-hospitalière et hospitalière (posologies). Publié le 20 Juin 2018. 68(6);e243-8 [Internet]. 2018 [cité 24 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/agitation-et-delire-aigus>
 80. Dossier complet – Intercommunalité-Métropole de CA du Pays de Saint-Omer (200069037) | Insee [Internet]. [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=EPCI-200069037>
 81. Guedj MJ, Raynaud P, Braitman A, Vanderschooten D. [The practice of restraint in a psychiatric emergency unit]. L'Encephale. févr 2004;30(1):32-9.
 82. Toulouse. Psychiatrie : l'immobilisation des patients évaluée pour la première

- fois [Internet]. ladepeche.fr. [cité 15 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ladepeche.fr/article/2019/01/18/2942433-psychiatrie-l-immobilisation-des-patients-evaluee-pour-la-premiere-fois.html>
83. Clenet A. Incidence et caractéristiques de l'utilisation de la contention mécanique dans 11 établissements de psychiatrie en Occitanie [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité 8 sept 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2342/>
 84. Charte du patient hospitalisé.
 85. Wilson EB. Physical restraint of elderly patients in critical care: historical perspectives and new directions. *Crit Care Nurs Clin North Am.* mars 1996;8(1):61-70.
 86. Firestone T. Physical restraints: meeting the standards/improving the outcomes. *Medsurg Nurs Off J Acad Med-Surg Nurses.* avr 1998;7(2):121-3.
 87. Palmer L, Abrams F, Carter D, Schluter WW. Reducing inappropriate restraint use in Colorado's long-term care facilities. *Jt Comm J Qual Improv.* févr 1999;25(2):78-94.
 88. Gambert P. Nantes. Une aide-soignante agressée au CHU [Internet]. Ouest-France.fr. 2022 [cité 21 juin 2022]. Disponible sur: <https://www.ouest-france.fr/pays-de-la-loire/nantes-44000/nantes-une-aide-soignante-agressee-au-chu-bce58be4-c705-11ec-85c7-ebe232218271>
 89. Formation Contention et isolement aux urgences [Internet]. Panacéa. [cité 10 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.panacea-conseil.com/formation/contention-et-isolement-aux-urgences/>
 90. Miner JR, Klein LR, Cole JB, Driver BE, Moore JC, Ho JD. The Characteristics and Prevalence of Agitation in an Urban County Emergency Department. *Ann Emerg Med.* 2018 Oct;72(4):361-370.
 91. Garriga M, Pacchiarotti I, Kasper S, Zeller SL, Allen MH, Vázquez G, et al. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry.* 2016;17(2):86-128
 92. Petit JR. Management of the acutely violent patient. *Psychiatr Clin North Am.* 2005 Sep;28(3):701-11, 710

Annexes

Annexe 1 : Échelle de gravité des signalements de l'ONVS (13)

Atteintes aux personnes :

Niveau 1	Injures, insultes et provocations sans menaces (propos outrageants, à caractère discriminatoire ou sexuel), consommation ou trafic de substances illicites (stupéfiants) ou prohibées en milieu hospitalier (alcool), chahuts, occupations des locaux, nuisances, salissures.
Niveau 2	Menaces d'atteinte à l'intégrité physique ou aux biens de la personne, menaces de mort, port d'armes (découverte d'armes lors d'un inventaire ou remise spontanée ou présence indésirable dans les locaux).
Niveau 3	Violences volontaires (atteinte à l'intégrité physique, strangulation, bousculades, crachats, coups), menaces avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, tout autre objet), agression sexuelle.
Niveau 4	Violences avec arme par nature (arme à feu, arme blanche) ou par destination (scalpel, rasoir, couverts, tout autre objet : lampe, véhicule, etc.), viol et tout autre fait qualifié de crime (meurtre, violences volontaires entraînant mutilation ou infirmité permanente, etc.).

Atteintes aux biens :


Niveau 1	Vols sans effraction, dégradations légères, dégradations de véhicules sur parking intérieur de l'établissement (hors véhicules brûlés), tags, graffitis.
Niveau 2	Vols avec effraction.
Niveau 3	Dégradation ou destruction de matériel de valeur (médical, informatique, imagerie médicale, etc.), dégradations par incendie volontaire (locaux, véhicules sur parking intérieur de l'établissement), vols à main armée ou en réunion (razzia dans le hall d'accueil, etc.).

Annexe 2 : Principes des techniques de désescalade et principes relationnels

(76)

Respecter la personne et son espace personnel
Ne pas être provocateur. Un contact oculaire prolongé ou certaines attitudes même par exemple avoir les bras croisés ou les mains cachées peuvent parfois être perçues par le patient comme menaçant (90-92)
Établir un contact verbal (se présenter, rassurer le patient) et oculaire
Utiliser un langage clair et concis
Identifier les besoins du patient et ses émotions (valider ce que le patient ressent)
Écouter attentivement ce que le patient dit et reformuler pour démontrer son attention
Montrer son accord (quand cela est possible) : approche empathique qui favorise le retour au calme
Établir des limites et donner des consignes claires
Proposer des choix limités et réalistes aux patients et se montrer optimiste
Rester disponible, gardez son calme, parlez doucement de manière claire et rassurante, expliquer ce qui va être fait, écouter avec empathie et compréhension et respecter une certaine distance physique (une longueur de bras)
Reprendre la situation avec le patient et l'équipe après la crise

Annexe 3 : Protocole de prise en charge du patient auto ou hétéro-agressif au SAU du CHRSO

	PRISE EN CHARGE DU PATIENT AUTO OU HETERO AGRESSIF AU SAU	
	SO-PR-192	Version 01

REDACTEUR(S) :	VERIFICATEUR(S) :	APPROBATEUR(S) :
Rémi PARMENTIER (Cadre de Santé - SAU / SMUR)	Francine BREBION (Réfèrent Chute/Contention), Marjorie BRUNET (Cadre de nuit), Romuald HOUSSIN (Chef de service - SAU / SMUR)	Laurene DE BRETAGNE (Cadre de Santé - SAU / SMUR), Romuald HOUSSIN (Chef de service - SAU / SMUR), Rémi PARMENTIER (Cadre de Santé - SAU / SMUR)

1 - Objet

Définir les modalités de prise en charge d'un patient agité au SAU.

2 - Responsable d'application / Champ d'application


A ne pas oublier dans une prise en charge d'agitation aigue :

- Urgence absolue
- Tout retard de prise en charge majeure le risque de passage à l'acte
- Ne pas confondre agitation et confusion
- 1% des passages aux urgences
- Toujours tenter et privilégier l'approche relationnelle
- Eliminer une cause somatique
- Si nécessité d'une contention mécanique, toujours y associer une contention chimique et remplir la fiche de traçabilité

3 - Cadre réglementaire et références

L'article L.3222-5-1 du code de la santé publique régit depuis 2016 l'isolement et la contention au sein des établissements chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement. Il les définit comme des pratiques de "dernier recours", limitées à la prévention d'un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui. Elles doivent être décidées par un médecin psychiatre et leur durée doit être "limitée". Une surveillance stricte doit être instaurée, et l'établissement a l'obligation de tenir un registre mentionnant le nom du psychiatre qui a décidé l'isolement ou la contention. L'objectif de protéger à la fois le patient, et le personnel soignant. Son utilisation doit se faire dans un cadre thérapeutique, à partir d'une prescription médicale immédiate ou différée, et impose par la suite des modalités strictes de surveillance du patient. Elle doit être systématiquement être associée à la prescription d'un traitement sédatif, le plus souvent neuroleptique ou benzodiazépinique.

Page 1 sur 8

	PRISE EN CHARGE DU PATIENT AUTO OU HETERO AGRESSIF AU SAU	
SO-PR-192	Version 01	Date Version 01 : 01/10/2021 Date de la version applicable : 06/04/2022

La Charte du patient hospitalisé précise les conditions de l'information du malade par le médecin, qui se doit d'être simple, accessible, intelligible et loyale. La contention physique n'échappe pas à cette règle et le patient doit être informé des raisons motivant une telle mesure, et de son caractère temporaire. Chaque malade a le droit d'être protégé contre toute forme d'exploitation, contre tout mauvais traitement physique ou dégradant. La contrainte physique d'un patient doit être utilisée conformément aux méthodes officiellement approuvées par le service de santé mentale et uniquement s'il s'agit du seul moyen de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui, Ce type de procédure ne doit durer que le temps nécessaire, et être inscrit dans le dossier du patient ; il doit s'exercer dans des conditions humainement acceptables, avec du personnel qualifié, en avisant le patient ou son représentant légal de toute instauration d'une mesure de contrainte.

Le Code de Déontologie précise que si la famille du malade doit être prévenue et informée d'une telle mesure, il ne s'agit en aucun cas, en dehors du cas particulier de l'enfant, de demander leur autorisation. Il est de la responsabilité de l'institution d'établir un protocole de mise en place des contentions. Ce dernier doit être réfléchi à l'avance, et doit préciser les indications de la contention, sa durée, et les modalités de surveillance du patient. Ce protocole fait partie intégrante du dossier médical du patient. La loi précise également le rôle des personnels infirmiers, qui se doivent, chaque fois qu'ils le jugent nécessaire, de demander au médecin d'établir un tel protocole thérapeutique, daté et signé.


Le recours à la contention physique n'est justifié qu'après l'échec des autres mesures de prise en charge, ce qui doit clairement être consigné dans l'observation médicale du patient.

4 - Description des activités

Indications :

- 1) Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui alors que les autres moyens de contrôle ne sont ni efficaces ou ni appropriés.
- 2) Prévention d'un risque de rupture thérapeutique alors que l'état de santé impose les soins somatiques ou psychiatriques.
- 3) Isolement en vue d'une diminution des stimulations reçues.

Les situations répondant à ces indications renvoient aux principales causes de l'agitation. Il y a deux types d'agitation :

	PRISE EN CHARGE DU PATIENT AUTO OU HETERO AGRESSIF AU SAU	
	SO-PR-192	Version 01

Agitation contrôlable	Agitation incontrôlable
<p>→ Permet de recueillir une anamnèse</p> <p>→ Détente au fil de l'entretien</p> <p>→ Acceptation des soins et de l'examen</p> <p>→ Amélioration progressive de la collaboration</p>	<p>→ Agitation avec violence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Violences verbales et physiques - Entretien impossible <p>→ Agitations avec éléments prédictifs de passage à l'acte violent imminent :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents de comportements violents, toxicomanie - Port d'arme - Sexe masculin, jeunesse - Refus de s'asseoir, incapacité à rester en place, tension musculaire - Sursauts et immobilisation avec ébauche de gestes de menace ou défense - Changements brutaux inexplicables d'activité - Menaces, insultes, voix modifiée

Ethiologies : Souvent multifactorielles

➤ **Causes organiques :**


- Neurologique (méningo-encéphalite, POEC, HM, HSD, épilepsie)
- Métabolique (hypoglycémie)
- Hypoxie, hypercapnie
- Douleur, fécalome, rétention d'urine aigue
- Hyperthermie
- État de choc

➤ **Causes toxiques :**

- Alcool, stupéfiants
- Iatrogénie

➤ **Causes psychiatriques :**

- Bouffée délirante aigue, schizophrénie, accès maniaque
- Attaque de panique

	PRISE EN CHARGE DU PATIENT AUTO OU HETERO AGRESSIF AU SAU	
	SO-PR-192	Version 01

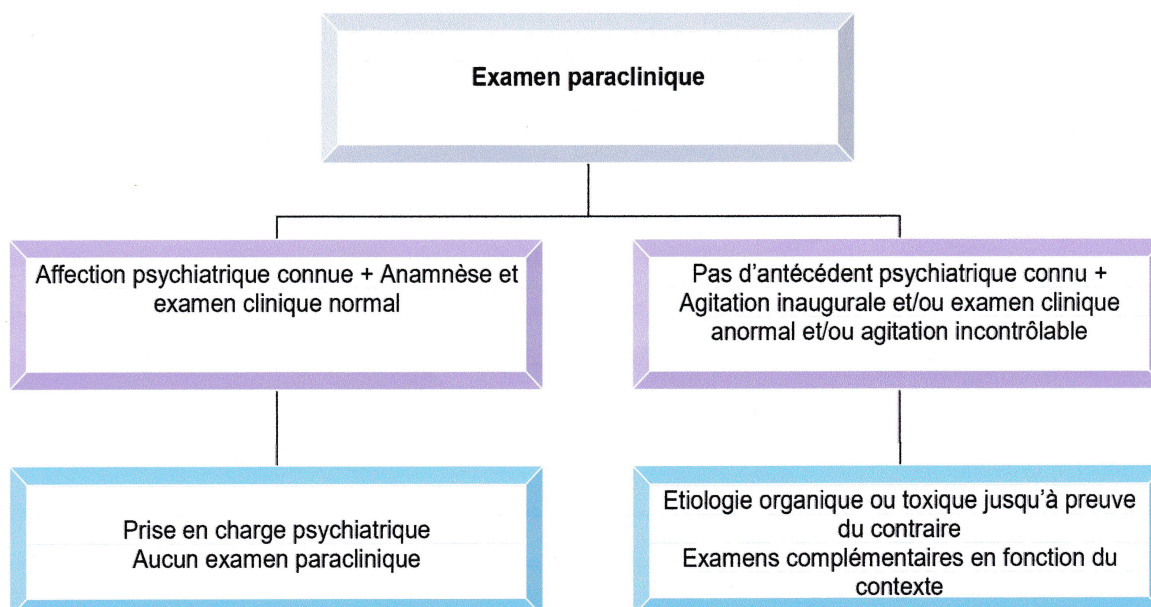
Rôle de l'infirmière d'accueil et d'orientation :


Agitation contrôlable	Agitation incontrôlable
TRI 1	TRI 2
<ul style="list-style-type: none"> - Alerte l'équipe soignante - Installation immédiate en chambre d'apaisement n°1013 en UHCD - Retrait matériel, porte fermée - Lit contention prêt 	<ul style="list-style-type: none"> - Installation direct en chambre d'apaisement n°1013 en UHCD - Médecin sénior prévenu

Prise en charge initiale :

NB : Tout retard de prise en charge majore le risque de passage à l'acte

- ▶ Réassurance verbale toujours
- ▶ Selon degré de coopération du patient :
 - Prise de constantes : saturation en O², glycémie capillaire (au minimum et en systématique)
 - Antécédents, interrogatoire d'un accompagnant si possible
 - Examen clinique
 - Examens complémentaires :



	PRISE EN CHARGE DU PATIENT AUTO OU HETERO AGRESSIF AU SAU	
	SO-PR-192	Version 01

Prise en charge thérapeutique

En cas d'agitation incontrôlable : contention chimique et physique


- Geste d'urgence, réalisé par l'équipe des urgences
- " soin réalisé sur prescription médicale qui consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient en l'immobilisant sur un brancard ou un lit muni d'attaches verrouillées "

Contention mécanique toujours associée à une contention chimique


- ▶ **Objectif** : assurer la sécurité du patient et de l'entourage ; Prévenir la rupture thérapeutique
- ▶ **Contre-indications** :
 - Affections organiques non stabilisées (prise systématique d'un dextro et de la SpO²)
 - Utilisation à titre de punition
 - État clinique ne nécessitant pas ces mesures
 - Réduction anxiété de l'équipe ou confort
 - Manque de personnel

Procédure de mise en place de la contention

<p>En chambre d'apaisement → Patient pris en charge par 5 soignants au minimum:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un préalable est indispensable : la disponibilité des kits de contention - Patient couché sur le dos - Un soignant par membre tenant chacun bras/avant bras ou mollet/cuisse - Un 5^{ème} qui a un rôle de coordination, il est également chargé de maintenir la tête du patient sur le côté, et d'éviter notamment le risque de morsure. - Si possible un 6^{ème} membre essaye de maintenir un dialogue avec le patient pour le rassurer, l'informer de manière claire et ferme sur la nécessité de la mise en contention, mais aussi de son caractère temporaire et de sa levée immédiate, une fois l'état d'agitation terminé. Ce rôle est reporté au 5^{ème} membre la cas échéant. - Deshabiller le patient et le mettre en tenue de l'hôpital. Aucun effet personnel ne doit lui être laissé à disposition. - Porter une vigilance particulière face aux objets potentiellement dangereux, tels que couteaux, ceintures, briquets...
--

	PRISE EN CHARGE DU PATIENT AUTO OU HETERO AGRESSIF AU SAU	
SO-PR-192	Version 01	Date Version 01 : 01/10/2021 Date de la version applicable : 06/04/2022


- **Réaliser l'inventaire et mettre l'ensemble des affaires au vestiaire patient.**
 - **Poser la Contention « cinq points », avec une attache pour chaque membre et une ceinture ventrale.**
 - **Surélever la tête afin de limiter le risque d'inhalation.**
 - **Veiller à ce qu'aucun point de contention ne soit douloureux, ou compressif.**
 - **Administrer systématiquement un traitement sédatif pour permettre la réalisation d'un examen clinique, réduire l'agitation, limiter l'anxiété liée à la mise en contention, et diminuer la durée de cette dernière.**
 - **Réajuster les attaches**
 - **Couvrir le patient par un drap.**
 - **Limiter les visites des proches pendant la durée de la contention**
 - **Lien relationnel entretenu**
 - **Transmissions écrites réalisées dans le DPI par l'IDE et le médecin référents : La prescription médicale de la contention physique et des motifs la motivant, doivent être inscrits dans le dossier du patient. Il s'agit d'une obligation médico-légale.**
 - **Fiche de mise en place de la contention complétée par l'IDE**
 - **Fiche de surveillance à débiter dès que possible : dextro et SpO2 en systématique.**
 - La surveillance s'effectue toutes les 30 minutes au minimum.
 - L'équipe prévient la sécurité qu'un patient dans la chambre d'apaisement.
 - **Levée de la contention progressive**
 - **L'IDE complète la fiche de surveillance de levée de contention.**
- La réévaluation de la prescription doit être faite dans la limite de 3 h puis tracée et avec un renouvellement toutes les 24 h.

	PRISE EN CHARGE DU PATIENT AUTO OU HETERO AGRESSIF AU SAU	
	SO-PR-192	Version 01

Fiche de mise en place de la contention

<ul style="list-style-type: none"> Début de la Contention Date et Heure : Indication de la contention état d'agitation : <table style="margin-left: 40px;"> <tr> <td>Agitation toxique</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Risque élevé fugue associé</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autres.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> 			Agitation toxique	<input type="checkbox"/>	Risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif	<input type="checkbox"/>	Risque élevé fugue associé	<input type="checkbox"/>	Autres.....	<input type="checkbox"/>
Agitation toxique	<input type="checkbox"/>									
Risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif	<input type="checkbox"/>									
Risque élevé fugue associé	<input type="checkbox"/>									
Autres.....	<input type="checkbox"/>									
Type de contention :	Totale* <input type="checkbox"/>	Partielle <input type="checkbox"/>								
Traitement chimique utilisé :		Heure :								
Information au patient	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non								
Information à l'entourage ou représentant légal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non								
Examen clinique médical Possible	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non								
Vestiaire réalisé	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non								
Dépôt	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non								
<ul style="list-style-type: none"> Paramètres vitaux initiaux : SaO₂ : Glycémie-capillaire : PA : FC : Température : 										
<ul style="list-style-type: none"> Conformité de la contention : Aimants en place : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Aimants efficaces : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 										
<ul style="list-style-type: none"> Etat cutané : Normal <input type="checkbox"/> Altéré <input type="checkbox"/>..... 										
<p>* Contention membre supérieur, inférieur, ventrale, thoracique</p>										

Cette fiche est disponible dans l'onglet questionnaire dans le dossier patient informatisé. Elle vient en complément de la prescription médicale et de la transmission ciblée IDE, et est complétée par l'IDE en charge du patient.

	PRISE EN CHARGE DU PATIENT AUTO OU HETERO AGRESSIF AU SAU	
	SO-PR-192	Version 01

Fiche de surveillance clinique

Paramètres vitaux / Date et heure	..h..	..h..
Température		
FC		
TA		
SpO2		
Dextro		
Comportement et niveau de vigilance		
Positionnement des sangles		
Soins de base -hygiène		
Etat cutané		
Hydratation		

Cette fiche est disponible dans l'onglet pancarte par un clic du droit dans le dossier patient informatisé. Elle est complétée par l'infirmier, l'aide-soignant ou l'infirmier psy en charge du patient tout au long de la prise en charge. Cette surveillance **s'effectue toutes les 30 minutes.**

Fiche de surveillance de levée de contention

	MSD	MSG	Ceinture ventrale	Ceinture thoracique	MID	MIG
Date et heure						
Observations						
Remarques						

Cette fiche est disponible dans l'onglet pancarte par un clic du droit dans le dossier patient informatisé. Elle est complétée par l'infirmier en charge du patient.

L'ablation des contentions se fait toujours de manière croisée.

5 - Evaluations / Indicateurs

- Suivi des événements indésirables.
- Relecture tous les trois ans de la procédure.
- Identification de référents.
- Audit annuel sur les traçabilités dans le dossier patient informatisées.

Annexe 4 : Questionnaire de recueil de données concernant la contention

« Évaluation des connaissances et des pratiques du personnel soignant sur la contention physique au sein du service des Urgences du Centre Hospitalier de Saint-Omer »

Cette étude est réalisée dans le cadre d'un travail de thèse en Médecine Générale. Elle vise à explorer les connaissances et les pratiques des soignants face à la contention physique aux Urgences.

Il est destiné à l'ensemble du personnel du SAU du CHRSO.

Il s'agit d'un questionnaire anonyme, sur la base du volontariat. Vous pouvez remplir la version papier et la déposer au dépôt de sang ou dans le bureau des Cadres du Service.

La date limite d'envoi des réponses est fixée à la fin du mois de mai.

Merci de votre participation et de vos réponses.

- Saviez-vous qu'une contention physique doit systématiquement être associée à une contention chimique ?
 - OUI
 - NON
- Connaissez-vous le rythme médico-légal de réévaluation d'une prescription de contention physique ?
 - OUI
 - NON
- Connaissez-vous la durée maximale d'une contention physique ?
 - OUI
 - NON
- Connaissez-vous la procédure si le médecin juge que la contention doit dépasser une durée de 24 heures ?
 - OUI
 - NON
- Que ressentez-vous lorsqu'une décision de contention physique est prise par le médecin urgentiste ?
 - Du soulagement
 - De la culpabilité
 - De l'indifférence

- La contention physique est-elle une prescription médicale ?
 - OUI
 - NON
- La contention physique impose-t-elle un traçage écrit ?
 - OUI
 - NON
- Y a-t-il obligation d'informer les proches du patient ?
 - OUI
 - NON
- Connaissez-vous les deux seules indications d'une contention physique ?
 - OUI
 - NON
- Combien de patients contentiez-vous en moyenne par semaine ?
 - Moins de 5
 - Entre 5 et 10
 - Plus de 10
- Profession :
 - Médicale
 - Paramédicale (AS -IDE)
 - Autres (brancardiers, CCA, agents de sécurité incendie, médiatrices)
- Depuis combien d'années travaillez-vous au sein du service des Urgences ?
 - Mois de 2 ans
 - Entre 2 et 10 ans
 - Plus de 10 ans

Annexe 5 : Résultats de l'étude

Tableau 1 : Nombre de réponses obtenues par rapport à l'effectif total du SAU (en %) :

	Médical	Paramédical	Autres	Total
Nombre de réponses	7 (8%)	27 (30,5%)	3 (3,5%)	37 (42%)
Effectif total du SAU	8 (9%)	63 (71,5%)	17 (19,5%)	88 (100%)

Tableau 2 : Répartition des réponses en fonction de la catégorie professionnelle (en %) :

	Médical	Paramédical	Autres	Total
Effectif de l'étude	7 (19%)	27 (73%)	3 (8%)	37 (100%)

Tableau 3 : Taux de participation au questionnaire par catégorie professionnelle (en%) :

	Participation	Effectif total des catégories professionnelles
Médical	7 (87,5%)	8 (100%)
Paramédical	27 (43%)	63 (100%)
Autres	3 (17,5%)	17 (100%)

Tableau 4 : Répartition des réponses en fonction de l'ancienneté (en %) :

	Mois de 2 ans	Entre 2 et 10 ans	Plus de 10 ans	Total
Effectifs de l'étude	7 (19%)	14 (38%)	16 (43%)	37 (100%)

Tableau 5 : Répartition du nombre de contention par semaine en fonction de la catégorie professionnelle (en %) :

	Médical	Paramédical	Autres	Total
Moins de 5	5 (72%)	24 (89%)	2 (66%)	31 (84%)
Entre 5 et 10	1 (14%)	3 (11%)	1 (33%)	5 (13%)
Plus de 10	1 (14%)	0	0	1 (3%)

Tableau 6 : Contention chimique en fonction de la catégorie professionnelle (en %) :

	Médical	Paramédical	Autres	Total
OUI	7 (100%)	18 (67%)	2 (67%)	27 (73%)
NON	0	9 (33%)	1 (33%)	10 (27%)

Tableau 7 : Rythme de réévaluation en fonction de la catégorie professionnelle (en %) :

	Médical	Paramédical	Autres	Total
OUI	4 (57%)	15 (55,5%)	0	19 (51%)
NON	3 (43%)	12 (44,5%)	3 (100%)	18 (49%)

Tableau 8 : Durée de la contention en fonction de la catégorie professionnelle (en %) :

	Médical	Paramédical	Autres	Total
OUI	2 (28,5%)	8 (30%)	0	10 (27%)
NON	5 (71,5%)	19 (70%)	3 (100%)	27 (73%)

Tableau 9 : Procédure si durée au-delà 24 heures en fonction de la catégorie professionnelle (en %) :

	Médical	Paramédical	Autres	Total
OUI	1 (14%)	3 (11%)	0	4 (11%)
NON	6 (86%)	24 (89%)	3 (100%)	33 (89%)

Tableau 10 : Prescription médicale et traçabilité en fonction de la catégorie professionnelle (en %) :

	Médical	Paramédical	Autres	Total
OUI	7 (100%)	27 (100%)	3 (100%)	37 (100%)
NON	0	0	0	0

Tableau 11 : Information des proches en fonction de la catégorie professionnelle (en %) :

	Médical	Paramédical	Autres	Total
OUI	4 (57%)	8 (30%)	1 (33%)	15 (40,5%)
NON	3 (43%)	19 (70%)	2 (67%)	22 (59,5%)

Tableau 12 : en fonction de la catégorie professionnelle (en %) :

	Médical	Paramédical	Autres	Total
OUI	4 (57%)	8 (30%)	1 (33%)	13 (35%)
NON	3 (43%)	19 (70%)	2 (67%)	24 (65%)

Tableau 13 : Ressenti en fonction de la catégorie professionnelle (en %) :

	Médical	Paramédical	Autres	Total
Soulagement	3 (43%)	18 (67%)	3 (100%)	24 (65%)
Culpabilité	2 (28,5%)	14 (51%)	0	16 (43%)
Soulagement et culpabilité	1 (14%)	7 (26%)	0	8 (22%)
Indifférence	3 (43%)	2 (7%)	0	5 (13,5%)

Tableau 14 : Ressenti en fonction de l'ancienneté (en %) :

	Moins de 2 ans	Entre 2 et 10 ans	Plus de 10 ans
Soulagement	5 (71%)	9 (64%)	10 (62,5%)
Culpabilité	3 (43%)	9 (64%)	4 (25%)
Soulagement et culpabilité	3 (43%)	4 (28,5%)	1 (6%)
Indifférence	2 (28,5%)	0	3 (19%)
Total	7	14	16

AUTEUR : Nom : ZAOUTER **Prénom :** Clément

Date de soutenance : 19/09/2022

Titre de la thèse : La contention physique des patients agités aux Urgences de Saint-Omer : évaluation des pratiques et des connaissances du personnel soignant

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine Générale

DES : Médecine Générale

Mots-clés : contention physique, urgences, évaluation, connaissance, ressenti, formation

Résumé :

Contexte : La contention physique est un geste fréquemment réalisé dans un service d'urgences. Au cours de l'Histoire, la gestion des patients agités n'a eu de cesse d'évoluer, soit comme un moyen thérapeutique ou bien, comme un moyen punitif. Le cadre législatif concernant cette pratique est resté ambigu, jusqu'à la loi de modernisation de notre système de santé de 2016. C'est à cet instant que le terme de « contention » a été cité dans la loi. Son application concerne essentiellement le secteur de la psychiatrie mais les Urgences générales accueillent également des patients ayant des troubles psychiatriques, susceptibles de faire preuve d'auto ou d'hétéro-agressivité avec violence, motivant ainsi leur contention. Les indications sont restreintes et les modalités de mise en œuvre ont fait l'objet de recommandations par la Haute Autorité de Santé en 2017. Dans un contexte de polémique autour de cette pratique, le Conseil Constitutionnel a soumis aux législateurs des précisions concernant la durée maximale d'application et la procédure en cas de prolongation. Cependant, les soignants exerçant aux urgences semblent méconnaître les règles et les principes de son utilisation. C'est pourquoi, les objectifs de cette étude ont consisté à évaluer les pratiques et les connaissances médico-légales du personnel des urgences, mais également leur ressenti lors de la décision et de la mise en place d'une mesure de contention.

Matériel et Méthode : Cette étude est une étude monocentrique descriptive transversale dont les données ont été recueillies via un questionnaire de douze questions, incluant l'ensemble du personnel du Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de la Région de Saint-Omer.

Résultats : Nous avons pu inclure 42% de l'ensemble du personnel. Le groupe médical a participé à hauteur de 87,5% de son effectif total et le groupe paramédical, le plus important (72% de l'ensemble des réponses obtenues), présente un taux de participation de 43%. Ceci nous autorise une analyse satisfaisante des résultats. Cette étude montre quelques carences des connaissances médico-légales de la contention physique concernant le rythme de réévaluation, la durée maximale de contention, la procédure à respecter en cas de prolongation de la contention au-delà de 24 heures, les principales indications et l'obligation d'information des proches. Ces carences sont globalement partagées par les deux groupes. Nous avons également analysé le ressenti des soignants qui met en évidence, pour une large majorité, un sentiment de soulagement pour 65% de l'effectif et de la culpabilité pour près de la moitié, soit 43%. L'association de ces deux sentiments est exprimée pour 22% d'entre eux. Le sentiment d'indifférence prédomine au sein du corps médical à hauteur de 43%, mais également pour le personnel ayant moins de 2 ans et plus de 10 ans d'ancienneté.

Conclusion : Afin d'améliorer l'application de la contention physique aux urgences, il nous semble donc nécessaire, compte tenu de ces données, de mettre en place une formation théorique et pratique, élargie à l'ensemble du personnel soignant, et d'instaurer un débriefing de l'ensemble des intervenants après chaque réalisation de contention.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Éric WIEL

Assesseurs : Monsieur le Professeur Raphaël FAVORY

Monsieur le Docteur Jean-Marie RENARD

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Romuald HOUSSIN