



HAL
open science

Etude des facteurs cliniques, sociodémographiques et environnementaux chez les patients contenus : quel impact sur la durée de contention ?

Alice Bernard

► **To cite this version:**

Alice Bernard. Etude des facteurs cliniques, sociodémographiques et environnementaux chez les patients contenus : quel impact sur la durée de contention ?. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01739476

HAL Id: dumas-01739476

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01739476v1>

Submitted on 21 Mar 2018

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2017

N° 40

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Étude des facteurs cliniques, sociodémographiques et
environnementaux chez les patients contenus :
quel impact sur la durée de contention ?

Présentée et soutenue publiquement
le 19 avril 2017

Par

Alice BERNARD

Née le 11 octobre 1987 à Suresnes (92)

Dirigée par Mme Le Docteur Hélène K'ourio, PH

Jury :

M. Le Professeur Frédéric Limosin, PU-PH..... Président

M. Le Professeur Antoine Pelissolo, PU-PH

Mme Le Docteur Nadia Younes, PH

Mme Le Docteur Valérie Cerboneschi, PH



Except where otherwise noted, this work is licensed under
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

Remerciements

Monsieur le Professeur Frédéric LIMOSIN,

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.
Nous avons beaucoup apprécié votre engagement et l'intérêt que vous portez au partage de votre discipline
Nous tenons à vous présenter notre gratitude et notre respect

Monsieur le Professeur Antoine PELISSOLO,

Je vous remercie pour vos enseignements riches et précieux pendant mon stage mais également lors de divers séminaires
Vous avez accepté de juger ce travail
Veuillez trouver en ces mots l'expression de ma profonde reconnaissance

Madame le Docteur Nadia YOUNES,

Nous n'avons pas eu l'occasion de vous rencontrer mais avons eu connaissance de la qualité de votre travail.
Nous vous sommes reconnaissants de votre disponibilité et de l'intérêt que vous portez à cette thèse
Nous tenons à vous présenter notre reconnaissance et notre respect

Madame le Docteur Valérie CERBONESCHI,

Nous vous sommes reconnaissants de la confiance et de la bienveillance que vous nous avez accordées dès notre arrivée dans votre service. Vous avez contribué à éveiller notre intérêt pour la pratique de la psychiatrie hospitalière et nous vous en remercions.
C'est avec grand plaisir que nous continuerons à travailler dans votre service.
Nous tenons à vous présenter notre reconnaissance et notre respect.

Madame le Docteur Hélène K'OURIO,

Tu nous as fait l'honneur de diriger ce travail de thèse. Nous te remercions de la confiance que tu as accordée, de ta disponibilité, de tes conseils aguerris et de ta grande tolérance, mis à rude épreuve.
Reçois en ces mots l'expression de mon estime et de mon extrême reconnaissance

Merci à tous ceux qui me sont chers et qui ont toujours répondu présents.

A Elisa, ma fille, l'amour de ma vie.

A mes parents, extraordinaires comme toujours sans qui ce travail n'existerait pas.

A ma mère, mon héroïne, mon modèle.

A mon frère Arthur et à ma sœur Adèle.

A mes grands-parents, dont l'amour et le soutien m'ont toujours accompagnée

A mes cousins, cousines, oncles et tantes chéris

A Olivier

A mes nombreux amis dont je mesure chaque jour l'importance qu'ils ont dans ma vie.

Au gang des ombres ou serial mother : Hélène, Maelle, Annabelle et Violaine ma statisticienne en herbe préférée !

Au gang des « nounous » Virginie, Céline, Mounir, Séphora et Reda qui ne le savent pas encore mais ont signé pour la vie !

A Nadège, Sarah, Laura, Framboise, Vanessa, Leslie, Hughes-Marie, Naycer, Pierre, Barbara, Adrien, Victoire, Clémence, Christelle, Elsa, Pipol, Charles et j'en oublie...

A Samia, en qui j'ai une confiance absolue

A Karim, mon ami

A toutes les équipes avec lesquelles j'ai pu travailler et auprès desquelles je me suis épanouie

A Mlle Lebec, merci pour ton aide et ta gentillesse

A l'équipe du CPOA : à son chef de service le Dr Raphael Gourevitch, aux cadres Mme Lefèvre, Mme Grun et Mme Silliau, aux médecins les Dr Danon et Lana, aux nombreux infirmiers dont la compétence, l'humanité et l'amitié m'ont laissée sans voix.

Table des matières

<i>INTRODUCTION</i>	8
<i>PREMIERE PARTIE : CONCEPTS THEORIQUES</i>	9
<i>1. Origines et définition du terme contention</i>	9
<i>2. Aspects historiques</i>	10
<i>2.1 Dans l'antiquité</i>	10
<i>2.2 Au Moyen Age</i>	12
<i>2.3 De la renaissance au siècle des lumières</i>	13
<i>2.4 De la révolution française, naissance de l'aliénisme à la fin du 19ème siècle</i>	14
<i>2.5 Au 20ème siècle</i>	17
<i>3. Aspects éthiques</i>	18
<i>4. Aspects déontologiques</i>	22
<i>4.1 Du point de vue médical</i>	22
<i>4.2 Du point de vue infirmier</i>	23
<i>4.2 Déontologie et responsabilité disciplinaire</i>	24
<i>5. Aspects législatifs</i>	25
<i>5.1 Sur le plan international</i>	25
<i>5.2 Sur le plan européen</i>	27
<i>5.2.1 Rapports et recommandations</i>	27
<i>5.2.2 Principes législatifs</i>	28
<i>5.3 En France</i>	30
<i>5.3.1 Evolution légale à travers le prisme sociétal et politique</i>	30
<i>5.3.2 Responsabilités civiles, administratives et pénales</i>	38
<i>6. Encadrement des pratiques médicales</i>	42
<i>6.1 Recommandations de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) en 2000</i>	42
<i>6.2 9ème conférence de consensus « Agitation en urgence (petit enfant excepté) en 2002</i> ..	43
<i>6.3 Recommandations ANAES en 2004</i>	43

6.4	Recommandations Haute Autorité de Santé février 2017.....	44
------------	--	-----------

	DEUXIEME PARTIE : DONNEES ACTUELLES.....	45
--	---	-----------

1.	Incidence d'utilisation des contentions.....	45
-----------	---	-----------

2.	Motifs et indications d'utilisation des contentions.....	47
-----------	---	-----------

3.	Sexe des patients.....	47
-----------	-------------------------------	-----------

4.	Age des patients.....	47
-----------	------------------------------	-----------

5.	Ethnicité des patients.....	48
-----------	------------------------------------	-----------

6.	Niveau d'éducation, statuts professionnel et marital.....	48
-----------	--	-----------

7.	Antécédents psychiatriques.....	49
-----------	--	-----------

8.	Diagnostics psychiatriques.....	50
-----------	--	-----------

9.	Abus de substances.....	51
-----------	--------------------------------	-----------

10	Facteurs environnementaux.....	51
-----------	---------------------------------------	-----------

10.1	Temporalité/moment de la journée.....	51
-------------	--	-----------

10.2	Effectif de l'équipe.....	52
-------------	----------------------------------	-----------

10.3	Caractéristiques professionnelles et démographiques de l'équipe.....	52
-------------	---	-----------

10.4	Autres.....	53
-------------	--------------------	-----------

11.	Efficacité des contentions.....	53
------------	--	-----------

12.	Vécu des équipes soignantes.....	54
------------	---	-----------

13.	Morbidité/mortalité.....	57
------------	---------------------------------	-----------

13.1	Traumatismes physiques.....	57
-------------	------------------------------------	-----------

13.2	Traumatismes psychiques.....	57
-------------	-------------------------------------	-----------

13.3	Mortalité.....	58
-------------	-----------------------	-----------

13.3.1	Etiologies pulmonaires.....	59
---------------	------------------------------------	-----------

13.3.2	Thromboses.....	59
---------------	------------------------	-----------

13.3.3	Inhalation.....	60
---------------	------------------------	-----------

13.3.4	Etiologies cardiaques.....	60
---------------	-----------------------------------	-----------

14.	Alternatives à la contention.....	61
------------	--	-----------

15.	Durée de contention.....	62
------------	---------------------------------	-----------

TROISIEME PARTIE : ETUDE.....	65
<i>1. Matériel et méthodes.....</i>	<i>65</i>
<i>1.1 Objectif de l'étude.....</i>	<i>65</i>
<i>1.2 Protocole.....</i>	<i>65</i>
<i>1.3 Analyse des données.....</i>	<i>66</i>
2. Résultats.....	66
<i>2.1 Caractéristiques de l'échantillon étudié.....</i>	<i>67</i>
<i>2.1.1 Caractéristiques sociodémographiques.....</i>	<i>67</i>
<i>2.1.2 Caractéristiques environnementales.....</i>	<i>67</i>
<i>2.1.2.1 Du patient.....</i>	<i>67</i>
<i>2.1.2.2 Du service</i>	<i>69</i>
<i>2.1.2.3 Générales.....</i>	<i>70</i>
<i>2.1.3 Caractéristiques cliniques.....</i>	<i>73</i>
<i>2.2 Facteurs associés à une durée de contention longue, supérieure à 3 heures.....</i>	<i>77</i>
<i>2.2.1 Sociodémographiques.....</i>	<i>77</i>
<i>2.2.2 Environnementaux.....</i>	<i>78</i>
<i>2.2.2.1 Du patient.....</i>	<i>78</i>
<i>2.2.2.2 Du service.....</i>	<i>79</i>
<i>2.2.2.3 Généraux.....</i>	<i>80</i>
<i>2.2.3 Cliniques.....</i>	<i>83</i>
3. Discussion.....	88
<i>3.1 Résultats significatifs.....</i>	<i>88</i>
<i>3.2 Autres.....</i>	<i>89</i>
<i>3.3 Limites et biais de l'étude.....</i>	<i>90</i>
4. Conclusion.....	91
CONCLUSION.....	92
BIBLIOGRAPHIE.....	93

INTRODUCTION

La psychiatrie demeure une spécialité médicale qui fascine, intrigue mais qui effraie tout autant comme en atteste l'étude menée sur 36 000 personnes en 2010 et présentée lors du congrès de l'encéphale qui révèle que 75% des personnes interrogées associe les termes de fou et de malade mental à des comportements violents et dangereux.

Parmi les mesures qui font peur : les « électrochocs », la chambre d'isolement mais aussi « la camisole ».

Les termes « barbares », « moyen âge », « inhumain », « torture » sont parmi les mots les plus prononcés dans la bouche de nos concitoyens à l'évocation de la « camisole » médicalement appelée « contention physique ».

Alors que plusieurs études épidémiologiques attrayant au profil des patients contenus ont vu le jour ces dernières années tentant d'établir alors des facteurs de risque de contention, nous nous sommes nous interrogés non pas aux indications ou encore à l'efficacité (elle aussi précédemment étudiée) de cette pratique, mais à sa durée et aux facteurs épidémiologiques, cliniques et environnementaux pouvant jouer un rôle chez cette dernière

Pour ce faire nous allons dans un premier temps faire un point concernant les recommandations actuelles sur cette pratique de la contention en ayant au préalable rappelé les concepts historiques, éthiques, législatifs et déontologiques de cette dernière.

Nous présenterons dans une seconde partie une synthèse des données actuelles présentes dans la littérature.

Nous présenterons enfin dans une troisième partie notre travail observationnel avec sa méthodologie, ses résultats ainsi que les réflexions qu'il a pu susciter.

1^{ère} PARTIE : CONCEPTS THEORIQUES

1° Origines et définition du terme « contention »

Etymologiquement, le terme « contention » tire son origine du latin. En effet « contentio » signifiant « le tension » « une lutte » un « effort » un « conflit » et dérivant également du verbe « contenir » lui-même signifiant le fait de maintenir quelque chose à l'intérieur de façon à le figer, le maintenir à un état stable.

Quelles sont les définitions retrouvées dans les dictionnaires à usage public ? Le Bordas de 1976 propose lui trois définitions : action de maintenir en place ; spécialement un os fracturé, ce qui sert à rendre immobile un animal que l'on veut ferrer ou opérer ; effort soutenu dans la tension de certaines facultés : la contention de l'intelligence, de la volonté. Le Larousse quant à lui fait état d'un « procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité ». De son côté le Littré fait part d'une « contention d'esprit » et évoque « une application forte et continue ».

Selon la Haute Autorité de Santé, la contention consiste à « restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif, soit fixé sur un lit ou un siège, soit mobile, comme une camisole de force ». Elle ajoute : « on appelle contention physique l'utilisation de toute méthode manuelle, tout dispositif physique ou mécanique qu'un individu ne peut ôter facilement et qui restreint sa liberté de mouvement ainsi que l'accès à son propre corps. »

Enfin y sont rappelés certains principes généraux d'encadrement et bonnes pratiques : la contention physique est un « soin réalisé sur prescription médicale se caractérisant par l'utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements qui empêchent ou limitent la capacité de mobilisation volontaire de tout ou d'une partie du corps dans le seul but d'obtenir la sécurité pour une personne qui présente un comportement dangereux ou mal adapté »

Par ailleurs certains auteurs et praticiens se sont également attachés à établir leur propre définition. En effet le Dr Palazzolo, psychiatre et auteur de nombreux articles sur le sujet explique dans son ouvrage « Contention : état des lieux » cette pratique comme « toutes sortes de procédures pour limiter l'autonomie des mouvements corporels du patient ». Dans « Isolement, Contention et Contrainte en Psychiatrie » (1) il va plus loin et distingue

différents types de contention : la contention physique, la contention psychologique, la contention légale, la contention chimique et les packs. La contention physique y est définie comme l'ensemble de méthodes qui permettent, par une opposition physique à la mobilité du patient, de restreindre son périmètre d'action. La contention physique inclut la contention manuelle par des soignants et la contention mécanique réalisée grâce à des sangles de cuir ou de tissu.

Pour le Dr Nouvel, gériatre (2), la contention consiste à « restreindre, de façon plus ou moins sévère les initiatives motrices d'un individu » tandis que le Dr Fromage en 2003 (3) donne la définition suivante : « moyens physiques visant à restreindre partiellement ou complètement les mouvements d'une personne et qui nécessitent l'aide d'un tiers pour être enlevés. La contention suppose donc l'intervention d'un tiers à deux moments."

2° Aspects historiques :

Dans l'antiquité :

Dès l'Antiquité, des écrits font allusion à la nécessité d'exercer un contrôle physique sur les personnes agitées. Soranos d'Éphèse (dirigeant l'école méthodiste elle-même issue du stoïcisme) s'opposait à Celse, qui estimait qu'un traitement brutal avait pour effet de faire sortir, par la peur, le malade de sa maladie. Dans ce but, Celse enchaînait ses malades, les affamait, les isolait dans une obscurité complète et leur administrait des purgatifs. Soranos, lui, recommandait de parler avec le malade de ses occupations ou de tout autre sujet susceptible de l'intéresser.

C'est à cette école méthodiste de Soranos d'Éphèse que l'on doit la première référence à la contrainte physique comme outil de soin dans cette conception moniste de l'être humain qui permet l'utilisation de moyens moraux dans le traitement de la maladie mentale. (4)

Celse (1er siècle après J.C.), issu de l'école éclectique qui tente de regrouper les différentes écoles antiques, préconise également le recours à la contention physique à visée de protection du malade et des autres : « 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. » (5)

Plus tard Caelius Aurelianus (2ème siècle après J.C) lui aussi appartenant à l'école méthodiste, préconise pendant les périodes de crise tout d'abord un isolement du malade dans

sa chambre et la réduction de stimulations sensorielles : « Et pour commencer, il convient que le malade soit couché dans une pièce qui ne soit trop éclairée ni trop chauffée, qui ne soit troublée par aucun bruit ni décorée d'aucune peinture [...]. En outre, il faudra interdire que beaucoup de gens puissent entrer dans la chambre, interdire surtout les visiteurs inconnus du malade. » (6)

En cas d'agitation, il préconise le recours à une contention douce pour protéger le malade et les autres.

En outre, Caelius propose l'utilisation de moyens moraux au cours de la crise, caractérisés par l'alternance d'une écoute bienveillante et de raisonnements avec l'utilisation de l'autorité qui doit reposer sur deux principes, celui de la crainte (« terror ») mais qui doit nécessairement être accompagné de respect et d'estime (« reverentia ») :

Cet antagonisme entre Soranos et Celse, entre contrainte et douceur, entre soin et contention, a perduré d'une façon ou d'une autre à travers les siècles. Si Soranos considère la contention comme un mal nécessaire, Celse estime, lui, que la contrainte est thérapeutique. Il ne s'agit pas simplement d'une divergence d'ordre thérapeutique, mais de deux conceptions du malade mental. Le malade apparaît chez Celse comme totalement envahi par sa maladie, au point que seul un traumatisme très violent pourrait l'en sortir. Bien que malade, l'individu, pour Soranos, n'en reste pas moins un sujet ; sa capacité à converser sur des questions qui l'intéressent montre qu'il n'est pas totalement envahi par la folie.

Au moyen-âge :

Couvrant environ dix siècles, du VI^e au XV^e, cette période va voir se fonder et se développer, à l'initiative des évêques puis des ordres monastiques, les premiers établissements de soins hospitaliers destinés à accueillir indifféremment voyageurs, pèlerins, vagabonds, pauvres, malades, fous, lépreux, orphelins, femmes isolées.

Le concept présidant à la fondation et à l'organisation de ces établissements est alors à valence mystique, profondément imprégné des valeurs chrétiennes de charité et de salut des âmes. Cette doctrine chrétienne alors prédominante repose sur la notion de foi qui se substitue à celle de raison. En effet, la maladie mentale est alors considérée comme envoyée par Dieu pour éprouver la foi du malade et constitue une étape vers son Salut s'il s'y soumet. (7)

Dans ces établissements sont appliqués les préceptes de la religion chrétienne selon des rituels qui organisent la prise en charge des personnes accueillies. S'il n'est pas précisément fait mention de notion d'enfermement dans ces institutions, notamment pour les patients pointés comme privés de raison, rapidement va se mettre en place une répartition des personnes, d'une part en fonction de leur statut social et de leur niveau économique, et d'autre part en fonction de leur appartenance à la communauté : les étrangers pèlerins et voyageurs étant hébergés hors les murs de la cité.

Le fou quant à lui bénéficie de représentations sociales diverses et pas forcément négatives.

Les XIIe et XIIIe siècles connaissent une augmentation et une accélération des communications, couplées à une augmentation démographique (et notamment de la population nécessiteuse et en mauvaise santé) ainsi qu'un glissement de l'idéologie dominante vers une plus grande spiritualité jetant l'opprobre sur les comportements « coupables » et visant à réguler les mœurs. Cette période va voir une compétition entre pouvoir religieux et pouvoir laïque en matière de création d'établissements hospitaliers.

Il se développe en Europe des structures hospitalières avec la fondation d'Ordres Hospitaliers et de multiples « Hôtels Dieux » dont leur règle impose de s'occuper des déshérités et donc des « fous ». La contrainte, hormis l'isolement, n'est pas recommandée dans ces établissements. Le développement de ces communautés va toutefois poser le problème de l'agitation, voire de l'agressivité de certains malades. Cela va donc entraîner l'utilisation de contentions physiques : « La médecine est qu'ils soient liés pour ôter tout doute qu'ils se blessent eux et les autres. » (Barthélémy l'Anglais, XIIIème siècle) (8)

La contrainte ne semble utilisée que comme mesure de protection et non comme outil de soins, bien que certains médecins, tels Arnaud de Villeneuve (1250-1313), professeur de la faculté de médecine de Montpellier, recommandent à nouveau les méthodes fortes.

Au cours des XIVe et XVème siècle les établissements hospitaliers vont connaître certaines difficultés. Générateurs de bénéfices, de legs et de dons, leur gestion suscitera convoitises et détournements de fonds, mettant nombre d'entre eux en difficulté. Dans le même temps, l'épidémie de peste de 1347 va décimer la population, majorant le nombre de nécessiteux.

Enfin, les combats de la guerre de Cent Ans détruiront une grande partie des institutions hospitalières. Les municipalités, interpellées par les incidences policières de la pauvreté et de la maladie, s'investiront davantage dans l'administration hospitalière.

Peu à peu se dégagera une spécialisation des établissements et apparaîtront les premières maisons destinées aux « insensés » comme on appelait alors les aliénés. Là encore, pas de notion d'enfermement. On entre à l'hôpital et on en sort de son gré. Les familles sont autorisées à visiter leurs malades.

Le processus de médicalisation induit par la spécialisation des établissements s'accompagne de la présence de médecins et le savoir universitaire gagne de l'importance dans la prise en charge du malade qui, frappé par Dieu dans sa maladie, reste un frère pour les membres de la communauté. Son état est alors perçu comme une épreuve et non comme une déchéance (2)

Ailleurs et particulièrement dans l'empire romain d'Orient et le monde arabe des lieux de soins spécifiques aux malades mentaux voient le jour, les bîmâristâns, dans lesquels est préconisée une utilisation de la contrainte, et notamment de la contention physique, comme mesure de protection, mais aussi comme outil de soins, suivant également les méthodes héritées de Celse.

De la renaissance au siècle des lumières :

L'ère du « grand renfermement » de Foucault :

Si le début de la Renaissance reste toujours marqué par la conception démonologique de la maladie mentale et la chasse aux sorcières, la fin de cette période voit, quant à elle, la diminution progressive de sa prédominance.

C'est en 1545 que le roi de France François Ier, soucieux de la situation et de la gestion des hôpitaux, ordonne une enquête visant à faire un bilan du patrimoine hospitalier. L'église se voit alors retirer la main mise sur la question de l'assistance, au profit du pouvoir royal.

Cette laïcisation, va donner la charge des malades mentaux aux pouvoirs publics qui la considèrent sous l'optique de la conservation de l'ordre public. Cela va donc provoquer la mise en place de mesures d'enfermement des malades mentaux, mais aussi des mendiants, des vagabonds et des prostituées, possibles vecteurs de trouble. (9)

Cette politique va se traduire par la promulgation de multiples Edits Royaux à cette période et va finalement aboutir à la fondation en 1656 de L'Hôpital Général à Paris, début de ce que M.Foucault appelle le «Grand Renfermement»(10).

Ce «Grand Renfermement» caractérisé par l'enfermement stricto sensu dans des institutions spécialisées des personnes souffrant de maladies mentales, va entraîner un internement massif de ces malades, pour les miséreux dans les Hôpitaux Généraux (Bicêtre pour les hommes et la Salpêtrière pour les femmes) et dans les Maisons de Force pour les autres.

La mesure sera étendue en 1662 par Edit Royal aux villes du royaume de France.

Les malades mentaux sont alors admis dans les structures via une procédure engagée suite à une lettre de cachet, aucun avis médical n'est alors nécessaire.

A cette époque les mesures de contention et d'isolement sont utilisées quasi-exclusivement à visée répressive et absolument pas comme un outil de soin : des chaînes sont accrochées aux murs, les patients y sont attachés sans avis ni même présence médicale.

Au XVIIIème siècle, époque des Lumières, la méthode de la contention physique persiste et se durcit. On considérait alors que pour qu'elle soit efficace, il fallait qu'elle soit comprise, et par ce principe, qu'elle soit plus douloureuse et contraignante. Les modes d'isolement et de contrainte se sont diversifiés avec les camisoles de force, les chaises de coercition (la personne est retenue à une chaise par les mains et les chevilles, pendant qu'un casque en bois recouvre sa tête), le berceau d'Utique (cage étroite dans laquelle la personne restait plusieurs jours), les entraves... (11)

Et si quelques esprits s'émeuvent de cet état de faits, la situation perdurera jusqu'au geste symbolique de Pinel en 1792.

De la révolution française, naissance de l'aliénisme à la fin du 19ème siècle :

La Révolution Française, bien que la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen vienne établir les principes de liberté et d'égalité, va différer les mesures préconisées à la fin de l'Ancien Régime dans la prise en charge des malades mentaux et ne libérera aucun de ceux-ci. Elle va cependant fixer un principe novateur par le décret du 27 mars 1790 qui marquera l'entrée des médecins dans les hôpitaux généraux et introduira alors la notion de soins dans la prise en charge des malades mentaux

Sur le plan médical, plusieurs rapprochements entre philosophie et médecine vont être tentés à cette période tout d'abord par Joseph Daquin (1757-1815) qui dans « La Philosophie de la folie » (12) en 1791, expose l'idée d'un traitement philosophique de la maladie mentale dans

lequel il voit «le seul secours peut être à apporter»consistant en « bonnes raisons », « secours moraux »et « propos consolants » à tenir « dans les intervalles lucides dont ils jouissent quelquefois.».

Philippe Pinel (1745-1826) aliéniste français montre lui, de son côté, une appétence pour l'approche stoïcienne avec une conception de la maladie mentale comme trouvant son origine dans les passions (Cicéron, Tusculanes), ainsi que la nécessité de les maîtriser pour arriver à la sagesse comme en témoigne ses écrits dans Nosographie philosophique (1803, p 15-16) (13).

Il refuse l'idée d'une séparation entre l'âme et le corps et préconise, comme les médecins de l'antiquité et les stoïciens, un traitement moral s'appuyant sur la raison dans son traité sur l'aliénation mentale « l'art de consoler les aliénés, de leur parler avec bienveillance, de leur donner quelquefois des réponses évasives pour ne pas les aigrir avec des refus, de leur imprimer d'autres fois une crainte salutaire, et de triompher sans aucun acte de violence de leur obstination inflexible.» (14)

Il définit la conduite à tenir par le médecin dans la prise en charge des malades mentaux: «Un des principes fondamentaux de la conduite qu'on doit tenir avec les insensés est d'allier avec intelligence la douceur à la fermeté, de prendre avec eux quand ils s'obstinent le ton le plus imposant et le plus inébranlable pour bien les convaincre qu'ils doivent faire la volonté de ceux qui les dirigent, mais de s'abstenir de toute contrainte superflue et de n'user que de la force nécessaire pour les contenir.»(Observations sur la manie, 1794, p24) (15).

Cette force nécessaire pour contenir, Pinel la réévoque et explique la nécessité d'une certaine autorité médicale au bon déroulement de la procédure tout en insistant sur le respect des droits du malade et l'interdiction de lui infliger des violences volontaires.

Enfin cette contrainte décrite ci-dessus doit s'effectuer sans rancune, aigreur ou colère.

Son élève, Jean-Etienne Esquirol (1772-1840) va poursuivre ces réflexions dans sa thèse réalisée en 1805 « Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale» et définir l'approche thérapeutique de la maladie mentale, c'est-à-dire le traitement moral, comme la synthèse de l'utilisation de la parole et celle de la contrainte, basée sur l'autorité médicale, comme un outil de soins.

Il va souligner comme son professeur Pinel la nécessité de l'arrêt des mesures de contrainte lorsqu'elles ne sont plus nécessaires : «Il faut être soigneux de faire sentir à l'aliéné que si on

le réprime, c'est parce qu'il a tort; il faut le bien convaincre que lui seul a forcé de recourir à ces moyens: ainsi dès qu'il se soumet, il faut faire cesser la répression.»(16).

Esquirol va également adresser au ministère de l'intérieur relatant l'enfermement et le traitement ignominieux des aliénés dans les établissements qui leur sont consacrés, stipulant que « ...ces infortunés sont plus maltraités que des criminels et réduits à une condition pire que celle des animaux... » (17).

Ces travaux mais aussi ceux de Ferrus (18), vont entraîner la naissance du premier texte législatif consacré exclusivement à la maladie mentale et combler le vide juridique entraîné par la Révolution. Il s'agit de la Loi du 30 juin 1838 (19) composée de 41 articles et signée par le roi Louis-Philippe, qui restera en vigueur jusqu'au 21 juin 1990. Cette Loi va entraîner une réorganisation de l'assistance psychiatrique avec adoption de l'isolement thérapeutique proposé par Esquirol, et création des hôpitaux psychiatriques départementaux. Elle va également entraîner la définition des mesures juridiques d'hospitalisation sous contrainte (Placement Volontaire et Placement d'Office) en assurant à la fois la protection du malade mental et celle de l'ordre social.

En parallèle, en Angleterre à la fin du XVIIIème siècle, inspiré par Pinel, Sir Samuel Tuke lançait le York Retreat, « moral therapy », fondé sur la suppression de la contention non réfléchie à moins d'agitation extrême et favorisant l'isolement de la personne en cas d'agitation aiguë, dans le but de stimuler la responsabilité du malade. C'est la naissance d'un code de déontologie. L'isolement était donc envisagé comme une alternative en cas d'échec de la maîtrise qu'un malade avait de lui-même. Il y est aussi précisé que deux malades ne peuvent être contenus dans une même unité en même temps (20).

Dans sa lignée, au XIXème siècle, les pays anglo-saxons ont poursuivi l'élaboration d'un code de conduite, de bonnes pratiques avec en 1842, the lunatic asylum act (21) , qui exigeait la tenue de registres précisant les heures et modalités de la contention et de l'isolement des malades mentaux. Ces exigences et remises en cause de la pratique de la contention vont finalement aboutir à l'abolition de la contention au Lincoln Asylum par Robert Gardiner Hill puis par John Connoly, fondateur du « no restraint » à Hanwell en 1839 qui supprime tous moyens de contention et fait l'éloge de ce qu'il considère comme un acte primordial :« Il n'est pas un asile au monde dans lequel la contention mécanique ne peut être abolie, non seulement en toute sécurité mais encore avec d'incalculables avantages.»(9)

Il faudra attendre les 3 dernières décennies du 19^{ème} siècle afin de voir éclore ce mouvement en France et plus précisément à l'hôpital Sainte-Anne, courant initié et soutenu par Valentin Magnan (1835-1916) dont un pavillon y porte actuellement son nom.

Au 20^{ème} siècle :

La première moitié du XX^{ème} siècle tend à accompagner l'enfermement par les traitements de choc : bains glacés, la malariathérapie en 1917, induction de comas insuliniques répétés en traitement de la schizophrénie appelée insulinothérapie en 1932 (Sackel), l'électroconvulsivothérapie en 1938 (Cerletti et Bini) ... ; la psychochirurgie et les dérives eugénistes visant à enfermer le malade mental dans le célibat, puis dans la dissuasion d'engendrer et enfin l'éventualité de la stérilisation.

Cependant l'avènement de la psychanalyse au début du XX^{ème} siècle va imprégner durablement le monde psychiatrique et son vocabulaire (utilisé même par ses détracteurs), modifier la vision des malades mentaux, et transformer la médecine des symptômes en médecine de la relation avec l'avènement de la psychothérapie et l'accès à celle-ci d'intervenants non médicaux, les psychologues. La contrainte physique n'a évidemment pas sa place dans ce dispositif. (1)

De plus l'apparition de psychotropes dont la découverte est souvent le fruit du hasard va profondément et durablement modifier les pratiques médicales avec notamment la chlorpromazine en 1952 qui offrira la possibilité d'une meilleure stabilisation des troubles mentaux et ouvrira aux patients enfermés les portes de l'institution pour leur permettre une réintégration progressive de l'espace urbain et social. Ainsi, les appareillages de contention se verront de plus en plus relégués à des circonstances très spécifiques comme les intolérances médicamenteuses aux psychotropes.

En France dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle, les travaux de Daumezon et de Bonnafé suivis de la circulaire du 15 mars 1960 ont entraîné la mise en place de la psychiatrie de secteur avec une désinstitutionalisation des malades mentaux et la création et développement de multiples structures extrahospitalières de prise en charge. (22)

C'est enfin au début des années 1950 aux Etats-Unis et 1970 en Europe que naîtra l'antipsychiatre dans un contexte où la 2^{nde} guerre mondiale a vu de nombreux excès

notamment dans les camps de concentration et a vu la mort de nombreux malades mentaux dans les asiles psychiatriques

En France, ce courant remettant en question le pouvoir médical et le savoir qui y était associé, promulguant d'autres modalités d'accueil du malade mental et dénonçant des enfermements désormais vécus comme arbitraires va venir appuyer la mise en place de la psychiatrie de secteur.

Ce sont les personnels soignants et notamment infirmiers qui assureront la promotion de ce nouveau courant idéologique qui refuse la mise à l'écart de la subjectivité du patient dans le processus de soins et rend la parole à ce dernier en le faisant partenaire à part entière du projet thérapeutique.

-En Italie, Basaglia considère que la maladie mentale résulte de la société qui est aliénante et non du malade lui-même. Les travaux de Basaglia vont entraîner en Italie la promulgation de la loi 180 en 1978 qui va supprimer l'hôpital psychiatrique. (23) (24).

-Dans les pays anglo-saxons, Cooper considère que la maladie mentale résulte de multiples invalidations et répressions des actes d'une personne par son milieu familial et social, répressions validées par le corps médical, responsable selon lui d'une pathologisation du malade. (25) Laing qualifie le délire schizophrénique de « métanoïa » qui serait l'unique moyen dont disposerait l'individu pour échapper à l'action aliénante de la société (26). Cela a entraîné un mouvement de désinstitutionalisation et l'essor de la psychiatrie communautaire validé aux USA par le Community Mental Health Act par J.F. Kennedy en 1963 qui prône le développement de structures extrahospitalières de réinsertion sociale pour les malades mentaux et conduisent logiquement à la diminution de la mise en place de mesures de contraintes et notamment la contention physique.

De plus paraissent aussi aux Etats-Unis dans les années 1990 plusieurs études (essentiellement d'orientation gériatrique) apportant à l'époque la preuve que la diminution opérée plus tôt du taux de contention n'a pas entraîné d'augmentation de la morbidité. Ces résultats contribuent alors à poursuivre la dynamique déjà enclenchée quelques années auparavant (27).

3°. Aspects éthiques

La relation entre médecin et malade est à la source d'une tension, sinon d'un conflit de perspectives et de valeurs entre lesquelles il est très difficile de trancher. Tel est le cœur de la question éthique. D'une part s'expriment les valeurs qui, au-delà même de l'institution médicale, dominent la société dans son ensemble : la solidarité, le respect de la vie, l'assistance aux personnes en danger. D'autre part, le droit du malade à reconnaître son bien (subjectif) dans le bien (objectif) que des tiers veulent accomplir en sa faveur. Les protagonistes de la démarche thérapeutique ne sont pas forcément en désaccord sur les valeurs : c'est le mode respectif de hiérarchisation des valeurs qui pose problème.

Du fait que le malade se trouve parfois dans une particulière condition de faiblesse et de vulnérabilité, la compétence de son jugement peut être plus volontiers mise en doute que celle du médecin.

Dans ces conditions, la prudence conduit à tenir compte de deux éléments inévitables :

-la difficulté d'appréciation de la liberté de jugement d'autrui qui comporte toujours une part importante de subjectivité ;

-un degré de déterminisme des comportements qui rend improbable une totale autonomie. Ces questions pratiques invitent à rechercher l'éclairage de réflexions, certes plus théoriques, que les philosophes modernes ont conduites sur la question de la liberté humaine, et précisément sur l'autonomie et l'exigence de la respecter.

Le concept d'autonomie nous apparaît être une notion essentielle à aborder lorsque l'on s'interroge sur les fondements éthiques de la pratique de la contention physique. Bien souvent l'utilisation de la contention physique a lieu dans un contexte d'agitation psychomotrice, de tentative de fugue dans le cadre d'un refus de soins de la part du patient. L'importance de ce principe d'autonomie se retrouve dans l'avis rendu par le comité consultatif d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) en 2005 portant sur le « Refus de traitement et l'autonomie de la personne » (28).

Ce travail différencie différentes facettes d'autonomie d'une personne et en dégage schématiquement trois niveaux de complexité :

- Une autonomie d'action qui renvoie aux possibilités de mobilité corporelle.« Etre autonome signifie être capable de se déplacer dans l'espace au moyen des forces dont son corps est

doué ». Cette indépendance physique doit pouvoir s'accompagner d'un sens de l'adaptation aux situations de la vie ordinaire qui permet à l'agent de subvenir à ses besoins.

-Une autonomie de pensée qui qualifie « le pouvoir de conduire une argumentation cohérente et réfléchie. Plus spécifiquement, dans le domaine médical, cette forme d'autonomie définit l'état du patient capable de participer à une délibération étayée par l'acquisition d'un savoir de sa maladie. Le sujet autonome est ici celui qui est capable de comprendre une information médicale et d'y exercer son esprit critique ». L'autonomie est alors, pour reprendre la formule de Kant, la capacité de « se servir par soi-même de son entendement ». Le défaut de discernement qui place une personne sous la conduite d'un autre, le prive d'autonomie de pensée, quand bien même elle disposerait de sa capacité d'action : « une personne autonome est une personne capable de réfléchir sur ses objectifs personnels et de décider par elle-même d'agir conformément à cette réflexion ».

Le respect de l'autonomie de pensée se traduit concrètement, pour le médecin, par le devoir de s'assurer que celui qui refuse un soin a parfaitement compris l'information qui lui a été transmise et les conséquences prévisibles de son refus et qu'il exerce dans ce domaine une liberté par rapport à un tiers ou à une société.

-Une autonomie de volonté qui se définit par la capacité d'une personne à suspendre la spontanéité impulsive qui détermine mécaniquement son action, pour se décider en fonction d'une résolution consciente et personnalisée. Elle exprimerait donc la faculté de trancher une alternative et de prendre des initiatives. L'autonomie de volonté engage alors un certain type de rapport à la temporalité qui se reflète dans la capacité du patient à élaborer un projet de soin sur le long terme.

Deux types d'autonomie de volonté sont distingués par le CCNE dans son avis :

-l'autonomie de la volonté entendue comme auto-limitation intègre une dimension de maîtrise rationnelle de la sensibilité. Elle ne définit pas l'anomie (absence de loi) mais l'auto-législation (auto: soi-même, nomos: loi), la capacité du sujet à se soumettre aux seules lois qu'il s'est fixées à lui-même.

-l'autonomie de la volonté comme souveraineté individuelle. Cette conception a été promue au XIX^e siècle par le philosophe John Stuart Mill. L'autonomie de la volonté en tant que « souveraineté » consiste dans la possibilité d'avoir des préférences singulières et de se déterminer en fonction d'une conception du bien dont il appartient à chacun de déterminer librement le contenu. Cette extension du sens de l'autonomie se justifie par le fait que nous

nous trouvons dans un contexte de « pluralisme moral » nommée « culture polythéiste » par T Engelhardt (29).

Les auteurs intègrent également dans leur synthèse l'impact que peuvent avoir les différentes manières d'informer un patient mais aussi les différentes méthodes de persuasions utilisées sur cette autonomie de volonté. Ils déclarent que « la pratique de la persuasion ne va pas sans équivoque », jouant « sur l'affectivité en s'adressant à la part sensible de la personne ».

Ce concept d'autonomie se retrouve également chez Beauchamps et Childress (30) qui ont proposé en 1978 au sein de la North American Bioethics une approche fondée sur le respect de quatre principes : les principes d'autonomie, de bienveillance, de non-malveillance et d'équité sociale. Ainsi, un acte paraît éthiquement acceptable si ces quatre principes sont respectés.

S'agissant de la contention physique, le principe de bienveillance est respecté si la contention est considérée par le soignant comme un acte thérapeutique et/ou comme une mesure de protection pour le patient lui-même. Il y aurait violation de ce principe en cas d'utilisation à but punitif ou de confort pour l'équipe. Le principe d'équité sociale apparaît également respecté et recherché si le patient met en danger autrui. Le respect de ces deux principes est toutefois en conflit direct avec le principe d'autonomie décrit précédemment par la privation de la liberté de mouvement que la contention entraîne par définition.

Pierre Le Coz, professeur de philosophie, identifie lui, dans son intervention « le principe d'autonomie, pilier d'argile de l'éthique » (31) en 2017 cinq situations limites pouvant mettre en cause le principe d'autonomie :

- 1 -Le respect absolu de la volonté du patient se soldera par un préjudice manifeste pour sa vie ou sa santé ;
- 2 -La revendication du patient entre en contradiction avec l'intérêt d'un tiers ou de la société
- 3 -La liberté de choix du patient est compromise par un déficit cognitif (transitoire ou définitif)
- 4 -Le privilège accordé à l'auto-détermination conduirait à un transfert de responsabilité
- 5 -La demande du patient revêt un aspect déontologiquement contraignant pour le médecin

Dans sa description l'auteur y intègre volontiers la pathologie psychiatrique et la cite comme exemple illustrant la seconde situation présentée.

4°. Aspects déontologiques :

Comme les autres citoyens, les professionnels de santé sont soumis aux lois, mais le bon fonctionnement de leur corps professionnel est favorisé par des règles propres.

C'est en 1825 que le mot « déontologie » apparaît pour la première fois en langue française, dans la traduction de l'ouvrage du philosophe utilitariste anglais Jeremy Bentham intitulé « l'Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'Art et Science ».

Aujourd'hui la déontologie rassemble les éléments d'un discours sur les devoirs.

Elle sert de référence aux instances juridictionnelles de l'Ordre des médecins et maintenant de l'Ordre des infirmiers, mais d'abord de guide aux médecins et infirmiers dans leur pratique quotidienne, au service des patients.

Du point de vue médical :

Voici ci-dessous, extraits de ce code, des articles pouvant se rapporter à la pratique de la contention mécanique :

L'Article 36 du code de déontologie médicale (32) article R.4127-36 du code de la santé publique stipule que « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou les traitements proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches aient été prévenus et informés, sauf urgence ou impossibilité. Les obligations du médecin à l'égard du patient lorsque celui-ci est un mineur ou un majeur protégé sont définies à l'article 42. »

Chez un patient dont l'état mental rend impossible un consentement libre et éclairé aux soins il semble donc déontologiquement admis d'utiliser une contention physique afin de lui prodiguer les soins que son état nécessite.

Selon les articles 2 (article R.4127-2 du CSP) et 3 (article R.4127-3 du CSP) il doit le faire respectivement « dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité » et « doit, en toutes circonstances, respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine ».

Concernant les décisions médicales et plus spécifiquement les prescriptions et leurs applications , l'article 8 (article R.4127-8 Du CSP) précise que : « dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance et doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. ». Le médecin doit donc veiller à limiter la prescription des contentions en terme de durée, en réévaluant le rapport bénéfices/risques ainsi que l'efficacité de ces dernières au cours du temps.

Enfin à la lecture de l'article 9 (article R.4127-9 Du CSP) qui rappelle que « tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires», l'utilisation des contentions physiques peut également être décidée pour tout patient quelle que soit la validité de son consentement dès lors que l'on estime qu'il est effectivement en danger.

Du point de vue infirmier :

Les infirmiers sont eux aussi soumis à des règles déontologiques régissant leur profession pour la toute première fois de leur histoire professionnelle depuis le 26 novembre 2016 par l'intermédiaire du Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant au code de déontologie des infirmiers.

Il nous apparaît primordial d'étudier également dans quel cadre déontologique les infirmiers pratiquent la contention physique : en effet ils participent souvent de manière conjointe avec le médecin à la prise de décision de son utilisation, réalisent sa mise en place et sont également en première ligne s'agissant de la surveillance de la mesure.

Le premier sous chapitre attrait aux devoirs généraux des infirmiers et les articles R.4312-3, R.4312-4 et R.4312-7 reprennent exactement les articles 2,3 et 9 du code de santé publique précédemment présenté.

Le second concerne les devoirs envers les patients et l'article R.4312-14 reprend lui aussi mot pour mot l'article 36 du code de santé publique en y ajoutant toutefois que l'infirmier effectue toutes ces démarches en accord avec le médecin prescripteur.

Le troisième présente lui les «Devoirs entre confrères et membres des autres professions de santé » qui incombent aux infirmiers ainsi que les relations qui les unissent aux autres professionnels de santé et notamment l'application de protocoles ou les décisions d'urgence que peuvent prendre ces mêmes infirmiers dans l'attente de l'intervention d'un médecin. La contention en urgence pourrait ainsi être initiée par un infirmier si ce dernier estime qu'elle est nécessaire à la protection du patient et secondairement infirmée ou confirmée par un médecin alors disponible, ceci selon les deux articles qui suivent :

« Art. R. 4312-42. – L'infirmier applique et respecte la prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, quantitative et qualitative, datée et signée. «Il demande au prescripteur un complément d'information chaque fois qu'il le juge utile, notamment s'il estime être insuffisamment éclairé. «Si l'infirmier a un doute sur la prescription, il la vérifie auprès de son auteur ou, en cas d'impossibilité, auprès d'un autre membre de la profession concernée. En cas d'impossibilité de vérification et de risques manifestes et imminents pour la santé du patient, il adopte, en vertu de ses compétences propres, l'attitude qui permet de préserver au mieux la santé du patient, et ne fait prendre à ce dernier aucun risque injustifié.

« Art. R. 4312-43. – L'infirmier applique et respecte les protocoles élaborés par le médecin prévus par les dispositions des articles R. 4311-7 et R. 4311-14. «Chaque fois qu'il l'estime indispensable, l'infirmier demande au médecin responsable d'établir un protocole écrit, daté et signé. «En cas de mise en œuvre d'un protocole écrit de soins d'urgence, ou d'actes conservatoires accomplis jusqu'à l'intervention d'un médecin, l'infirmier remet à ce dernier un compte rendu écrit, daté et signé, et annexé au dossier du patient.

«En cas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre d'un protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin. Il prend toute mesure en son pouvoir afin de diriger la personne vers la structure de soins la plus appropriée à son état. »

Déontologie et responsabilité disciplinaire :

La responsabilité disciplinaire est le reflet de tout manquement au Code de déontologie, illustrant les règles de l'art de la pratique médicale dont les articles pouvant se rapporter à la pratique de la contention ont été cités plus haut. Ce Code est le reflet des principes moraux et des usages régissant la profession médicale et maintenant infirmière, et donne certaines directives.

Concernant la pratique médicale, l'article 382 du Code de Santé Publique stipule que: «L'ordre des médecins veille au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine, et à l'observation par tous ses

membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le Code de déontologie».

Comme la responsabilité pénale, la responsabilité disciplinaire n'a aucune vocation indemnitaire et vise seulement à sanctionner un comportement.

Elle s'en distingue toutefois en ce qu'elle ne sanctionne pas la commission d'infractions mais le non-respect des règles déontologiques auxquelles sont tenus les professionnels de santé.

Ainsi, la responsabilité disciplinaire d'un professionnel de santé peut être engagée dès lors qu'il est prouvé que ce dernier a manqué à l'une de ses obligations déontologiques.

Les sanctions pouvant être prononcées par les instances ordinales sont l'avertissement, le blâme, la suspension et la radiation.

5°. Aspects législatifs :

Sur le plan international :

La résolution 46/119 de l'ONU adoptée en séance plénière du 17 décembre 1991 relative à la « Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale » précise les éléments suivants (33) :

- 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.

Quelles sont les pratiques actuelles dans le monde ?

Au Québec l'article 118.1 de la loi entrée en vigueur le 1^{er} juin 1999 sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), s'intéresse tout particulièrement à la question de l'utilisation

exceptionnelle des mesures de contrôle que sont la contention, l'isolement et les substances chimiques (34).

L'utilisation d'une telle mesure doit être minimale et exceptionnelle et doit tenir compte de l'état physique et mental de la personne. Elle doit faire l'objet d'une mention détaillée dans son dossier. Doivent notamment y être consignées une description des moyens utilisés, la période pendant laquelle ils ont été utilisés et une description du comportement qui a motivé la prise ou le maintien de cette mesure.

En 2002, le ministre de la santé a publié des recommandations afin de mieux encadrer ces pratiques : les substances chimiques, la contention et l'isolement utilisés à titre de mesures de contrôle le sont uniquement comme mesures de sécurité dans un contexte de risque imminent, ne doivent être envisagés à titre de mesures de contrôle qu'en dernier recours.

Il est nécessaire que la mesure appliquée soit celle qui est la moins contraignante pour la personne. Elle doit se faire dans le respect, la dignité et la sécurité, en assurant le confort de la personne, et doit faire l'objet d'une supervision attentive. L'utilisation des substances chimiques, de la contention et de l'isolement à titre de mesures de contrôle doit, dans chaque établissement, être balisée par des procédures et contrôlée afin d'assurer le respect des protocoles et doit faire l'objet d'une évaluation et d'un suivi de la part du conseil d'administration de chacun des établissements.

Aux Etats-Unis, la JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) et la HCFA (Health Care Financing Administration) ont toutes deux statué clairement : "l'isolement et la contention physique doivent être utilisés en dernier recours, et constituent une réponse d'urgence à une situation de crise pour laquelle il existe un risque imminent pour le patient, le personnel soignant ou autrui de préjudices (35).

En Israël, les infirmiers sont autorisés à contenir physiquement les patients, aucune décision médicale n'est exigée.

En Chine il n'existe pas de réglementation spécifique concernant la pratique de la contention physique.

Au Japon, des lois ont été adoptées en 2000 après que l'on ait découvert que des hôpitaux psychiatriques privés enfermaient de force des patients âgés et les soumettaient à des contentions illégales. Ces lois interdiraient l'utilisation de la contention physique sur les personnes âgées (36).

Sur le plan européen :

Rapports et recommandations :

Le comité des ministres du Conseil de l'Europe (37) recommande en 2004 que : « Le recours à l'isolement ou à la contention ne devrait intervenir que dans des établissements appropriés, dans le respect du principe de restriction minimale, afin de prévenir tout dommage imminent pour la personne concernée ou pour autrui, et rester toujours proportionné aux risques éventuels ; le recours à de telles mesures ne devrait intervenir que sous contrôle médical, et devrait être consigné par écrit de façon appropriée; la personne faisant l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention devrait bénéficier d'un suivi régulier ; les raisons du recours à ces mesures, et la durée de leur application, devraient être consignées dans le dossier médical de la personne et dans un registre. Cet article ne s'applique pas à la contention momentanée (Article 27 relatif à l'isolement et la contention).

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 disponible 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 (Article 8 relatif au principe de la restriction minimale).

Le personnel devrait être formé de façon appropriée dans les domaines suivants : protection de la dignité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales des personnes atteintes de troubles mentaux ; compréhension, prévention et contrôle de la violence ; mesures qui permettent d'éviter le recours à la contention ou à l'isolement ; circonstances limitées dans lesquelles différentes méthodes de contention ou d'isolement peuvent être justifiées, compte tenu des bénéfices et des risques éventuels, et application correcte de telles mesures (Article 11 relatif aux normes professionnelles) ».

Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) à l'issue de la visite qu'il a effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010 (38) a fait les recommandations suivantes :

- « Le CPT recommande aux autorités françaises de veiller à ce que les protocoles de mise en chambre d'isolement et mise sous contention soient revus dans les établissements psychiatriques visités, ainsi que dans tout autre établissement/service de psychiatrie ayant

recours à la mise en chambre d'isolement et à la contention mécanique [...]. A cette occasion, la révision des protocoles doit donner lieu à l'élaboration de consignes écrites sur la procédure à suivre, les fiches à remplir et les renseignements qui doivent y figurer. En outre, il serait souhaitable qu'une attention particulière soit accordée au respect des préceptes évoqués plus haut dans le cadre des prochains cycles de certification des établissements et services de psychiatrie » (paragraphe 172).

- « Le CPT appelle les autorités françaises à mettre en œuvre sa recommandation de longue date visant à ce que tout recours à l'isolement (allant au-delà de quelques minutes) et à la contention mécanique soit consigné dans un registre spécifiquement établi à cet effet dans chaque service (outre les dossiers des patients). 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. Ce registre doit être accessible aux organismes de contrôle en visite dans les établissements/services de psychiatrie » (paragraphe 174).

Principes législatifs :

La liberté de mouvement et de circulation en Europe est régit par plusieurs textes dont la Convention européenne des droits de l'homme dans son article 5 qui garantit la liberté de mouvement, composante de la liberté personnelle (39), ainsi que le Traité instituant la Communauté Européenne de mars 1957 qui dans son article 18 évoque le principe d'aller et venir, « toute limitation de liberté devant être strictement motivée. »

Quelles sont les cadres légaux de l'utilisation de la pratique de la contention dans les autres pays européens ?

En Belgique :

Aucun texte législatif n'est spécifique aux pratiques d'isolement et de contention en milieu psychiatrique. La préservation des droits fondamentaux dans le cadre de soins psychiatriques résulte donc de la combinaison de textes plus généraux tels que la Constitution belge, le code pénal, la loi du 26 juin 1990, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

En Wallonie et à Bruxelles les directives régionales n'exigent pas une prescription médicale préalable à la mise sous contention au contraire de la directive flamande.

À Bruxelles, la tenue d'un registre et la rédaction d'un code de bonne conduite sont obligatoires (circulaire Weckx du 24 octobre 1990). En Wallonie la mesure de restriction sera notifiée dans un registre (circulaire du 26 octobre 2009 du service public de Wallonie). Enfin dans la communauté flamande, les mesures privatives de liberté ne peuvent être prises qu'en concertation avec le médecin traitant.

En Allemagne :

L'attachement d'un patient est réglementé par la loi concernant les malades mentaux du 20 mars 1985 (41). Le paragraphe 29a considère les mesures dites " de sécurité particulière" : elles ne sont à mettre en pratique que s'il existe dans l'immédiat un risque considérable que le patient placé ne se tue ou se blesse sérieusement, ou qu'il devienne violent ou bien encore qu'il quitte sans autorisation l'établissement de soins, et si ce risque ne peut être réduit d'une autre manière. Chacune de ces mesures de sécurité doit être ordonnée et limitée dans le temps par un médecin et doit être immédiatement levée dès que les conditions de sa mise en vigueur ont disparu. La mise en place d'une telle mesure, ainsi que sa levée sont à documenter .L'avocat du patient doit être prévenu sans délai.

Les Pays-bas :

La loi de 1994 relative aux admissions sans consentement en psychiatrie, Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen(BOPZ), autorise certains soins sans consentement dans des conditions très strictes. En cas d'urgence, isolement et contrainte mécanique ne peuvent être mis en œuvre que pour une durée de sept jours au maximum. Ces traitements doivent être signalés à l'inspection de la santé. Dans le cas où les mesures devraient se poursuivre plus de sept jours, elles doivent être intégrées dans un plan de soins qui doit être approuvé par un psychiatre non impliqué dans le traitement. Le patient peut se retourner en justice contre le médecin ayant prescrit le traitement mais aussi contre l'expert

Le Royaume-Uni :

L'hospitalisation sans consentement est régie par le Mental Health Act de 1983. Le Mental Health Act ne traite pas des mesures d'isolement et de contrainte, c'est donc dans le Code of

Practice (guide régulièrement mis à jour), au chapitre 26 qui traite des réponses thérapeutiques sans risque aux comportements perturbés, que l'on trouve les recommandations guidant ces pratiques. Les recommandations sont assez similaires à celles développées dans les guides de bonnes pratiques. On note que la nécessité de disposer d'un registre des isolements et mises sous contrainte mécanique n'est pas du tout abordée

En Irlande:

Il n'existe aucune législation régissant l'utilisation des contentions physiques (41)

En Islande :

Les médecins et infirmiers ne font jamais usage de la force, ils n'en ont pas le droit. Les pratiques inspirées par Helgi Tómasson et imposées dans le principal hôpital, sont à l'origine de l'abolition officielle de la contention en psychiatrie, dès la fin des années 50.

En cas de besoin (personne armée, etc.) les médecins font appel aux renforts policiers qui, seuls, sont autorisés à faire l'usage de la contrainte, en tenant la personne pendant une intervention de courte durée.

En France :

Evolution légale à travers le prisme sociétal et politique

Si la loi de 1838 (42), puis celle de 1990, et enfin celle du 5 juillet 2011 prévoient dans quelles conditions un patient souffrant de troubles mentaux peut recevoir des soins sans son consentement, et plus particulièrement être hospitalisé, aucun de ces textes n'a prévu les conditions de chambre d'isolement ou de contention physique comme nous pouvons le constater ci-dessous :

La Loi n° 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, assure une protection optimale des droits de la personne hospitalisée en termes de liberté individuelle, de consentement éclairé et d'information sur sa situation juridique et ses droits

Cette loi n'a pas modifié l'équilibre entre protection des malades et protection de l'ordre public. Elle consacre la possibilité d'une hospitalisation libre pour toute personne souffrant de

troubles mentaux précisant qu'« elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause ». Corrélativement, elle dispose que : « lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement (...) les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée

S'agissant de la nature des soins, la loi indique que « tout protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur. »

Mais elle ne prévoit aucune modalité de vérification qu'il en soit bien ainsi. Elle est muette notamment sur la question des mises en chambre d'isolement ou du placement sous contention.

La loi du 5 juillet 2011 révisée le 27 septembre 2013 (43) reprend quant à elle les principes de la loi votée en 1990 et réaffirme les droits des patients soignés en psychiatrie sans leur consentement et leur en accorde d'autres (44) : la loi prévoit le recueil de l'information délivrée aux patients, ainsi que le recueil de leurs observations sur les décisions les concernant. Les collèges de soignants permettent la réévaluation des soins à la demande d'un tiers durant depuis plus d'un an.

Elle définit également de nouvelles modalités de soins sans consentement à l'hôpital (Les soins psychiatriques sans tiers : soins en cas de péril imminent) et modifie la terminologie des modalités d'hospitalisation déjà existantes (soins psychiatriques libres, soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence ou non, soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état remplaçant respectivement hospitalisation libre, hospitalisation à la demande d'un tiers en urgence ou non , hospitalisation d'office) ainsi que leur cadre réglementaire (période initiale de 72h, permissions, périodicité des certificats médicaux à établir, cas des soins à la demande d'un tiers depuis plus d'un an et soins sur décision du représentant de l'état de certains patients, création des programmes de soins). Elle permet également l'institution d'un contrôle systématique du Juge des libertés et de la détention (JLD) sur la légalité des placements sous contrainte, avant l'expiration d'un délai de 15 jours puis tous les 6 mois, ainsi qu'à tout moment sur demande du patient.

D'autre part les droits des malades sont également réaffirmés par l'intermédiaire de diverses autres lois et notamment en 2002 avec la promulgation de deux lois : celle du 2 janvier 2002 et celle du 4 mars 2002.

Néanmoins il n'existe toujours pas d'éléments légiférant sur les pratiques de contention mécanique.

Dans le rapport d'information (45) de la mission parlementaire sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie remis en décembre 2013 à l'assemblée nationale, le député Denys Robiliard, évoque «un recours problématique à la pratique de la contention et à l'isolement thérapeutique », et formule les recommandations suivantes :

- « Votre Rapporteur recommande de considérer qu'isolement thérapeutique et contention sont des solutions de dernier recours qui relèvent d'une prescription médicale individuelle prise pour une durée limitée dont la mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte » (proposition n° 15).

- « Votre Rapporteur préconise donc de constituer un registre administratif dans chaque établissement d'hospitalisation psychiatrique, consultable notamment par la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, recensant les mesures d'isolement ou de contention prises et précisant l'identité des patients, le médecin prescripteur, les dates et heures de début et fin des mesures, le nom et la qualification du personnel ayant surveillé leur mise en œuvre » (proposition n° 15). Il rappelle à cette occasion que le contrôleur général des lieux de privation de liberté, « Jean-Marie Delarue, demande depuis cinq ans [...] que les mesures d'isolement et de contention soient retracées dans des registres ad hoc, que la plupart des établissements ne tiennent pas, au motif que ces mesures sont déjà inscrites dans les dossiers médicaux » et alors qu'il s'agit d'une norme du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants.

- « De plus, votre Rapporteur recommande de rendre exceptionnelles les pratiques restrictives de liberté et ainsi de s'assurer au niveau du ministère de la santé, des agences régionales de santé, des établissements de santé mentale et de la Haute Autorité de santé que les restrictions aux libertés individuelles de patients faisant l'objet de soins psychiatriques sous contrainte soient adaptées, nécessaires et proportionnées à leur état mental et à la mise en œuvre du traitement requis » (proposition n° 14).

Par ailleurs est créée par la loi du 30 octobre 2007 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 une autorité indépendante le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) dont les missions sont les suivantes :

– Il s'assure que les droits à la vie, à l'intégrité physique et psychique ou à ne pas être soumis à un traitement inhumain ou dégradant sont respectés.

– Il lui revient également de veiller à un juste équilibre entre le respect de l'humanité et de la dignité des personnes et les considérations d'ordre public et de sécurité, notamment en matière de droit à la vie privée et familiale, au travail et à la formation, ainsi qu'à la liberté d'expression, de conscience et de pensée.

– De même, il examine les conditions de travail des personnels et des intervenants, qui peuvent avoir des conséquences directes sur le traitement des personnes privées de liberté.

– Le CGLPL peut formuler des recommandations aux autorités publiques mais il ne dispose pas d'un pouvoir d'injonction à leur égard.

À l'issue de chaque visite de contrôle, un rapport est rédigé, apportant une appréciation sur l'état et le fonctionnement de la structure, ainsi que sur les conditions de vie des personnes privées de liberté. Ce rapport, assorti de recommandations, est adressé aux ministères concernés (justice, santé et intérieur principalement) qui ont l'obligation d'y répondre. Le CGLPL peut en outre décider de publier au Journal Officiel des recommandations d'ordre général s'appliquant à un ensemble d'établissements et des avis présentant la synthèse thématique d'observations réalisées aux cours des visites sur un sujet donné.

Dans le rapport d'activité 2014 (46) du contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), Adeline Hazan nommée en juillet 2014 établit les constats suivants :

•« Dans les centres hospitaliers spécialisés et les établissements de santé habilités à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement, la traçabilité des mises à l'isolement et des mesures de contention n'est généralement pas assurée. Il est ainsi difficile de vérifier si ces mesures de soins, qui relèvent d'une prescription médicale, n'ont pas une autre finalité de nature punitive ».

•« La personne mise en chambre d'isolement doit faire l'objet d'une information particulière lui permettant de comprendre la mesure qui lui est appliquée et d'en prévenir les effets anxiogènes voire traumatisants. Les protocoles de mise en chambre d'isolement prévoient généralement qu'une information doit être délivrée au moment du placement, puis que le patient doit recevoir une "information coordonnée par les professionnels sur les soins et son état de santé tout au long de sa prise en charge" et qu'enfin, un entretien soit mené lorsque le patient a regagné sa chambre d'origine afin de recueillir "le vécu du patient en chambre d'isolement". Ces dispositions ne sont toutefois pas toujours mises en œuvre dans les établissements de santé. Le CGLPL observe que le passage de psychiatres dans les chambres d'isolement est très inégal ; deux fois par jour dans tel établissement, toutes les 24 heures pour décider du maintien ou de la levée de la mesure dans tel autre. De même, de grandes disparités existent quant au temps consacré par les médecins aux entretiens de fin de placement lorsqu'ils existent. Le CGLPL a recueilli de nombreux témoignages de patients estimant avoir été totalement délaissés durant leur séjour en chambre d'isolement : certains expriment le sentiment d'avoir été punis par les personnels de santé ; beaucoup font état des restrictions difficiles à accepter sans en comprendre les motifs (sorties de la chambre limitées, aucun objet autorisé, interdiction de fumer, indignité liée à l'obligation d'utiliser un seau hygiénique, conditions matérielles dégradées...) ; une grande majorité indique avoir souffert d'un manque d'information et de considération. Tandis que la parole est indispensable pour comprendre une mise en chambre d'isolement et soulager les angoisses, la visite des infirmiers auprès des patients isolés se limite trop souvent à la satisfaction des besoins élémentaires et à la surveillance des constantes ».

•« Le CGLPL reçoit régulièrement des lettres de patients faisant état de leur sentiment de dévalorisation ou des menaces qu'ils disent ressentir – notamment de mise en chambre d'isolement – s'ils ne se montrent pas suffisamment "dociles" avec les personnels soignants.

Le respect de la dignité des personnes hospitalisées sans leur consentement implique de prendre en considération la manière dont le patient perçoit l'humiliation, au-delà de la réalité objective de la situation ».

•« La situation des jeunes aussi dans les établissements de santé : là encore, la question du respect des droits fondamentaux est posée, par le recours à l'isolement, par le principe de cette rupture, purement fonctionnelle, entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie des adultes autour de quinze ans. Les contrôles effectués en 2014 ont à nouveau montré des situations d'enfants parfois jeunes, hospitalisés dans des unités d'adultes, souvent faute de place en nombre

suffisant dans les unités de pédopsychiatrie. Il est évident que cette situation soulève un grave problème de sécurité pour les enfants et adolescents ».

Dans ce même rapport, Adeline Hazan formule les recommandations suivantes :

- « Au regard de la restriction d'autonomie qu'elle engendre et des angoisses qu'elle peut générer, le CGLPL recommande que la mise en chambre d'isolement s'accompagne d'un suivi effectif et d'entretiens systématiques au début, à la fin et tout au long du séjour de la personne ».

- « Dans les services de psychiatrie des hôpitaux, il est inadmissible que toutes les chambres d'isolement ne soient pas équipées de bouton d'appel ou que les boutons d'appel ne soient pas accessibles aux malades alités, plus encore attachés. À défaut d'être immédiatement visibles ou audibles en permanence, les personnes privées de liberté doivent pouvoir signaler leur besoin d'une assistance, par le truchement de dispositifs d'interphonie ou de boutons d'appel fonctionnant également la nuit ».

Le 9 septembre 2015 un collectif de psychiatres « le collectif des 39 » lance un appel « 39 alerte » au moyen d'une pétition lors d'un colloque au Sénat, paru dans le quotidien Libération (47), en dénonçant «des pratiques d'un autre temps, d'un autre âge qui se déroulent quotidiennement dans notre pays : celles de la contention physique» afin de «dire non aux sangles qui font mal, qui font hurler, qui effraient plus que tout, c'est dire oui à un minimum de fraternité, c'est réaffirmer qu'il est possible de faire autrement. Dire non c'est remettre au travail une pensée affadie, devenue glacée, c'est poser un acte de régénérescence.».

Début janvier 2016 Mme Hazan contrôleur général des lieux de privation de liberté effectue une première visite dans un établissement de santé mentale. Face à l'importance des atteintes aux droits fondamentaux relevée, le CGLPL décide alors de mettre en œuvre la procédure d'urgence prévue à l'article 9 de la loi du 30 octobre 2007 (48) et de saisir la ministre des Affaires sociales et de la Santé, sans attendre la rédaction du rapport de visite. Cette interpellation conduira à l'adoption d'une loi.

C'est effectivement le 26 janvier 2016, dans un contexte de pression médiatique et administrative de plus en plus forte avec la multiplication de papiers (46, 49) traitant de cette question ainsi que de rapports gouvernementaux de plus en plus nombreux qu'une loi est de nouveau votée : l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016 donne enfin un cadre juridique aux pratiques d'isolement et de contention ; ainsi le nouvel article L. 3222-5-1 du code de la santé publique dispose : L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou 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.

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires. L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1 ».

En précisant les circonstances dans lesquelles il peut être recouru à la mise à l'isolement ou la contention et en obligeant la consignation dans un registre des mesures prises, ces dispositions sont de nature à initier une réflexion des équipes soignantes sur la banalisation de ces pratiques et, par suite, à en limiter la mise en œuvre (cf. chapitre 4, section 2) .

En qualifiant de « décision » et non de « prescription » les mesures d'isolement et de contention, ces dispositions changent singulièrement leur statut médical et juridique : elles ne bénéficient plus du caractère présumé soignant qui s'attache à une prescription médicale. Jusqu'alors la jurisprudence administrative n'a eu l'occasion de statuer que sur la question de la réparation due à un patient du fait des conditions de placement en chambre d'isolement. Désormais il est possible de penser que toute décision d'isolement ou de contention sera susceptible d'un recours devant le juge administratif.

Le 25 mai 2016 le CGPL publie un nouveau rapport thématique intitulé « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale » (50). Concernant l'utilisation spécifique de la contention physique il y est recommandé que :

-si la décision d'un placement en chambre d'isolement ou sous contention doit être prise, elle doit être pratiquée de façon brève, le temps strictement nécessaire à la résolution de la crise ou à la mise en œuvre d'un autre moyen et que les modalités de sa mise en œuvre doivent être encadrées très précisément et garantir au mieux le respect des droits des patients ;

-la mise en place d'une mesure d'isolement ou de contention est conditionnée par l'existence d'un examen médical psychiatrique effectif de la personne et recommande qu'aucune décision de contrainte physique ne puisse être prise par anticipation ou avec l'indication « si besoin »

- la décision doit être motivée afin de justifier du caractère « adapté, nécessaire et proportionné » de la mesure et demande que les informations sur l'état clinique du patient soient explicitées ;

- la décision précise les mesures vainement mises en œuvre préalablement afin de justifier qu'elle est prise « en dernier recours » ;

- la durée d'une mesure de contrainte physique soit la plus courte possible et qu'elle ne puisse dépasser le temps de la crise ; qu'en toute hypothèse elle ne puisse être prolongée, sans une nouvelle décision également motivée, l'isolement au-delà de 24 heures et la contention au-delà de 12 heures

- l'isolement et la contention dans la chambre du patient soient proscrits, au regard du risque de banalisation et de l'absence de traçabilité que cette pratique induit nécessairement ;

- l'information de la personne concernée soit effectuée au moment de la prise de la décision d'isolement ou de contention par la remise d'un support écrit précisant ses droits ainsi que les modalités de prise en charge et d'accompagnement induites par cette mesure ; que ces informations soient affichées dans la chambre d'isolement, ainsi que les modalités de recours contre la décision d'isolement ou de contention ;

- l'information de la personne concernée soit effectuée au moment de la prise de la décision d'isolement ou de contention par la remise d'un support écrit précisant ses droits ainsi que les modalités de prise en charge et d'accompagnement induites par cette mesure ; que ces

informations soient affichées dans la chambre d'isolement, ainsi que les modalités de recours contre la décision d'isolement ou de contention ;

- toute personne placée en chambre d'isolement ou sous contention ait accès à un dispositif d'appel auquel il doit être répondu immédiatement

Ce rapport rappelle également l'existence d'un registre prévu par la loi du 26 janvier 2016 qui doit être renseigné pour toute mesure d'isolement ou de contention.

Les responsabilités civiles, administratives et pénales :

La responsabilité représente l'obligation, morale ou juridique, de répondre de ses actes et d'en supporter les conséquences.

En discutant avec les soignants, la crainte d'une plainte judiciaire, secondaire à un acte de soin, s'avère importante. Cette crainte est présente en cas de mise en place d'une contention physique. Et pourtant beaucoup seront amenés à poser des contentions...aux urgences par exemple, en cas d'agitation aiguë.

Cette question se pose de part le caractère opaque du système juridique français pour la population mais aussi de par le caractère très récent de la législation encadrant la pratique de la contention médicale. De plus, il s'agit d'une prescription médicale, mais le médecin n'agit pas directement, la réalisation de la contention contraignante s'effectuant majoritairement par le soignant, qu'il soit en accord ou en désaccord avec la décision prise.

En réfléchissant sur le sens de cette question, ce qui interroge le soignant, c'est sa responsabilité engagée dans cette action. Mais de quelle responsabilité parle-t-on, d'une responsabilité sanction (pénale ou disciplinaire) ou indemnitaires (civile ou administrative)? Dans le premier cas, il s'agit de sanctionner l'action ou le comportement d'un individu vis à vis de la société, en ayant une fonction de répression. Dans le second cas, il s'agit de dédommager pécuniairement une victime d'un dommage occasionné par un tiers.

La responsabilité administrative :

Dans certains cas, la relation entre un médecin et son patient est extracontractuelle, c'est le cas notamment lorsqu'un patient est hospitalisé dans un hôpital, le patient passe un contrat tacite avec l'établissement et non avec le médecin directement. La responsabilité du soignant est substituée par celle de son employeur, l'établissement pouvant être qualifié de personne morale.. La responsabilité administrative est autonome et n'est pas dépendante du code civil.

Il en va autrement, de manière exceptionnelle, quand il peut être considéré que le médecin a commis une faute personnelle détachable de ses fonctions, auquel cas il répond personnellement de sa faute en engageant sa responsabilité civile.

Les obligations du médecin selon la loi hospitalière existent néanmoins. L'exercice médical se doit d'être conforme aux règles de bonnes pratiques médicales et aux règles de déontologie : le médecin a l'obligation de donner des soins attentifs, conformes aux données actuelles de la science et a devoir d'humanisme, le respect du consentement, de secret médical et une information claire, loyale et appropriée.

Dans le cadre d'une plainte secondaire à l'utilisation ou non de contentions (comme pour de nombreux autres cas) la victime devra apporter la preuve d'une faute, d'un dommage et d'un lien de causalité entre les deux.

La condamnation de l'établissement de santé public donne lieu au versement de dommages et intérêts au profit du patient.

Les juridictions compétentes pour statuer sur la responsabilité administrative des établissements de santé publics sont, en première instance, le tribunal administratif ; en appel, la Cour administrative d'appel et, le cas échéant, le Conseil d'Etat.

Une distinction est faite entre les actes médicaux découlant d'actes réalisés par le médecin, ceux prescrits et réalisés par un soignant paramédical sous l'ordre d'un médecin et les actes de soins ou d'organisation du service correspondant à tous les actes hors diagnostic ou traitement (patient qui tombe de son fauteuil, patient qui fugue...).

La responsabilité civile:

La responsabilité civile concerne les professionnels de santé exerçant à titre libéral ainsi que les établissements de santé privés et s'appuie sur l'ensemble des articles du code civil.

La relation entre le patient et le médecin exerçant à titre libéral ou l'établissement de santé est en principe de nature contractuelle. Aux termes de l'arrêt Mercier en date du 20 mai 1936, la Cour de cassation a affirmé qu'« il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant l'engagement sinon bien évidemment de guérir le malade, du moins de lui donner des soins attentifs et conformes aux données acquises de la science ». Ainsi, le médecin étant tenu d'une obligation de moyens et non de résultat à l'égard de son patient, sa responsabilité ne peut être engagée qu'en cas de faute. Par ailleurs si la législation protège le droit fondamental de l'homme au respect de son intégrité physique dans son article 16 du Code Civil (51) elle permet à titre exceptionnel l'atteinte à celui-ci : « 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. »

Il faut pour cela que le comportement du patient présente un danger grave pour sa santé, sa sécurité ou pour celles d'autres personnes ou perturbe gravement la vie communautaire. Il faut aussi que la mesure soit proportionnelle et que d'autres mesures moins restrictives aient échoué.

Sous réserve des situations d'urgence, la mesure limitant la liberté de mouvement doit auparavant avoir été discutée avec le patient. Elle doit être documentée et ne peut être imposée que pour une durée limitée. Elle doit faire l'objet de réévaluations pour décider s'il est nécessaire de la maintenir ou si elle peut être levée.

La responsabilité du professionnel ou de l'établissement de santé ne peut être engagée que si le patient demandeur rapporte la preuve d'une faute, d'un dommage et d'un lien de causalité entre les deux (sauf quelques exceptions).

Les juridictions compétentes pour statuer sur la responsabilité civile des professionnels et établissements de santé sont, en première instance, le tribunal de grande instance ; en appel, la Cour d'appel et, le cas échéant, la Cour de cassation.

La condamnation du professionnel ou de l'établissement de santé donne lieu au versement de dommages et intérêts au profit du patient, sachant que le principe est celui de la réparation intégrale des préjudices subis.

La responsabilité pénale :

Comme pour tout justiciable, la responsabilité pénale du professionnel de santé peut être engagée dès lors que ce dernier a commis une infraction pénale (contravention, délit ou crime).

Deux articles existant dans le code pénal nous ont semblé pouvoir être mis en avant en cas de procédure judiciaire :

L'article 121-3 concernant l'atteinte à l'intégrité physique qui stipule qu' : « une violation manifestement délibérée à une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement » et l'article 122-7 qui énonce que : « n'est pas pénalement responsable la personne qui, face à un danger qui menace elle-même ou autrui accomplit un acte nécessaire à la sauvegarde de la personne.»

Contrairement aux responsabilités civile et administrative précédemment citées, la responsabilité pénale n'a aucunement vocation à obtenir l'indemnisation des préjudices subis par la victime de l'infraction, elle vise uniquement à sanctionner l'auteur des faits.

Dans la pratique, c'est généralement le patient qui porte plainte.

Si la responsabilité pénale du professionnel mis en cause est retenue, ce dernier se verra condamné à une sanction pénale, qui peut aller de la simple peine d'amende à une peine d'emprisonnement ferme.

Enfin trois situations mettant en cause le recours ou non à la contention physique ont été portées sur le plan judiciaire jusqu'à ce jour et ont alors fait jurisprudence en la matière : désormais, suite à une décision de la Cour administrative d'appel (CAA) de Nantes, le non recours à la contention peut engager la responsabilité de l'établissement public de santé si ce traitement est seul à même d'assurer la protection du patient et des tiers (52). Inversement, mais selon un raisonnement similaire, la CAA de Douai a, quant à elle, réservé la contention aux personnes présentant un risque majeur d'atteinte à leur personne ou à celle des autres (53). Enfin, un arrêt de la CAA de Marseille très précis indique que la contention ne doit être utilisée qu'en dernier recours après avoir usé de la parole, utilisé la pharmacopée et enfin l'isolement (54). »

6° Encadrement des pratiques médicales :

Au-delà des cadres éthiques ou bien légaux, la profession toute entière s'est depuis des décennies penchée sur la nécessité d'étudier ses pratiques en matière de contention afin d'en faire émerger des bénéfices les plus nombreux et durables, considérant que l'utilisation de telles mesures ne demeurent pas sans risques (cet aspect sera abordé ultérieurement) :

Ainsi l'ANAES (55) à travers son évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé « limiter les risques de la contention physique de la personne âgée publiée en octobre 2000 a élaboré un référentiel de pratique de la contention sur la personne âgée composé de 10 critères :

-La contention est réalisée sur prescription médicale. Elle est motivée dans le dossier du patient.

-La prescription est faite après l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour le sujet âgé par l'équipe pluridisciplinaire.

-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.

-La personne âgée et ses proches sont informés des raisons et buts de la contention. Leur consentement et leur participation sont recherchés.

-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.

-L'installation de la personne âgée préserve son intimité et sa dignité.

-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.

- Des activités, selon son état, lui sont proposées pour assurer son confort psychologique.
- 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.
- La contention est reconduite, si nécessaire et après réévaluation, par une prescription médicale motivée toutes les 24 heures.

En 2002 la 9ème conférence de consensus (56) « agitation en urgence (petit enfant excepté) » du 6 décembre 2012 réalisée par la Société Francophone de Médecine d'Urgences apporte elle aussi ses constats et recommandations en termes d'utilisation et de pratique de la contention chez les patients agités aux urgences en indiquant clairement l'objectif d'une telle mesure, les indications et contre-indications, les risques ainsi que les modalités de mise en œuvre et de surveillance (cf Annexe 1).

Quelques années plus tard, en 2004, l'ANAES établit cette fois différentes recommandations (57) d'ordre plus général par l'intermédiaire d'une conférence de consensus ayant pour titre « Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité » concernant l'utilisation de la contention physique dans ces mêmes établissements.

Selon le jury de cette conférence, la contention systématique doit être interdite. Elle doit être exceptionnelle, réduite aux situations d'urgence médicale après avoir exploré toutes les solutions alternatives et correspondre à un protocole précis :

- Recherche préalable systématique d'alternatives;
- Prescription médicale obligatoire en temps réel, après avoir apprécié le danger pour la personne et les tiers, et motivation écrite dans le dossier médical ;
- Déclaration dans un registre consultable dans l'établissement;
- Surveillance programmée, mise en œuvre et retranscrite dans le dossier de soins infirmiers ;
- Information de la personne et de ses proches ;
- Vérification de la préservation de l'intimité et de la dignité;
- Réévaluation toutes les trois heures au plus, avec nouvelle prescription en cas de renouvellement et nouvelle recherche d'alternatives.

Cette première partie a pu permettre d'aborder les différents aspects théoriques en lien avec l'usage de la contention physique à travers ses versants historiques, éthiques, déontologiques, législatifs et médicaux. Il existe cependant fort logiquement des disparités entre théorie et mises en application. Quelle est donc cette réalité du terrain ?

Enfin tout récemment la Haute Autorité de Santé vient de publier des recommandations de bonne pratique concernant la « Contention mécanique en psychiatrie générale » que l'on retrouve en Annexe 2, toute première synthèse concernant et la contention et la psychiatrie.

Incidence d'utilisation des contentions :

La plupart des études s'intéressant à l'incidence des contentions physiques sont effectuées dans des unités spécifiques et/ou à petite échelle rendant extrêmement compliqué un travail de synthèse. De même de nombreuses études se focalisent sur les patients dits « violents » ou « agités ». Il est aussi important de souligner que la plupart des travaux recherchant des données épidémiologiques en lien avec les mesures de contention sont en réalité des études portées sur la question commune des mesures de contrainte, que cela soit les mesures d'isolement, de contention physique, voire de « contention chimique ». L'estimation d'une incidence générale des contentions physiques est donc difficilement réalisable.

Néanmoins plusieurs travaux peuvent être pris en considération : Mion dans sa revue de 1996 (58) retrouve une incidence d'utilisation des contentions à l'hôpital de 6 à 17% selon les structures étudiées.

La seule étude française répertoriée jusqu'à ce jour est celle effectuée au CPOA (59) par M.J Guedj et son équipe pendant 6 mois en 2004. 1,4 % des patients ayant été admis au CPOA y a été contenu physiquement.

En 2009 une revue de la littérature réalisée par Stewart (60) fait état de taux d'utilisation des contentions sur 100 lits/mois : 9,3 (Ryan et Bowers en 2006), 12,9 (Southcott et al en 2002), 17,9 (Leggett et Silvester en 2003) et 25,8 (Parkes en 1996), les 2 dernières études ayant été réalisées dans des unités semi-sécurisées. En 2005, 2006, 2007 et 2008, respectivement 8%,8%, 11% et 12% des patients anglais ou écossais hospitalisés ont déclaré avoir été contenus physiquement au moins une fois durant leur hospitalisation.

En 2010 Steinert parvient dans sa revue de la littérature (61) à établir une incidence des contentions physiques dans de nombreux pays : 8% en Allemagne, 7,3 % en Angleterre, 6,6 % en Suisse, 6,5 % en Nouvelle-Zélande,5 % en Finlande, 4,1 % au Japon, 2,6 % en Norvège

et 1,2 % aux Pays-Bas. En Islande la contention a été abolie comme nous l'avons vu précédemment.

Intéressons nous maintenant à l'incidence par patient : Stewart (60) dans sa revue indique que Lancaster et al en 2008 retrouvent une moyenne de 2,6 contentions par patient avec un maximum de 33 épisodes de contention pour un même patient au cours d'une hospitalisation. Leggett et Silvester en 2009 constatent dans une unité moyennement sécurisée une moyenne de 4,9 contentions par patient. Smith et Humphrey font eux le constat en 1997 que 15 % des patients a été contenu plus d'une fois.

Motifs/indications de l'utilisation des contentions :

De multiples motifs sont mis en évidence dans un large éventail d'études et l'on peut observer autant de facteurs déclenchants différents, autant de données chiffrées différentes, que de méthodes employées pour les rechercher : agitation, désorientation, opposition massive et perturbation du milieu thérapeutique, acte de violence, agression de patients, agression du personnel soignant, menaces proférées, conduite suicidaire, vellétés de fugue, crise clastique, etc. Le seul facteur déclenchant qui demeure invariant dans les différentes études et largement majoritaire est représenté par les conduites agressives, dangereuses et violentes envers autrui. Les quelques résultats qui suivent représentent les études les plus récentes et les plus pertinentes traitant de la question.

Les motifs d'utilisation des contentions les plus fréquemment retrouvés dans la littérature selon Beghi et sa revue de la littérature publiée en 2013 (62) : sont les conduites agressives envers autrui, résultat statistiquement significatif dans 13 études sur 17, et la vellété de fugue, résultat statistiquement significatif dans 14 études sur 15 puis vient l'existence d'une agitation (significatif dans 3 études sur 4) et enfin un « comportement suicidaire » (lien significatif dans les 2 études l'étudiant).

Une étude réalisée en 2010 sur une large population de patients montre que pour 67% des patients, la contention physique a été réalisée dans le cadre d'un contrôle d'un comportement dangereux, agressif ou violent. Pour les autres patients, la contention a été réalisée pour d'autres motifs : prévention de passage à l'acte auto-agressif, prévention de crise clastique, nécessité de prise en charge urgente. (63)

Une étude norvégienne évaluant le choix préférentiel de contention mécanique ou « chimique » dans un service de psychiatrie montre que lorsque le motif est un passage à l'acte hétéro agressif avéré, la contention physique est utilisée pour 86,9% des patients et 13,1% des patients bénéficient d'un traitement médicamenteux sédatif. Lorsque le motif est un passage à l'acte auto-agressif, la contention est utilisée pour 77% des patients et 23 % bénéficient d'un traitement médicamenteux sédatif. (64)

Sexe :

La revue de Beghi et ses confrères recense 49 études au total (62). 23 études se sont alors intéressées à l'influence du genre dans le fait d'être contenu dont 8 ont procédé à des analyses statistiques multi variées et 15 en uni variées. Ces études montrent respectivement 4 et 6 études statistiquement significatives concernant le sexe masculin, ce qui semble très peu.

Une étude iranienne (65) portant sur 607 patients à l'Iran psychiatric hospital à Téhéran entre mars 2010 et mars 2011 n'a elle pas retrouvé d'éléments en faveur d'un lien significatif entre le sexe masculin et le fait d'être contenu.

D'autre part le sexe masculin comme facteur de risque de contention n'a également pas été retrouvé dans un travail réalisé entre juin 2011 et mai 2012 et publiée en janvier 2014 portant sur 5335 patients dans des urgences psychiatrique à Seattle (66).

Enfin une étude réalisée entre novembre 2013 et février 2014 dans 4 services d'admission à l'hôpital public de Hong Kong n'a elle non plus pas retrouvé de lien significatif entre le sexe et le fait d'être contenu physiquement (67).

Age :

Stewart dans sa revue de la littérature (60) publiée en juillet 2009 a utilisé les mots clés suivants « restraint', 'psychiatric', 'inpatient', 'mental', 'training', 'injuries' and 'attitudes » sur PsycInfo, Cochrane, Medline, EMBASE Psychiatry, CINAHL and the British Nursing Index et a retrouvé 3 études concernant les patients contenus avec des âges moyens de 31 (Leggett and Silvester en 2003), 33 (Smith and Humphreys en 1997) et 37 (Lancaster et al. en 2008).

De nombreuses autres études ont étudié cette caractéristique comme le constatent Beghi et son équipe dans leur revue retenant 24 sur 74 études ayant étudié cette variable. 3 études sur les 7 études avec analyses multi variées ont montré un profil de patient jeune. Sur les 17 études restantes (analyses uni variées) 6 retrouvent un profil « jeune », 2 un profil d'âge moyen et 1 semble montrer un lien entre le caractère âgé du patient et le fait d'être contenu physiquement.

Une étude norvégienne rétrospective (68) sur 2 ans publiée en 2007 a elle aussi retrouvé un lien significatif entre l'âge et le fait d'être contenu et conclue le taux de contention tend à diminuer à partir de 60 ans.

Une autre étude du même auteur (69), également rétrospective et publiée en mai 2011 sur 3 unités psychiatriques de 3 hôpitaux différents réalisée entre le 1er janvier 2004 et le 31 décembre 2005 sur 375 patients contenus et 374 patients non contenus, ne retrouve pas de différence significative concernant l'âge.

En juin 2015 Wu (67) publie dans son travail rétrospectif observationnel sur une période de 4 mois (novembre 2013 à février 2014) les caractéristiques des patients admis dans 4 unités psychiatriques d'un hôpital public à Hong Kong selon qu'ils ont été contenus ou non dans les 7 jours suivant leur admission. Il y apparaît que les patients contenus sont significativement plus jeunes que les non contenus avec une moyenne d'âge de 38 ans.

Des données similaires sont aussi retrouvées dans l'étude de Hadi réalisée à Téhéran (65).

Ethnicité :

Dans sa thèse publiée en 2004 (70), RL Todd retrouve une relation significative entre l'origine ethnique du patient et le risque d'être contenu.

A l'inverse une étude prospective publiée en 2008 (71), réalisée entre 2001 et 2006 contenant 622 patients hospitalisés depuis au moins 60 jours n'a elle pas montré de relations significative entre l'origine ethnique des patients et le fait d'être contenu physiquement.

L'étude citée ci-dessus de 2007 de M.Knutzen (68) s'étant particulièrement intéressée à l'influence du sexe, de l'âge et du statut migratoire conclue quant à elle à une influence de ce statut migratoire sur la pratique de contention physique et/ou chimique : le taux de contention physique et/ou chimique est plus important dans la population dite « migrante » que dans la population dite « native ». Il existerait également des différences dans la manière d'être contenu : les auteurs y expliquent en effet que l'autochtone a tendance à être contenu physiquement alors que le patient d'origine étrangère a une tendance à être contenu et physiquement et chimiquement.

Par ailleurs une étude publiée en 2010 (72) et réalisée entre juillet 2003 et juillet 2005 concernant des patients admis sans consentement dans 22 hôpitaux anglais n'a pas retrouvé de liens significatifs entre l'origine ethnique des patients et l'utilisation de moyens de coercition (contention chimique et/ou physique et isolement).

En revanche Beghi en 2013 (62) retrouve différents facteurs significatifs de contention dont le fait d'être d'origine étrangère : en effet 9 études sur 74 ont souhaité étudier cette caractéristique. Sur ces 9 études 7 retrouvent un lien entre le fait d'être d'origine étrangère et fait d'être contenu, 4 peuvent être considérées comme significatives (analyses multi variées).

Enfin une revue de la littérature (73) norvégienne portant sur les études norvégiennes réalisées jusqu'en septembre 2015 avec les termes « psychiatry, Norway, physical restraint, mechanical restraint, and holding » dans différentes bases de données PubMed, PsycINFO (Ovid), Embase (Ovid), Web of Science, and CINAHL (EBSCO) retrouve elle aussi un lien significatif entre le fait d'être migrant et le fait d'être contenu physiquement.

Niveau d'éducation, statuts professionnel et marital :

Massimiliano Beghi et ses collègues (62) dans leur revue de la littérature ont pu référencer plusieurs études ayant attiré à ces caractéristiques : aucun lien significatif n'a pu être mis en évidence entre le niveau d'éducation, les statuts familiaux et professionnels et l'utilisation des contentions.

C'est également le cas dans l'étude réalisée par Wu à Hong Kong (67).

Antécédents psychiatriques:

L'existence d'antécédents psychiatriques serait-il un facteur de risque d'être contenu ? Autrement dit les patients contenus présenteraient-ils plus d'antécédents psychiatriques que les autres (antécédent d'hospitalisation, antécédent de contentions..) ?

C'est ce qu'a voulu également savoir Beghi et son équipe (62) : ils ont identifié 7 études traitant de cette question. Seulement l'une d'entre elles retrouve un lien significatif entre le fait d'avoir déjà été hospitalisé en psychiatrie et le fait d'être contenu.

Knutzen apporte elle dans son étude (69) le résultat selon lequel les admissions fréquentes en psychiatrie augmenterait significativement l'utilisation de la contention physique.

En 2015 Hadi (65) dans son étude constate l'inverse : il n'existe pas de différence significative entre les patients contenus et non contenus en terme d'antécédents d'hospitalisation en psychiatrie.

Toujours en 2015 l'étude de Wu (67) met par contre en lumière l'existence d'antécédents de comportement hétéroagressif significativement plus élevé chez les patients contenus par rapport aux patients n'ayant pas été contenus.

Diagnostic psychiatrique :

L'étude française menée par M.J. Guedj dans le service des urgences psychiatriques de Sainte-Anne montre que les patients sous contention présentant un trouble schizophrénique ou un autre trouble délirant persistant représentent 36% des patients, 21% présentent un trouble psychotique aigu et transitoire, 26% un trouble de la personnalité, 13% présentent un épisode maniaque, 12% des troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives, 8% présentent un épisode dépressif et 6% des troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool. (59).

L'étude norvégienne cas-témoins de 2011 (69) met elle en évidence après ajustement grâce à des outils de régression logistiques sur l'âge, le genre, et l'origine, que les troubles schizophréniques, les troubles dus à l'utilisation de substances psycho actives et les troubles bipolaires sont significativement liés à l'utilisation de la contention physique.

La revue italienne de 2013 (62) qui rappelle le répertoire 49 études portant sur la contention entre 1990 et 2010 montre que les patients avec un diagnostic de schizophrénie sont davantage contenus que les patients avec un diagnostic de trouble anxieux, de trouble de la personnalité, de trouble de l'humeur, de troubles dus à l'abus d'alcool ou à d'autres

substances. Cela est mis en évidence dans 11 études sur 22 s'étant intéressées aux caractéristiques diagnostiques.

Enfin l'étude iranienne de 2015 comportant 607 patients contenus et non contenus révèle qu'il existe une différence significative entre les 2 groupes (contenus et non contenus) concernant l'axe 1 selon le DSM4 :trouble psychotique aigu sous méthanphétamine et épisode maniaque significativement plus élevés chez les contenus. La plupart des patients de l'étude ne présentaient pas de diagnostic relevant de l'axe 2 selon le DSM4 mais les patients avec un diagnostic de trouble de la personnalité de type cluster B étaient plus contenus que les patients avec autre trouble de la personnalité.

Abus de substance :

9 études se préoccupant de cette caractéristique clinique ont été sélectionnées par Beghi et ses collègues (62) parmi lesquelles 4 ont considéré que l'existence d'un abus de substance était un facteur de risque significatif d'utilisation de contentions. D'autre part cette même revue a distingué abus de substance et abus d'alcool : ce dernier a été mis en cause dans l'une des deux études l'étudiant.

Husum (74) dans son étude en 2010 ne retrouve pas lui de lien significatif entre l'existence d'un abus de substance chez les patients à leur admission et l'usage des contentions physiques.

Au contraire Wu (67) retrouve dans son travail que les patients contenus avaient semble t-il plus consommé de toxiques que les patients non contenus et ce de manière significative (38 % des patients contenus avaient consommé des toxiques, 15 % des non contenus).

Facteurs environnementaux :

La littérature dans ce domaine ci s'est principalement concentrée sur des cas de contentions/isolement ou isolement seul mais très peu sur l'utilisation de contentions seules.

Temporalité/moment de la journée :

Existe-il un moment de la journée où les équipes auraient tendance à contenir plus aisément les patients ? La légende voudrait que les contentions soient plus volontiers mises en œuvre la nuit en raison d'effectifs plus réduits ou bien encore afin d'assurer la tranquillité des équipes..Que disent les études sur le sujet ?

Beghi et al. (62) retrouvent dans leur revue regroupant 6 études ayant étudié ces caractéristiques temporelles : une conclut (75) que le matin semble être un facteur de risque significatif alors que deux autres retrouvent elles que des contentions significativement plus importantes en soirée.

D'autre part une autre étude italienne (76) rétrospective retrouve que les contentions étaient statistiquement plus fréquentes la nuit.

Pour certains auteurs, la contention nocturne plus fréquente peut être expliquée par l'état clinique du patient, l'agitation serait alors influencée par le rythme circadien ou expliquée par une plus faible posologie médicamenteuse à ce moment de la journée (77). Pour d'autres, l'explication proviendrait de l'organisation du service, l'équipe soignante serait en nombre suffisant la journée pour apaiser un patient sans user de la contention physique, a contrario de la période nocturne. (78)

Comme nous pouvons les constater les études réalisées retrouvent là encore des résultats contradictoires.

Effectif de l'équipe :

Beghi et son équipe (62) se sont également intéressés au rôle joué par l'organisation des équipes et notamment l'existence d'un sous-effectif qui favoriserait la mise sous contention des patients : 5 études ont été retenues parmi lesquelles 3 retrouvent un lien significatif entre l'existence d'un sous-effectif et l'utilisation de mesures restrictives de type contention et/ou isolement. Aucune de ces 5 études n'a étudié le recours à la contention seule. En effet parmi ces 3 études 2 concernent les mises en isolement, et 1 attrait à la mise en isolement et/ou mise sous contention.

Caractéristiques professionnelles et socio-démographiques de l'équipe :

Cette même revue de la littérature a aussi recensé les travaux ayant analysé le sexe, le statut et les connaissances des équipes.

Concernant le genre des professionnels, 4 études l'ont examiné. Parmi elles 2 constatent que le personnel soignant « staff » de sexe masculin contiendrait significativement plus les patients que leurs homologues féminins.

Beghi et al. font également part dans leur article d'une étude (79) s'étant particulièrement intéressée aux caractéristiques des praticiens ayant prescrit la contention : ce travail de recherche retrouve non seulement un lien entre le sexe des professionnels et le recours à la prescription de contention, mais également un lien significatif entre l'état de leur connaissance sur cette pratique (connaissances moins importantes), la spécialité médicale des médecins prescripteurs (contentions moins prescrites par les psychiatres et les jeunes médecins (internes) par rapport aux chirurgiens, médecins urgentistes et « séniors »).

Autres :

Une étude réalisée en 2010 (80) affirme que l'utilisation ou non des contentions physiques chez les patients s'expliquerait davantage par les différences existantes dans l'organisation des unités que par les perceptions de l'utilisation de ces mêmes contentions par les soignants (absence de lien significatif entre le score à la « staff attitude to coercion scale » et l'utilisation plus ou moins élevée des contentions).

D'autre part être dans un hôpital avec un fort taux d'isolement et de contention accroîtrait le risque d'être isolé et/ou contenu, et constituerait donc un facteur de risque à part entière. (65)

Efficacité des contentions :

L'enseignement primordial pour tout soignant est l'évaluation du rapport bénéfices/risques avant tout acte thérapeutique. Il est en effet aisé de le comprendre en ces termes : les bénéfices attendus sont-ils supérieurs aux risques encourus ?

Cette question de l'efficacité des contentions est donc évidemment cruciale.

Nelstrop et son équipe dans leur revue de la littérature en 2006 (81) ont tenté de répondre à cette interrogation.

2 études quantitatives ont alors été retenues : une revue de la littérature réalisée en 1998 par l'UK's Royal College of Psychiatrists et une seconde revue Cochrane elle réalisée en 2000 par Salias et Fenton. La première revue de 1998 intègre 4 études généralisables dont 2 traitants de la question de l'efficacité des mises en isolement et 2 autres s'intéressant à l'efficacité de l'isolement et contention confondus. Parmi ces 4 études aucune ne présente de résultats significatifs en raison de la faiblesse des échantillons et/ ou de problèmes méthodologiques. Salias et Fenton se sont quant à eux attachés à retenir dans leur travail uniquement les études contrôlées sur le sujet. Il en résulte qu'aucune étude de ce type n'a été réalisée jusqu'alors.

Malheureusement aucune autre revue n'a été effectuée depuis ce travail de L.Nelstrop présenté ci-dessus.

Cependant en 2013, Georgieva réalise à son tour une étude comparative avec un échantillon plus grand comportant 125 patients (82). L'étude perd toutefois en puissance ce qu'elle gagnait par un échantillon plus conséquent car les patients sont répartis en quatre groupes : isolement seulement, traitement médicamenteux sans consentement seulement, isolement et traitement médicamenteux, isolement et contention mécanique. L'étude ne montre pas de différence significative quant à l'efficacité d'une mesure par rapport à une autre. Néanmoins, elle met en évidence que le groupe isolement et contention mécanique par rapport aux autres groupes comporte davantage de facteur humiliation, de facteur effets indésirables et de facteur solitude à travers le questionnaire de détresse subjective, la Coercion Experience Scale. Ainsi, les auteurs recommandent d'utiliser préférentiellement la mesure la moins restrictive possible devant l'absence de mise en évidence d'une différence significative quant à l'efficacité d'une mesure par rapport à une autre.

Vécu des équipes soignantes :

Chuang et Huang (83) dans leurs interviews semi-structurées de 12 infirmier(e)s ont noté une variabilité importante de réponses émotionnelles secondaires à l'utilisation des contentions incluant la tristesse, la culpabilité, et le sentiment de conflit interne. D'autres ont exprimé un sentiment de « représailles », pas de sentiment du tout, ou bien au contraire un sentiment de « sécurité » concernant ces contentions physiques de personnes âgées. Les stratégies adoptées pour faire face à de tels débordements émotionnels consistait en la rationalisation, le partage

d'expérience avec les collègues ou bien l'adoption de comportements compensatoires (faire venir la famille..)

Ces sentiments de tristesse et de culpabilité ont aussi été décrits par Fish et Culshaw en 2005.

Des résultats similaires ont été observés par Bigwood et Crowe (84) qui rapportent un sentiment de conflit intérieur, de peur et la recherche de moyens alternatifs de « désescalade ». Les professionnels ont insisté sur ce sentiment de conflit interne nourri par une impression de devoir maintenir le contrôle mais aussi de garder une relation qu'ils considèrent comme « thérapeutique ».

En 2009 (85) 111 infirmier(e)s ont été interrogés dans le cadre d'une étude menée en Israël s'intéressant aux perceptions et émotions des équipes pendant la mise sous contention des patients à travers un questionnaire composé de 52 questions élaborées à partir des données de la littérature et des discussions avec différents cliniciens. La plupart des infirmier(e)s considéraient que les contentions permettaient d'apaiser le patient (76%) tandis que presque la moitié pouvait penser que la contention envoyait un message « d'impuissance » (41%), 39 % la trouvait « dégradante », 37,4 % la pensait « source de souffrance » pour le patient. Une minorité (20%) rapportait une sensation de « préjudice » ou de « punition » pour le patient. Selon les soignants la mise sous contention avait pour but de protéger le patient de lui-même (97,3%), de limiter/arrêter un comportement violent (93,6%), de protéger autrui (90%), ou d'apaiser le patient (76,1%). Données intéressantes : il était demandé aux équipes infirmières quels étaient selon eux les facteurs liés à l'équipe susceptibles de favoriser l'utilisation des contentions : l'inexpérience du soignant pour la moitié des répondants (49,5%), le manque de patience des membres de l'équipe en général et des infirmiers (respectivement 40,9 et 28,4%) et le manque d'effectif pour 37,3%. Concernant les émotions ressenties : $\frac{3}{4}$ des infirmiers disait éprouver de la pitié quand la moitié évoquait un sentiment de frustration ou d'impuissance. Les autres sentiments exprimés : de l'apaisement (27%), de la culpabilité (19%), de la peur (10,7%), de la colère envers le patient (7,7%) et enfin de la satisfaction pour 5,8%. Les femmes étaient plus sujettes que les hommes à l'expression de sentiments négatifs. Enfin il était alors demandé aux équipes infirmières d'imaginer les émotions ressenties par le patient : de la colère envers l'équipe (92,5%), peur de l'équipe (87,9%), sentiment de dégradation (85,8%), de la tristesse (83,3%), une impression d'impuissance (80,4%), une envie de se venger (65,%) , de l'apaisement (65,4%) et de la joie (26,4%).

Une étude réalisée en France en 2013 a elle aussi évalué le vécu de soignants quant à l'usage de la contention dans des services psychiatriques à Toulon et Marseille grâce à une analyse

thématique (86). Les indications de mise sous contention étaient pour les soignants majoritairement des risques auto et hétéro agressifs et des agitations. Ils évoquent également une indication en augmentation, la contention par défaut de chambre d'isolement. Plus rarement, la contention a pu être appliquée à la demande du patient. Dans un des services où les soignants ont été interrogés, un protocole tacite existe prévoyant la mise sous contention pour tout patient admis en soin sans consentement quelle que soit sa clinique pour éviter le risque de fugue. En ce qui concerne l'impact pour le patient selon les soignants, ils constatent majoritairement une réduction de l'agressivité en cas d'agitation du patient après mise sous contention. L'anxiété était diminuée selon les infirmiers et augmentée selon les médecins. Les soignants identifiaient en majorité pour le patient qui avait vécu la contention, de l'incompréhension et de la colère. Les soignants n'abordaient avec le patient le vécu qu'il avait de cette expérience que dans la moitié des cas. La mise sous contention entraîne selon les soignants une majoration de la disponibilité et du temps passé auprès du patient. La majorité des infirmiers rapportaient une amélioration de la relation thérapeutique à distance de la contention, même si certains nuançaient leurs propos, précisant que la relation pouvait être faussement améliorée en lien avec la crainte du patient d'être de nouveau attaché. En revanche les médecins ne rapportaient pas de changement dans la relation thérapeutique.

Concernant le vécu du soignant de l'expérience de contention, les ressentis étaient multiples selon les situations. Ceux-ci étaient majoritairement négatifs, les plus évoqués étaient les sentiments de frustration, de colère et l'absence de ressenti. Les sentiments de colère et de frustration étaient la plupart du temps en lien avec l'absence d'alternative possible à la contention. Certains soignants ont pu ressentir de la satisfaction, en lien avec la perception d'avoir fait du bon travail, de percevoir le sentiment de sécurité de la part du patient. Certains ont pu ressentir du soulagement de ne pas avoir à répondre à l'agressivité du patient.

En ce qui concerne le point de vue des soignants quant à la pratique de la contention, ils estimaient pour la majorité d'entre eux qu'il s'agissait d'un acte de soins et de sécurité. Certains considéraient qu'il pouvait s'agir d'un acte de maltraitance selon l'utilisation qui en était faite. Enfin plus de la moitié des soignants estiment qu'il y avait dans ces situations des solutions alternatives.

Morbidité et mortalité chez les patients contenus :

L'intérêt porté aux conséquences liées à la pratique de la contention physique a débuté dans les années 1990 avec l'importante revue de la littérature réalisée par Fisher en 1994. Depuis de nombreux autres papiers ont été publiés dont celui de Mohr et ses collègues en 2003 (87), celui d'Evans et al. en 2008 et le plus récent, celui de Rakhmatullina (88), nouvelle revue de la littérature publiée en 2013 qui reprend les données de ses confrères et y décrit les travaux les plus récents.

Les résultats ci-après reflètent de manière globale les éléments et arguments retrouvés par ces différentes recherches.

Traumatismes physiques :

Appareil locomoteur :

Hollins et Stubbs (89) ont dans leur étude publiée en 2011 essentiellement noté et détaillé la fréquence importante de blessures à l'épaule et en ont même tiré des recommandations en terme de prévention afin d'éviter ce type d'événements.

De fortes prévalences de blessures du membre supérieur (35,1%) ont aussi été rapportées par le même auteur Stubbs et Alderman (90) dans leur travail rétrospectif.

Traumatismes psychiques :

L'utilisation des contentions physiques chez des patients a un réel impact psychique chez ces derniers et le plus souvent négatif comme a pu le constater Strout (91) dans son travail de recherche effectué en 2010 et répertoriant les études qualitatives effectuées entre 1966 et 2009 concernant le point de vue et le ressenti des patients quant à leur expérience de contention physique. Il a alors recensé 12 études (le faible nombre semble être expliqué par le nombre important d'études mêlant isolement et contention) effectuées aux Etats-Unis, au Canada, au Royaume-Uni, en Chine et en Norvège. Les auteurs sont parvenus à identifier 4 thèmes principaux : impact psychologique négatif, phénomène de « retraumatisation », la perception

de pratiques non éthiques et la sensation « d'esprit brisé » décrit par les patients. Alors que le sentiment d'expérience positive se fait rare chez les patients (plusieurs patients d'une étude publiée en 2005 (92) ont fait part d'un sentiment de sécurité, de confiance ou d'intérêt de la part de l'équipe infirmière), toutes les études rapportent l'existence d'un retentissement psychologique négatif chez les patients. La plupart des sentiments exprimés étant la colère, le peur, l'humiliation, la démoralisation, la déshumanisation, la dégradation, la perte de pouvoir, la détresse ou bien encore l'impression que leur intégrité avait été violée.

Plusieurs auteurs ont rapporté un phénomène de « re-traumatisation », conséquence de l'utilisation de contentions physiques. De nombreux patients ont en effet témoigné avoir eu la sensation de revivre des expériences traumatiques vécues par le passé et notamment d'avoir été re-violé, de nouveau abusé sexuellement comme lorsqu'ils étaient enfant, ou refait prisonnier patient âgé ayant vécu la guerre).

6 des 12 études font état d'un sentiment de « punition » « d'abus ou de « pratiques non éthiques » chez les patients interrogés.

Enfin dans chacune des études, les patients verbalisent un sentiment d'abandon, de désespoir, de fatalité, comme si leur esprit avait été « brisé ».

Frueh et al. (93) dans leur étude rétrospective de 2005 établissent que 87% des patients ayant exprimé une détresse importante en lien avec le fait d'avoir été contenu physiquement rapportent avoir été agressé physiquement ou sexuellement par le passé. 19% de ces patients particulièrement traumatisés semblaient présenter un syndrome de stress post-traumatique en lien avec leur agression passée.

Enfin une étude suédoise de 2015 ayant interrogé 10 patients conclue elle que la présence permanente d'un membre du personnel soignant durant toute la contention, la délivrance d'une information claire sur ce qui se passe et ce qui va se passer ainsi que le maintien d'une attitude calme des membres de l'équipe soignante sont autant de facteurs contributifs à l'absence de vécu traumatique.

Mortalité :

Alors que les traumatismes physiques et psychiques secondaires à la pratique de la contention sont sources d'inquiétudes, les cas de décès sous contention sont eux alarmants. Malgré une

vigilance toujours plus accrue, des décès continuent d'advenir. Mohr et al. (87) dans leur revue constatent la pénurie d'études sur le sujet et ont publié des données post-mortem et fait de nombreuses hypothèses quant aux mécanismes physiologiques ayant pu entraîner le décès. Ils supposent alors que 40% des décès est imputable à l'apparition d'une asphyxie nommée « restraint asphyxia ». D'autres étiologies mortelles sont également évoquées par les auteurs : traumatismes abdominales ou thoraciques, hypersensibilité aux catécholamines, effets iatrogènes des psychotropes, rhabdomyolyse, thromboses..

Etiologies pulmonaires :

« Restraint asphyxia » :

L'asphyxie relative à l'utilisation de contentions mécaniques est largement évoquée dans la littérature. De Letter et al. (94) pointent dans leur article, étudiant les décès inexplicables sous contention dans des services de gériatrie de manière rétrospective sur 30 ans, que ces décès seraient expliqués dans environ 70% des cas par la survenue d'une asphyxie. Les auteurs expliquent également que ces décès sous contention physique sont probablement sous-représentés du fait des implications médico-légales.

Berzlanovich et ses collègues (95) se sont eux aussi intéressés en 2012 aux 26 décès survenus sous contention mécanique de 1997 à 2010 à Munich et ont, après avoir analysé les différents rapports d'autopsie pu conclure que 22 de ces 26 décès étaient directement imputables aux contentions mécaniques. 11 des patients seraient décédés d'asphyxie et 8 de compression thoracique causée par une contention ventrale.

De leur côté, Karger et les siens (96) décrivent sept cas de décès relatifs à l'utilisation de contentions avec comme cause de décès majoritaire la strangulation secondaire à un défaut dans la mise en place de la mesure.

Thromboses :

Hagg et al. (97) dans leur revue « antipsychotics and venous thromboembolism » et Paciullo (98) dans son étude « Clozaril-induced venous thromboembolism » ont montré une association entre l'utilisation d'antipsychotiques et l'apparition de thrombose veineuse bien que les mécanismes ne soient pas clairs. De nombreuses hypothèses ont été formulées. Hagg et al. suggèrent l'utilisation préventive de traitement anticoagulant en cas d'immobilisation et

donc considèrent qu'il serait plus prudent de mettre en place cette prophylaxie chez les patients contenus.

Dickson et Pollanen (99) ont révélé dans leur travail rétrospectif l'existence de 3 embolies pulmonaires chez 3 patients qui avaient été contenus sans qu'aucun d'entre eux n'aient présenté d'anomalies de la coagulation ou de facteurs de risques préalables à l'accident. L'immobilisation de ces patients avait été comprise entre 3 et 5 jours.

Inhalation :

Des études montrent que la position dorsale prédispose à la survenue de plusieurs complications et notamment au risque d'inhalation et à toutes les conséquences potentiellement graves qui en découlent (87)

Le risque est d'autant plus grand que le patient présente des troubles de la vigilance très souvent en lien avec son état clinique à l'arrivée ou avec le caractère sédatif du traitement médicamenteux instauré. Dans leur travail, Mohr et ses collègues soulignent l'absence d'étude en faveur d'une position préférentielle (dorsale ou ventrale) lors de la pose des contentions physiques afin d'éviter la survenue potentielle de tels effets indésirables.

Etiologies cardiaques :

Une revue de la littérature de 2010 réalisée par Otahbachi (100) et ses confrères qui décrit les causes de décès sous contentions physiques survenus lors de gardes à vue policières confirme que certains décès sont provoqués par des troubles du rythme cardiaque secondaires à un haut niveau de catécholamines. Les auteurs émettent alors l'hypothèse suivante : le mécanisme de ces décès serait multifactoriel : asphyxie positionnelle en lien avec la contention, surdosage de toxiques et stress responsable d'une décharge d'hormones catécholamines.

Cette décharge de catécholamines avait également été précédemment décrite par Mohr dans sa revue de 2003 (87).

Les autres étiologies représentées dans cette revue de la littérature sont le syndrome confusionnel(favorisé par l'absence de lumière du jour visible, de visites et des transferts multiples dans divers services de soin) (101),la rhabdomyolyse (102),l'hématome thoracique d'origine traumatique (87), l'inhalation de fumée et incendie (87), la déshydratation(88) et les acidoses lactiques sévères chez des patients présentant une intoxication aigue en cocaïne. (103)

La population âgée a elle fait aussi fait l'objet d'études spécifiques relatives à la morbimortalité liée à l'utilisation de contentions physiques : il existe en effet de nombreux articles concernant l'utilisation des contentions chez ce type de population concluant que cette pratique de la contention est pourvoyeuse de multiples événements indésirables notamment chez cette population particulièrement vulnérable. L'étude d'Engberg et al. (104) incluant 12 820 résidents a montré une association significative entre l'utilisation des contentions et l'augmentation de dépendances activités de tous les jours, marche..) et le déclin des fonctions cognitives. Ce déclin des fonctions cognitives a aussi été mis en évidence par Castle (105) avec en plus un plus fort taux de dépression et d'isolement social.

Alternatives à la contention:

Mary E. Johnson, dans sa revue de la littérature intitulée « Violence and Restraint Reduction Efforts on Inpatient Psychiatric Units » (106) publiée en 2010 s'est attachée, comme le titre l'indique, à recenser et étudier tous les travaux attrayant aux programmes de réduction de la violence et/ou des mesures coercitives telles que la mise en isolement ou bien les contentions physiques jusqu'en mai 2009 (date de début non renseignée).

L'auteur a inclus 46 études au total dont 8 sont contrôlées.

4 finalités ont pu être identifiées pour ces 46 études : réduction des « interventions restrictives » (isolement et/ou contention) pour 22 études, réduction de l'agressivité/violence pour 12 études, réduction de l'agressivité/violence et des « interventions restrictives » pour 4 études et enfin pour 8 études il s'agissait d'évaluer un programme selon des particularités de l'équipe.

Le nombre de patients inclus dans ces 46 études variait de 1 à 103.

2 grands types de programmes étaient globalement évalués :

-des programmes traditionnels délivrant des informations spécifiques selon un format adapté (plusieurs séances espacées d'une durée totale allant de 4 h à 6 mois) avec un thème traité à chaque séance (théories de l'agression, informations sur les traitements médicamenteux et les différentes pathologies mentales, facteurs augmentant ou diminuant l'agressivité, techniques maintenant la sécurité ,techniques de gestion de crise..). Ce premier type de programme avait pour but d'évaluer la diminution de la violence et des agressions.

-des programmes mis en place sur plusieurs mois voire plusieurs années consistant à un remaniement total et global des unités dans lesquelles ils étaient mis en œuvre :changement de culture de l'unité, intégration de nouveaux modèles de soins, changement des procédures et notamment des procédures avec la police, modification dans les interactions quotidiennes avec les patients..Ces programmes avaient pour objectif de diminuer les recours aux méthodes dites « coercitives » (isolement et/ou contentions).

Parmi les huit études contrôlées : trois n'ont pas montré de changements significatifs (Bowers et al., 2008; Hahn et al., 2006; Need-ham et al., 2005), une a présenté des résultats contrastés (Hurlebaus and Link en 1997) et les autres ont montré une amélioration des savoirs (Hurlebaus and Link en 1997), une diminution des agressions physiques (Infantino & Musingo, 1985; Nijman et al., 1997; Whittington & Wykes,1996), une augmentation des compétences (Phillips & Rudestam, 1995).

Durée de contention :

Steinert (61) dans sa revue citée plus haut a également, par l'intermédiaire des 6 articles qu'il a réunis ainsi que les données de deux conférences de 2007 et 2008 dont les auteurs/orateurs ont été contactés (the WPA Symposium on coercitive treatment à Dresden et 5th conference on violence in clinical psychiatry à Amsterdam) et les données des membres de l'European Violence in Clinical Psychiatry reserarch group (EVI PRG) ,fait un état des lieux des durées de contentions dans nombre de pays :

En Finlande la durée moyenne de contention est de 11h quand en Allemagne elle est de 9,8h, au Japon de 68h, aux Pays- Bas de 1182 h, en Norvège de 7,9 h, en Suisse de 41,6 h. En Espagne, Autriche et Pays de Galles les durées moyennes définissaient les durées d'isolement et/ou contentions, les données concernant les contentions seules n'étant pas présentées.

En août 2013 une étude japonaise (107) s'est attachée à étudier l'influence du sexe, de l'âge, du diagnostic psychiatrique, du motif de la contention ainsi que le moment de la journée de la mise en place de la contention sur la durée de cette dernière. Les résultats retrouvés suggèrent

qu'il n'existerait pas de lien significatif entre le motif de contention et la durée de cette pratique. Par contre les hommes seraient significativement plus longtemps contenus que les femmes et les patients souffrant de pathologies impliquant des éléments délirants (F20-F29 selon la CIM 10) seraient eux aussi plus longtemps contenus que ceux présentant un trouble addictif (F10 et F19 selon la CIM 10) ou autres (F40-F99).

Cette influence du sexe du patient sur la durée de contention se retrouve également dans le travail de M. Knutzen (64) publié lui aussi en août 2013. En effet il y est décrit que le sexe féminin aurait une influence sur le type de contention (la contention chimique serait plus importante par rapport à la contention dite physique comparativement aux hommes) mais aussi sur la durée de contention : la durée de contention (physique et/ou chimique) serait moins importante chez les femmes par rapport aux hommes.

Beghi dans sa revue de la littérature (62) mentionne l'existence d'une étude italienne (108) rétrospective réalisée dans 22 unités psychiatriques et publiée en 2009 qui aurait mis en évidence un lien entre la durée de contention physique des patients et l'environnement hospitalier à savoir le nombre de lits, le nombre de psychologues ainsi que le « groupe de professionnels de santé » en charge du patient sans toutefois préciser les caractéristiques étudiées du groupe.

Enfin Livingston et son équipe (109) dans leur revue de la littérature publiée également en 2010 identifie 9 études s'étant intéressées à l'efficacité des méthodes de gestion du conflit avec désescalade verbale sur la diminution d'utilisation des contentions et des mesures d'isolement. Sur ces 9 études 8 présentaient des résultats substantiels ou significatifs concernant la diminution du taux d'isolements et de contentions mais également concernant la diminution de la durée de contention et d'isolement.

Etonnamment seules les études évoquées ci-dessus semblent explorer la durée de contention et les facteurs qui s'y rapportent.

Nous constatons donc que la littérature est assez abondante concernant le profil des patients contenus, l'efficacité de la contention, ses comorbidités ainsi que ses alternatives, mais reste très pauvre au sujet de la durée de contention et des facteurs en lien avec celle-ci.

De plus notre abord théorique a permis de mettre en lumière les caractères éthiquement, déontologiquement, légalement et médicalement acceptables de l'utilisation de la contention physique à conditions de respecter certains principes. En revanche ce qui l'est donc moins ce sont les dérives en lien avec le non respect de ces principes avec par exemple une mise en

œuvre ne respectant pas les conditions de mise en œuvre requises ou bien encore une durée de contention non justifiée médicalement...

C'est pourquoi nous nous sommes alors intéressés à la durée de contention et avons souhaité étudier les facteurs sociodémographiques, cliniques et environnementaux pouvant avoir un impact sur cette dernière.

Nous allons donc vous présenter dans cette troisième partie l'étude que nous avons réalisée à cet effet.

3^{ème} PARTIE : ETUDE

1° Matériel et méthodes :

- Objectif de l'étude :

Cette étude rétrospective cas-témoins a été réalisée au Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) situé au centre hospitalier Sainte-Anne et porte sur l'ensemble des patients contenus sur une période allant du 1^{er} juillet 2016 au 31 décembre 2016 inclus et a pour objectif l'étude de l'impact des facteurs sociodémographiques, environnementaux et cliniques sur la durée de contention des patients.

- Protocole :

Les données ont été recueillies à l'aide de différents supports : les registres de contention (désormais obligatoires depuis la loi du 26 janvier 2016 et contenant les numéros d'identification des patients, la date, l'heure la durée et les motifs de la contention physique, l'identité du médecin responsable de la mesure ainsi que l'identité des infirmier(e)s en charge de la surveillance), le registre journalier du service (contenant lui l'identité et l'orientation de tous les patients pris en charge dans le service qu'ils soient contenus ou non, et l'affluence quotidienne) le dossier informatisé du patient (la plupart des données étaient remplies de manière objective par les médecins ayant eu la charge du patient en utilisant le codage, d'autres données, telles la présence et le type d'antécédents psychiatriques, la présence d'éléments pouvant altérer la communication ou encore la probable prise de toxique(s) récente ont été laissées à notre discrétion à la lecture des observations médicales et infirmières) ainsi que le dossier manuscrit du patient lorsque les données informatisées étaient manquantes.

L'ensemble des éléments recueillis est exposé en Annexe 3.

A l'aide de ces différents supports nous avons donc pu obtenir différentes caractéristiques séparées en trois catégories :

-caractéristiques sociodémographiques : âge et sexe des patients

-environnementales : -liées au patient avec présence et type d'entourage, facteurs déclenchant/aggravant entourant la consultation ;

- liées au service : sexe des infirmiers et médecins, statut du médecin, âge des infirmiers, administration d'un traitement avec le mode et le moment d'administration, la fréquentation quotidienne du service et d'ordre général avec les horaires et jours d'arrivée et les horaires et jours de mise en place des contentions pour chaque patient

- cliniques : présence et type d'antécédents psychiatriques, consommation récente de toxique probable, éléments susceptibles d'altérer la communication tels que des troubles cognitifs/un retard mental/barrière de la langue/ troubles envahissants du développement, le(s) motif(s) de contention, les motifs/symptômes lors de la consultation et les hypothèses diagnostiques posées au décours de la prise en charge.

Aucun patient n'a été exclu de l'étude.

- Analyse des données :

En raison d'un nombre important de propositions dans certaines catégories descriptives (motifs environnementaux, motifs de consultation et hypothèses diagnostiques) et donc de la dispersion de l'effectif et de certaines conditions requises pour les logiciels statistiques utilisés nous avons été dans l'obligation d'effectuer des regroupements sémiologiques, environnementaux et diagnostiques.

Les analyses statistiques ont été réalisées avec les tests du Chi2 et Fisher, une régression linéaire a ensuite été effectuée et nous avons choisi de définir une durée de contention longue comme une durée de contention égale ou supérieure à 3 heures.

2° Résultats :

Au total 174 patients ont été contenus au CPOA sur la période définie. 4 dossiers n'ont pu être retrouvés. 170 patients ont donc été inclus dans l'étude.

Les résultats seront présentés en deux parties : tout d'abord les caractéristiques de la population étudiée puis ces mêmes caractéristiques chez les patients ayant eu une durée de contention « longue » en comparaison avec les patients ayant eu une durée de contention considérée comme « courte » (strictement inférieure à 3 heures).

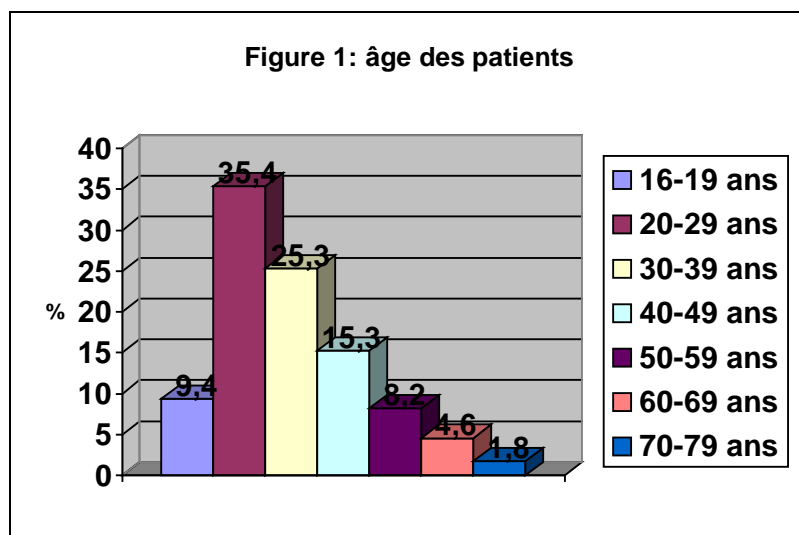
- Caractéristiques de l'échantillon étudié :

La durée moyenne de contention retrouvée est de 157,31 minutes (+/- 131,99).

Caractéristiques sociodémographiques :

Les femmes au nombre de 68 représentaient 36,5 % de l'échantillon analysé.

L'âge moyen des patients était de 33,81 (+/- 13,31). La répartition était la suivante (figure 1) :



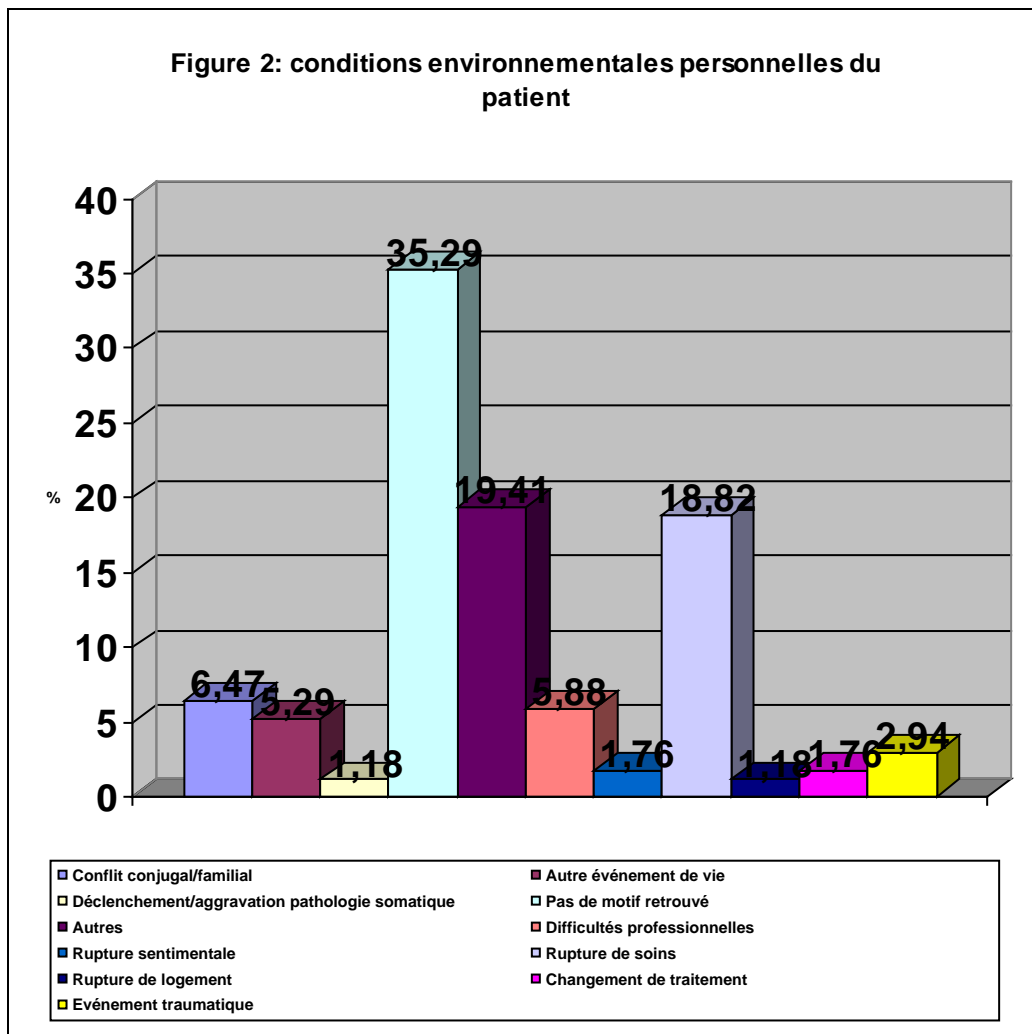
9,4 % des patients avaient entre 16 et 19 ans, 35,4% entre 20 et 29 ans, 25,3 % entre 30 et 39 ans. Les 40-49 ans représentaient 15,3%, les 50-59 ans 8,2%, les 60-69 ans 4,6% et les 70-79 ans 1,8%.

Caractéristiques environnementales :

Du patient :

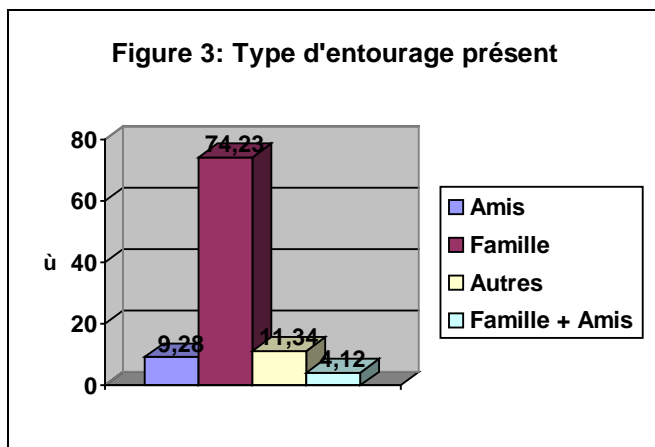
On note qu'il existait un conflit conjugal/familial pour 6,47 % des patients, des difficultés professionnelles pour 5,88 % d'entre eux, une rupture sentimentale chez 1,76 %, une rupture de soins chez 18,82%, la perte ou l'absence de logement pour 1,18 % et un changement récent de traitement survenu chez 1,76 %. 5,29% semblait avoir vécu un autre événement de vie. Pour 19,41 % d'autres conditions non précisées étaient présentes. Pour 35,29 % aucun facteur déclenchant ou aggravant n'était identifié.

Figure 2: conditions environnementales personnelles du patient



Pour 57,06 % des patients un membre de leur entourage était présent.

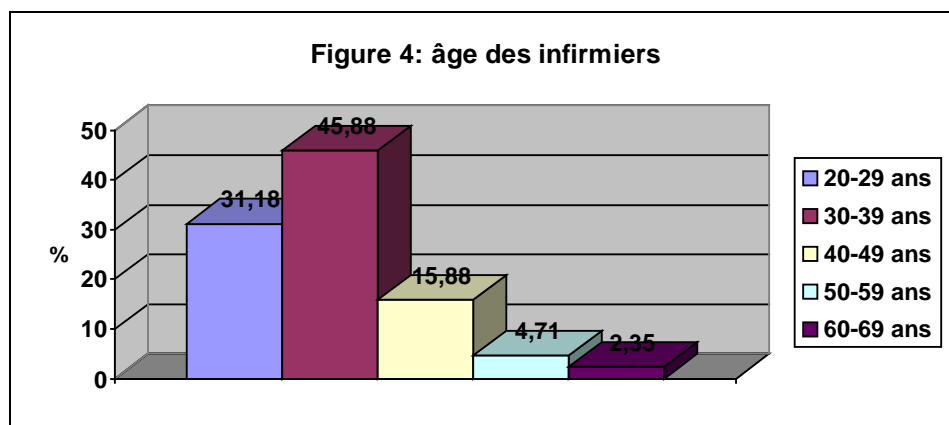
Concernant le type d'entourage présent (exposé ci-dessous en figure 3), il était constitué à 74,23 % par la famille, à 9,28 % par les amis du patient, à 11,34% par d' « autres » (souvent des membres de services sociaux) et à 4,12 % par la famille accompagnée d'amis du patient.



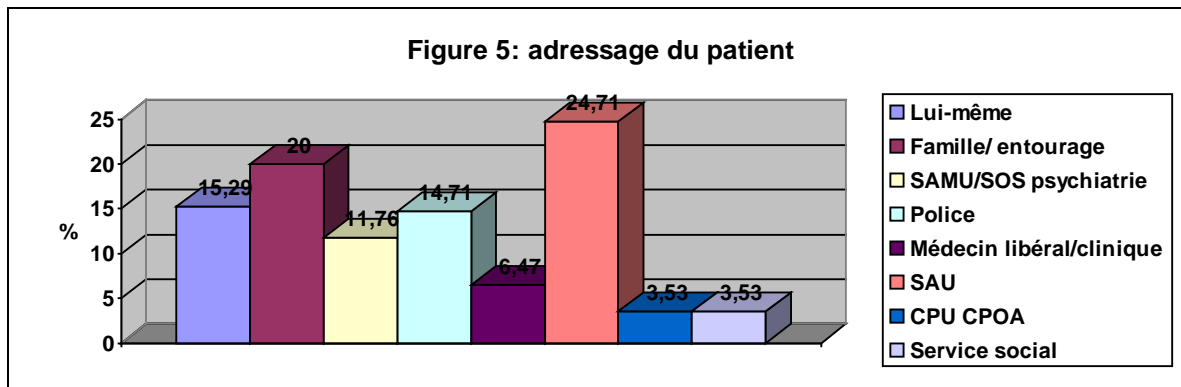
Du service :

Les femmes représentaient 52,94 % des médecins. 54,71 % des médecins étaient des médecins séniors, le reste étant constitué par des internes.

S'agissant des infirmiers en charge de la surveillance de la contention, 71,76% était des hommes. La répartition des âges des infirmiers est présentée en Figure 4. 31,18 % avaient entre 20 et 29 ans, 45,88% d'entre eux entre 30 et 39 ans, 15,88 % avaient entre 40 et 49 ans. Les 50-59 ans étaient 4,71 % et les 60-69 ans constituaient 2,35 % de l'effectif infirmier de l'étude.



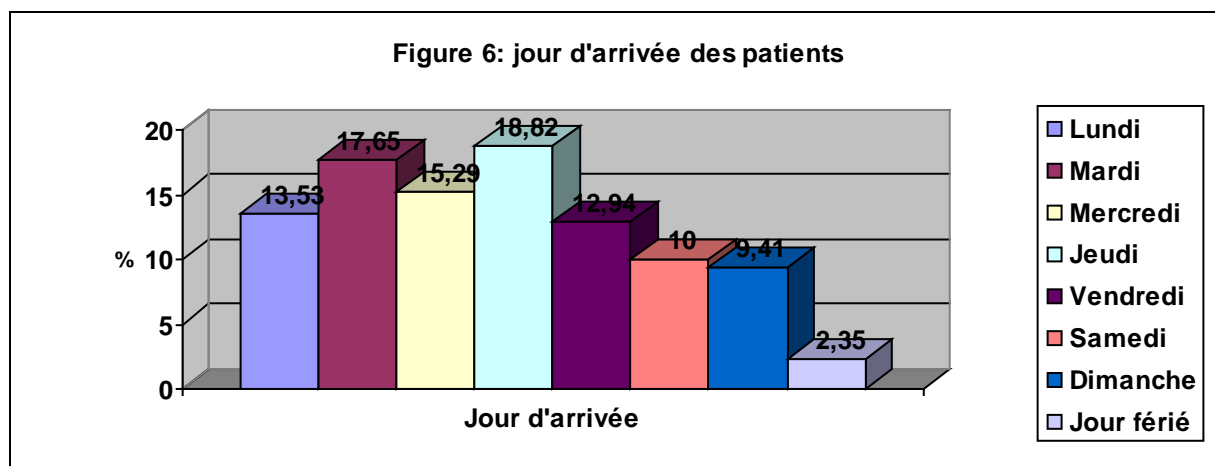
Enfin les conditions d'arrivée du patient aux urgences sont décrites par la Figure 5:



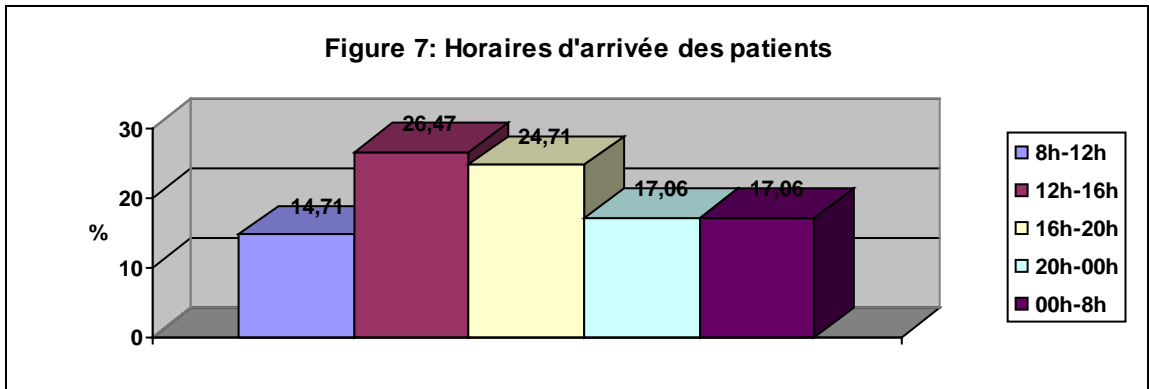
15,29 % des patients venaient d'eux-mêmes, 20,00 % étaient amenés par leur entourage (famille et/ou amis), 11,76 % était amené par le SAMU ou SOS psychiatrie alors que 24,71% était adressé par un service d'accueil des urgences (SAU), 14,71% par la police. 6,47% était adressé par un médecin libéral ou une clinique, 3,53% venait pour une consultation post-urgence et 3,53 % était orienté par un service social.

Générales :

Les jours et horaires d'arrivée des patients aux urgences sont présentés dans les deux figures 6 et 7 suivantes :

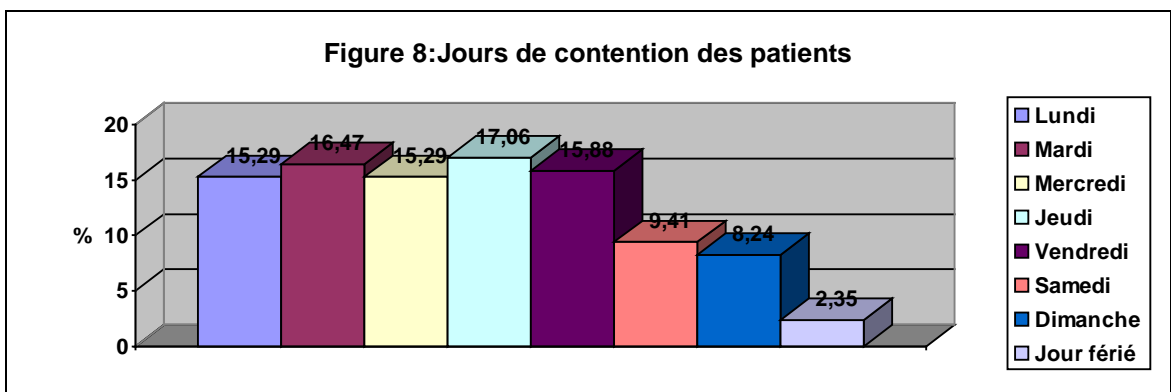


On constate qu'ils sont 13,53% à être arrivés le lundi, 17,65% le mardi, 15,29% le mercredi, 18,82 % le jeudi, 12,94 % le vendredi, 10,00% le samedi, 9,41% le dimanche et 2,35% un jour férié.

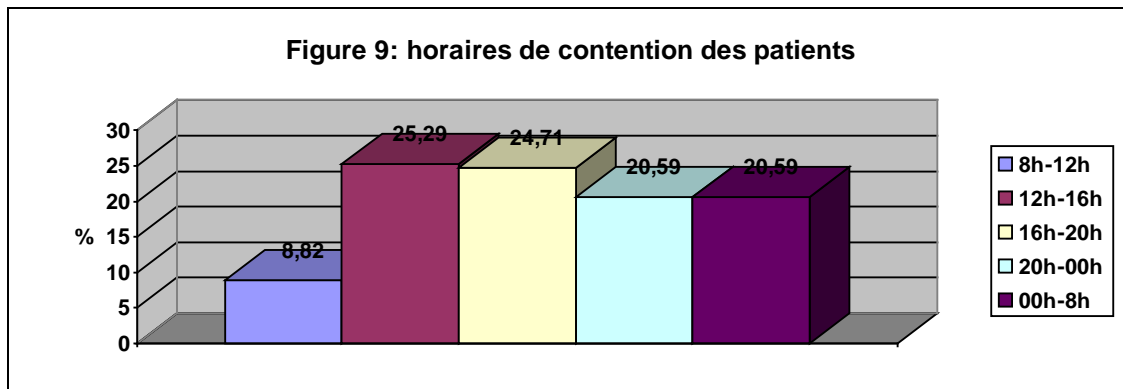


Les patients contenus sont préférentiellement arrivés entre 12h et 20 h (26,47% entre 12h et 16h et 24,71% entre 16h et 20h) . 17,06 % d’entre eux se sont présentés entre 20h et 00h, également 17,06% entre 00h et 8h et enfin ils sont moins nombreux à être venus entre 8h et 12h représentant 14,71 % des patients contenus.

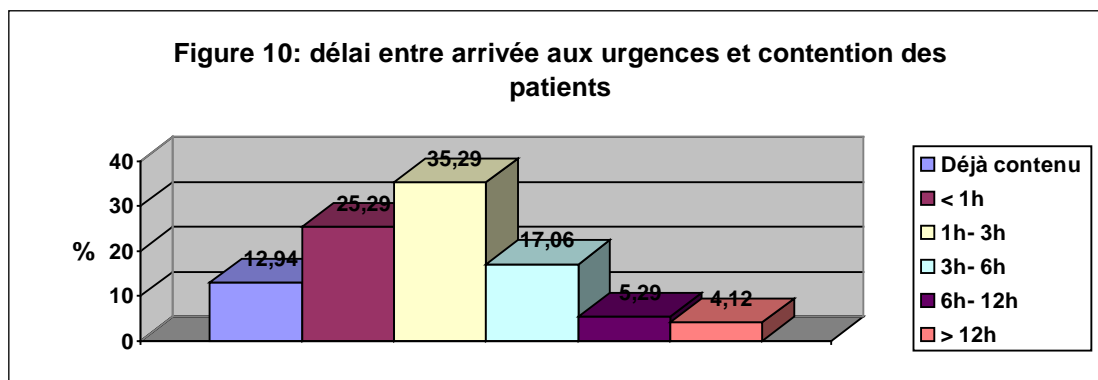
Les jours et horaires de contention sont présentés par les figures 8 et 10 :



Les patients ont été contenus à 15,29 % le lundi, à 16,47 % le mardi, également à 15,29 % le mercredi, à 17,06% le jeudi, à 15,88% le vendredi, à 9,41 % le samedi, à 8,24% le dimanche et à 2,35% le jour férié.



Le délai écoulé entre l'arrivée des patients aux urgences et la mise en place de la contention est présenté en Figure 10:



12,94 % des patients étaient déjà contenus à leur arrivée au CPOA tandis que 25,29 % a été contenu dans l'heure suivant son arrivée, 35,29 % entre 1 et 3 heures après son arrivée, 17,06 % entre 3 et 6 heures, 5,29 % entre 6 et 12 heures après être arrivé et 4,12 % 12 heures au moins après leur arrivée.

De plus, concernant les décisions et prise de traitements, 167 patients ont reçu un traitement soit 98,24 % des patients. Parmi ces patients 28,24 % l'a reçu avant la contention, 67,06 %

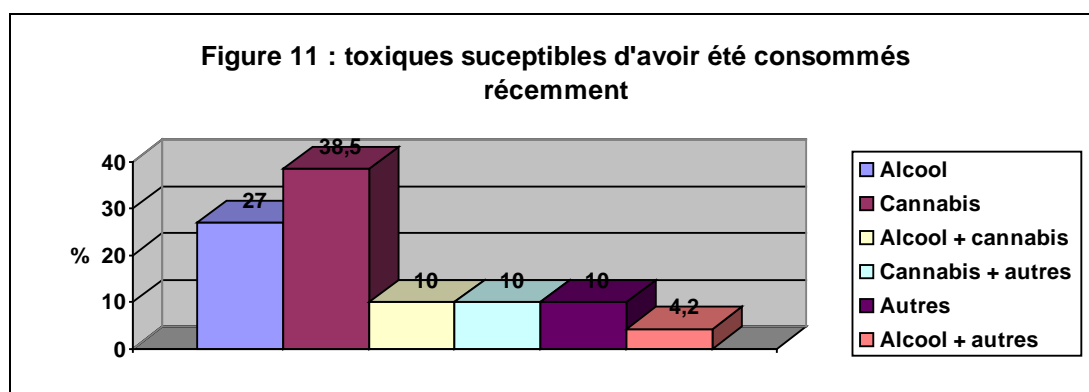
après et nous ne disposons pas d'information pour 4,71 % d'entre eux. La voie injectable a été utilisée chez 51,18% , la voie orale chez 45,88% et elle est indéterminée chez 2,94% .

Enfin l'affluence moyenne quotidienne était de 24,25 patients.

Caractéristiques cliniques des patients:

74,71 % des patients avaient des antécédents psychiatriques. Ils étaient indéterminés pour 3,53% des patients. Parmi les patients avec antécédents, 37,28 % avaient un antécédent de suivi ambulatoire seul quand 56,80 % avaient déjà été hospitalisés au moins une fois en psychiatrie. Pour 5,92 % le type d'antécédent n'était pas connu.

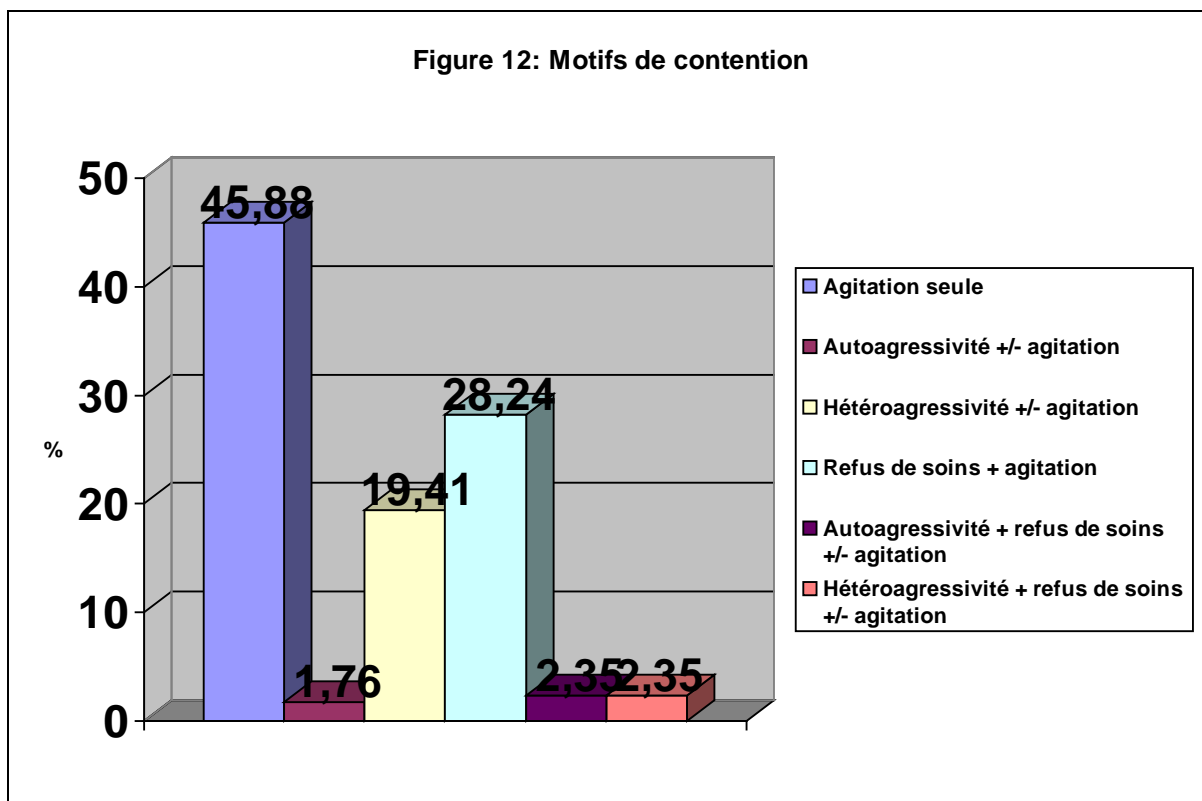
Une prise de toxique récente probable était présente chez 41,18 % des patients. Les types de toxiques susceptibles d'avoir été consommés sont répertoriés en Figure 11 ci- après :



Chez ces patients ayant potentiellement consommé une ou des substances ,nous observons une consommation d'alcool seul chez 27% d'entre eux, du cannabis seul chez 38,5%, alcool et cannabis, cannabis et autres toxiques, autres toxiques chez 10% d'entre eux ainsi que alcool et autres toxiques chez 4,2%.

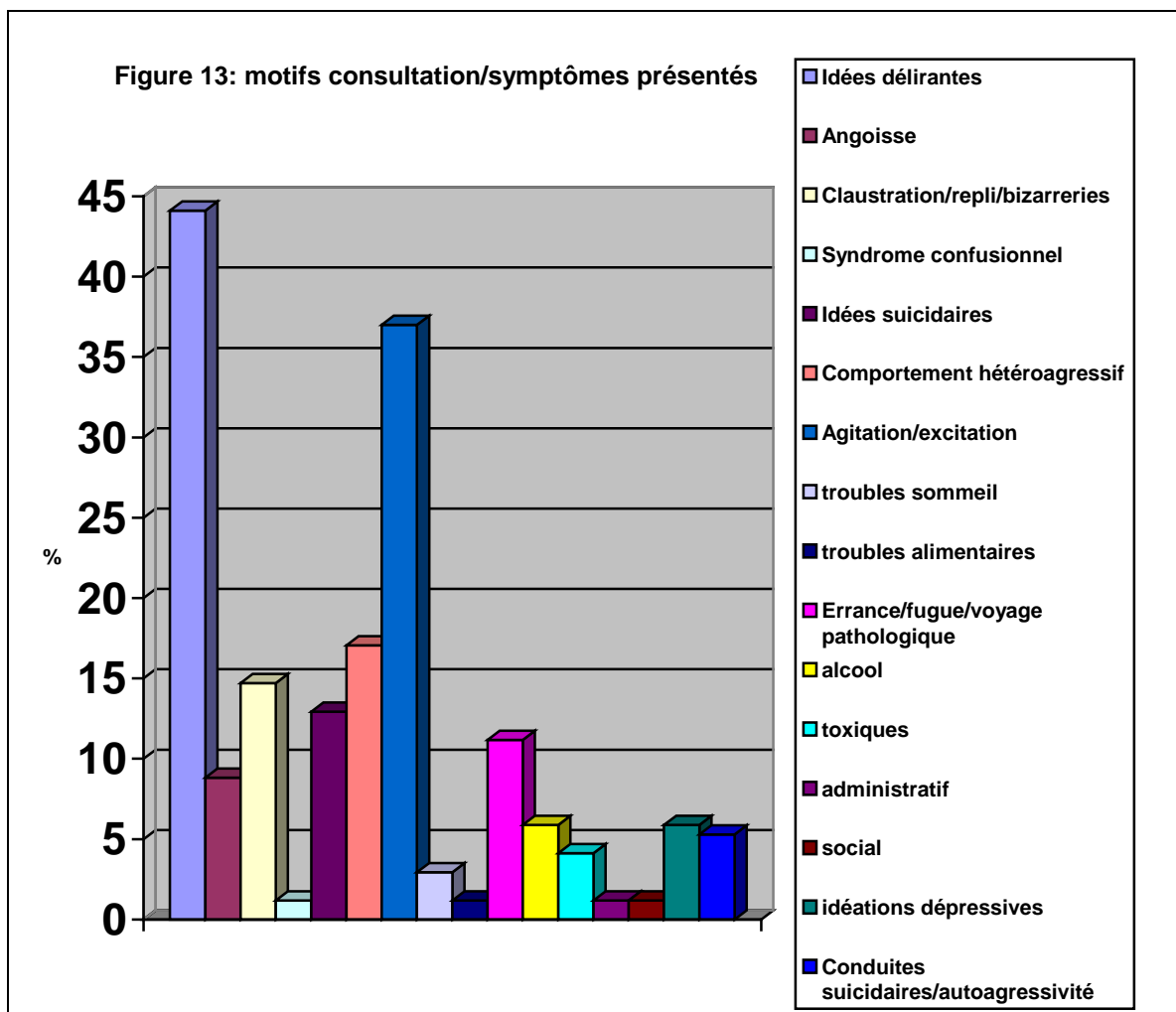
D'autre part 12,94 % des patients étudiés présentaient un élément susceptible d'altérer la communication avec le monde extérieur.

Figure 12: Motifs de contention



Les motifs de contention indiqués étaient l'agitation seule chez 45,88 % des patients contenus, une autoagressivité associée ou non à une agitation chez 1,76% d'entre eux, une hétéroagressivité associée ou non à une agitation pour 19,41 % des patients, une agitation avec refus de soins pour 28,24 % d'entre eux, une autoagressivité avec refus de soins associée ou non à une agitation chez 2,35% et enfin la présence d'une hétéroagressivité avec refus de soins avec ou non une agitation chez 2,35% des patients également.

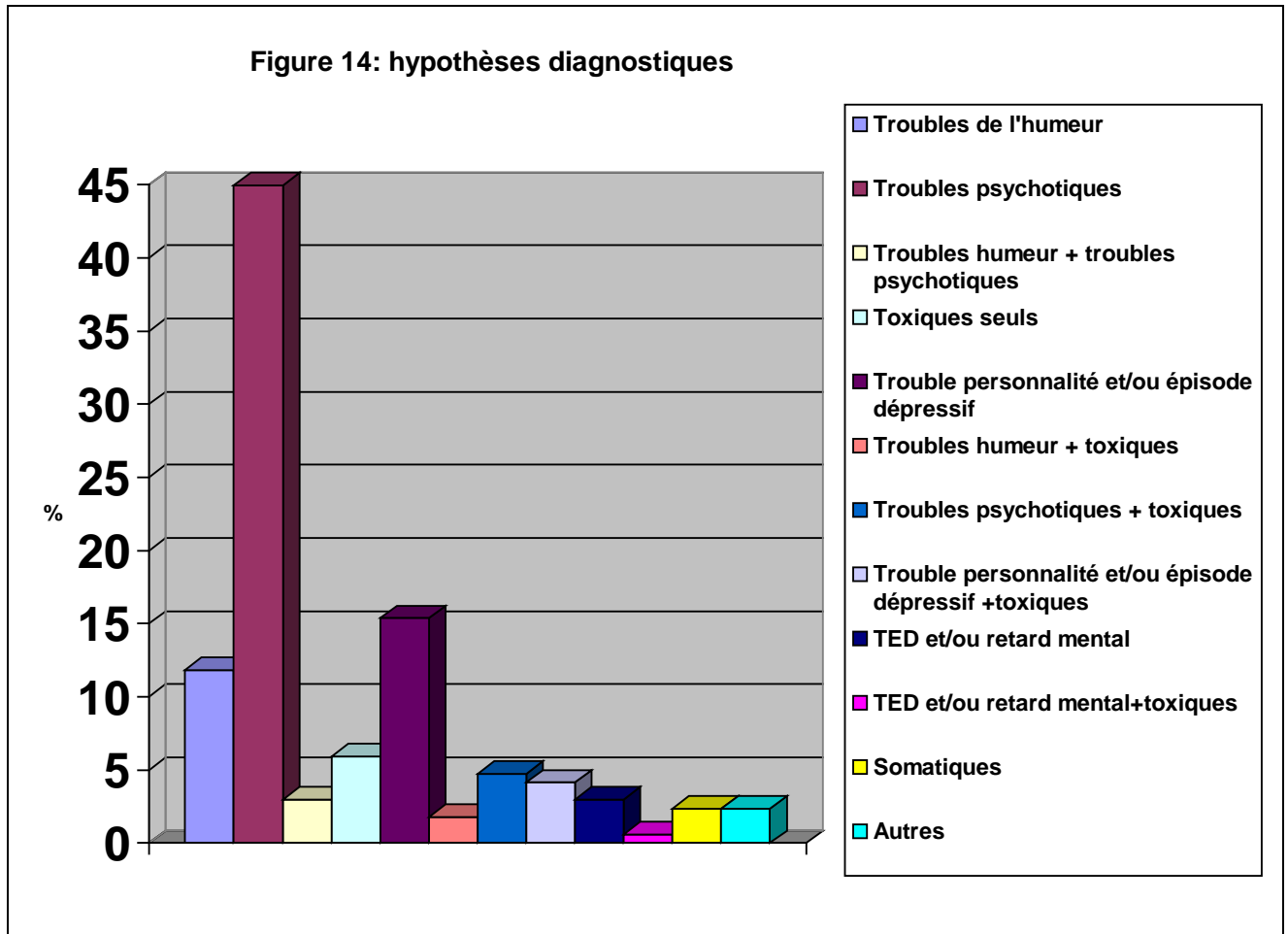
Les symptômes présentés par les patients également appelés « motifs de consultation » sont présentés par la Figure 13 :



Les symptômes présentés par les patients les plus fréquents étaient : des idées délirantes (44,12%), une agitation/excitation (37,06%), un comportement hétéroagressif (17,06%), une claustration et/ou un repli avec bizarreries comportementales, des idées suicidaires (12,94%) et une errance/fugue/voyage pathologique (11,18%). Viennent ensuite les angoisses (8,82%), les idéations dépressives et demandes de sevrage en alcool (5,88 % chacune), les conduites suicidaires (5,29%), les troubles des fonctions instinctuelles (2,94 % et 1,98%) et les demandes administratives ou sociales (1,18% chacune).

Enfin les hypothèses diagnostiques qui ont été formulées sont représentées sur la figure 14 qui suit :

Figure 14: hypothèses diagnostiques



TED : trouble envahissant du développement

Les patients ayant consulté et ayant été contenus au CPOA présentaient de façon élevée des troubles psychotiques (schizophrénie, troubles délirants persistants et troubles psychotiques aigus transitoires) à hauteur de 44,97% suivis des troubles de la personnalité et épisodes dépressifs unipolaires associés ou non qui constituaient 15,38 % des consultants.

Les troubles de l'humeur (troubles bipolaires) représentaient quant à eux 11,83 % des patients contenus, une dépendance aux toxiques (alcool et/ou substances psychoactives) était diagnostiquée chez 5,92 % d'entre eux.

Les troubles psychotiques associée à une dépendance à un toxique quel qu'il soit constituaient 4,73 % de l'échantillon.

Les troubles de l'humeur et troubles psychotiques associés (troubles schizo-affectifs ou épisode maniaque avec symptômes psychotiques) étaient retrouvés chez 2,96 %. Même proportion observée pour les diagnostics de trouble envahissant du développement et/ou retard mental.

D'autre part 2,37 % des patients présentaient des troubles psychiatriques d'étiologie apparaissant organique.

2,37 % des patients également présentaient un diagnostic autre aux classifications utilisées (classification CIM 10 et notre classification comportant 12 hypothèses diagnostiques secondaire à un regroupement effectué). Parmi eux un patient présentait un retard mental avec trouble de la personnalité associé à un trouble/épisode psychotique aigu transitoire.

Enfin le diagnostic de troubles de l'humeur associés à une dépendance était posé chez 1,78 % des patients, celui de TED et/ou retard mental avec dépendance à un toxique chez 0,59%.

- Facteurs associés à une durée de contention longue , supérieure à 3 heures :

Caractéristiques sociodémographique des patients :

Le tableau présenté ci-après expose les liens entre âge, sexe des patients et leur lien avec la durée de contention :

Caractéristiques de la population	N	n	Durée de la contention >=3h %	p-value (test du Chi2 ou Fischer)	OR (si calculable)	IC95% de OR
Age du patient				0,5		
<40 ans <i>n, %</i>	119	32	26,9%	0.5	1	
>=40 ans <i>n, %</i>	51	16	31,4%		1.28	0.62-2,63
Sexe du patient				0,11		
Homme <i>n, %</i>	108	35	32,4%		1	
Femme <i>n, %</i>	62	13	21%		0.55	0.27-1.15

Nous constatons qu'il n'extrait aucun lien significatif entre ces facteurs et la durée de contention des patients ayant été pris en charge. Le sexe et l'âge n'apparaissent ainsi pas être des facteurs de risque de contention longue définie comme une durée de contention supérieure à 3 heures.

Caractéristiques environnementales :

Du patient :

Caractéristiques de la population	N	n	Durée de la contention >=3h %	p-value (test du Chi2 ou Fischer)	OR (si calculable)	IC95% de OR
Entourage présent				0,58		
Non <i>n/N, %</i>	74	19	25,7		1	
Oui <i>n,N %</i>	96	29	30,2		1,2	0.6-2.4
Qui de l'entourage ?				0,5		
Amis <i>n, %</i>	1	9	11,11		0.4	0.04-3.08
Famille <i>n, %</i>	72	22	30,56		1.3	0.6-2.6
Autres <i>n, %</i>	11	5	45,45		2.4	0.6-8.8
Famille + amis <i>n, %</i>	4	1	25,0		0.96	0.9-9.8
Présence d'un motif environnemental <i>n/N, %</i>				0,7	Non calculables	
1	11	1	9,09			
2	9	4	44,44			
3	2	1	50			
4	60	19	31,67			
5	33	10	30,30			
6	10	2	20			
7	3	0	0			
8	32	8	25			
10	2	1	50			
11	3	0	0			
12	5	2	40			

Aucun résultat n'est significatif concernant les facteurs environnementaux propres au patient. Il n'existerait donc aucun lien entre ces derniers et la durée de contention du patient.

A noter que les odds ratio n'ont pu être calculés en raison du peu d'effectif dans chaque groupe.

Du service :

Intéressons nous maintenant aux conditions environnementales du service présentées dans le tableau qui suit :

Caractéristiques de la population	N	n	Durée de la contention >=3h %	p-value (test du Chi2 ou Fischer)	OR (si calculable)	IC95% de OR
Statut du médecin						
Interne n/N	77	27	35,06	0.07	1	
Sénior n/N	93	21	22,58		0.54	0.3-1.1
Sexe du médecin						
Homme n/N, %	80	21	26,25	0,59	1	
Femme n/N, %	90	27	30,0		1,2	0.6-2.3
Age IDE moy (+/-SD)						
20-29 ans n/N, %	53	17	32,08	0.36	1	
30-39 ans n/N, %	78	24	30,77		0.9	0.4-2
40-49 ans n/N, %	27	6	22,22		0.6	0.2-1.8
50-59 ans n/N, %	8	0	0,0		.	
60-69 ans n/N, %	4	1	25,0		0.7	0.07-7.3
Sexe IDE						
Homme n/N, %	122	34	27,87	0.87	1	
Femme n/N, %	48	14	29,17		1.06	0.5-2.2
Ttt n/N %				0,63		
Non	167	47	28,14		1	
Oui	3	1	30,00		0.78	0.1-8.8
Quand ttt n/N %				0,047		
Avant contention	48	8	16,67		1	
Après contention	114	36	31,58		2.3	0.98-5.43
Indéterminé	8	4	50,00		5	1.03-24.3
Voie administration du traitement n/N %				0,7		
injectable	87	27	31,03		1	
orale	78	20	25,64		0.8	0.4-1.5
indéterminée	5	1	20,00		0.6	0.06-5.2
Affluence, moy (+/-SD)		24.1 (4.2)	24.6 (4)	0.55		

Comme nous pouvons le remarquer là encore il n'existerait pas de lien significatif entre la durée de contention et les conditions du service d'accueil à savoir les caractéristiques sociodémographiques des personnels de santé et la fréquentation quotidienne du service.

Générales :

Caractéristiques de la population	N	n	Durée de la contention >=3h %	p-value (test du Chi2 ou Fischer)	OR (si calculable)	IC95% de OR
Adressé par				0,04		
Lui même <i>n/N, %</i>	26	3	11,54		1	
Famille/entourage <i>n/N, %</i>	34	8	23,53		2.4	0.6-10
SAMU/SOS psychiatrie <i>n/N, %</i>	20	6	30,0		3.3	0.7-15.3
Police <i>n, %</i>	25	13	52,0		8.3	2-34.9
Médecin libéral/clinique <i>n/N, %</i>	11	4	36,36		4.4	0.8-24.4
SAU <i>n/N, %</i>	42	9	21,43		2.1	0.5-8.6
CPU CPOA <i>n/N, %</i>	6	3	50,0		7.7	1.03-56.8
Service social <i>n/N, %</i>	6	2	33,33		3.8	0.5-30.7
Jour arrivée du patient				0,29		
lundi <i>n/N, %</i>	22	7	30,43		1	
mardi <i>n/N, %</i>	30	12	40,00		1.5	0.5-4.8
mercredi <i>n/N, %</i>	26	8	30,77		1.0	0.3-3.4
jeudi <i>n/N, %</i>	32	8	25,00		0.8	0.2-2.5
vendredi <i>n/N, %</i>	22	3	13,64		0.4	0.1-1.6
samedi <i>n,N %</i>	17	2	11,76		0.3	0.05-1.7
dimanche <i>n/N, %</i>	16	6	37,50		1.4	0.4-5.3
Jour férié <i>n/N, %</i>	4	2	50,00		2.3	0.3-19.7

Heure arrivée du Patient n/N %				0,04		
8h-12h	25	10	40,00		1.1	0.4-2.9
12h-16h	45	17	37,78		1	
16h-20h	42	13	30,95		0.7	0.1-0.9
20h-00	29	4	13,79		0.3	0.1-0.9
00h-8h	29	4	13,79		0.3	0.1-0.9
Jour de la contention				0,009		
lundi n/N, %	26	7	26,92		0.5	0.2-1.6
mardi n/N, %	28	9	32,14		0.6	0.2-1.96
mercredi n/N, %	26	11	42,31		1	
jeudi n/N, %	29	7	24,14		0.4	1.1-1.4
vendredi n/N, %	27	3	11,11		0.2	0.04-0.7
samedi n/N, %	16	1	6,25		0.09	0.01-0.8
dimanche n, /N%	14	7	50,00		1.4	0.4-5
Jour férié n/N, %	4	3	75,00		4.1	0.4-44.8
Horaire de contention				0,007		
8h-12h n/N, %	15	5	33,33		0.6	0.2-2
12h-16h n/N, %	43	20	46,51		1	
16h-20h n/N, %	42	13	30,95		0.5	0.2-1.2
20h-00h n/N, %	35	5	14,29		0.2	0.1-0.6
00h-8h n/N, %	35	5	14,29		0.2	0.1-0.6

Contrairement aux conditions environnementales propres au patient ou au service d'accueil, le mode d'adressage (ou mode d'arrivée) du patient semble avoir un lien significatif avec le fait d'être contenu « longuement » (p égale à 0,04), contention longue que l'on a choisi de définir comme étant supérieure à 3 heures : un patient conduit par la police aurait 8,3 fois plus de risque d'être contenu plus de 3 heures qu'un patient n'ayant pas été amené par la police (IC 95% 2-34,9) , un patient venu en consultation post-urgence (CPU) 7,7 fois plus de risque qu'un autre patient (IC 95% 1,03-56,8).

C'est également le cas pour les jours de contention mais aussi concernant les horaires d'arrivée et de contention : ces trois facteurs auraient également un lien significatif avec le fait d'être contenu plus de 3 heures et donc avec la durée de contention. S'agissant de l'heure d'arrivée la p -value est égale à 0,04 ce qui caractérise la significativité du lien. A propos des jours de contention , les patients contenus les vendredis (odds ratio à 0,2 et IC 95% entre 0,04 et 0,7) et samedis (odds ratio à 0,09 et IC 95% entre 0,01 et 0,8) seraient proportionnellement et significativement moins longtemps contenus que les patients contenus les lundi, mardi, mercredi, jeudi, dimanche et jours fériés. Enfin les horaires de contention auraient également un impact sur la durée de contention : les patients contenus en soirée ou la nuit (avec des odds ration à 0,2 et des IC 95% entre 0,1 et 0,6 chacune) seraient significativement moins longtemps contenus par rapport aux patients pris en charge en journée.

Enfin l'influence du délai entre l'arrivée des patients et leur contention est exposée dans le prochain tableau de résultats :

Caractéristiques de la population	N	n	Durée de la contention >=3h %	p-value (test du Chi2 ou Fischer)	OR (si calculable)	IC95% de OR
Délai entre arrivée du patient et contention				0,14		
Déjà contenu	22	4	18,18		3,24	0,94-11,21
< 1h	43	18	41,86		1,93	0,57-6,51
1h-3h	60	18	30,00		0,94	0,22-4
3h-6h	29	5	17,24		0,56	0,54-5,86
6h-12h	9	1	11,11		1,8	0,25-12,85
> 12h	7	2	28,57		0,22	0,08-0,66

Comme nous pouvons le noter le délai entre l'arrivée du patient aux urgences et la mise en place de la contention ne semble pas avoir de lien significatif avec la durée de contention du patient.

Caractéristiques cliniques :

Caractéristiques de la population	N	n	Durée de la contention >=3h %	p-value (test du Chi2 ou Fischer)	OR (si calculable)	IC95% de OR
Antécédent de pathologie psychiatrique				0,46		
Non <i>n/N%</i>	37	11	29,73		1	
Oui <i>n/N, %</i>	127	34	26,77		0,86	0,4-1,9
Indéterminé <i>n/N, %</i>	6	3	50,0		2,36	0,4-13,6
Type de suivi				0,06		
Ambulatoire <i>n/N, %</i>	63	18	28,57		1	
Hospitalisation <i>n/N, %</i>	73	23	23,96		0,79	0,4-1,6
Indéterminé <i>n/N,</i>	10	6	60,0		3,75	0,9-14,9

%						
---	--	--	--	--	--	--

La présence et le type d'antécédents psychiatriques notés chez ces patients ne parait pas avoir un lien significatif avec leur durée de contention.

Caractéristiques de la population	N	n	Durée de la contention >=3h %	p-value (test du Chi2 ou Fischer)	OR (si calculable)	IC95% de OR
Elément altérant la communication						
Non n/N, %	146	37	25,34	0,046	1	
Oui n/N, %	24	11	45,83		2.49	1,03-6.04
Prise de toxique n/N %				0,07		
Non	100	23	23		1	
Oui	70	25	35,71		1.9	0.95-3.6
Type de toxique n/N %				0,28		
Alcool	19	6	31,58		1.5	0.5-4.5
Cannabis	27	10	37,04		1.97	0.8-4.9
Alcool + cannabis	7	2	28,57		1.3	0.2-7.4
Cannabis + autres	7	3	42,86		2.5	0.5-12.0
Autres	7	4	57,14		4.5	0.9-21.4
Alcool + autres	3	0	0		.	

Le tableau présenté ci-dessus ne montre pas de lien significatif entre l'existence d'une prise de toxique récente probable et la durée de contention des patients étudiés.

L'existence de facteurs susceptibles d'entraver la communication chez les patients aurait un impact significatif sur leur durée de contention : en effet un patient présentant ce type de difficultés ou troubles aurait 2,49 fois plus de risque d'être longtemps contenu (durée supérieure ou égale à 3 heures) qu'un patient n'en ayant pas.

Concernant les motifs de contention rapportés, ces derniers n'auraient eux aussi aucun impact significatif sur la durée de contentions des patients observés comme le montre le tableau suivant :

Caractéristiques de la population	N	n	Durée de la contention >=3h %	p-value (test du Chi2 ou Fischer)	OR (si calculable)	IC95% de OR
Motif de contention						
Agitation <i>n/N</i> , %	78	24	30,77	0.73	1	
Autoagressivité +/- agitation <i>n/N</i> , %	3	0	0,0		.	
Hétéroagressivité +/- agitation <i>n/N</i> , %	33	10	30,30		0.98	0.4-2.4
Refus de soins + agitation <i>n/N</i> , %	48	11	22,92		0.7	0.3-1.5
Autoagressivité + refus de soins +/- agitation <i>n/N</i> , %	4	1	25,0		0.7	0.1-7.6
Hétéroagressivité + refus de soins +/- agitation <i>n/N</i> , %	4	2	50,0		2.2	0.3-16.9

Par ailleurs parmi les symptômes présentés par les patients lors de leur consultation au CPOA , seule la présence d'idées délirantes semble présenter un lien significatif avec la survenue d'une durée de contention plus longue comme en atteste le tableau présenté ci –après :

Motif de consultation						
Idées délirantes <i>n/N</i> , %				0.02		
Non	95	20	21,05		1	
Oui	75	28	37,33		2.2	1.1-4.4
Angoisse <i>n/N</i> , %				0,05		
Non	155	47	30,32		1	
Oui	15	1	6,67		0.2	0.02-1.3
Claustration...				0.3		

<i>n/N, %</i>						
Non	145	43	29,66		1	
Oui	25	5	20,00		0.6	0.2-1.7
Syndrome confusionnel <i>n/N, %</i>				0,37		
Non	168	48	8,57		.	
Oui	2	0	0,00		.	
Idées suicidaires <i>n/N, %</i>				0,54		
Non	148	43	29,05		1	
Oui	22	5	22,73		0.7	0.2-2.1
Comportement heteroagressif <i>n/N, %</i>				0,59		
Non	141	41	29,08		1	
Oui	29	7	24,14		0.8	0.3-1.9
Agitation <i>n/N, %</i>				0,26		
Non	107	27	25,23		1	
Oui	63	21	33,33		1.5	0.7-2.9
Troubles du sommeil <i>n/N, %</i>				0,55		
Non	165	46	27,88		1	
Oui	5	2	40,00		1.7	0.3-10.6
Troubles alimentaires <i>n/N, %</i>				0,5		
Non	168	48	28,57			
Oui	2	0	0,00		.	
Errance, fugue, voyage pathologique <i>n/N, %</i>				0,4	.	
Non	151	41	27,14		1	
Oui	19	7	36,84		1,6	0.6-4.2
Alcool <i>n/N, %</i>				0,9		
Non	160	45	28,13		1	
Oui	10	3	30,00		1.1	0.3-4.4
Toxiques <i>n/N, %</i>				0,98		
Non	163	46	28,22		1	
Oui	7	2	28,57		1.02	0.2-5.4
Administratif <i>n/N, %</i>				0,49		
Non	168	47	27,98		1	
Oui	2	1	50,00		2.6	0.16-42
Social <i>/Nn, %</i>				0,4		
Non	168	48	28,57		.	
Oui	2	0	0,00		.	

Idéations dépressives <i>n/N, %</i>				0,57		
Non	160	45	28,13		1	
Oui	10	3	30,00		1.1	0.3-4.4
Autres <i>n/N, %</i>				0,7		
Non	28,40	48	169			
Oui	1	0	0,00			
Conduites suicidaires, autoagressives	9	4	44,44	0,54	0,72	0,2-2,1

Enfin, des hypothèses diagnostiques formulées par les médecins ayant été en charge du patient, seule celle caractérisant la présence de troubles psychotiques associés à une dépendance à un ou des toxiques s'avérerait avoir un impact sur la durée de contention (odds ratio à 6,7 avec un IC 95% compris entre 1,1 et 40,4) en l'allongeant de manière significative comme en témoigne le tableau qui suit :

Caractéristiques de la population	N	n	Durée de la contention ≥3h %	p-value (test du Chi2 ou Fischer)	OR (si calculable)	IC95% de OR
Hypothèses diagnostiques 3 <i>n/N %</i>				0,09		
Troubles de l'humeur	20	4	20,00		1	
Troubles psychotiques	76	20	26,32		1.4	0.4-4.8
Troubles de l'humeur + troubles psychotiques	5	1	20,00		1	0.1-11.6
Toxiques seuls	10	3	30,00		1.7	0.3-9.8
Trouble personnalité et/ou épisode dépressif	26	6	23,08		1.2	0.3-5

Troubles de l'humeur + toxiques	3	1	33,33		2	0.1-27.9
Troubles psychotiques + toxiques	8	5	62,50		6.7	1.1-40.4
Troubles personnalité et/ou épisode dépressif + toxiques	7	0	0,00		.	
TED et/ou retard mental	5	2	40,00		2.7	0.3-21.7
TED et/ou retard mental + toxiques	1	1	100,00		.	
Somatiques	4	3	75,00		12	0.9-148.3
Autres	4	2	50,00		4	0.4-37.8

- Discussion :

*Résultats significatifs :

Le mode d'arrivée du patient et plus précisément le fait d'être arrivé par l'intermédiaire de la police semble être un facteur de risque de contention longue, ce qui n'apparaît pas incohérent. La police est effet la plupart du temps sollicitée pour des situations graves dans lesquelles l'intensité des troubles occasionnés et donc des troubles présentés par les individus s'avère majeure. Nous ne serons donc pas particulièrement étonnés par ce résultat. Les patients venus en consultation appelée « post-urgence » seraient également plus longtemps contenus que les autres, ce qui, il faut bien le souligner nous apparaît plus déroutant : en effet par définition les patients se présentant en consultation de post-urgence ont été vus quelques jours plus tôt et les troubles ou souffrance présentés n'ont alors pas à ce moment-ci nécessité une hospitalisation (libre ou sous contrainte). Cependant l'hypothèse selon laquelle la consultation de post-urgence aurait été proposée comme « compromis » devant un patient et son entourage réticent à une prise en charge plus soutenue expliquerait ces constatations : les médecins et infirmiers seraient plus hésitants à lever une contention sachant l'accès aux soins compliqué pour ce patient.

Les jours et horaires de contention semblent eux aussi avoir un lien significatif avec la durée de contention : être contenu un vendredi ou un samedi, être contenu en soirée ou de nuit paraît être un facteur « de protection », les patients étant moins longtemps contenus que les autres à jours et horaires ci.

L'affluence et le nombre de patients dans le service à ces heures-ci sont fortement diminués, mais c'est aussi le cas du nombre de médecins la plupart du temps diminué de moitié à partir de 18h30 (un interne et un médecin sénior de garde), en revanche le nombre d'infirmiers dans le service lui n'est pas modifié. Par conséquent globalement le ratio patient/soignant est plus favorable ce qui expliquerait en grande partie selon nous ce constat. Cette potentielle influence du nombre de soignants par patient a aussi été retrouvée dans l'étude italienne (108) menée par Sangiorgio et citée par Beghi (62) dans sa revue de la littérature qui aurait mis en évidence un lien significatif entre le nombre de psychologues dans le service et la durée de contention des patients de ce même service.

D'autre part une de nos hypothèses privilégiées parmi d'autres était celle selon laquelle des éléments comme la barrière de la langue, des troubles du spectre autistique ou bien encore l'existence d'altérations des fonctions cognitives pouvaient entraver la communication des patients avec les équipes et générer des incompréhensions mutuelles alors vectrices d'un allongement de durée de la mesure de contention physique. D'après notre étude ce postulat semblerait se confirmer.

Enfin, nous nous étions aussi fortement interrogés quant au rôle du caractère délirant des idées ou comportement des patients : même si le diagnostic de troubles psychotiques n'apparaît pas être un facteur de risque de contention longue à lui tout seul (c'est plutôt l'association troubles psychotiques et dépendance à un ou plusieurs toxiques qui paraît l'être) la présence d'idées délirantes semble elle avoir un impact significatif sur la durée d'utilisation des contentions. Ces résultats corroborent les recherches de Noda au Japon (107) selon lesquelles les patients dont les diagnostics impliquent des éléments délirants seraient plus longtemps contenus que les autres.

* Autres résultats :

L'âge et le sexe des patients ne semblent pas jouer de rôle dans la durée de la mesure de contention. Des études recensées ayant étudié les facteurs en lien avec la durée de contention, aucune ne retrouve de lien significatif entre l'âge des patients et la durée de la mesure. Par

contre concernant le sexe, Noda (107) constate que les femmes seraient significativement moins longtemps contenues que les hommes. C'est aussi ce que remarque Knutzen en 2013 (64). Cependant cette dernière étude portait sur les contentions physiques mais aussi chimiques pouvant créer un biais de confusion.

S'agissant des caractéristiques sociodémographiques des professionnels de santé du service, aucun lien significatif n'a pu être mis en évidence. Pourtant différentes études dans la littérature ont pu montrer un lien significatif entre le sexe des infirmiers, le sexe des médecins (sexe masculin), et le fait de davantage utiliser la contention (62). Ces différences de pratique (initiative d'une contention) apparemment en lien avec des caractéristiques sociodémographiques des soignants pourraient alors aisément et fort logiquement se retrouver dans les modalités de poursuite de la mesure définissant la durée de contention. Or ce n'est pas le cas ici. Cette homogénéité des pratiques entre les différents professionnels de notre service que nous souhaitons souligner nous paraît refléter l'importance des échanges collégiaux ainsi que le recours à des protocoles précis et reconnus de tous qui existent dans ce service d'urgences.

Dans notre travail le statut interne/sénior a également été étudié : même si les résultats ne sont pas significatifs, nous pourrions néanmoins nous permettre de parler de « tendance ». En effet les internes auraient tendance à contenir plus longtemps que les médecins séniors. Cette différence de pratique pourrait être expliquée par la nécessité de faire valider la décision de l'interne de lever la mesure par un sénior retardant alors cette dernière.

* Limites et biais de l'étude :

La multiplication des supports utilisés pour recueillir les données pourrait avoir eu un impact sur la qualité de retranscription de ces mêmes données avec l'existence d'un risque de perte ou de mauvaise retranscription des éléments nécessaire à notre étude.

De plus, comme expliqué précédemment, il a été nécessaire de regrouper certains éléments dans plusieurs catégories (motifs environnementaux, motifs de consultation et hypothèses diagnostiques) en raison du nombre trop important de propositions dans chacune des catégories ou pour les besoins des analyses statistiques . Ce regroupement, subjectif, pourrait avoir créé un biais de confusion.

La « reproductibilité » des résultats peut également être questionnée : en effet la spécificité du lieu d'étude (service d'urgences) avec ses spécificités de recrutement (pathologies aiguës logiquement très majoritaires en comparaison avec des services d'hospitalisation de psychiatrie classique) constituant un biais de sélection.

Le caractère subjectif de certaines données (données recueillies à la lecture des observations médicales et infirmières) tenant au caractère rétrospectif de l'étude constitue également une des limites de notre étude.

- Conclusion :

Notre étude malgré ses limites a pu néanmoins mettre en lumière l'existence de certains facteurs significatifs en lien avec la durée de contention des patients étudiés, qu'ils soient modifiables (propres aux caractéristiques du service et/ou de l'équipe) ou non (propres au patient) pouvant proposer des pistes de réflexion de modification des pratiques et d'adaptation des moyens humains (effectifs) et matériels.

Néanmoins au vu de la situation sanitaire actuelle et notamment s'agissant des moyens accordés à la psychiatrie, d'autres techniques doivent être volontiers utilisées comme les méthodes de gestion du conflit ou de désescalade verbale qui semblent avoir démontré comme nous l'avons cité antérieurement une efficacité dans la diminution du taux de contentions mais aussi dans leur durée.

CONCLUSION

L'utilisation de la contention physique s'avère comme nous l'avons soulignée dans ce travail une pratique ancienne et convenue de tous durant plusieurs siècles. Depuis plusieurs décennies déjà, des voix se sont faites entendre, en lien notamment avec une prise de conscience secondaire aux événements tragiques de notre histoire. Elles ont suscité la naissance d'un véritable questionnement éthique des professionnels et des pouvoirs publics, l'émergence de nombreuses études interrogeant cette mesure mais aussi la promulgation très récente de la première loi l'encadrant en France. Les travaux scientifiques effectués se sont alors attachés à établir majoritairement les indications d'une telle méthode, à en étudier l'efficacité et à décrire le profil des patients contenus, ceci dans un souci de limitation de mise en œuvre de cette mesure toujours controversée. Cependant en médecine, si l'indication d'une prescription doit être évidemment analysée, ses modalités d'administration, de durée et de surveillance doivent l'être tout autant.

Ce travail de nature descriptive et rétrospective a donc eu pour but d'étudier quel pouvait être l'impact des facteurs sociodémographiques et cliniques présentés par le patient mais aussi environnementaux présentés par le patient et par le service l'accueillant, ceci toujours dans un souci de bonne pratique médicale, juste et éthique. Les résultats obtenus tendent à montrer que certains facteurs potentiellement modifiables (en lien avec l'organisation du service et les professionnels de santé y exerçant) mais également certains facteurs non modifiables (propres au patient) auraient un lien avec la durée de contention des patients observés. Cependant ce lien n'apparaît pas statistiquement significatif, en raison d'un probable manque d'effectif.

D'une part la connaissance d'un impact significatif de facteurs propres au patient et donc non modifiables sur sa durée de contention pourrait alors alerter l'équipe dès son arrivée et donner lieu à une vigilance et une réévaluation des bénéfices/risques plus fréquente. La connaissance de facteurs modifiables pourrait elle faire l'objet d'une adaptation des professionnels du service afin de poursuivre l'effort consistant en l'application éthiquement, médicalement et légalement acceptable de la mesure.

BIBLIOGRAPHIE

1. Palazzolo J, Lachaux B, Chabannes.J.P, Isolement, Contention et Contrainte en Psychiatrie, Rapport du CPNLF, Média Flash, Paris, 2000.
2. Nouvel F, Abric M, Jacquot JM. Les contentions et les dispositifs de protection sont-ils utiles chez les multi-chuteurs ? in La chute de la personne âgée, Problèmes de médecine de rééducation, éd. Masson, 1999.
3. Fromage B, Perardel M, Vasseur E, Gardey M-A. Contention des personnes âgées, repères éthiques et droit au risque. NPG. Année 3.Mai-Juin 2003, 30-3.
2. Daubech, L, Le malade à l'hôpital, Edition Eres,2000.
3. Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Rapport isolement et contention, 2016
4. Dubreucq J, La contrainte, un outil de soins en psychiatrie ? Thèse de médecine, Faculté de médecine de Grenoble, 2012.
5. Celse, De medicina, trad W.G Spencer, 3 vol, Loeb Classical Library, 1961.
6. Caelius Aurelianus, Maladies aiguës, maladies chroniques, I.E. Drabkin, Chicago U.P, 1950.
7. Agrimi J, Grisani C, « Charité et assistance dans la civilisation chrétienne médiévale » in Histoire de la pensée médicale en Occident, dir M.D Grmek, tome 1, Antiquité et Moyen Age, Seuil, 1995.
8. Laharie M, La folie au Moyen Age, XIème-XIIIème siècles, Le Léopard d'Or, Paris, 1991.
9. Quézel C, Histoire de la Folie, Paris, Tallandier, 2009
10. Foucault M, Histoire de la folie à l'âge classique, Gallimard, Paris, 1972
- 11 .Colaizzi J .Seclusion et restraint: a historical perspective, J Psychosoc NursMent Health Serv 2005;43:31-7
- 12 .Daquin. J, La philosophie de la Folie, Paris, 1792, cité par M. Gauchet et G. Swain dans La pratique de l'esprit humain, L'institution asilaire et la révolution démocratique, Gallimard, Paris, 2007
13. Pinel P, Nosographie philosophique ou méthode de l'analyse appliquée à la médecine, Paris, Crapelet, 1798, 2èmeéd 1803, dans L'aliénation mentale ou la manie, L'Harmattan, Paris, 2006
- 14 .Pinel P, Traité médicophilosophique sur l'aliénation mentale ou la manie, Paris, Caille et Ravier, 1800, reéd L'Harmattan, 2006

15. 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
16. Esquirol E, Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale, 1805, p.57
17. Esquirol E, Des établissements d'aliénés en France et des moyens d'améliorer le sort de ces infortunés. Mémoire présenté au ministre de l'Intérieur en sept. 1818. Paris, 1819
18. Ferrus G, Des aliénés: considérations sur l'état des maisons qui leurs sont destinées, 1834
19. Loi 7443 sur les aliénés, 30 juin 1838, source <http://www.legifrance.gouv.fr/>
20. Friard D. « Attacher n'est pas contenir ». In Santé mentale. Mars 2004, n°86, Contenir... Paris : Acte presse. Pages 16-28.
21. Amet V, Association des hôpitaux de Québec, révision de 2004
22. Bonnafé.L, Daumezon. G, L'internement, conduite primitive de la société devant le malade mental. Recherche d'une attitude plus évoluée. Document de L'Information Psychiatrique, 1946, II, 82-107.
23. Carré R, Contention physique : revue de la littérature et étude qualitative du vécu des patients, sous la direction du Docteur Anne - Hélène Moncany, Université Toulouse III Paul Sabatier, 2014
24. Basaglia. F, L'institution en négation, Rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia, PUF, Paris, 1977.
25. Cooper. D, Psychiatrie et antipsychiatrie, Coll. Seuil, Paris, 1978.
26. Laing.R et Lefort.R, Psychiatrie et antipsychiatrie, Encycl. Univers., 1980, 354-356.
27. Houpert T, Audit clinique ciblé : évaluation de la traçabilité des pratiques professionnelles de la contention physique passive en gériatrie au CHU de Poitiers en 2013, sous la direction du Professeur Marc Paccalin, Université de Poitiers, 2013
28. Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, Avis 87 Refus de traitement et autonomie de la personne, 2005.
29. Engelhardt T., Foundations of bioethics, New-York, Oxford University Press, 1986, p.20
30. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. Édition : 6. New York: UP USA; 2008. 432 p.
31. Le Coz P. Quelle autonomie de décision pour les patients atteints de cancer ? Vers une décision partagée, mythe ou réalité ? Le principe d'autonomie : pilier d'argile de l'éthique. Débat public à l'IPC disponible sur <http://www.lesdebatspublicsdelipc.com>.
32. Code de déontologie médicale, édition aout 2016
33. Résolution 46/119 de l'ONU, principe 11, 1991.

34. Article 118-1 de la Loi sur les services de santé et de services sociaux.
35. Joint Commission, HCFA restraint regs are at odds. *ED Manag.* 1999 Oct;11(10):112-3.
36. The Standards Regarding Staff, Equipments and Management of the Welfare of the Elderly in Selected Nursing Institutions (translation), Health & Welfare Ministry, 31 Mar. 1999.
37. Conseil de l'Europe. Recommandation Rec (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. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2004.
38. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. 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. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2012. <http://www.cpt.coe.int/documents/fra/2012-13-inf-fra.pdf>
39. Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales telles qu'amendée par les Protocoles n° 11 et n° 14 *, article 5, Rome, 4.XI.1950
40. Loi concernant les malades mentaux du 20 mars 1985.
41. Guidelines on the use of restraint in the care of the older person. Irish Nurses Organization 2003. Available from: <http://www.inmo.ie/Attachment.aspx?nAttID=1484>. Accessed 20 Sep 2013
42. Loi 7443 sur les aliénés, 30 juin 1838, source <http://www.legifrance.gouv.fr/>
43. Loi no 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. *Journal Officiel de la République Française* ; 6 juillet 2011.
44. A. Laguerre, F. Schürhoff Réforme des soins psychiatriques : loi du 5 juillet 2011. *Outils pratiques, L'Encéphale* (2012) 38, 179—184
45. Robiliard D. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Paris: Assemblée nationale; 2013. <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>
46. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport d'activité 2014. Paris: Editions Dalloz; 2015. http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2015/04/CGLPL_rapport-2014_version-web_3.pdf
47. Favereau Eric, Contention : la dérive sécuritaire, *Libération* le 8 septembre 2015
48. Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 8 février 2016 relatives au centre psychothérapeutique de l'Ain (Bourg-en-Bresse). *Journal officiel* du 16 mars 2016. Voir www.cglpl.fr
49. Bienvault Pierre, La psychiatrie s'interroge face à la banalisation de l'isolement et de la contention, *La croix* le 13 mars 2014

50. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale, CGLPL, éd. Dalloz, mai 2016. Ce rapport est également disponible sur le site Internet de l'institution : www.cglpl.fr.
51. Loi n°2004-800 du 6 août 2004 - art. 21 JORF 7 août 2004
52. Cour administrative d'appel de Nantes, 25 janvier 1995, Mme Y, req n° 92NT00651
53. Cour administrative d'appel de Douai, 13 juin 2006, Mme Y, req n° 05DA01282.
54. Cour administrative d'appel de Marseille, 25 janvier 2007, Mme X, req n° 05MA01245.
55. ANAES. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Évaluation et établissements de santé. Anaes, 2000, 56 pp.
56. Société francophone de médecine d'urgence 9ème conférence de consensus : agitation en urgence (Petit enfant excepté) 6 Décembre 2002, texte long.
57. Conférence de consensus Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médicosociaux, et obligation de soins et de sécurité 24 et 25 novembre 2004 Paris ; ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille) Texte des recommandations (version longue).
58. Mion LC1, Minnick A, Palmer R. Physical restraint use in the hospital setting: unresolved issues and directions for research. *Milbank Q.* 1996;74(3):411-33.
59. Guedj MJ, Raynaud P, Braitman A, Vanderschooten D. The practice of restraint in a psychiatric emergency unit. *L'Encéphale.* févr 2004;30(1):32-39.
60. Stewart D, Bowers L, Simpson A, Ryan C, Tziggili M. Manual restraint of adult psychiatric inpatients: a literature review. June 2009.
61. Steinert T, Lepping P, Bernhardsgrütter R, Conca A, Hatling T, Janssen W, et al. Incidence of seclusion and restraint in psychiatric hospitals: a literature review and survey of international trends. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* sept 2010;45(9):889-897.
62. Beghi M, Peroni F, Gabola P, Rossetti A, Cornaggia CM. Prevalence and risk factors for the use of restraint in psychiatry: a systematic review. *Riv Psichiatr.* févr 2013;48(1):10-22.
63. Di Lorenzo R¹, Baraldi S, Ferrara M, Mimmi S, Rigatelli M. Physical restraints in an Italian psychiatric ward: clinical reasons and staff organization problems. *Perspect Psychiatr Care.* 2012 Apr;48(2):95-107
64. Knutzen M, Bjørkly S, Eidhammer G, Lorentzen S, Helen Mjøsund N, Opjordsmoen S, et al. Mechanical and pharmacological restraints in acute psychiatric wards--why and how are they used? *Psychiatry Res.* 30 août 2013;209(1):91-97.
65. Hadi F1, Khosravi T2, Shariat SV3, Jalali Nadoushan AH. Predictors of physical restraint in a psychiatric emergency setting. *Med J Islam Repub Iran.* 2015 Nov 17;29:296. eCollection 2015.
66. Simpson SA1, Joesch JM2, West II2, Pasic J. Risk for physical restraint or seclusion in the psychiatric emergency service (PES). *Gen Hosp Psychiatry.* 2014 Jan-Feb;36(1):113-8. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2013.09.009. Epub 2013 Oct 1.

67. Wu WW. Psychosocial Correlates of Patients Being Physically Restrained within the First 7 Days in an Acute Psychiatric Admission Ward: Retrospective Case Record Review. *East Asian Arch Psychiatry*. 2015 Jun;25(2):47-57.
68. Knutzen M1, Sandvik L, Hauff E, Opjordsmoen S, Friis S. Association between patients' gender, age and immigrant background and use of restraint--a 2-year retrospective study at a department of emergency psychiatry. *Nord J Psychiatry*. 2007;61(3):201-6.
69. Knutzen M, Mjosund NH, Eidhammer G, Lorentzen S, Opjordsmoen S, Sandvik L, et al. Characteristics of psychiatric inpatients who experienced restraint and those who did not: a case-control study. *Psychiatr Serv Wash DC*. mai 2011;62(5):492-497.
70. Todd RL. The prediction of the intervention usage of restraint and seclusion within an inpatient adolescent male and female psychiatric facility due to extreme agitation and / or aggression [thesis]. Chicago: Adler School of Professional Psychology; 2004.
71. Beck NC, Durrett C, Stinson J, Coleman J, Stuve P, Menditto A. Trajectories of seclusion and restraint use at a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv* 2008
72. Bennewith O, Amos T, Lewis G, Katsakou C, Wykes T, Morriss R, et al. Ethnicity and coercion among involuntarily detained psychiatric in-patients. *Br J Psychiatry* 2010;196:75-6
73. Wynn R. The Use of Physical Restraint in Norwegian Adult Psychiatric Hospitals. *Psychiatry J*. 2015;2015:347246. doi: 10.1155/2015/347246. Epub 2015 Nov 23.
74. Husum TL1, Bjørngaard JH, Finset A, Ruud T. A cross-sectional prospective study of seclusion, restraint and involuntary medication in acute psychiatric wards: patient, staff and ward characteristics. *BMC Health Serv Res*. 2010 Apr 6;10:89.
75. Migon MN, Coutinho ES, Huf G, Adams CE, Cunha GM, Allen MH. Factors associated with the use of physical restraints for agitated patients in psychiatric emergency rooms. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 263-8.
76. Di Lorenzo R¹, Baraldi S, Ferrara M, Mimmi S, Rigatelli M. Physical restraints in an Italian psychiatric ward: clinical reasons and staff organization problems. *Perspect Psychiatr Care*. 2012 Apr;48(2):95-107
77. Wulff K, Gatti S, Wettstein JG, Foster RG. Sleep and circadian rhythm disruption in psychiatric and neurodegenerative disease. *Nat Rev Neurosci*. août 2010;11(8):589-599.
78. Wynn R. Staff's attitudes to the use of restraint and seclusion in a Norwegian university psychiatric hospital. *Nord J Psychiatry*. 2003;57(6):453-459.
79. Sandhu SK1, Mion LC, Khan RH, Ludwick R, Claridge J, Pile JC, Harrington M, Winchell J, Dietrich MS. Likelihood of ordering physical restraints: influence of physician characteristics. *J Am Geriatr Soc*. 2010 Jul;58(7):1272-8
80. Way BB1, Banks SM. Use of seclusion and restraint in public psychiatric hospitals: patient characteristics and facility effects. *Hosp Community Psychiatry*. 1990 Jan;41(1):75-81.
81. Nelstrop L, Chandler-Oatts J, Bingley W, Bleetman T, Corr F, Cronin-Davis J, et al. A systematic review of the safety and effectiveness of restraint and seclusion as interventions

- for the short-term management of violence in adult psychiatric inpatient settings and emergency departments. *Worldviews Evid-Based Nurs Sigma Theta Tau Int Honor Soc Nurs.* 2006;3(1):8-18.
82. Georgieva I, Mulder CL, Noorthoorn E. Reducing seclusion through involuntary medication: a randomized clinical trial. *Psychiatry Res.* 30 janv 2013;205(1-2):48-53.
83. Chuang YH, Huang HT: Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing* 16:486–494, 2007.
84. Bigwood S, Crowe M: 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International Journal of Mental Health Nursing* 17:215–222, 2008.
85. Gelkopf M, Roffe Z, Behrbalk P, Melamed Y, Werbluff N, Bleich A: Attitudes, opinions, behaviors, and emotions of the nursing staff toward patient restraint. *Issues in Mental Health Nursing* 30:758–763,2009.
86. Guivarch J, Cano N. [Use of restraint in psychiatry: Feelings of caregivers and ethical perspectives]. *L'Encéphale.* sept 2013;39(4):237-243.
87. .Mohr WK, Petti TA, Mohr BD. Adverse effects associated with physical restraint. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* juin 2003;48(5):330-337.
88. Rakhmatullina M, Taub A, Jacob T. Morbidity and mortality associated with the utilization of restraints : a review of literature. *Psychiatr Q.* déc 2013;84(4):499-512.
89. Hollins LP, Stubbs B: The shoulder: Taking the strain during restraint. *Journal of Psychiatric andMental Health Nursing* 18:177–184, 2011. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01670.x. Epub 22 Dec 2010.
90. Stubbs B, Alderman N: Physical interventions to manage patients with brain injury: An audit on its useand staff and patient injuries from the techniques. *Brain Injury* 22:691–696, 2008.
91. Strout TD: Perspectives on the experience of being physically restrained: An integrative review of thequalitative literature. *International Journal of Mental Health Nursing* 19:416–427, 2010. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x.
92. Chien WT, Chan CW, Lam LW, Kam CW. Psychiatric inpatients' perceptions of positive and negative aspects of physical restraint. *Patient Educ Couns.* 2005 Oct;59(1):80-6. Epub 2004 Nov 19
93. Frueh BC, Knapp RG, Cusack KJ, et al.: Patients' reports of traumatic or harmful experiences within psychiatric settings. *Psychiatric Services* 56:1123–1133, 2005.
94. De Letter EA, Vandekerkhove BN, Lambert WE, et al.: Hospital bed related fatalities: A review. *Medicine, Science and the Law* 48(1):37–50, 2008.
95. Berzlanovich AM, Schopfer J, Keil W: Deaths due to physical restraint. *Deutsches Arzteblatt Inter-national* 109(3):27–32, 2012. doi:10.3238/arztebl.2012.0027. Epub 20 Jan 2012.

96. Karger B, Fracasso T, Pfeiffer H: Fatalities related to medical restraint devices—asphyxia is a common finding. *Forensic Science International* 178(2–3):178–184, 2008. Epub 1 May 2008.
97. Hagg S, Jonsson AK, Spigset O: Risk of venous thromboembolism due to antipsychotic drug therapy. *Expert Opinion on Drug Safety* 8(5):537–547, 2009.
98. Paciullo CA: Evaluating the association between clozapine and venous thromboembolism. *American Journal of Health System Pharmacy* 65(19):1825–1829, 2008.
99. Dickson BC, Pollanen MS: Fatal thromboembolic disease: A risk in physically restrained psychiatric patients. *Journal of Forensic and Legal Medicine* 16(5):284–286, 2009. Epub 7 Feb 2009
100. Otahbachi M, Cevik C, Bagdure S, Nugent K Excited delirium, restraints, and unexpected death: A review of pathogenesis. *The American Journal of Forensic Medicine and Pathology* 31(2):107–112, 2010.
101. Van Rompaey B, Elseviers MM, Schuurmans MJ, Shortridge-Baggett LM, Truijten S, Bossaert L. Risk factors for delirium in intensive care patients: a prospective cohort study. *Crit Care Lond Engl.* 2009;13(3):R77.
102. Greenland P, Southwick WH. Hyperthermia associated with chlorpromazine and full-sheet restraint. *Am J Psychiatry.* oct 1978;135(10):1234-1235
103. Alshayeb H, Showkat A, Wall BM. Lactic acidosis in restrained cocaine intoxicated patients. *Tenn Med J Tenn Med Assoc.* déc 2010;103(10):37-39.
104. Engberg J, Castle NG, McCaffrey D: Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *Gerontologist* 48:442–452, 2008.
105. Castle NG: Mental health outcomes and physical restraint use in nursing homes {private}. *Administration and Policy in Mental Health* 33(6):696–704, 2006.
106. Johnson M. Violence and Restraint Reduction Efforts on Inpatient Psychiatric Units. *Issues in Mental Health Nursing*, 31:181–197, 2010
107. Noda T, Sugiyama N, Sato M, Ito H, Sailas E, Putkonen H, et al. Influence of patient characteristics on duration of seclusion/restraint in acute psychiatric settings in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* sept 2013;67(6):405-411.
108. Sangiorgio P, Sarlato C. Physical restraint in general hospital psychiatric units in the metropolitan area of Rome. *Int J Mental Health* 2008/9; 37: 3-16.
109. James D. Livingston, Simon Verdun-Jones, JSD, Johann Brink, MB, ChB, FC , FRCPC, Patrick Lussier, Tonia Nicholls, A narrative review of the effectiveness of aggression management training programs for psychiatric hospital staff. Feb 2009 1939-3938. 2009

Annexe 1 : Extrait de la 9^{ème} Conférence de consensus du 6 décembre 2002 par la Société Francophone de médecine d'urgence :

2-2 – Quelle méthode de contention doit être éventuellement adoptée ?

Chez l'adulte et l'adolescent

La contention consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit ou sur un brancard. Très peu d'articles de médecine d'urgence en France traitent de l'utilisation de la contention et de la chambre d'isolement. Aucune recommandation légale n'a permis de fixer le cadre de leur utilisation dans la situation particulière du service d'urgence s'adressant au patient présentant une agitation non psychiatrique.

Il n'y a pas de preuve de l'efficacité thérapeutique de la contention dans la littérature alors que des effets secondaires graves sont connus.

La contention serait pourtant utilisée dans 58 % des services d'urgence en France, et 30 % disposeraient d'une chambre d'isolement.

Objectifs :

L'utilisation de la contention doit permettre d'assurer la sécurité du patient et de l'entourage, et de prévenir la rupture thérapeutique. Son recours n'est justifié qu'après l'échec des autres mesures de prise en charge et cela doit être clairement consigné dans l'observation médicale du patient, en raison des problèmes médicolégaux possibles.

La contention physique devrait être une mesure d'exception et temporaire. Elle ne constitue pas en elle seule une mesure thérapeutique. Elle doit donc toujours être associée à une sédation médicamenteuse.

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.

Contre-indications non somatiques :

- 1) Utilisation à titre de punition.
- 2) Etat clinique ne nécessitant ces mesures.
- 3) Utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe ou pour son confort.
- 4) Utilisation uniquement liée au manque de personnel.

Contre-indications somatiques :

Affections organiques non stabilisées (diagnostic, pronostic, incertains ou graves pouvant nécessiter des soins et une surveillance intense)

- Insuffisance cardiaque
- Etat infectieux
- Trouble de la thermorégulation
- Trouble métabolique
- Atteinte orthopédique
- Atteinte neurologique

Les modalités :

L'audit clinique de l'ANAES en 1998 concernant les chambres d'isolement en milieu psychiatrique a défini 23 critères permettant d'améliorer les conditions d'isolement des patients en milieu psychiatrique et de valider l'aspect thérapeutique de ce type de procédure.

Ils n'ont rien d'obligatoire pour l'instant mais semblent intéressants car certains sont suffisamment généraux pour être extrapolés et adaptés aux services d'urgence. Ils sont représentatifs de la qualité des soins et ont l'avantage de pouvoir être immédiatement adoptés par les équipes qui le souhaitent, l'agitation psychiatrique représentant le deuxième motif étiologique dans les services d'urgence après l'ivresse aiguë.

- L'utilisation de la contention doit faire l'objet de protocoles pré-établis et cependant adaptés au patient traité. (cf Annexe I)
- Se faire sur prescription médicale écrite, horodatée et quasiment en temps réel, avec identification du prescripteur.
- Réalisation pratique de la contention :

Le patient agité est saisi par quatre soignants (un par membre empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse), sur ordre du cinquième soignant (le coordonnateur) qui saisit la tête dès que possible, la maintenant sur le côté, ce qui évite les morsures et que le regard du patient croise celui des soignants qui l'attachent. Il est couché sur le dos, sur un brancard, chaque membre étant maintenu par une attache, la ceinture ventrale bouclée, puis les attaches verrouillées.

Le patient est partiellement déshabillé et couvert d'un drap, ce qui permet de préserver sa dignité. Il est fouillé pour supprimer tout objet potentiellement dangereux et sa ceinture de pantalon est retirée. Puis la tête du brancard est surélevée pour éviter les risques d'inhalation.

- Sédation médicamenteuse et poursuite de l'information du patient sur le déroulement de la prise en charge actuellement nécessaire.

En attendant l'efficacité de la sédation médicamenteuse, les pieds du patient sont surélevés à leur tour, afin de diminuer l'amplitude des mouvements et le brancard est coincé dans l'angle d'une pièce. Dans l'hypothèse d'un lit fixé au sol au milieu d'une pièce sécurisée, le patient et ses attaches sont glissés du brancard sur le lit.

Chez le patient âgé, la ceinture ventrale verrouillée, et une main attachée verrouillée peuvent suffire.

- Prescription d'une programmation de soins et de surveillance intensive en raison des risques majeurs de complications somatiques.

- Vérification de la sécurité du patient :

Les attaches sont bien fixées et verrouillées (s'assurer régulièrement qu'elles ne sont pas sur les articulations, ni trop serrées ni trop lâches), le brancard est bien fixé, ne risque pas de basculer.

- Accompagnement du patient :

Pas de rupture dans la prise en charge relationnelle.

La réévaluation de l'état clinique périodique doit permettre de lever partiellement, puis complètement au plus tôt cette contention. La surveillance est détaillée dans la question n°3. La contention s'intègre dans une démarche de soins et doit donc bénéficier d'une traçabilité dans le dossier du patient (cf. Annexe III).

Les risques :

La décision et la prescription d'une contention nécessitent une étroite collaboration entre médecin et soignants pour concevoir le traitement dans ses différentes dimensions et assurer la gestion des risques :

-risques concernant le patient : atteinte physique, psychologique, à la liberté d'aller et de venir, prolongation inutile de la contention.

-risques concernant les soignants : atteinte physique, psychologique, risques médicaux légaux.

Chez le grand enfant

Comme pour l'ensemble des soins, une autorisation doit être accordée par les représentants légaux du mineur.

Le recours à la contention est exceptionnel.

2-3 – Quelles en sont les implications éthiques et juridiques

L'utilisation en urgence au service d'accueil des mesures de contention représente un processus de soins justifiés par une situation clinique initiale se prolongeant jusqu'à l'obtention d'un résultat clinique. Elle ne doit être maintenue que quelques heures quitte à modifier ensuite les modalités d'hospitalisation (HDT ou HO) si ces mesures devaient se prolonger.

Le praticien des urgences est très souvent appelé à agir vite mais doit se soucier en permanence des cadres juridiques, déontologiques afin de ne pas se situer hors de leurs champs d'application. Il faut penser protection des patients, sécurité de l'entourage, soins et légalité.

Si un conflit devait naître entre l'aspect légal et médical d'une situation, s'il fallait choisir entre deux accusations - non assistance ou séquestration - il paraîtrait que le choix serait guidé par la protection des individus et le respect des règles de notre profession plus que par celui de la loi du 27 juin 1990 relative à la protection de la personne saine contre l'arbitraire.

Quelques références juridiques pouvant avoir des implications dans la mise en œuvre de la contention, sa surveillance et la protection du patient et des soignants sont citées en annexe II.

2-4 – Quel traitement médicamenteux doit être entrepris ?

Objectifs thérapeutiques

- Permettre un examen clinique
- Réduire l'agitation, l'anxiété et le défaut de contrôle des pulsions à un niveau permettant de restaurer rapidement la sécurité de l'environnement des soins, en évitant une sédation trop profonde qui nuirait à l'alliance thérapeutique ultérieure.
- Limiter la durée de la contention physique. Lorsqu'il est impossible d'obtenir des informations fiables et de pratiquer un examen clinique complet chez un patient agité, le médecin urgentiste est confronté à une incertitude diagnostique rendant le risque iatrogène important lors de l'administration d'un médicament sédatif. La sédation pharmacologique du patient agité représente donc un risque dont le prescripteur doit bien avoir conscience, qui peut avoir également des implications médico-légales lourdes en l'absence de consentement.

Choix de la molécule

e la molécule La revue de la littérature ne permet pas de répondre de façon univoque à la question du choix de la molécule pour la prise en charge du patient agité au service d'urgence.

La connaissance des propriétés pharmacologiques doit faire opter pour une molécule

qui répond aux critères suivants :

- Titrable
- Demi-vie d'élimination courte
- Offrant des voies d'administration différentes
- Des effets secondaires réduits
- Anticonvulsivante
- Antagonisable

Chez l'adulte et l'enfant de plus de 15 ans :

*Les benzodiazépines type midazolam ou lorazepam qui répondent à ces critères sont la classe pharmacologique pour laquelle le rapport bénéfice/ risque est le meilleur.

*L'utilisation de neuroleptiques atypiques type loxapine, risperidone, olanzapine ziprasidone semble avoir une sécurité d'emploi suffisante, avec des effets secondaires moindres pour cette classe, mais le niveau de preuves est faible. Certains d'entre eux ont des formes galéniques permettant une sécurisation de la prise orale (impossibilité à recracher).

*La place de l'association benzodiazépine-neuroleptique ne peut être précisée. Elle diminue les effets secondaires des neuroleptiques, mais le risque iatrogène est accru par augmentation des effets combinés inconstamment prédictibles.

En pratique il est souhaitable d'utiliser un nombre restreint de molécules que l'on maîtrise bien dans le service en évitant des associations complexes, et en privilégiant la voie d'administration orale.

Chez l'enfant de moins de 15 ans :

*Les benzodiazépines type midazolam, diazépam ou clonazepam sont couramment utilisées dans leurs diverses voies d'administration, dose rapportée au poids sans limitation d'AMM pour l'âge.

Seul, le clonazepam à des doses de 1 à 2 mg par jour a montré sa supériorité sur le placebo dans le trouble panique de l'adolescent, dans une étude en double aveugle. L'usage des anxiolytiques et hypnotiques benzodiazépiniques comme non-benzodiazépiniques est donc peu documenté dans ces indications, quoi qu'il apparaisse répandu, il repose sur des bases empiriques.

*Les neuroleptiques sédatifs, la cyamémazine (Tercian®) et le lévopromazine (Nozinan®) peuvent être utilisés per os ou par voie intramusculaire.

La voie d'administration

Si le patient est coopérant :

La voie d'administration orale doit toujours être privilégiée (benzodiazépines et neuroleptiques absorbés en 30 à 60 min.) permet au patient de jouer un rôle actif dans sa prise en charge thérapeutique. Administration sublinguale en fonction des formes existantes.

Si le patient n'est pas coopérant :

Administration parentérale :

-la voie intraveineuse assure la meilleure disponibilité, a un effet rapide et possibilité de titration, cependant : rarement praticable en cas de grande agitation, risques d'effets secondaires plus importants

-la voie intramusculaire a un effet rapide, mais les injections sont douloureuses, la résorption est aléatoire, en particulier en cas d'altération hémodynamique.

-la voie intranasale, non testée chez l'enfant, utilisant le midazolam semble plus séduisante mais reste à évaluer.

Effets indésirables des médicaments :

Les benzodiazépines :

Il existe un risque de dépression respiratoire : possible quelques minutes après une injection intraveineuse, surtout chez les sujets âgés, BPCO, en cas de surdosage ou d'utilisation de benzodiazépines de durée de vie longue ou d'association médicamenteuse.

Le corollaire est donc le risque d'inhalation bronchique pouvant survenir dans les 2 heures après l'administration que l'on peut réduire en « titrant » l'administration, .

-Hypotension orthostatique : surtout chez les sujets âgés (en cas d'association à d'autres médicaments, neuroleptiques par exemple) et les enfants (à ne pas confondre avec une réponse incomplète au traitement).

Les neuroleptiques :

Les effets secondaires liés à cette classe sont : les effets extrapyramidaux, anticholinergiques, les troubles du rythme, le syndrome malin, le risque convulsif, des troubles hématologiques et les risques de mort subite. La littérature ne permet pas d'apprécier précisément leur fréquence de survenue. Les neuroleptiques atypiques comme la Loxapine ont une meilleure sécurité d'emploi en l'absence d'effet cardio-vasculaire majeur.

Aucun cependant n'assure une totale sécurité d'utilisation.

Chez l'enfant non pubère, la médiocre tolérance des neuroleptiques est la principale raison de la recherche d'alternative à leur prescription. Les effets indésirables sont variables selon le produit et la susceptibilité individuelle, les effets neuro-végétatifs et neurologiques sont les plus fréquents.

Surveillance du traitement

Après l'administration d'un traitement, une surveillance rapprochée est à définir en fonction du type d'agitation et du traitement mis en œuvre. Il doit comporter les paramètres vitaux habituels (température, conscience, pression artérielle, fréquence respiratoire et cardiaque,) doit pouvoir prévenir ou traiter rapidement la survenue de complications.

2-5 – Indications des différentes thérapeutiques

[...]

***La prise en charge relationnelle**

Doit toujours être tentée si le patient peut maîtriser ses pulsions que l'origine de l'agitation soit psychiatrique ou toxique(alcool par exemple)

C'est une obligation médicale puisque qu'elle désamorce dans un nombre de cas importants l'agressivité, mais aussi médico-légale puisque l'utilisation d'une contention chimique ou physique ne peut se justifier qu'après échec de l'approche en charge relationnelle.

Chez le grand enfant en dehors des étiologies somatiques superposables à celles de l'adulte, la prise en charge relationnelle peut contenir la situation de crise et d'agitation.

Peut être associée à une sédation médicamenteuse si possible per os.

*Les mesures de contention

S'adressent au patient dangereux pour lui-même ou son entourage, ayant perdu le contrôle, mesure adjuvante, jamais isolé, le temps d'obtenir une sédation médicamenteuse efficace.

***Le traitement médicamenteux**

Aucune étude de niveau de preuve élevé ne permet la comparaison de molécules entre elles et en fonction des situations cliniques autres que psychiatriques. Il est donc difficile de mettre en évidence des effets secondaires (faible échantillon) et de prouver l'efficacité supérieure d'un schéma thérapeutique

Agitation dont l'étiologie est organique

Le traitement doit être prioritairement étiologique quand la cause est somatique et qu'il existe un traitement curatif (hypoglycémie, agitation de la phase post-critique comitiale, intoxication à l'oxyde de carbone)

⇒ Lors d'un sevrage éthylique accompagné de délirium tremens, la conférence de consensus

de 1999 de la Société Française d'Alcoologie recommande en première intention le diazépam à dose de charge en intraveineux (10 mg/h), le flunitrazépam et loxazépam étant également validés dans cette indication.

⇒ Lors de l'ivresse alcoolique, la conférence de consensus de la SFMU de 1992 recommande le clorzélate à la dose de 50 à 100 mg per os ou 10 mg/min en titration par voie intraveineuse jusqu'à l'obtention d'un début de sédation.

En dehors de ces deux situations cliniques, le niveau de preuves scientifiques et médicales est très faible. Il subsiste donc beaucoup d'interrogations et des attitudes parfois contradictoires sur la conduite à tenir.

⇒ Lors d'une intoxication aiguë à la cocaïne, la prescription de benzodiazépines est également documentée.

⇒Lors d'intoxication de stimulants (amphétamine, kétamine, phencyclidine) , les neuroleptiques sont déconseillés enraison du risque d'hyperthermie. .

Agitation dont l'étiologie est psychiatrique :

⇒états d'agitation au cours des démences : risperidone ou autre anti-psychotiques.

⇒agitation chez patient porteur d'un trouble bipolaire : anti-psychotique (loxapine) et ou BZD(lorazépam)

⇒agitation du sujet âgé : les anti-psychotiques sont indiqués en première intention (rispéridone et loxapine)

Nécessité chez l'enfant de moins de 15 ans et le sujet âgé d'adapter les doses au poids, à l'état d'hydratation et la fonction rénale. En l'absence d'efficacité sédatrice du traitement médical, une étiologie notamment somatique doit être recherchée.

2-6 – Quel doit être le choix thérapeutique initial lorsque l'agitation empêche toute approche diagnostique ?

La thérapeutique médicamenteuse qui semble la plus sûre en cas d'incertitude diagnostique est l'administration de benzodiazépines, cependant peu efficace dans les agitations purement psychiatriques.

Devant une agitation dont l'étiologie psychiatrique ou somatique ne peut être précisée, la Loxapine semble faire l'unanimité des professionnels médicaux en France, associée à une benzodiazépine (midazolam par voie intranasale ou Rivotril utilisé dans la même seringue que le neuroleptique par exemple).

Une contention physique est souvent nécessaire le temps de l'injection médicamenteuse et dans l'attente de l'efficacité du traitement.
--

Chez l'enfant de moins de 15 ans, le médecin doit prendre en compte l'AMM, ce qui conduit à choisir un neuroleptique classique. Des études contrôlées permettraient d'élargir les indications des neuroleptiques atypiques.

Lorsqu'il est impossible d'approcher le patient, les forces de l'ordre en accord avec l'administrateur de garde peuvent être sollicitées par le médecin ou le cadre infirmier sur la base d'un protocole élaboré entre l'établissement hospitalier et la police (recommandation de la Circulaire Ministérielle du 15.02.2000). 20

QUESTION3-COMMENT LE PATIENT DOIT-IL ETRE SURVEILLE ET DANS QUELLE STRUCTURE DOIT-IL ETRE ADMIS OU TRANSFERE ?

[...]

3-1 – Comment le patient doit-il être surveillé

Chez le patient dont l'agitation a été contrôlée par une approche relationnelle, les modalités de surveillance doivent être établies après que les examens cliniques et paracliniques (biologie, imagerie) aient été effectués. La surveillance s'effectue alors par l'équipe soignante, le patient étant mis au calme, dans une pièce, à l'écart des autres malades.

La porte de la pièce reste entrouverte permettant néanmoins une observation aisée et fréquente. Une surveillance clinique doit être instituée toutes les 15 minutes environ.

En cas d'intoxication médicamenteuse associée, la surveillance clinique et paraclinique est du ressort du service des urgences. Le patient doit être dirigé vers un service de réanimation si une atteinte significative des fonctions ventilatoires, métaboliques ou hémodynamiques est mise en évidence. Si le patient a reçu une sédation susceptible de compromettre la fonction ventilatoire, il doit également être transféré en milieu de soins intensifs. Les modalités de surveillance dépendent de la nature des anomalies cliniques observées. Elle consiste au minimum en une surveillance « continue » des signes vitaux (pression artérielle, fréquence cardiaque et respiratoire, oxymétrie de pouls, monitoring cardiaque et score de Glasgow). Enfin, toute anomalie clinique ou biologique associée à l'intoxication doit être suivie attentivement.

Lors de la surveillance du patient sous contention dans un service d'urgence, l'objectif des membres de l'équipe soignante (médecin, infirmiers, aides-soignants, brancardiers) est d'assurer une qualité de soins en respectant l'intégrité physique et morale du patient. Le patient sous contention est un patient à risque, dépendant de l'entourage. Il ne doit en aucun cas être isolé et/ou enfermé. La surveillance d'un patient sous contention est spécifique (surveillance des sangles, hydratation, nourriture, besoins naturels).

Le recours à la contention physique implique systématiquement l'ouverture d'une fiche de surveillance de mise en contention (Annexe III). Elle permet de répertorier différents éléments dont le déroulement de la mise en contention (difficultés de pose, état cutané avant la mise sous contention, l'évolution clinique du patient).

Les soignants doivent assurer :

- les soins de base : hygiène et confort répondant aux besoins fondamentaux.
- la surveillance clinique : prise régulière des paramètres vitaux.
- la vérification des sangles et de l'état cutané tous les quarts d'heure, en surveillant l'apparition d'un effet garrot, le patient ne doit pas pouvoir se détacher.
- Les horaires du début et de la levée de la contention doivent être relevés

La relation verbale avec le patient est maintenue au cours de l'installation de la contention. Il est important de lui expliquer la finalité du recours à la contention, lui donner des repères temporo-spatiaux, et d'évaluer son comportement.

La sédation obligatoire et immédiate de ces patients impose également une surveillance étroite dont les critères sont répertoriés sur une fiche de surveillance. Les médicaments, la posologie, la fréquence d'administration doivent apparaître.

Le relevé des paramètres vitaux : pression artérielle, pouls, température, saturation en oxygène, fréquence respiratoire, score de Glasgow, est effectué toutes les demi-heures au minimum et doit apparaître dans la fiche de surveillance. Les fiches de surveillance de contention et de sédation font partie du dossier médical.

Un examen clinique à la recherche d'éventuelles complications s'effectue au terme de la surveillance hospitalière et précède la sortie du patient.

3-2 – Dans quelles structures les soins initiaux doivent-ils être délivrés ?

Accueil du patient agité non violent

Le service d'urgence hospitalier est la structure adaptée pour l'accueil du patient agité : (1) lorsqu'il existe un doute sur la nature organique de l'agitation, (2) en l'absence d'un diagnostic précis, (3) devant la constatation d'un traitement inefficace, (4) lorsque la sécurité du patient ou de ses proches n'est plus assurée. Ainsi, l'admission directe en secteur psychiatrique doit rester l'exception et ne se concevoir que lorsqu'il existe la certitude que toute organicité est écartée. Le diagnostic psychiatrique pur apparaît dès lors comme un diagnostic d'exclusion. La structure de soins initiaux doit permettre de réaliser un examen clinique et les examens biologiques et d'imagerie de première intention, dans cette optique un SAU doit être choisi préférentiellement.

Chez la personne âgée, l'agitation est traitée dans la majorité des cas à domicile ou en institution. Le recours à un service d'urgence doit être demandé s'il existe une nécessité d'examens complémentaires, une menace évolutive à court terme pour la personne âgée et/ou son entourage ou une situation « non-gérable » par l'entourage. Ce recours ne doit pas être confondu avec une demande de placement.

Accueil du patient violent

La reconnaissance d'éléments prédictifs de violence doit permettre d'adapter l'accueil du patient et les soins initiaux. En particulier, le service des urgences doit être en mesure de fournir un espace calme où le patient agité violent peut être mis à l'écart et ainsi prévenir l'effet de foule. La chambre calme doit avoir un accès ouvert et se situer à proximité d'un poste de soins. La porte de la chambre doit être maintenue entrouverte de manière à réduire l'impression subjective de piège. Le personnel doit être présent à proximité, prêt à intervenir.

Cette pièce ne doit pas être encombrée de fournitures ou d'objets divers.

Lorsque l'agitation violente constitue le principal motif de recours, l'organisation du service doit s'adapter à sa prise en charge immédiate. Ce type d'accueil aux urgences doit faire l'objet d'un protocole préétabli et connu de tout le personnel afin de minimiser les passages à l'acte violent envers le personnel soignant ou le malade lui-même. Des locaux adaptés sont donc nécessaires avec, si possible, l'existence d'une chambre d'isolement. Une personne préposée à sa surveillance doit être désignée. La nécessité d'une chambre d'isolement est cependant controversée. L'accueil doit être organisé pour assurer la sécurité des personnels soignants et du patient. Le circuit du patient violent doit être défini à l'avance, le personnel doit être en nombre suffisant (5 personnes) et formé. Un coordinateur doit être désigné tout au long de la prise en charge du patient. Tout doit être fait pour raccourcir le délai de prise de décision

médicale (soins, orientation...). Un personnel de sécurité entraîné et des dispositifs techniques constituent les bases d'un service d'urgence sécurisé. Les trois mesures les plus souvent citées sont le bouton d'alarme, le blocage de l'accès des salles de soins aux accompagnants, ainsi qu'un système de surveillance par caméras aux entrées et sorties du service. Cependant, l'impact réel de ces systèmes sur l'incidence des agressions dans un service d'urgences est discuté, une étude rétrospective n'ayant pas montré de diminution de l'incidence de ces agressions après l'installation de ce type de dispositifs. Il est également recommandé de faire appel à du personnel de sécurité sur place, présent 24 heures sur 24 ou bien rapidement disponible. Une enquête a montré que l'intervention d'un service de sécurité a été nécessaire dans 47 % des accueils de patients agités agressifs.

Le recours aux forces de l'ordre peut être envisagé, mais il nécessite un délai d'intervention non négligeable. Les modalités de ce recours doivent faire l'objet d'un protocole établi au préalable avec les forces de l'ordre. Un patient amené par les forces de l'ordre peut être orienté vers un local spécifique dans un premier temps.

La sécurité des personnels hospitaliers est une obligation statutaire de tout établissement hospitalier. Un plan de prévention doit être établi pour assurer la sécurité des personnes et des murs. Des moyens préventifs doivent être mis en œuvre : dispositifs techniques, symbolique de la tenue vestimentaire et existence de badges, présence d'un agent d'accueil et de sortie (renseignements des familles, orientation des patients), présence de l'IAO (accueil, écoute, orientation médicale), service d'un médiateur désigné (gestion de l'attente des patients et des familles, lien entre les familles et les unités de soins des urgences).

Contention mécanique en psychiatrie générale

Il existe plusieurs types de contentions, dont les contentions physique et mécanique.

Contention physique (manuelle) : maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique.

Contention mécanique : utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.

La contention mécanique est une mesure d'exception, limitée dans le temps, sur décision d'un psychiatre, conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, dans le cadre d'une démarche thérapeutique, après concertation pluriprofessionnelle, qui impose la prescription d'une surveillance et d'un accompagnement intensifs.

L'utilisation d'une mesure de contention mécanique représente un processus complexe, de dernier recours, justifié par une situation clinique.

Le processus comprend lui-même de nombreux éléments, décision, accompagnement du patient, délivrance de soins, surveillance... réalisés par les différents professionnels d'une équipe de soins, selon leurs champs de compétence et de responsabilité.

Seule la contention mécanique est abordée dans cette recommandation de bonne pratique.

MESSAGES CLÉS

La contention est indiquée exceptionnellement en dernier recours, pour une durée limitée et strictement nécessaire, après une évaluation du patient, et uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement.

La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement. Ne peuvent être isolés que les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.

La mise sous contention mécanique est réalisée sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement.

Un entretien et un examen médical sont réalisés au moment de la mise sous contention mécanique.

Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient.

À l'initiation de la mesure, l'indication est limitée à 6 heures. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 6 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures. Les contentions mécaniques de plus de 24 heures doivent être exceptionnelles.

Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.

Il est indispensable, au moment de la mise en place de la contention mécanique, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de la mise sous contention et les critères permettant sa levée.

La mise en place d'une mesure de contention mécanique doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.

La contention mécanique doit être faite dans un espace d'isolement prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural. Il doit respecter l'intimité du patient et permettre le repos et l'apaisement.

La contention mécanique doit être levée, sur décision médicale, dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié.

Après la levée de la contention mécanique, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe. Cela donne lieu à une analyse clinique tracée dans le dossier du patient.

À l'issue d'une mesure de contention mécanique, un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle doit avoir lieu.

Chaque mesure de contention mécanique doit être enregistrée dans un registre en préservant l'anonymat du patient. Ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant surveillé le patient.

INDICATIONS

Prévention d'une violence imminente du patient ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui.

Uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.

Exceptionnellement, en dernier recours, pour une durée limitée et strictement nécessaire, après une évaluation du patient, et uniquement dans le cadre d'une mesure d'isolement.

Mesure pleinement justifiée par des arguments cliniques.

CONTRE-INDICATIONS

Jamais pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination.

En aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels.

État clinique ne nécessitant pas une contention.

Réflexion bénéfices-risques à mener lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave.

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

La contention mécanique ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement. Ne peuvent être isolés que les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.

La mise sous contention mécanique est réalisée sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement. Dans ce dernier cas, la décision qui pourrait avoir été prise par l'équipe soignante doit être confirmée dans l'heure qui suit le début de la mesure, après un examen médical permettant de déterminer si la contention mécanique est justifiée, si elle doit être maintenue ou si elle doit être levée.

Un entretien et un examen médical sont réalisés au moment de la mise sous contention mécanique pour :évaluer l'état mental, émotionnel et physique du patient, avec une attention particulière à l'état cardiaque et respiratoire ;expliquer au patient les raisons de la mesure et les critères permettant sa levée ;expliquer la surveillance qui sera effectuée ;discuter, avec l'équipe soignante impliquée dans la mise en place de la mesure, des facteurs déclenchants de l'épisode, des mesures moins restrictives employées, des raisons cliniques de la contention mécanique et de l'évolution clinique du patient sous contention mécanique ;identifier et mettre en place les soins permettant d'accélérer la levée de la contention mécanique.

Le médecin est préférentiellement le psychiatre traitant du patient dans l'unité de soins. En cas de décision prise par un interne ou un médecin non psychiatre, et durant les périodes de garde, cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit. Cette confirmation peut se faire par téléphone en fonction des informations échangées. Cette confirmation doit être tracée dans le dossier du patient.

Une fiche particulière de prescription du suivi de la décision doit être présente dans le dossier du patient et comporte :l'identité du patient ;la date et l'heure de début et de fin de mise sous contention mécanique ;le nom de l'unité, les modalités d'hospitalisation ;le motif de la mise sous contention mécanique, les risques de violence imminente ou immédiate, non maîtrisable, envers autrui ou envers lui-même, clairement tracés ;des précisions sur ce qui a été vainement mis en œuvre préalablement afin de justifier que la mesure est bien prise en dernier recours ;la recherche de contre-indications à la contention mécanique ;les modalités de dispensation du traitement médicamenteux privilégiant une voie per os chaque fois que possible, en situation d'urgence, en complétant la fiche de traitement ;les modalités de surveillance adaptées à l'évaluation des risques somatiques et psychiques ;les consignes devant permettre au patient de manger, de boire, d'aller aux toilettes ou de se laver clairement tracées.

Il convient de s'assurer que les patients bénéficient d'un accès à l'alimentation, à l'hydratation et à l'hygiène.

À l'initiation de la mesure, l'indication doit être limitée à 6 heures maximum. Si l'état de santé le nécessite, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées dans les 6 heures. En cas de prolongation, la décision et la fiche de prescription doivent être renouvelées toutes les 24 heures en concertation avec l'équipe soignante. L'équipe soignante réévalue l'état clinique et peut solliciter le psychiatre pour la levée de la mesure à tout moment. La mesure ne doit pas être maintenue plus longtemps que nécessaire. Les contentions mécaniques de plus de 24 heures doivent être exceptionnelles.

Le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures.

En aucun cas, le recours à une mesure de contention mécanique ne doit devenir un mode d'intervention systématique à l'endroit d'un patient qui a des comportements à risque. Chaque fois qu'un patient a un tel comportement, les professionnels habilités doivent s'interroger sur les causes sous-jacentes à ce comportement.

Toute mesure programmée de contention mécanique est à proscrire. La mesure « si besoin » ne peut s'appliquer.

LIEU DE MISE EN ŒUVRE

La contention mécanique est associée à une mise en isolement. Elle ne peut avoir lieu que dans un espace dédié avec des équipements spécifiques. La contention mécanique ne peut se faire qu'en position allongée.

LES EXCEPTIONS

Dans le cadre de troubles psychiatriques gravissimes de longue évolution avec des conduites auto-agressives ou de mutilations répétées et dans un but de préservation de l'intégrité physique du patient, il peut être possible d'avoir recours à des moyens de contention mécanique ambulatoire tels que des vêtements de contention.

Cette contention n'est pas nécessairement associée à l'isolement et s'inscrit dans un plan de soins spécifique établi par le psychiatre traitant du patient, en dehors du cadre de l'urgence.

Le recours à cette pratique doit faire l'objet d'une évaluation clinique régulière.

Ces mesures doivent être recensées au niveau du service afin de renforcer la réflexion sur l'organisation des soins.

SURVEILLANCE

Chaque examen ou surveillance doit être consigné dans le dossier du patient où une fiche peut être identifiée stipulant le nom du soignant, la date et l'heure ainsi que les examens ou surveillances effectués. Il s'agit notamment :

- des observations et soins effectués lors des surveillances ;
- des examens médicaux pratiqués ;
- des aliments et boissons pris ;
- des soins personnels (hygiène, élimination) ;
- des traitements administrés ;
- des visites de l'équipe soignante et d'un relevé de l'état clinique.

Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par 24 heures afin :d'évaluer son état physique, notamment les risques de complication thromboembolique, ainsi que son état psychique et son comportement ;

- d'évaluer la nécessité de maintien de la mesure ;
- d'évaluer les effets des traitements médicamenteux ;
- de réévaluer le rythme et la nature des surveillances à effectuer.

L'équipe soignante peut demander à ce que les évaluations médicales soient effectuées plus fréquemment si elle note un changement en termes d'évolution permettant une levée de la contention mécanique ou une détérioration de l'état physique ou psychique du patient.

Le rythme de surveillance de l'état somatique et psychique par l'équipe soignante est précisé par le médecin et adapté en fonction des nécessités thérapeutiques et du (des) risque(s) présenté(s) par le patient. Il relève donc de son jugement clinique.

La surveillance de l'état psychique par l'équipe soignante se fait au moins toutes les heures et peut aller jusqu'à une surveillance continue.

La surveillance des paramètres physiologiques est assurée par l'équipe soignante (tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, palpation des mollets, etc.) en fonction de la prescription médicale.

Les sevrages sont pris en compte en proposant des traitements substitutifs, notamment pour le tabac.

La vérification des points d'attaches, de l'état cutané et des besoins physiologiques du patient relève du rôle propre infirmier.

Cette surveillance régulière du patient doit permettre de rétablir un contact, de travailler l'alliance, de prévenir les risques de complications somatiques. Elle est réalisée par au moins deux membres de l'équipe soignante : avec une attention particulière à l'état psychique du patient et aux signes d'aggravation de l'état somatique éventuels ; avec une attention particulière aux signes de défaillance cardiaque ou respiratoire ; en considérant l'état d'hydratation, d'alimentation, d'hygiène et les besoins d'élimination.

Tout incident doit être tracé dans le dossier du patient.

La prévention des maladies thromboemboliques doit être envisagée pour chaque patient en fonction de la balance bénéfices-risques, notamment par la prescription d'un traitement anticoagulant.

Une attention particulière est portée aux patients les plus à risque sur le plan somatique ou psychique, notamment : les patients extrêmement agités ; les patients intoxiqués par l'alcool ou des substances psychostimulantes ; les patients ayant des antécédents cardiaques ou respiratoires, une obésité morbide, des troubles neurologiques et/ou métaboliques ; les patients âgés ; les femmes enceintes ou en période de *post-partum* ; les patients victimes de sévices dans le passé.

INFORMATION DU PATIENT

Il est indispensable, au moment de la mise en place de la contention mécanique, de donner au patient des explications claires concernant les raisons de la mise sous contention et les critères permettant sa levée.

L'explication doit être donnée dans des termes compréhensibles par le patient et répétée, si nécessaire, pour faciliter la compréhension.

Il est nécessaire d'expliquer au patient ce qui va se passer durant la période de contention mécanique (surveillances, examens médicaux, traitement, toilettes, repas, boisson).

Dans la recherche d'une alliance thérapeutique avec le patient, sauf dispositions prévues par la législation (majeurs sous tutelle, mineurs) et dans le respect du code de déontologie, il est demandé au patient s'il souhaite prévenir sa personne de confiance ou un proche. Dans ce cas, les moyens les mieux adaptés à la délivrance de cette information doivent être recherchés.

SÉCURITÉ DU PATIENT ET DES SOIGNANTS – CONDITIONS DE LA CONTENTION MÉCANIQUE

La mise en place d'une mesure de contention mécanique doit être effectuée dans des conditions de sécurité suffisantes pour le patient et l'équipe de soins.

Les services doivent être dotés d'équipes soignantes adaptées aux besoins quotidiens en matière de prise en charge psychiatrique et de sécurité.

Un nombre suffisant de soignants doit être présent pour assurer de façon sûre et efficace la gestion de la situation de crise.

Dans les situations de grande tension, l'équipe doit pouvoir identifier le moment où le patient est encore accessible et disponible pour l'échange et le moment où il ne l'est plus. C'est le moment où l'équipe doit agir tout en maintenant une communication verbale.

Une partie de l'équipe se consacre à la situation de crise, une autre partie prend en charge et rassure les autres patients. Un professionnel doit prendre le leadership et coordonner la gestion des interventions.

Il faut essayer de circonscrire le plus rapidement possible un espace de prise en charge, séparé des autres patients, et respecter un positionnement des soignants, dans l'espace à proximité d'une sortie.

S'il n'est pas présent, le médecin de l'unité ou le médecin de garde est informé de la situation et sollicité pour intervenir le plus rapidement possible. S'il s'agit du médecin qui connaît le patient, il faut l'informer des facteurs repérés comme pouvant expliquer la situation de crise (frustration, prise de toxiques, exacerbation hallucinatoire...). S'il s'agit du médecin de garde, lui présenter succinctement le patient, l'existence de personnes ressources, les facteurs d'alliance possibles, etc.

Parallèlement, des renforts sont sollicités pour une intervention en soutien. Un professionnel de l'unité concernée accueille et informe l'équipe de renforts. L'intervention des renforts doit faire l'objet d'une procédure écrite qui précise la place des renforts dans une stratégie d'équipe et peut prévoir des réponses graduées.

Les équipes doivent être formées et entraînées à la prévention, à la gestion de la violence et aux techniques de désamorçage.

Les risques somatiques étant majorés en cas de contention mécanique, les équipements de réanimation, incluant un défibrillateur, de l'oxygène, du matériel de perfusion, d'aspiration et des médicaments de réanimation doivent être à proximité et rapidement disponibles.

L'équipe soignante doit être formée aux premiers secours, et les médecins, à l'utilisation du matériel de réanimation.

La mesure de contention mécanique doit respecter les droits des patients à la dignité et au respect de leur intégrité corporelle.

Le début et la fin de toute mesure de contention mécanique sont portés à la connaissance du praticien hospitalier d'astreinte, de l'interne et du cadre de garde.

RÉALISATION PRATIQUE DE LA CONTENTION MÉCANIQUE

La mesure de contention mécanique doit être faite dans un espace d'isolement prévu et dédié à cet effet afin de procurer un environnement soignant et sécurisé, notamment sur le plan architectural. Il doit respecter l'intimité du patient et permettre le repos et l'apaisement.

Le médecin présent participe à la mise sous contention mécanique.

Le patient est immobilisé par 4 soignants (un par membre, empaumant chacun le bras et l'avant-bras ou le mollet et la cuisse) et un 5^e soignant maintenant la tête. Lors de la mise sous contention mécanique, la tête du patient doit être protégée en s'assurant qu'il est toujours dans une position qui lui permet de respirer.

Dans la mesure du possible, un membre de l'équipe devrait superviser la mise sous contention mécanique pour s'assurer notamment :de la protection de la tête et du cou du patient ;des capacités respiratoires du patient ;des signes vitaux.

Dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer les soins psychiatriques sans consentement, qui en dispose, une équipe de sécurité spécifiquement formée peut soutenir les soignants pour la mise sous contention mécanique.

L'équipe soignante :s'assure que la contention manuelle, avant la mise sous contention mécanique, n'entrave pas la capacité du patient à respirer notamment en appliquant une pression sur la cage thoracique, le cou ou l'abdomen ou en obstruant la bouche ou le nez ;applique, lors de la contention manuelle, une force justifiée, appropriée, raisonnable, proportionnée à la situation et durant le temps le plus court possible ;s'assure que le patient sous contention peut tourner la tête sur le côté.

Le patient est couché sur le dos, sur un lit adapté, chaque membre est maintenu par une attache verrouillée. En fonction du niveau de contention requis par la situation clinique, une ceinture ventrale peut être mise en place. Le matériel de contention et les attaches doivent être adaptés au poids et à la stature du patient.

Ne jamais placer de serviette, sac, coussin sur le visage du patient, pendant ou après la mise sous contention.

Si possible, la tête du lit doit être surélevée pour limiter le risque d'inhalation.

Les objets dangereux doivent être mis à distance du patient (briquet, ceinture, objets tranchants, etc.).

Un dispositif d'appel fonctionnel relié aux soignants doit être accessible par le patient.

Si nécessaire, un traitement sédatif est administré d'emblée, autant que possible par voie orale.

La disponibilité de la chambre du patient sous contention et en isolement lui est assurée à tout moment dès l'amélioration de son état clinique.

La prise en charge du patient nécessite une surveillance physique et une interaction relationnelle qui ne peuvent être remplacées par un système de vidéosurveillance.

LEVÉE DE LA MESURE DE CONTENTION MÉCANIQUE

La contention mécanique doit être levée, sur décision médicale, dès que son maintien n'est plus cliniquement justifié.

L'équipe soignante peut à tout moment solliciter le médecin afin de lever la mesure.

La contention mécanique ne peut être maintenue pour des raisons organisationnelles ou institutionnelles, ni pour répondre à la rareté des professionnels.

La raison, l'heure et la date de la levée de la mesure de contention mécanique doivent être tracées dans le dossier du patient.

En fonction de la clinique, la levée de la mesure de contention mécanique n'est pas systématiquement associée à la levée de la mesure d'isolement.

ANALYSE À LA LEVÉE DE LA MESURE DE CONTENTION MÉCANIQUE AVEC LE PATIENT

Après la levée de la contention mécanique, il est proposé au patient de reprendre l'épisode avec les membres de l'équipe. Cela donne lieu à une analyse clinique tracée dans le dossier du patient.

Cette analyse doit permettre :de mobiliser ses aptitudes à l'autocontrôle et d'identifier, avec le patient, les interventions alternatives possibles lors d'épisodes ultérieurs et les facteurs qui peuvent être repérables rapidement pour réduire le risque de nouvel incident ;d'entendre et de noter les perceptions du patient sur l'épisode de contention mécanique et sa relation avec l'équipe soignante ;de s'assurer que ses droits et son intégrité physique et mentale ont été pris en compte pendant la durée de la mesure.

Dès que possible lorsque la mesure de contention est levée et si le patient est accessible, il est important de l'aider à comprendre les événements récents qu'il a vécus, lors d'un ou plusieurs entretiens qui ont plusieurs objectifs :soutenir et prendre en charge le patient après l'épisode ;fournir un soutien émotionnel au patient et valider son ressenti de l'événement : l'aider à

mettre des mots sur sa souffrance, son vécu aussi bien avant, pendant et après la crise ;renforcer le lien avec le patient ;informer le patient sur l'événement ;mieux comprendre, avec le patient, l'événement, pour prévenir sa récurrence ;aider le patient à comprendre, si cela lui est possible, les facteurs internes qui ont conduit à cette crise, et ses symptômes ;identifier des facteurs contextuels qui ont pu contribuer à la crise ;initier ou poursuivre un travail d'éducation thérapeutique visant la reconnaissance de signes avant-coureurs, l'identification des facteurs d'apaisement et des personnes ressources.

TEMPS DE REPRISE EN ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE

À l'issue d'une mesure de contention mécanique, un temps de reprise en équipe pluriprofessionnelle a lieu et consiste à :

- faire une première analyse avec une diversité de points de vue ;
- cerner la dimension clinique ;
- recontextualiser les comportements des patients ;
- faire une analyse de l'ensemble des facteurs. Faire la part entre ce qui revient à l'équipe, à l'institution et au patient ;
- identifier ce qui aurait pu être évité et/ou ce qui aurait permis une résolution sans violence
- permettre aux soignants d'exprimer leurs difficultés face à cette pratique vécue parfois avec culpabilité ;
- permettre aussi l'expression de la peur ou de la difficulté de prendre soin d'un patient qui a ou qui a eu un comportement violent ;
- faire un retour sur ce qui a conduit à la mesure de contention ; l'information sur la mesure de contention ainsi que sur la levée doit être faite en toute transparence à l'ensemble de l'équipe, notamment les membres présents le jour de l'événement ;
- permettre l'expression des difficultés éprouvées face à un contexte d'exigences contradictoires et de dissonance éthique ;réfléchir à des alternatives à la contention : retravailler en équipe la prévention, améliorer la contenance relationnelle à travers la disponibilité, le renforcement et la qualification de l'équipe soignante.

TEMPS DE REPRISE EN ÉQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE RECUEIL DES DONNÉES ET POLITIQUE D'ÉTABLISSEMENT

Un registre administratif doit être tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement, conformément à l'article 72 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

Pour chaque mesure de contention mécanique, ce registre préservant l'anonymat du patient mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant surveillé le patient.

Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSPP), au contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

À partir du recueil de données, les unités de soins, les services, les pôles et la commission médicale d'établissement (CME) développent une réflexion sur l'évolution du nombre de mesures de contention mécanique. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) est associée à ces travaux. L'établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement doit s'appuyer sur cette réflexion pour définir une politique visant à diminuer le recours à la contention mécanique. Cette politique doit s'appuyer sur une présence soignante pluriprofessionnelle dans les unités de soins, adaptée aux besoins d'une prise en charge basée sur la relation. Elle s'étaye, notamment pour les

nouveaux diplômés, sur un programme de formation à la clinique et à la psychopathologie ainsi que sur des formations à la prévention de la violence et à la désescalade. Les critères d'évaluation de cette politique doivent être définis (comprenant notamment : nombre de soignants formés à la désescalade, nombre d'évaluations des pratiques professionnelles [EPP], protocoles spécifiques, etc.).

L'établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement établi, tous les ans, un rapport rendant compte des pratiques de contention mécanique, de la politique définie pour en limiter le recours et de l'évaluation de sa mise en œuvre. La CME en fait un axe de sa politique qualité et sécurité des soins et un volet de son projet médical. Ce rapport doit être présenté pour avis au conseil de surveillance, à la commission des usagers (CDU).

Tout événement indésirable consécutif à une mesure de contention mécanique doit être déclaré et faire l'objet d'une reprise en équipe, et éventuellement de retour d'expérience en cas de gravité (cf. décret n° 2016-1606 du 25 novembre 2016 relatif à la déclaration des événements indésirables graves associés à des soins et aux structures régionales d'appui à la qualité des soins et à la sécurité des patients).

© Haute Autorité de Santé – 2017

Toutes les publications de la HAS sont disponibles sur www.has-sante.fr

Février 2017

Annexe 3 : Recueil de données

NOM (3 premières lettres) :	Prénom (initiale) :	Date :
-----------------------------	---------------------	--------

Afin de faciliter la saisie des questionnaires, merci de bien vouloir respecter les consignes de remplissage ci-dessous :

DONNEES GENERALES

Données socio-démographiques : En cas d'erreur, veuillez noircir complètement la case et recocher.

Sexe : F M

Age : 10-19 ans 20-29 ans 30-39 ans 40-49 ans 50-59 ans 60-69 ans 70-79 ans 80-89 ans 90-99 ans

Age :

Domicile:

Domicile Paris Ile de France hors Ile-de-France étranger SDF
 non connu

Conditions d'arrivée

Adressé par : lui-même famille amis ou entourage médecin libéral
 urgences d'un SAU service d'hospitalisation d'un hôpital général CPU-CPOA clinique
 service social police SAMU autre

Entourage présent à l'admission? oui non

Si entourage présent, qui? famille amis autre indéterminé

Affluence :

Antécédents psychiatriques

Le patient a-t-il des antécédents psychiatriques?
 oui non indéterminé

Si antécédents psychiatriques, lesquels?
 ambulatoire hospitalisation indéterminés

Prise de toxiques

Le patient a-t-il pris des toxiques?
 oui non

Si prise de toxiques, quels toxiques?
 alcool cannabis autres

CONTENTION

Nécessité de contention
 oui non

Jour de la contention
 lundi mardi mercredi jeudi vendredi samedi dimanche jour férié

Si nécessité de contention, délai entre arrivée du patient et contention
 déjà contenu <1h 1h-3h 3h-6h 6h-12h >12h

340

Page 1 / 4

Durée de la contention :

Durée de la contention

- <30 min <1h 1h-2h 2h-3h 3h-6h 6h-12h >12h

Horaire de la contention

- 8-12h 12-16h 16-20h 20-24h 00-8h

Horaire de levée de contention

- 8-12h 12-16h 16-20h 20-24h 00-8h

Motifs de la contention:

- Agitation/désorganisation/nécessité de diminuer les stimulations recues
 Auto-agressivité
 Hétéroagressivité/passage à l'acte violent
 refus de soins

Le patient a été contenu sur une même journée

- oui non

Affluence de la journée:

- < 15 patients 15-25 patients 25-35 patients > 35 patients

Statut du médecin responsable de la contention

- interne sénior

Sexe du médecin responsable

- F M

age de l'IDE en charge de la surveillance

- 20-29 ans 30-39 ans 40-49 ans 50-59 ans 60-69 ans

Sexe de l'IDE en charge de la surveillance

- F M

Elements altérant la communication?

Elements susceptibles d'altérer la communication (déficit intellectuel, troubles autistiques, barrière de la langue, déficit cognitif ou déficit sensoriel)?

- oui non

SEJOUR CPOA

Horaires :

Jour d'arrivée au CPOA

- lundi mardi mercredi jeudi
 vendredi samedi dimanche jour férié

Heure d'arrivée au CPOA : 8-12h 12-16h 16-20h 20-24h 00-8h

Durée du séjour au CPOA : <3h 3 à 6h 6 à 12h >12h

Motif de consultation :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. angoisse | <input type="checkbox"/> 2. troubles du sommeil | <input type="checkbox"/> 3. troubles alimentaires |
| <input type="checkbox"/> 4. plaintes somatiques | <input type="checkbox"/> 5. conduite suicidaire, autoagressivité | <input type="checkbox"/> 6. idéation dépressive |
| <input type="checkbox"/> 7. idées suicidaires | <input type="checkbox"/> 8. comportement hétéroagressif | <input type="checkbox"/> 9. agitation, excitation |
| <input type="checkbox"/> 10. idées délirantes, hallucination | <input type="checkbox"/> 11. claustration ou repli ou bizarreries | <input type="checkbox"/> 12. syndrome confusionnel |
| <input type="checkbox"/> 13. errance, fugue, voyage pathologique | <input type="checkbox"/> 14. mutisme | <input type="checkbox"/> 15. demande en rapport avec l'alcool |
| <input type="checkbox"/> 16. demande en rapport avec une toxicomanie | <input type="checkbox"/> 17. demandes de renseignements | <input type="checkbox"/> 18. demande administrative |
| <input type="checkbox"/> 19. demande d'allure social (hébergement, ...) | <input type="checkbox"/> 20. autre | |

Motif environnemental :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. conflit conjugal | <input type="checkbox"/> 2. conflit familial | <input type="checkbox"/> 3. changement familial |
| <input type="checkbox"/> 4. rupture sentimentale | <input type="checkbox"/> 5. difficultés professionnelles | <input type="checkbox"/> 6. rupture de logement |
| <input type="checkbox"/> 7. changement de traitement | <input type="checkbox"/> 8. rupture de soins | <input type="checkbox"/> 9. événement traumatique |
| <input type="checkbox"/> 10. autre événement de vie (nouvelle brutale, incorporation, grossesse, ...) | <input type="checkbox"/> 11. déclenchement ou aggravation d'une pathologie somatique | <input type="checkbox"/> 12. pas de motif environnemental retrouvé |
| <input type="checkbox"/> 13. autre | | |

Traitements

Le patient a-t-il reçu un traitement psychotrope durant son séjour?

- oui non indéterminé

Si traitement reçu, quand?

- avant la contention après la contention indéterminé

Voie d'administration du traitement psychotrope reçu

- orale injectable indéterminée

Hypothèses diagnostiques :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> F03. démence | <input type="checkbox"/> F06. troubles mentaux dus à une affection organique |
| <input type="checkbox"/> F10. troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool | <input type="checkbox"/> F19. troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives multiples |
| <input type="checkbox"/> F20. schizophrénie | <input type="checkbox"/> F22. troubles délirants persistants |
| <input type="checkbox"/> F23. troubles psychotiques aigus et transitoires | <input type="checkbox"/> F30. épisode maniaque |
| <input type="checkbox"/> F31. trouble affectif bipolaire | <input type="checkbox"/> F32. épisodes dépressifs |
| <input type="checkbox"/> F33. trouble dépressif récurrent | <input type="checkbox"/> F40. troubles anxieux phobiques |
| <input type="checkbox"/> F41. autres troubles anxieux | <input type="checkbox"/> F42. TOC |
| <input type="checkbox"/> F43. stress et troubles de l'adaptation | <input type="checkbox"/> F44. troubles dissociatifs (de conversion) |
| <input type="checkbox"/> F45. troubles somatoformes | <input type="checkbox"/> F50 à 59. syndromes comportementaux avec perturbations physiologiques et factures physiques |
| <input type="checkbox"/> F60. troubles spécifiques de la personnalité | <input type="checkbox"/> F79. retard mental, sans précision |
| <input type="checkbox"/> F84. troubles envahissants du développement (autisme, psychose infantile, ...) | <input type="checkbox"/> autres (CIM10) |
| <input type="checkbox"/> pas de diagnostic psychiatrique retenue | <input type="checkbox"/> maladie somatique |

Titre : Etude des facteurs cliniques, sociodémographiques et environnementaux chez les patients contenus: quel impact sur la durée de contention?

Résumé :

Si l'utilisation de la contention a évolué à travers les siècles, les questionnements qu'elle suscite restent entiers. Par ailleurs pendant longtemps a persisté un vide juridique alimentant sa légitimité. Très récemment a été promulguée une loi la concernant spécifiquement : la loi du 26 janvier 2016. C'est dans ce contexte que nous nous sommes particulièrement intéressés à cette pratique. Les études sur le sujet s'avère être quasi exclusivement centrées sur son indication, son efficacité ou bien encore à quel profil de patients la mesure est appliquée. C'est pourquoi ne souhaitant pas étudier sa légitimité mais plutôt la manière dont elle était mise œuvre, nous avons réalisé ce travail. Il s'agit d'une étude rétrospective de type cas-témoin, unicentrique réalisée au centre psychiatrique d'orientation et d'accueil à l'hôpital Sainte-Anne sur l'ensemble des patients ayant été contenus du 1^{er} juillet 2016 au 31 décembre inclus. Nous avons étudié les caractéristiques sociodémographiques (âge et sexe), environnementales (conditions d'arrivée , existence de facteurs déclenchant récents, affluence, sexe, âge et statuts des professionnels) et cliniques (motifs de consultation, prise de toxiques, antécédents et hypothèses diagnostiques) ainsi que la durée de contention des patients. Il en résulte des facteurs apparaissant significatifs (conditions d'arrivée, horaire et jours de contention pouvant refléter l'effectif des professionnels, existence d'éléments altérant la communication, la présence d'idées délirantes). Par ailleurs le manque de significativité de certains résultats pourrait s'expliquer par un manque de puissance du à la taille de notre échantillon.

Mots-clés :

Contention ; durée ; facteurs ; sociodémographiques ; clinique ; environnement ; urgences

Titre en anglais :

Study of clinical, sociodemographics and environmental characteristics through contained patients : wich impact on duration of mechanical restraints ?

Résumé en anglais :

If the use of mechanical restraint evolved through the centuries, the questionings which it causes remain whole. In addition, for a long time a gap in the law persisted feeding its legitimacy. Very recently a law was promulgated relating to it specifically: the law of January 26th, 2016. It is in this context that we are particularly interested in this practice. The studies on the subject prove to be quasi exclusively centered on its indication, its effectiveness or even to which profile of patients measurement is applied. This is why not wishing to study its legitimacy but rather the way in which it was done, we completed this work. It is about a retrospective study of type CAS-witness, unicentric, realized in the psychiatric center of orientation and reception at the hospital Saint-Anne in Paris, on the whole of the patients having been contained included from July 1st,2016 to December 31st,2016 . We studied the sociodemographic characteristics (age and sex), environmental characteristics (conditions of arrival, existence of recent triggering factors, multitude, sex, age and statues of the professionals) and clinical characteristics (reasons for consultation, toxic taking, antecedents and assumptions diagnostic) as well as the duration of mechanical restraint of these patients. It results from it factors appearing significant (conditions of arrival, schedule and days of application being able to reflect the manpower of the professionals, existence of elements deteriorating the communication, presence of delirious ideas). In addition, the lack of significativity of some results could be explained by the size of our sample.

Mots-clés en anglais :

Mechanical restraints ; Duration ; Emergencies ; Clinical factors ; environment factors ;demographic factors ;

Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75270 Paris cedex 06

