



HAL
open science

Contentions mécaniques aux urgences générales : profil-type du patient sous contentions et étude des pratiques actuelles

Apolline Ray

► To cite this version:

Apolline Ray. Contentions mécaniques aux urgences générales : profil-type du patient sous contentions et étude des pratiques actuelles. Sciences du Vivant [q-bio]. 2023. <dumas-04872929>

HAL Id: dumas-04872929

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04872929v1>

Submitted on 8 Jan 2025

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.



HAL Authorization



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Apolline RAY

**Contentions
mécaniques aux
urgences générales :
profil-type du patient
sous contentions et
étude des pratiques
actuelles.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 25 septembre 2023**

devant le jury composé de :

Paul-Georges REUTER

PUPH, Service des urgences adultes – SAMU 35
Hôpital Pontchaillou, CHRU Rennes
Président du jury

Florian NAUDET

PUPH, Service de Psychiatrie, Hôpital Pontchaillou, CHRU
Rennes
Examineur

Louis SOULAT

Professeur Associé, Chef de service SAMU 35-SMUR-CESU
35-URGENCES adultes Hôpital Pontchaillou, CHRU Rennes
Examineur

Jean GADOULLET

PHc, Service Psychiatrie, Hôpital Pontchaillou, CHRU Rennes
Examineur/ Directeur de thèse



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Apolline RAY

**Contentions
mécaniques aux
urgences générales :
profil-type du patient
sous contentions et
étude des pratiques
actuelles.**

**Thèse soutenue à Rennes
le 25 septembre 2023**

devant le jury composé de :

Paul-Georges REUTER

PUPH, Service des urgences adultes – SAMU 35
Hôpital Pontchaillou, CHRU Rennes
Président du jury

Florian NAUDET

PUPH, Service de Psychiatrie, Hôpital Pontchaillou, CHRU
Rennes
Examineur

Louis SOULAT

Professeur Associé, Chef de service SAMU 35-SMUR-CESU
35-URGENCES adultes Hôpital Pontchaillou, CHRU Rennes
Examineur

Jean GADOULLET

PHc, Service Psychiatrie, Hôpital Pontchaillou, CHRU Rennes
Examineur/ Directeur de thèse

Professeurs des universités 2022 (01/09/2022)

Nom Prénom	GRADE	Sous-section de CNU
ADELINÉ-DUFLOT Florence	Professeur associé	Médecine générale
AMÉ Patricia	PU-PH	Immunologie
ANNE-GALIBERT Marie Dominique	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	PU-PH	Histologie, embryologie, et cytogénétique Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BELLISSANT Eric	PU-PH	Anesthésiologie- réanimation et médecine péri-opératoire
BELOEIL Hélène	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
BENDAVID Claude	PU-PH	Urologie
BENSALAH Karim	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BERTHEUIL Nicolas	PU-PH	Pédiatrie
BEUCHEE Alain	PU-PH	Médecine physique et de réadaptation
BONAN Isabelle	PU-PH	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
BONNET Fabrice	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BOUDJEMA Karim	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BOUGUEN Guillaume	PU-PH	Médecine légale et droit de la santé
BOUVET Renaud	Professeur associé	Physiologie
BROCHARD Charlène	PU-PH	Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière
CATTOIR Vincent	PU-PH	Immunologie
COGNÉ Michel	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CORBINEAU Hervé	PU-PH	

CORNIOLA Marco	Professeur associé	Neurochirurgie
CUGGIA Marc	PU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DE CREVOISIER Renaud	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
DE TAYRAC Marie	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DECAUX Olivier	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; addictologie
DESRUES Benoît	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
DONAL Erwan	PU-PH	Cardiologie
DRAPIER Dominique	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
DUPUY Alain	PU-PH	Dermato-vénéréologie
ECOFFEY Claude	PU-PH en surnombre	Anesthésiologie- réanimation et médecine péri-opératoire
EDELIN Julien	PU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
EVAIN Sarah	Professeur associé	Neurologie
FERRE Jean Christophe	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
FEST Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
FILLATRE Pierre	Professeur associé	Médecine intensive- réanimation
FLECHER Erwan	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GANDEMER Virginie	PU-PH	Pédiatrie
GANDON Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GANGNEUX Jean-Pierre	PU-PH	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
GARLANTEZEC Ronan	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GAUVRIT Jean-Yves	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
GODEY Benoît	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	PU-PH	Rhumatologie

HEAUTOT Jean-François	Professeur associé	Radiologie et imagerie médicale
HOUOT Roch	PU-PH	Hématologie ; transfusion
JAILLARD Sylvie	PU-PH	Histologie, embryologie, et cytogénétique
JEGOUX Franck	PU-PH	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	PU-PH	Pneumologie ; addictologie
KALADJI Adrien	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
KAYAL Samer	PU-PH	Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière
LA COMBE Béatrice	Professeur associé	Médecine intensive-réanimation
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	PU-PH	Hématologie ; transfusion
LAVIOLLE Bruno	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LAVOUE Vincent	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	PU-PH	Cardiologie
LE JEUNE Florence	PU-PH	Biophysique et médecine nucléaire
LECLERCQ Christophe	PU-PH	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	PU-PH	Radiologie et imagerie médicale
LEVEQUE Jean	PU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LIEVRE Astrid	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MABO Philippe	PU-PH	Cardiologie
MAHE Guillaume	PU-PH	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MATHIEU-SANQUER Romain	PU-PH	Urologie
MENER Eric	Professeur associé	Médecine générale
MICHEL Laure	PU-PH	Neurologie
MIGEOT Virginie	PU-PH	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MOIRAND Romain	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MORANDI Xavier	PU-PH	Anatomie
MOREL Vincent	Professeur associé	Médecine palliative

MOSSER Jean	PU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	PU-PH	Ophthalmologie
MYHIE Didier	Professeur associé	Médecine générale
NAUDET Florian	PU-PH	Thérapeutique-Médecine de la douleur ; addictologie
NESSELER Nicolas	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ODENT Sylvie	PU-PH	Génétique
OGER Emmanuel	PU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PARIS Christophe	PU-PH	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	PU-PH	Rhumatologie
PESCHANSKI Nicolas	Professeur associé	Médecine d'urgence
PLADYS Patrick	PU-PH	Pédiatrie
RAVEL Célia	PU-PH	Histologie, embryologie, et cytogénétique
RENAUT Pierric	contrat LRU	Médecine générale
REUTER Paul-Georges	PU-PH	Médecine d'urgence
REVEST Matthieu	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
RIFFAUD Laurent	PU-PH	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	PU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT Gabriel	PU-PH	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
ROBERT-GANGNEUX Florence	PU-PH	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	PU-PH	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROUSSEL Mikaël	PU-PH	Hématologie ; transfusion
SAULEAU Paul	PU-PH	Physiologie
SCHNELL Frédéric	PU-PH	Physiologie
SEGUIN Philippe	PU-PH	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
SIPROUDHIS Laurent	PU-PH	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

SOMME Dominique	PU-PH	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillessement ; addictologie
SOULAT Louis	Professeur associé	Médecine d'urgence
SULPICE Laurent	PU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
TADIÉ Jean Marc	PU-PH	Médecine intensive- réanimation
TARTE Karin	PU-PH	Immunologie
TATTEVIN Pierre	PU-PH	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TERZI Nicolas	PU-PH	Médecine intensive- réanimation
THIBAUT Ronan	PU-PH	Nutrition
THIBAUT Vincent	PU-PH	Bactériologie - virologie ; hygiène hospitalière
TORDJMAN Sylvie	PU-PH	Pédopsychiatrie ; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	PU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	PU-PH	Neurologie
VIGNEAU Cécile	PU-PH	Néphrologie
VIOLAS Philippe	PU-PH	Chirurgie infantile
WATIER Eric	PU-PH	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
WODEY Eric	PU-PH	Anesthésiologie- réanimation et médecine péri-opératoire

Maitres de Conférences des Universités 2022 (01/09/2022)

NOM Prénom	GRADE	Sous-section de CNU
ALLORY Emmanuel	contrat LRU	Médecine Générale
AMIOT Laurence (Baruch)	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
ANSELMi Amédéo	MCU-PH	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ARNAUD Alexis	MCU-PH	Chirurgie infantile
AUFFRET Vincent	MCU-PH	Cardiologie
BANATRE Agnès	Maître de conférences associé des universités de MG	Médecine Générale
BASTIAN Benjamin	Maître de conférences associé des universités de MG	Médecine Générale
BELHOMME Nicolas	Maître de conférences associé	Médecine Interne ; Gériatrie et Biologie du Vieillessement ; Addictologie
BERANGER Rémi	Maître de conférences	Maïeutique
BERGEAT Damien	MCU-PH	Chirurgie viscérale et digestive
BLEUZEN Pauline	Maitre de conférences associé mi-temps	Orthophonie
BOUZILLÉ Guillaume	MCU-PH	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
CABILLIC Florian	MCU-PH	Biologie cellulaire
CASTELLI Joël	MCU-PH	Cancérologie ; radiothérapie
CAUBET Alain	MCU-PH	Médecine et santé au travail
CHAPRON Anthony	Maître de conférences des universités de MG	Médecine Générale
CHHOR-QUENIART Sidonie	Maître de conférences associé des universités de MG	Médecine Générale
COGNÉ Mélanie	MCU-PH	Médecine physique et de réadaptation

COLLET Guillaume	Pr agrégé titulaire	Numérique et sciences informatiques
COMMON Harold	Maître de conférences associé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
CORVOL Aline	MCU-PH	Médecine Interne ; Gériatrie et Biologie du Vieillessement ; Addictologie
DEGEILH Brigitte	MCU-PH	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	MCU-PH	Dermato-vénéréologie
DUBOURG Christèle	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire
DUGAY Frédéric	MCU-PH	Histologie, embryologie, et cytogénétique
FIQUET Laure	Maître de conférences associé des universités de MG	Médecine Générale
GOUIN Isabelle épouse THIBAUT	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
GUILLET Benoit	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
KAMMERER-JACQUET Solène-Florence	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
KERBRAT Anne	MCU-PH	Neurologie
LAVENU Audrey	Maître de conférences	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
LE GALL François	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
LE LOUS Maela	MCU-PH	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LEMAITRE Florian	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
LEMAITRE Johann	contrat LRU	Biochimie et biologie moléculaire
LESCOAT Alain	MCU-PH	Médecine Interne ; Gériatrie et Biologie du Vieillessement ; Addictologie
MARCUCCI Laetitia	Maître de conférences	Philosophie
MARTINS Pedro Raphaël	MCU-PH	Cardiologie
MENARD Cédric	MCU-PH	Immunologie
MOREAU Caroline	MCU-PH	Biochimie et biologie moléculaire

MOUSSOUNI-MARZOLF Fouzia	Maître de conférences	Informatique
MULTON Lucile	Maitre de conférences associé mi-temps	Orthophonie
NYANGOH TIMOH Krystal	MCU-PH	Anatomie
PANGAULT Céline	MCU-PH	Hématologie ; transfusion
PRONIER Charlotte	MCU-PH	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
TESSIER Christophe	Maitre de conférences associé mi-temps	Orthophonie
TURLIN Bruno	MCU-PH	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie- Clémence (Lorne)	MCU-PH	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Remerciements

À Monsieur le Professeur Paul-Georges REUTER,

Je vous remercie de présider cette thèse, permettez-moi de vous témoigner toute ma reconnaissance. Merci également pour tous vos enseignements de cette dernière année, et la transmission de votre expérience.

A Monsieur le Professeur Florian NAUDET,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. Merci également pour les conseils que vous m'avez apportés.

A Monsieur le Professeur Louis SOULAT,

Je vous remercie d'avoir accepté participer à ce jury de thèse. Je vous remercie également pour votre accompagnement et votre disponibilité depuis le début de mon internat de médecine d'urgence, et pour les enseignements que vous m'avez apportés.

A Monsieur le Docteur Jean GADOULLET,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir guidée tout au long de ce parcours. Merci pour ta disponibilité et ton aide précieuse.

Merci également à tous ceux qui m'ont apporté leur aide au cours de ce travail :

A Marie-Laure, Jérôme, Dr Segueineau, Madame Mercier, et les équipes de recherche de Saint-Brieuc et Saint-Malo, qui m'ont ouvert leur porte, et m'ont aidée dans ce projet initialement multicentrique, bien qu'il n'ait pu aboutir.

Au Dr Gourevitch, pour m'avoir transmis les bases de la prise en charge des urgences psychiatriques et m'avoir accompagnée sur mon premier travail sur ce sujet.

A l'équipe des UPs de l'hôpital sud, et tout particulièrement Karell, Johanna et Gaëlle, qui m'avez gentiment accueillie dans vos bureaux pour me permettre de faire mon étude, et m'avez presque fait croire un moment que j'étais sous les cocotiers.

Aux internes de Santé Publique Rennais pour leur aide pour les statistiques.

A mes parents, pour toutes vos petites attentions au quotidien, et votre soutien indéfectible durant toutes ces années. A Antoine pour m'avoir permis d'annexer ta chambre le temps d'un confinement, c'était un chouette bureau. A Florian, pour nos soirées versaillaises et nos débats sans fin. A ma Mamie pour ton accueil toujours chaleureux même si je te préviens au dernier moment.

A Loulou, première du nom, reine du Mont d'or, mère des lainons, pour cette belle amitié et tous ces moments partagés avec toi. Soit ma carotte.

A Sacha et Willou, fidèles compères de l'Eve, et aux copains lyonnais, Charlie, le grand Kookie, Lola, Clotilde, et Yannis. Ces années sudistes ont été bien belles à vos côtés.

A Chloé et Briec, qui avez suivi tout ce travail en détail et chaque péripétie. Trop contente que vous arriviez dans la capitale Bretonne.

A l'ASPTT, véritable rayon de soleil de mes mardis et jeudis soirs.

A Gaël, qui m'a aidée sur toutes démarches, et montré la voie à chaque étape.

A tous les copains du premier semestre, Nico, Loulou, Manon, Batou, Mathilde, Romane, Solène, Claire, Magda, Elise, Coco, Sophie, Daphné et Celia. A notre prochain congrès annuel à Fercé.

A tous les colocs au fil des semestres : Romano pouvoir avoir pimpé notre squat vannetais, Aude pour nos soirées pyjama-potins, et Caro et Clémence, mes deux mamies briochines, pour nos soirées tisanes.

Aux anciens briochins, Marie, Antoine et François. Toujours un plaisir de vous retrouver au Mail.

Aux co-desmu Noémie, Océane, Camille, François, Valentin et les Yoann, autour des traditionnels petit-déjeuners ou à se tartiner de gel d'écho.

A Solenn, Armand, Jacques et Fred, la team malouine, pour votre bonne humeur au quotidien. A Boris pour ta patience à cette initiation au codage et aux statistiques.

Aux collègues de la galère à Royan, Camille, Rémy, Thomas, Claire et Mégane, et nos RCP de 2 semaines d'expérience.

A Paul et Julien, pour tous vos petits tips glissés entre 2 réguls. Un bien chouette semestre passé en votre compagnie.

A la Croix Blanche de Ste Foy Lès Lyon, qui m'a initiée aux premiers secours, avec ses scénarios toujours plus alambiqués, et m'a guidée vers la médecine d'urgence.

A tous les maîtres qui m'ont formée, et tout particulièrement Dr Gonnaud, Dr Brodsky, Dr Chalumeau, et Dr Geier. Vous avez des modèles pour moi dans votre relation avec les patients, la manière dont vous pratiquez, et votre plaisir de transmettre. J'ai bu vos sages paroles.

Et à toutes les équipes qui m'ont accueillies et m'ont tant appris, au cours des 3 dernières années, à Rennes, Vannes, Saint-Brieuc et Saint-Malo.

Table des matières

Professeurs des universités 2022 (01/09/2022).....	2
Maitres de Conférences des Universités 2022 (01/09/2022).....	7
Remerciements	10
Table des matières.....	12
Résumé.....	14
Abstract.....	15
Liste des figures et des tableaux.....	16
Introduction	17
1 Généralités.....	17
2 Législation.....	18
3 Littérature et recommandations existantes	19
Matériel et méthodes.....	21
1 Conception de la recherche	21
2 Cadre de l'étude.....	21
3 Population concernée	21
4 Objectifs de l'étude	22
5 Collecte des données	23
6 Calcul de l'échantillon	23
7 Analyse des données.....	24
8 Considérations éthiques	24
Résultats	25
1 Diagramme des flux.....	25
2 Caractéristiques de la population d'étude.....	25
3 Mesures associées aux contentions.....	27

Discussion	28
1 Résultat principal	28
2 Hypothèses et perspectives	28
2.1 Recours aux contentions	28
2.2 Profil des patients sous contentions	30
2.3 Mesures associées aux contentions	31
3 Limites.....	32
Conclusion	34
Bibliographie	36
Annexes :	41
Glossaire	45

Résumé

Introduction : Les contentions sont une mesure de contrainte qui vient du milieu psychiatrique, transposée aux urgences notamment pour la prise en charge des patients agités. Cependant, malgré les risques qu'elle comprend, cette procédure reste peu étudiée en dehors de son milieu d'origine. Il s'agit dans ce travail d'étudier le profil des patients sous contentions aux urgences, et d'analyser les mesures associées à cette pratique.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, dans un service d'accueil des urgences adultes (SAU) en Bretagne accueillant 69000 passages/an, du 01/01/2022 au 31/12/2022. Tous les patients majeurs étaient inclus s'ils étaient mis sous contentions durant leur passage aux urgences. Les données ont été obtenues à partir du dossier médical informatique, et ont été analysées de manière descriptive.

Résultats : Sur 57080 passages au SAU, 977 patients ont été mis sous contentions (1,7%). L'âge médian était de 43 ans [30;64], 60,9% sont des hommes. Ils consultaient pour troubles mentaux dans 51,9% des cas, et 43,6% d'entre eux avaient consommé de l'alcool ou d'autres toxiques. A la suite de la prise en charge, 43,6% étaient sortant des urgences, et 21,9% étaient hospitalisés en psychiatrie, sous un mode de contrainte dans 84,5% des cas. 3 sous-groupes étaient distingués : un groupe d'hommes sous toxiques sortant au domicile ensuite, un groupe de patients jeunes consultant pour troubles mentaux, qui seront hospitalisés en psychiatrie, et enfin un groupe de patients âgés qui seront hospitalisés en service somatique. Seuls 68,7% des patients bénéficiaient d'une sédation associée, et 14,3% de la prescription d'une surveillance adaptée.

Conclusion : Notre étude décrit les principales caractéristiques des patients sous contentions dans un SAU, avec l'identification de 3 principaux sous-groupes. Elle montre également une association insuffisance à une sédation chimique, et un manque de surveillance adaptée, qui pourraient être améliorés par formation des personnels soignants et mise en place de protocoles locaux.

Abstract

Study objective : Restraints are a form of coercive measure from psychiatric wards, adapted to general emergency departments, especially for managing agitated patients. Despite the risks it involves, this procedure remains relatively understudied outside of its original context. The purpose of this work is to study the profiles of patients mechanically restrained in the emergency department and analyze the measures associated with this practice.

Methods : We conducted a retrospective, monocentric, observational study in an adult Emergency Department (ED) in Brittany (France), with 69,000 annual patient visits, from January 1, 2022, to December 31, 2022. All adult patients were included if they were mechanically restrained during their ED visit. Data were obtained from the electronic health records and analyzed with descriptive statistics.

Results : In 57,080 total ED visits, 977 patients were mechanically restrained (1.7%). The median age was 43 (interquartile range 30 to 64), 60.9% were men. They presented with mental disorders in 51.9% of cases, and 43.6% had consumed alcohol or other substances. Following the intervention, 43.6% were discharged from the emergency department, and 21.9% were admitted to psychiatry, with 84.5% of them on involuntary hospitalization. Three subgroups were identified: a group of men under substances discharged home afterwards, a group of young patients presenting with mental disorders and admitted to psychiatry, and finally, a group of elderly patients admitted to medical or surgical wards. Only 68.7% patients received a concomitant chemical sedation, and 14.3% had an appropriate monitoring prescription.

Conclusion : Our study describes the main characteristics of patients mechanically restrained in an ED, identifying three primary subgroups. It also highlights an insufficient association with chemical sedation and a lack of appropriate monitoring, which could be improved by healthcare staff training and the implementation of local protocols.

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme des flux	41
-------------------------------------	----

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude.	42
Tableau 2 : Comparaison des patients sous contentions avec les patients des urgences.	43
Tableau 3 : Mesures associées à la mise en place des contentions.	43
Tableau 4 : Caractéristiques des 3 sous-groupes.....	44

Introduction

1 Généralités

Les patients agités représentent jusqu'à 2,6% des passages aux urgences, dont 84% nécessitent la mise en place de contentions mécaniques [1]. On définit ces dernières comme l'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 [2]. Elles ne peuvent être utilisées qu'en dernier recours, quand d'autres mesures moins restrictives se sont révélées inefficaces, et ce pour une durée limitée [3].

En effet, les complications des contentions mécaniques sont nombreuses. On peut ainsi tout d'abord citer une moindre adhésion au suivi ultérieur [4], un risque de complications nerveuses suite aux compressions induites par les contentions [5], d'escarre [6], d'infections nosocomiales et d'allongement de la durée d'hospitalisation [5,6], une majoration significative du risque de chutes graves [7,8], une altération des capacités cognitives, et une augmentation de la dépendance pour les actes de la vie quotidienne et la marche [9]. De plus, chez les patients sous cocaïne, l'usage de contentions pourrait être très néfaste. En effet, en cas de sédation insuffisante, la lutte contre les contentions pourrait créer un effort supra-physiologique à l'origine d'une acidose lactique majeure jusqu'à l'arrêt cardiaque [10,11]. De même, de très nombreux décès ont été rapportés dans la littérature, attribués à la contention, par asphyxie (pendaison, strangulation), compression thoracique ou abdominale [5,12–15]. Cependant, il est impossible d'avoir une estimation précise de ces décès sous contentions, car ils sont très sous-reportés [14]. L'impact psychologique de cette mesure est également négatif avec des témoignages de sentiment d'abandon, de déshumanisation, de maltraitance ou de risque de re-traumatisme [16,17].

2 Législation

La mise en place de contentions dans le milieu psychiatrique est régie par l'Article L3222-5-1 du CSP [18], et ne peut être réalisée que pour « prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui », sous surveillance stricte somatique et psychiatrique, et pour une durée maximale de six heures renouvelables. Cependant, cette loi précise que cette mesure ne peut concerner que des patients en hospitalisation complète sans consentement. Ainsi, lorsqu'on sort du milieu psychiatrique, le cadre juridique reste pauvre. On peut tout de même citer le principe 11 de Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale de l'ONU [19], qui rappelle que les contentions ne doivent être mise en place qu'en l'absence d'autre solution pour prévenir un préjudice pour le patient ou d'autres personnes, avec l'obligation d'en tracer les raisons dans le dossier. Concernant la législation française, il n'existe pas de loi encadrant la pratique de la contention mécanique en dehors des services de psychiatrie. Néanmoins, la circulaire Veil du 19 juillet 1993 [20] permet « en cas d'urgence, [...] d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte ». Ainsi, dans les situations où la loi est incomplète, on peut s'appuyer sur les décisions jurisprudentielles. Celles concernant des situations de contention de patients dans des services d'urgence ont été recensées par le travail de Khireddine-Medouni, qui ne retrouvait « pas de jurisprudence remettant en question la pratique de la contention physique dans les services d'urgence lorsque celle-ci est justifiée et respecte les recommandations de bonne pratique. En revanche, les services d'urgence peuvent se mettre en faute s'ils ne pratiquent pas la contention physique lorsque celle-ci est cliniquement justifiée et que le patient fugue se mettant ainsi en danger [...], ou si la surveillance associée n'est pas adéquate. » [21]

Ainsi la question de la contention est finalement proche de celle du refus de soins chez un patient incapable d'exprimer son consentement où l'urgence vitale permet sur le plan déontologique de passer outre le consentement du patient. [22,23]

3 Littérature et recommandations existantes

Malgré le fait qu'elle ne soit pas sans risques, « Aucune statistique n'est actuellement disponible pour étayer le recours à la contention » comme le souligne le Ministère de la Santé au Journal Officiel, le 21 avril 2015 [24]. En effet, la littérature sur l'utilisation des contentions mécaniques dans les services d'urgences générales demeure rare, la plupart des études ayant été faites dans les hôpitaux psychiatriques. Aussi, parmi les articles étudiant les contentions mécaniques chez l'ensemble des patients d'un service d'urgences générales, on retrouve seulement 5 études, dont trois Américaines [25–27], une Australienne [28] et une Suisse [29]. Le taux de contentions rapporté au nombre de passages aux urgences varie alors de 0,07% [25] à 2,58% [27]. Les caractéristiques de cette population mise sous contentions, sont un âge médian jeune (42 à 47 ans) [26,27], et une prédominance masculine entre 61,4 à 71% [25–27,29]. Il existe néanmoins une grande hétérogénéité concernant le motif de venue, avec une intoxication à l'alcool et aux drogues variant de 33,7 à 74,5% [26,27,29]. Cette hétérogénéité est retrouvée également dans les prises en charge, variables selon les pays. Ainsi, la contention mécanique est peu acceptée au Royaume-Uni, avec un accent mis sur la nécessité d'une sédation optimisée, et une expulsion des patients alcoolisés agités des urgences (en dehors d'une urgence vitale), alors qu'elle est privilégiée aux États-Unis afin d'éviter une condamnation en cas de complication chez un patient sous la responsabilité de l'équipe du service. [22,30]

Des recommandations existent donc pour guider cette pratique dans le milieu psychiatrique, mais il n'en existe que peu applicables aux urgences générales. En effet la recommandation principale sur la contention mécanique, écrite en février 2017 par la Haute Autorité de Santé (HAS) concerne le milieu de la psychiatrie générale [2] et préconise l'élaboration de recommandations de bonne pratique pour tous les lieux où existe une pratique de contention, notamment les urgences. Par ailleurs, la recommandation de la HAS « Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée » [31] peut certes s'appliquer au domaine des urgences, mais est spécifique à une certaine tranche d'âge seulement. Enfin, si l'on se réfère à la Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), celle-ci a émis une recommandation sur la prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences [32], avec notamment une partie sur la contention physique, mais elle

reprend majoritairement les recommandations de la HAS 2017 spécifique au milieu psychiatrique, et est peu applicable en pratique courante.

Ainsi, malgré les risques qu'il comporte, il existe très peu d'informations sur l'usage des contentions mécaniques en-dehors des services de psychiatrie, et notamment en service d'urgence. Au vu des éléments précédents, il paraît nécessaire de mener des études afin de mieux comprendre les particularités de cette mesure dans les services d'urgence.

On décide donc de réaliser une étude rétrospective, descriptive, dans un service d'urgences adultes de Bretagne, afin de déterminer le profil des patients mis sous contentions aux urgences générales, ainsi qu'évaluer les pratiques actuelles en objectif secondaire.

Matériel et méthodes

1 Conception de la recherche

Nous avons réalisé une étude observationnelle, analytique, longitudinale rétrospective, monocentrique.

2 Cadre de l'étude

Cette étude a été réalisée aux urgences adultes du Centre Hospitalier Universitaire de Rennes, qui est le centre de référence de la moitié Est de la Bretagne, avec environ 69 000 passages aux urgences chaque année [33]. Il dispose d'une équipe de psychiatrie de liaison avec la présence d'un psychiatre 7 jours/7 et 24h/24. Il ne possède pas de chambre d'isolement.

3 Population concernée

La population concernée comprend les patients âgés de 18 ans ou plus, admis aux urgences de Pontchaillou au CHU de Rennes, du 01/01/2022 au 31/12/2022, avec mise en place de contentions physiques durant le séjour aux urgences, et ne s'opposant pas à leur participation à la recherche. Les barrières des brancards n'ont pas été considérées comme contentions physiques dans cette étude.

Les critères de non-inclusion concernent la mise en place de contentions physiques alors que le patient est dans le secteur d'UHCD médicale aux urgences. En effet, certains patients peuvent rester plusieurs jours dans ce service, qui reflète ainsi plus des conditions de service d'hospitalisation que des urgences.

Le choix a été fait de ne pas inclure de patients mineurs. En effet, le service d'urgences étudié accueille des patients âgés de 16 à 18 ans, cependant ces derniers peuvent être amenés à être ré-orientés dès leur entrée au service des urgences pédiatriques situé dans un autre hôpital, s'ils sont déjà suivis en pédiatrie. Or la fonction recherche du logiciel ne permet pas de différencier les dossiers des deux hôpitaux. Le risque était

donc de mélanger quelques dossiers des urgences pédiatriques, qui ont un fonctionnement et des équipes différentes, avec les patients de notre étude.

4 Objectifs de l'étude

L'objectif primaire de l'étude est de déterminer le profil type du patient mis sous contentions mécaniques aux urgences générales. Pour cela, ont été recueillies les caractéristiques socio-démographiques, la tranche horaire d'arrivée, le motif de venue aux urgences, l'emprise de toxiques (retrouvée dans l'histoire du patient, l'éthylotest si réalisé à l'arrivée, le taux sanguin d'alcool ou le dépistage urinaire de toxiques), la raison de la pose de contentions, le diagnostic retenu et l'orientation à l'issue du passage aux urgences. Le mode d'arrivée (accompagné ou non des forces de l'ordre) a aussi été étudié, car rapporté dans la littérature comme facteur de risque de mesures coercitives [34].

Trois motifs principaux de recours aux contentions ont été retenus [35]: les situations aiguës d'agitation, comprenant les motifs d'agitation, d'auto-agressivité et d'hétéro-agressivité ; les situations de protection de soins, comprenant le refus de soins et la sauvegarde de dispositifs médicaux (sonde naso-gastrique, sonde urinaire, perfusion, etc.) ; et les situations de prévention, comprenant la prévention des chutes, la prévention de la déambulation excessive, et la prévention des fugues des personnes danger pour elles-mêmes.

L'objectif secondaire est de préciser les mesures associées à la mise en place des contentions. Pour cela, ont été étudiées le nombre de contentions mécaniques non prescrites, la fonction du prescripteur (interne des urgences, chef des urgences, psychiatre), le moment de la contention dans la prise en charge (à l'arrivée, à l'annonce d'une hospitalisation, autre), la prescription ou non d'une sédation chimique associée et la prescription ou non d'une surveillance adaptée.

A été jugée comme surveillance adaptée, un évaluation infirmière au minimum toutes les heures, ainsi que cela a été proposé dans les recommandations d'isolement et contention en psychiatrie générale [2]. Bien que ces recommandations ne s'intéressent pas au milieu des urgences, les patients des urgences n'étant pas moins graves qu'en psychiatrie, voire nécessitant une attention accrue (notamment si une intoxication, un

traumatisme crânien, ou une confusion est associée à l'agitation), il semble licite de demander la même surveillance dans le milieu somatique.

A été considérée comme sédation chimique, la prise de benzodiazépines ou de neuroleptiques, quelle que soit la voie d'administration.

5 Collecte des données

Toutes les données ont été obtenues à partir des dossiers médicaux, sur le logiciel Résurgences, sur lequel l'ensemble de la prise en charge du patient est faite : il regroupe les données administratives du patient, les notes paramédicales et médicales, ainsi que les prescriptions. Nous avons utilisé la fonction Recherche du logiciel Résurgences, et avons recherché dans l'ensemble du dossier de passage aux urgences la présence du mot-clé « contention ». Une exception a été faite pour l'onglet « prescription » du logiciel, pour lequel la recherche a ciblé les mots « contention-sécurité » au lieu de « contention » seule, afin d'exclure les cas de prescription de contention plâtrée de membre pour les traumatismes. Chaque dossier a ensuite été analysé, afin de vérifier notamment qu'une contention avait bien été mise en place, et les patients ont été inclus dans l'étude s'ils répondaient aux critères d'inclusion. Les personnes s'étant déclarées opposées à la recherche via l'information collective sur le CHU ont été exclues. Toutes les données collectées sur un classeur Microsoft Excel protégé par un mot de passe, et anonymisées avec la création d'une table de correspondance.

6 Calcul de l'échantillon

Tous les patients présentant les critères d'inclusion sur l'année 2022, ont été sélectionnés, afin d'éviter un effet période. En prenant en compte le nombre de passage aux urgences de l'année 2021, qui était de 69 000 personnes aux urgences du CHU Rennes Pontchaillou [33], et en prévoyant un taux de contentions proche de l'étude Suisse de Beysard [29] soit 0,81%, on estime à 559 le nombre de personnes incluses sur la période.

7 Analyse des données

Toutes les données ont été analysées de manière descriptive. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs (pourcentages) pour chaque modalité. Les variables quantitatives ont été synthétisées par une médiane avec intervalle interquartile pour les données de distribution non normale. Nous avons ensuite exploré l'existence de sous-groupes dans la cohorte. Tous les calculs ont été réalisés avec Excel 365.

La réalisation d'une analyse multivariée afin de relever quels critères étaient significativement associés à la mise sous contention n'était pas possible, à cause de la multiplicité des critères, et un nombre de sujet nécessaires très élevé. Il semblait donc plus pertinent de faire une analyse descriptive seule, plutôt que multiplier des tests statistiques avec une absence de contrôle strict du risque alpha.

8 Considérations éthiques

Ce projet a reçu un avis favorable du comité d'éthique du CHU de Rennes en date du 14/03/2023 (avis 23.26).

Le protocole de recherche a également été validé par la Direction de la Recherche et de l'Innovation du CHU de Rennes.

Résultats

1 Diagramme des flux

Entre le 01/01/2022 et le 31/12/2022, la fonction recherche du logiciel a retrouvé 1997 dossiers contenant le mot-clé « contention », qui ont été évalués. Parmi eux, 977 patients ont été inclus dans notre étude observationnelle (Figure 1). Ont été exclus les patients mineurs, les dossiers mentionnant des moyens de contentions veineuses (bas, chaussettes, bandes de contention) et non une contention mécanique, de même les dossiers utilisant le mot « contention » pour mentionner une immobilisation (telle qu'une immobilisation de membre par attelle suite à un traumatisme, ceintures pelviennes ou lombaires, etc), les contentions réalisées durant le séjour en UHCD, les prescriptions si besoin non réalisées, ou contentions prescrites non réalisées (fuite du patient, changement d'avis du clinicien), les dossiers mentionnant un usage « non nécessaire » des contentions, la mention de contentions au domicile ou en préhospitalier, mais non reconduites aux urgences. Par ailleurs, on dénombre 30 dossiers pour lesquels soit le dossier entier du patient n'a pas été retrouvé, soit le mot-clé « contention » était absent du dossier malgré une recherche rigoureuse. Enfin, 10 autres dossiers ont également été exclus, 4 mentionnant un accident de travail au cours de la réalisation d'une contention, 3 erreurs de dossiers avec des notes concernant un autre patient, 2 doublons de dossiers, et enfin une erreur de retranscription vocale pour une tension artérielle.

2 Caractéristiques de la population d'étude

Durant l'année 2022, 977 patients ont été mis sous contentions mécaniques, pour 57080 passages aux urgences générales de notre centre, soit un taux de contentions de 1,7%.

Les caractéristiques des sujets sont présentées dans le Tableau 1. L'âge médian était de 43 ans [30;64], avec un sex-ratio de 1,56 (hommes/femmes).

Les sujets sont arrivés majoritairement en journée (57,9% entre 8h et 20h), avec comme principal motif de consultation des troubles mentaux (51,9%). 43,6% d'entre eux ont consommé de l'alcool et/ou d'autres toxiques. Le principal diagnostic retenu était des troubles liés à l'utilisation de l'alcool et des autres toxiques (31,5%), le restant des troubles mentaux tous confondus représentant 38,8% des cas. Lorsqu'une hospitalisation en psychiatrie était nécessaire, elle s'est faite sous une mesure de contrainte dans 84,5% des cas. A noter 13 dossiers pour lesquels le mode d'hospitalisation en psychiatrie n'était pas renseigné, pour lesquels il faut préciser que cela concernait majoritairement des patients venant de l'hôpital psychiatrique, adressés pour problème somatique, et retournant dans leur service d'origine ensuite pour 10 d'entre eux. 2 dossiers concernaient une réintégration en programme de soins, et seul un dossier restait sans mode d'hospitalisation renseigné.

A noter deux patients décédés durant leur prise en charge aux urgences, qui avaient été mis sous contentions durant leur séjour. Cela concerne deux personnes âgées (âge médian 83,5 ans), ayant consulté pour des troubles somatiques et mises sous contentions pour agitation.

Les résultats concernant le taux de patients amenés par les forces de l'ordre, ainsi que la voie utilisée pour administrer la sédation ne sont pas exposés dans cette thèse ; ils peuvent être communiqués par les auteurs.

En comparaison à l'ensemble des patients ayant consulté aux urgences du même centre durant la même année (Tableau 2), on remarque une prédominance masculine chez les patients sous contentions (60,9% vs 54,4%), ainsi qu'une nette prédominance des troubles mentaux (38,8% vs 5,6%) et des troubles de l'usage des toxiques (31,5% vs 5,3%).

On peut diviser l'ensemble des patients mis sous contentions en 3 groupes (Tableau 3): ceux qui sont sortis de l'hôpital (retour au domicile, fugue, confiés aux FO), ceux qui seront hospitalisés en service psychiatrique, et ceux qui seront hospitalisés en service somatique.

Le premier groupe concerne majoritairement une population masculine (63,6%), d'âge moyen (médiane 40 ans [30;51]), sous toxiques (73,5% ont consommé de l'alcool et/ou d'autres toxiques). 50,2% d'entre eux sont mis sous contentions dès l'arrivée aux

urgences, principalement pour hétéro-agressivité (39,7%) ou agitation (23,5%). Le diagnostic principal est celui de troubles de l'usage de l'alcool ou d'autres toxiques dans 62,9% des cas.

Le second groupe des patients qui seront hospitalisés en service psychiatrique, concerne une population plus jeune (médiane 35 [26 ;47,5]), sans consommation de toxiques (71,6% sont exempts de toute consommation toxique). Les contentions sont posées à l'accueil des urgences dans 49,6% des cas, et à l'annonce de l'hospitalisation dans 20,3% des cas. La raison principale de leur pose reste l'agitation (31,0%), mais vient ensuite la prévention du risque de fugue (27,8%). Le diagnostic retenu est celui de troubles mentaux dans 88,4% des cas, avec majoritairement des troubles psychotiques (43,3%), des idées suicidaires (17,3%), ou un épisode maniaque (15,5%).

Enfin, le troisième groupe concerne une population âgée (médiane 81 ans [66 ;87]), libre également de toute consommation toxique (91,6% sont exempts de toute consommation toxique), consultant majoritairement pour une cause somatique (88,8%). Rares sont les cas pour lesquels les contentions sont nécessaires dès l'accueil (8,3%). La protection des soins, et la prévention de complications représentent au total 47,2% des cas. A noter tout de même 16,4% des cas pour lesquels la raison de la contention n'est pas connue. Le diagnostic retenu est une confusion ou démence dans 22,9% des cas, et d'autres troubles somatiques dans 68,7% des cas.

3 Mesures associées aux contentions

Les contentions ont été prescrites majoritairement par des médecins urgentistes seniors (35,4%) (Tableau 4). Cependant dans 36,1% des cas, il n'y a pas de prescription. 31,3% des patients n'ont pas eu de sédation associée à la mise sous contention, et cela concerne même jusqu'à 46,3% des patients qui seront hospitalisés en service somatique. Par ailleurs, une surveillance jugée adaptée n'a été prescrite que dans 14,3% des cas.

Discussion

1 Résultat principal

A notre connaissance, cette étude est la première étude descriptive, étudiant les l'usage des contentions mécaniques dans un service d'urgences générales en France.

L'usage des contentions mécaniques intéresse 1,7% de la population se présentant aux urgences dans notre centre. Cette mesure concerne majoritairement des adultes de 30 à 64 ans, avec une légère prédominance masculine, consultant pour troubles mentaux, et retournant à domicile à la fin de la prise en charge aux urgences.

On peut distinguer tout particulièrement 3 sous-groupes : celui des patients retournant au domicile à la suite de la prise en charge, avec une population plus majoritairement masculine, sous toxiques, prise en charge pour des troubles de leur usage. Puis vient celui des patients qui seront hospitalisés en service psychiatrique, avec une population plus jeune, sans consommation de toxiques mise sous contentions autant pour agitation que pour prévention du risque de fugue. Enfin, restent les patients qui seront hospitalisés en service somatique, avec une population âgée, libre également de toute consommation de toxiques, consultant majoritairement pour une cause somatique, et mise sous contentions pour la protection des soins et la prévention de complications.

Enfin leur usage est loin d'être tracé systématiquement comme recommandé, de même que l'association à une sédation chimique. La prescription d'une surveillance adaptée est quant-à-elle plutôt l'exception que la règle.

2 Hypothèses et perspectives

2.1 Recours aux contentions

Ce taux de 1,7% des passages aux urgences mis sous contentions mécaniques est cependant à nuancer. En effet, ce chiffre a été calculé en se basant sur un nombre de passages aux urgences de 57080 personnes en 2022, qui correspond au nombre de dossiers réellement admis dans le service, et ne prend pas en compte de nombreux

patients réorientés ou sortis avant leur prise en charge. Il correspond donc à la fourchette haute de l'estimation qui peut être faite. Malgré cela, il reste cohérent avec ce qui est décrit dans la littérature, avec des taux variant de 0,07% à 2,58% [25,27] aux Etats-Unis, 0,81% en Suisse [29], et 0,09% en Australie [28].

Cette pratique n'étant non sans risques, elle doit être limitée aux stricts cas pour lesquels il n'existe pas d'alternatives.

Aussi plusieurs pistes ont été explorées pour diminuer son usage, telles que l'utilisation de protocoles de désescalade [36], ou la formation du personnel aux alternatives à la contention [37,38], qui ont montré une tendance à la diminution du recours à cette mesure. La création de 4 lits d'UHCD psychiatrique à Melbourne a, elle, permis une diminution de plus de la moitié des poses de contentions mécaniques aux urgences, et fait également diminuer leur durée de 6,8 à 2,5 heures en moyenne [39].

De plus, dans notre étude, 41% des patients rentrent à domicile après leur prise en charge aux urgences. Or on sait également qu'il existe une association entre le taux d'occupation des urgences et l'augmentation de la violence des patients [40]. On peut donc s'interroger sur comment limiter ces passages aux urgences potentiellement évitables.

En regardant plus précisément cette population de patients sous contentions, et dont l'orientation est une sortie des urgences, on observe que 33% de ces passages le sont pour une cause somatique, et sont donc difficilement ré-orientables. Ensuite viennent 20,7% des passages pour troubles de l'usage d'alcool (TLUA) ou autres toxiques. Le but serait de limiter ces passages, mais l'état de santé de ces patients est souvent incompatible avec un séjour en chambre de sûreté avec les forces de l'ordre, et il n'existe finalement pas d'alternative que de les admettre en attendant qu'une sortie soit possible. Enfin les 46,2% concernent des consultations pour troubles mentaux. Or on se rend compte que cette population ressemble finalement à celle des patients consultant pour TLUA, car 78% des patients sont sous toxiques. Les troubles mentaux (idées suicidaires dans la majorité des cas), ont alors souvent disparu après dégrisement permettant le retour au domicile.

Ainsi, en dehors de rares cas qui pourraient bénéficier d'une réorientation vers un dégrisement avec les forces de l'ordre, la grande majorité de ces patients peut difficilement être orientée ailleurs qu'aux urgences générales.

Il serait néanmoins intéressant de travailler sur la fluidification du parcours des patients consultant pour motif psychiatrique, le temps de passage de ces patients étant souvent plus long que celui des patients venant pour troubles somatiques [41]. En effet, la majorité des contentions sont ôtées dès l'arrivée à l'hôpital psychiatrique, dont le milieu fermé est plus propice à la surveillance des patients. Un travail est fait dans ce sens actuellement avec le centre 15, avec la présence d'une infirmière de psychiatrie en régulation qui peut aider à orienter au mieux ces patients.

Enfin, si l'on souhaite diminuer le recours aux contentions, peut se poser la question de leur pose chez les patients âgés dans le but de limiter le risque de chute. En effet, cela concerne 25% des patients qui seront par la suite hospitalisés en service somatique. Or, il a été démontré dans la littérature, notamment dans les EHPAD, mais aussi dans les services hospitaliers de court séjour, que la pose de contentions était au contraire un facteur de risque de chute grave [7,8,31]. On peut donc s'interroger sur l'intérêt de la pose de cette restriction aux urgences. Des études complémentaires pourraient être nécessaires afin d'évaluer l'intérêt de cette mesure, dans ce milieu particulier.

2.2 Profil des patients sous contentions

Concernant le profil des patients mis sous contentions, on identifie dans notre étude une légère prédominance masculine (60,9%), moins marquée que ce que l'on retrouve dans la littérature (sexe masculin entre 61,4% et 71% [25–27,29]).

L'âge médian, ici à 43 ans (30-64), correspond également aux 3 principales études réalisées sur ce sujet, qui retrouvent un âge médian à 36,5 [25], 42 (28-63) [29] et 47 ans (32-59) [26]. Cet âge médian est cohérent avec les passages aux urgences directement liés à l'alcool qui concernent majoritairement les personnes âgées de 31-45ans et 46-60 ans [42,43].

On retrouve une moindre proportion de patients sous alcool dans notre étude (37,8%), que dans celles précédemment réalisées (45,2% en Suisse, 40,9% aux Etats-Unis) [26,29]. Cela pourrait en partie s'expliquer par une prévalence des troubles de l'usage de l'alcool, de la dépendance à l'alcool, et de l'usage nocif de l'alcool, bien supérieurs en Suisse et aux Etats-Unis. [44]

Concernant le sous-groupe des patients qui seront hospitalisés en psychiatrie, on retrouve un âge plus jeune (âge médian 35 ans), ce qui est cohérent avec l'étude réalisée aux urgences psychiatriques du CPOA à Paris [45] qui retrouve un âge moyen de 32 ans.

Finalement, la majorité des contentions posées dans notre étude sont cohérentes avec les recommandations dans 73,7% des cas, avec des poses liées à des états d'agitation, d'auto ou hétéro-agressivité dans 58% des cas, et de prévention des fugues dans 15,7% des cas. Il reste cependant les 3,6% de contentions mises pour protéger des dispositifs médicaux, ainsi que les 4,3% mises pour refus de soins, qui peuvent être discutées, et qui relèvent d'une évaluation au cas par cas des capacités du patient à consentir aux soins. Nous avons parlé précédemment des contentions pour risque de chute qui pourraient également probablement être diminuées, ainsi que celles pour déambulation, après formation des soignants. Enfin, il demeure 8,5% de contentions mises sans que la cause ne soit connue. Il est nécessaire d'insister auprès des équipes de la nécessité de s'astreindre à justifier la raison de chaque contention.

2.3 Mesures associées aux contentions

Si l'on s'intéresse maintenant à la manière dont les contentions ont été mises en place, on remarque que ces dernières ne sont pas prescrites dans 36,1% des cas, malgré l'obligation de le faire. Ce problème a déjà été retrouvé dans une étude américaine qui retrouvait que seulement 62% des contentions réalisées était mentionnées dans les dossiers médicaux [46].

De même, alors que tous les patients sous contentions devraient bénéficier d'une sédation chimique associée, seulement 2 patients sur 3 en bénéficiaient dans notre étude. Ce problème est également retrouvé dans les autres études, avec seulement 36,2 et 29,1% de patients sous sédations en Suisse et Outre Atlantique [25,29]. Certains patients ont pu tout de même recevoir une sédation en préhospitalier, expliquant l'absence de nouvelle sédation à l'hôpital. Il existe probablement également une appréhension des médecins à prescrire une sédation chez des patients dont l'état de vigilance peut être fluctuant comme chez les patients alcoolisés, ou le risque de surdosage chez les personnes âgées. On note en effet seulement 53,7% de patients sédatisés dans le sous-groupe des patients hospitalisés en service somatique, dont

l'âge médian est de 81 ans. Dans une étude américaine, seules 42% des personnes âgées de plus de 65 ans mises sous contentions aux urgences bénéficiaient d'une sédation associée [47]. Cependant cela devrait plutôt conduire à une surveillance accrue, et ne justifie pas une absence de sédation.

Enfin, seulement 14,3% des patients bénéficient d'une prescription de surveillance horaire. Cela montre un besoin de formation des médecins aux risques des contentions et à la nécessité de la réévaluation régulière de leur nécessité.

Ainsi, la mise en place des contentions en pratique peut être améliorée, afin que la prescription de cette procédure soit systématique, de même que le renseignement de la raison pour laquelle il est nécessaire d'y avoir recours. Une sédation et une surveillance adaptée doivent également être systématiques. La mise en place d'un protocole local, proposant en association à la prescription des contentions mécanique, une surveillance spécifique, ainsi que plusieurs choix de sédations possibles pourrait être intéressante.

Enfin, de nombreux patients sont arrivés aux urgences déjà sous contentions, sur prescription de la régulation médicale du SAMU. Or, il n'existe aucune étude sur cette pratique à ce jour. Un travail complémentaire sur le recours aux contentions en pré-hospitalier pourrait donc être intéressant.

3 Limites

Ce travail présente plusieurs limites.

En effet, cette étude a été réalisée dans un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bretagne, dans un territoire urbain, qui dispose d'une équipe de psychiatrie de liaison avec présence d'un psychiatre 24h/24, 7 jours/7. Elle peut donc être limitée dans sa généralisation à d'autres Centres Hospitaliers avec un nombre de passages aux urgences différent, en zone péri-urbaine, ou ne disposant pas d'équipe de psychiatrie sur place.

De plus, le caractère rétrospectif de cette étude la rend dépendante de la documentation des dossiers par les équipes. Bien que cette étude ait tenté de rechercher de manière exhaustive tous les patients mis sous contentions, en effectuant une recherche par mot-clé sur l'ensemble du dossier de passage aux

urgences du patient, permettant notamment de retrouver des mentions de contentions dans les transmissions soignantes, il n'en demeure pas moins que certaines aient pu être oubliées, si aucun membre de l'équipe ne l'a mentionné par écrit dans le dossier.

En outre, il peut exister un biais de classement, car en dehors de l'âge, du sexe, de l'heure d'arrivée et de l'orientation du patient qui sont des critères objectifs, le reste des critères étudiés sont des critères subjectifs, soumis à l'interprétation de l'auteur. Cela est particulièrement vrai pour le classement des motifs de consultations aux urgences, pour lesquels troubles de l'usage des toxiques et motifs psychiatriques sont bien souvent intriqués.

Un unique observateur a recueilli les données afin d'éviter un biais inter-observateur.

Enfin, les résultats concernant le taux de patients amenés par les forces de l'ordre n'ont pas été exposés, par manque de précision concernant ce critère, ne permettant pas le rendu d'un résultat de qualité. Il a été choisi par ailleurs de ne pas exposer les résultats de la voie utilisée pour la sédation, cela surchargeant les résultats sans en apporter un intérêt important.

Conclusion

Cette étude montre 3 principaux sous-groupes parmi les patients mis sous contentions : le premier groupe majoritairement d'hommes, sous toxiques, retournant au domicile ensuite, un deuxième groupe plus jeune peu sous toxiques secondairement hospitalisés en service de psychiatrie, et enfin un troisième groupe concernant des personnes plus âgées consultant pour des pathologies somatiques et hospitalisée dans ces mêmes services.

Elle montre également une association insuffisance à une sédation chimique, et un manque de surveillance adaptée, qui pourraient être améliorés par formation des personnels soignants et mise en place de protocoles locaux.

Enfin, il serait intéressant de conduire d'autres études descriptives sur la contention mécanique dans d'autres services d'urgences générales de France, afin de pouvoir mieux généraliser les résultats dans d'autres régions.

Bibliographie

- [1] Miner JR, Klein LR, Cole JB, Driver BE, Moore JC, Ho JD. The Characteristics and Prevalence of Agitation in an Urban County Emergency Department. *Ann Emerg Med* 2018;72:361–70. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.06.001>.
- [2] HAS. Isolement et contention en psychiatrie générale, recommandation de bonne pratique. 2017.
- [3] Code de la Santé Publique. Art. L. 3222-5-1. 2011.
- [4] Currier GW, Walsh P, Lawrence D. Physical restraints in the emergency department and attendance at subsequent outpatient psychiatric treatment. *J Psychiatr Pract* 2011;17:387–93. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000407961.42228.75>.
- [5] Evans D, Wood J, Lambert L. Patient injury and physical restraint devices: a systematic review - PubMed. *J Adv Nurs* 2003;41(3):274-82. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02501.x>.
- [6] Lofgren RP, MacPherson DS, Granieri R, Myllenbeck S, Sprafka JM. Mechanical restraints on the medical wards: are protective devices safe? *Am J Public Health* 1989;79:735–8. <https://doi.org/10.2105/ajph.79.6.735>.
- [7] Shorr RI, Guillen MK, Rosenblatt LC, Walker K, Caudle CE, Kritchevsky SB. Restraint use, restraint orders, and the risk of falls in hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:526–9. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50121.x>.
- [8] Tinetti M, Liu W, Ginter S. Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities. *Ann Intern Med* 1992;116(5):369-74. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-116-5-369>.
- [9] Engberg J, Castle NG, McCaffrey D. Physical restraint initiation in nursing homes and subsequent resident health. *The Gerontologist* 2008;48:442–52. <https://doi.org/10.1093/geront/48.4.442>.
- [10] Hick JL, Smith SW, Lynch MT. Metabolic acidosis in restraint-associated cardiac arrest: a case series. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med* 1999;6:239–43. <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1999.tb00164.x>.

- [11] Pudiak C, Bozarth M. Cocaine fatalities increased by restraint stress. *Life Sci* 1994;55(19):PL379-82. [https://doi.org/10.1016/0024-3205\(94\)00694-6](https://doi.org/10.1016/0024-3205(94)00694-6).
- [12] Karger B, Fracasso T, Pfeiffer H. Fatalities related to medical restraint devices-asphyxia is a common finding. *Forensic Sci Int* 2008;178:178–84. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2008.03.016>.
- [13] Berzlanovich AM, Schöpfer J, Keil W. Deaths due to physical restraint. *Dtsch Arzteblatt Int* 2012;109:27–32. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2012.0027>.
- [14] Miles S, Irvine P. Deaths caused by physical restraints - PubMed. *Gerontologist* 1992;32(6):762-6. <https://doi.org/10.1093/geront/32.6.762>.
- [15] Rubin B, Dube A, Mitchell E. Asphyxial deaths due to physical restraint. A case series - PubMed. *Arch Fam Med* 1993;2(4):405-8. <https://doi.org/10.1001/archfami.2.4.405>.
- [16] Wong AH, Ray JM, Rosenberg A, Crispino L, Parker J, McVaney C, et al. Experiences of Individuals Who Were Physically Restrained in the Emergency Department. *JAMA Netw Open* 2020;3:e1919381. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.19381>.
- [17] Strout T. Perspectives on the experience of being physically restrained: an integrative review of the qualitative literature. *Int J Ment Health Nurs* 2010;19(6):416-27. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2010.00694.x>.
- [18] Code de la santé publique. Article L3222-5-1 Modifié par LOI n°2022-46 du 22 janvier 2022 - art. 17. n.d.
- [19] Organisation des nations unies. Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale. Résolution 46/119. 1991.
- [20] Circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 (Circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux. *Bulletin Officiel* 1993;93/35:51-2. 1993.
- [21] Khireddine-Medouni I, Gourevitch R. Enjeux de la contention mécanique dans les services d'urgence 2021;179:722–30.
- [22] Smadja J, Lemogne C, Consoli S. La contention mécanique dans les services d'urgences et de réanimation. *Médecine Intensive Réanimation* 2012;21:696–701.

<https://doi.org/10.1007/s13546-012-0530-5>.

[23] Conseil d'Etat. Base de jurisprudence. vol. 249552. 2002. <https://www.conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CE/decision/2002-08-16/249552>

[24] Assemblée nationale. Journal Officiel, question 52832, page 3006. 2015.

[25] Zun LS. A prospective study of the complication rate of use of patient restraint in the emergency department. *J Emerg Med* 2003;24:119–24. [https://doi.org/10.1016/s0736-4679\(02\)00738-2](https://doi.org/10.1016/s0736-4679(02)00738-2).

[26] Wong AH, Taylor RA, Ray JM, Bernstein SL. Physical Restraint Use in Adult Patients Presenting to a General Emergency Department. *Ann Emerg Med* 2019;73:183–92. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2018.06.020>.

[27] Lavoie FW. Consent, involuntary treatment, and the use of force in an urban emergency department. *Ann Emerg Med* 1992;21:25–32. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(05\)82232-2](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(05)82232-2).

[28] Knott J, Gerdtz M, Dobson S, Daniel C, Graudins A, Mitra B, et al. Restrictive interventions in Victorian emergency departments: A study of current clinical practice. *Emerg Med Australas* 2020;32(3):393-400. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.13412>.

[29] Beysard N, Yersin B, Carron P-N. Mechanical restraint in an emergency department: a consecutive series of 593 cases. *Intern Emerg Med* 2018;13:575–83. <https://doi.org/10.1007/s11739-017-1697-6>.

[30] Sellaturay S, Arya M, Makepeace J, Sellaturay P, Henry JA. Management of alcohol intoxication and aggressive behaviour: a tale of two cities. *Curr Med Res Opin* 2007;23:77–83. <https://doi.org/10.1185/030079906X159470>.

[31] ANAES. Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. 2000.

[32] SFMU. Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences. 2021.

[33] HAS. Rapport de certification du CHU de Rennes. 2022.

[34] Cole C, Vandamme A, Bermpohl F, Czernin K, Wullschleger A, Mahler L. Correlates of seclusion and restraint of patients admitted to psychiatric inpatient treatment via a German emergency room. *J Psychiatr Res* 2020;130:201–6.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.033>.

[35] GARCIA G. Contention : comment faire pour bien faire 2016.

[36] Coburn VA, Mycyk MB. Physical and chemical restraints. *Emerg Med Clin North Am* 2009;27:655–67, ix. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2009.07.003>.

[37] Cole R. Reducing restraint use in a trauma center emergency room. *Nurs Clin North Am* 2014;49:371–81. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.05.010>.

[38] Wen X, Sun W, Wang Y, Zeng D, Shao Y, Zhou X. Application of Joanna Briggs Institute physical restraint standards to critical emergency department patients following CONSORT guidelines. *Medicine (Baltimore)* 2020;99:e23108. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023108>.

[39] Browne V, Knott J, Dakis J, Fielding J, Lyle D, Daniel C, et al. Improving the care of mentally ill patients in a tertiary emergency department: development of a psychiatric assessment and planning unit. *Australas Psychiatry Bull R Aust N Z Coll Psychiatr* 2011;19:350–3. <https://doi.org/10.3109/10398562.2011.579612>.

[40] Medley D, Morris J, Stone C, Song J, Delmas T, Thakrar K. An association between occupancy rates in the emergency department and rates of violence toward staff. *J Emerg Med* 2012;43(4):736-44. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.06.131>.

[41] Harrison N, Mordell S, Roesch R, Watt K. Patients with Mental Health Issues in the Emergency Department: The Relationship Between Coercion and Perceptions of Being Helped, Psychologically Hurt, and Physically Harmed. *Int J Forensic Ment Health* 2015;14:161–71. <https://doi.org/10.1080/14999013.2015.1073195>.

[42] Santé Publique France. Consommation d'alcool en France : où en sont les Français ? 2020.

[43] Santé Publique France. Bulletin de santé publique alcool en Bretagne. 2020. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/bretagne/documents/bulletin-regional/2020/bulletin-de-sante-publique-alcool-en-bretagne.-janvier-2020> (accessed September 1, 2023).

[44] Geneva: World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. 2018.

[45] Guedj MJ, Raynaud P, Braitman A, Vanderschooten D. [The practice of restraint in a psychiatric emergency unit]. *L'Encephale* 2004;30:32–9. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(04\)95413-9](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(04)95413-9).

[46] Robbins LJ, Boyko E, Lane J, Cooper D, Jahnigen DW. Binding the elderly: a prospective study of the use of mechanical restraints in an acute care hospital. *J Am Geriatr Soc* 1987;35:290–6. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1987.tb04633.x>.

[47] Swickhamer C, Colvig C, Chan SB. Restraint use in the elderly emergency department patient. *J Emerg Med* 2013;44:869–74. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.02.080>.

Annexes :

Figure 1 : Diagramme des flux

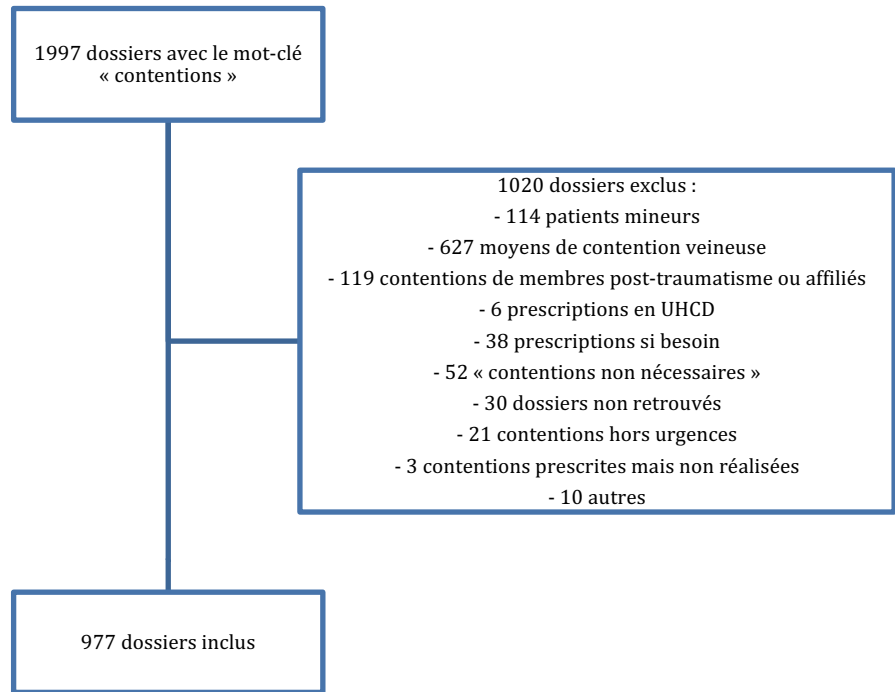


Tableau 1 : Caractéristiques de la population d'étude.

Variables		n = 977 (%)
Sexe	Masculin	595 (60,9%)
	Féminin	382 (39,1%)
Âge (années)	Médiane (IQR)	43 (30;64)
Heure d'arrivée	8h-12h	121 (12,4%)
	12h-16h	202 (20,7%)
	16h-20h	243 (24,9%)
	20h-00h	197 (20,2%)
	00h-04h	138 (14,1%)
	04h-08h	76 (7,8%)
Motif de venue	Confusion	51 (5,2%)
	Pathologie traumatique	90 (9,2%)
	Trouble de l'usage de l'alcool ou autres toxiques	106 (10,8%)
	Autres causes somatiques	223 (22,8%)
	Troubles mentaux	507 (51,9%)
Toxiques	Prise d'alcool et autres toxiques	67 (6,9%)
	Prise d'alcool sans autres toxiques	302 (30,9%)
	Prise d'autres toxiques sans alcool	57 (5,8%)
	Pas de toxiques	551 (56,4%)
Raison de la contention	Situation aiguë d'agitation	567 (58%)
	Agitation, désorganisation	263 (26,9%)
	Auto-agressivité	39 (4%)
	Hétéro-agressivité	265 (27,1%)
	Situation de protection de soins	77 (7,9%)
	Refus de soins	42 (4,3%)
	Protection du technicage (cathéter, sondes)	35 (3,6%)
	Situation de prévention	250 (25,6%)
	Risque de fugue	153 (15,7%)
	Risque de chute	88 (9%)
	Déambulations	9 (0,9%)
Non connue	83 (8,5%)	
Diagnostic retenu	Confusion, démence	58 (5,9%)
	Troubles mentaux liés à l'utilisation de l'alcool	282 (28,9%)
	Troubles mentaux liés à l'utilisation d'autres substances	26 (2,7%)
	Troubles psychotiques aigus	153 (15,7%)
	Épisode maniaque, trouble bipolaire	59 (6%)
	Idées suicidaires	78 (8%)
	Autres troubles psychiatriques	89 (9,1%)
Autres troubles somatiques	232 (23,7%)	
Destination	Sortie des urgences (RAD, fugue, confiés aux FO)	426 (43,6%)
	Hospitalisation en service psychiatrique	335 (34,3%)
	Hospitalisation Service de médecine chirurgie obstétrique	214 (21,9%)
	Décès	2 (0,2%)
Mode d'hospitalisation si hospitalisation en psychiatrie	Soins libres	39 (11,6%)
	SPDT	164 (49%)
	SPDTU	5 (1,5%)
	SPPI	103 (30,7%)
	SPDRE	11 (3,3%)
	Non connue	13 (3,9%)

Tableau 2 : Comparaison des patients sous contentions avec les patients des urgences.

Variables		Patients de l'étude : n = 977	Population des urgences * : n = 57080
Sexe	Masculin	595 (60,9%)	31068 (54,4%)
	Féminin	382 (39,1%)	26012 (45,6%)
Âge	Médiane (IQR)	43 (30;64)	42 (27;67) ‡
Heure d'arrivée	8h-12h	121 (12,4%)	10874 (19,1%)
	12h-16h	202 (20,7%)	13562 (23,8%)
	16h-20h	243 (24,9%)	13522 (23,7%)
	20h-00h	197 (20,2%)	10243 (17,9%)
	00h-04h	138 (14,1%)	5212 (9,1%)
	04h-08h	76 (7,8%)	3667 (6,4%)
Diagnostic †	Confusion, démence	58 (5,9%)	482 (0,8%)
	Troubles utilisation de l'alcool	282 (28,9%)	2740 (4,8%)
	Troubles utilisation autres toxiques	26 (2,7%)	278 (0,5%)
	Troubles psychotiques aigus	153 (15,7%)	400 (0,7%)
	Épisode maniaque, trouble bipolaire	59 (6%)	116 (0,2%)
	Idées suicidaires	78 (8%)	0 (0%)
	Autres troubles psychiatriques	89 (9,1%)	2692 (4,7%)
Destination	Autres troubles somatiques	232 (23,7%)	50353 (88,2%)
	Sortie des urgences	426 (43,6%)	42232 (74,0%)
	Hospitalisation en psychiatrie	335 (34,3%)	1727 (3%)
	Hospitalisation service somatique	214 (21,9%)	13075 (22,9%)
	Décès	2 (0,2%)	46 (0,1%)
* Population ayant consulté les urgences adultes du même site durant l'année 2022.			
† Population des urgences de 57061 personnes pour ce critère car exclusion de 19 mineurs (il n'est possible d'exclure les patients mineurs que pour certaines données).			
‡ Résultats présentés à 2,5 années près, représentant le milieu d'une classe d'âge de 5 ans.			

Tableau 3 : Mesures associées à la mise en place des contentions.

Variables	n=977 (%)
Prescription réalisée par	
Interne des urgences	167 (17,1%)
Sénior des urgences	346 (35,4%)
Psychiatre	111 (11,4%)
Pas de prescription écrite	353 (36,1%)
Moment de la contention	
Arrivée au SAU	398 (40,7%)
Annonce de l'hospitalisation	69 (7,1%)
Autre	510 (52,2%)
Sédation associée	
Oui	671 (68,7%)
Non	306 (31,3%)
Surveillance spécifique prescrite dans le dossier	
Oui	140 (14,3%)
Non	837 (85,7%)

Tableau 4 : Caractéristiques des 3 sous-groupes

Variables		Sortie des urgences : 426	Hospitalisation psychiatrie : 335	Hospitalisation somatique : 214
Sexe	Hommes	271 (63,6%)	192 (57,3%)	131 (61,2%)
	Femmes	155 (36,4%)	143 (42,7%)	83 (38,8%)
Age	Médiane [Q1 ; Q3]	40 [30 ; 51]	35 [26 ; 47,5]	81 [66 ; 87]
Heure arrivée	08h-20h	224 (53%)	192 (57,3%)	149 (69,6%)
	20h-08h	202 (47%)	143 (42,7%)	65 (30,4%)
Motif venue	Confusion	8 (1,9%)	7 (2,1%)	36 (16,8%)
	Pathologie traumatique	65 (15,3%)	6 (1,8%)	19 (8,9%)
	Tr. usage OH ou toxiques	88 (20,7%)	12 (3,6%)	6 (2,8%)
	Autres causes soma	68 (16,0%)	18 (5,4%)	135 (63,1%)
	Troubles mentaux	197 (46,2%)	292 (87,2%)	18 (8,4%)
Toxiques	Alcool ou toxiques +	313 (73,5%)	95 (28,4%)	18 (8,4%)
	Pas d'alcool ou toxiques	113 (26,5%)	240 (71,6%)	196 (91,6%)
Raison contention	Agitation	100 (23,5%)	104 (31,0%)	57 (26,6%)
	Auto-agressivité	18 (4,2%)	20 (6,0%)	1 (0,5%)
	Hétéro-agressivité	169 (39,7%)	76 (22,7%)	20 (9,3%)
	Refus de soins	14 (3,3%)	24 (7,2%)	4 (1,9%)
	Protection matériel	7 (1,6%)	0 (0%)	28 (13,1%)
	Risque de chute	32 (7,5%)	2 (0,6%)	54 (25,2%)
	Risque de fugue	53 (12,4%)	93 (27,8%)	7 (3,3%)
	Déambulation	1 (0,2%)	0 (0%)	8 (3,7%)
Non connue	32 (7,5%)	16 (4,8%)	35 (16,4%)	
Moment contention	Arrivée au SAU	214 (50,2%)	166 (49,6%)	18 (8,3%)
	Annonce hospitalisation	1 (0,2%)	68 (20,3%)	0 (0%)
	Autre	211 (49,5%)	101 (30,1%)	196 (90,7%)
Sédation	Oui	263 (61,7%)	292 (87,2%)	115 (53,7%)
	Non	163 (38,3%)	43 (12,8%)	99 (46,3%)
Diagnostic	Confusion	8 (1,9%)	1 (0,3%)	49 (22,9%)
	Troubles usage toxiques	268 (63%)	30 (9%)	10 (4,7%)
	Troubles psychotiques	7 (1,6%)	145 (43,3%)	1 (0,5%)
	Épisode maniaque	7 (1,6%)	52 (15,5%)	0 (0%)
	Idées suicidaires	15 (3,5%)	58 (17,3%)	5 (2,3%)
	Autres tr. psychiatriques	46 (10,8%)	41 (12,2%)	2 (0,9%)
	Autres tr. Somatiques	75 (17,6%)	8 (2,4%)	147 (68,7%)

Glossaire

CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalo-Universitaire
CPOA	Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil
CSP	Code de la Santé Publique
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
FO	Forces de l'Ordre
HAS	Haute Autorité de Santé
IM	Intra-Musculaire
IQR	Inter Quartile Range (intervalle inter quartile)
IR	Intra-Rectal
IV	Intra-Veineux
ONU	Organisation des Nations Unies
PO	Per Os
RAD	Retour Au Domicile
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SFMU	Société Française de Médecine d'Urgence
SDRE	Soins sur Décision d'un Représentant de l'Etat
SPDT(U)	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (en Urgence)
SPPI	Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent
TLUA	Troubles Liés à l'Usage d'Alcool
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

U.F.R. DE (DISCIPLINE) DE RENNES

N°

RAY, Apolline - Contentions mécaniques aux urgences générales : profil-type du patient sous contentions et étude des pratiques actuelles

Thèse : Médecine ; Université de Rennes 1 : 2023

Introduction : Les contentions sont une mesure de contrainte qui vient du milieu psychiatrique, transposée aux urgences notamment pour la prise en charge des patients agités. Cependant, malgré les risques qu'elle comprend, cette procédure reste peu étudiée en dehors de son milieu d'origine. Il s'agit dans ce travail d'étudier le profil des patients sous contentions aux urgences, et d'analyser les mesures associées à cette pratique.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle, rétrospective, monocentrique, dans un service d'accueil des urgences adultes (SAU) en Bretagne accueillant 69000 passages/an, du 01/01/2022 au 31/12/2022. Tous les patients majeurs étaient inclus s'ils étaient mis sous contentions durant leur passage aux urgences. Les données ont été obtenues à partir du dossier médical informatique, et ont été analysées de manière descriptive.

Résultats : Sur 57080 passages au SAU, 977 patients ont été mis sous contentions (1,7%). L'âge médian était de 43 ans [30;64], 60,9% sont des hommes. Ils consultaient pour troubles mentaux dans 51,9% des cas, et 43,6% d'entre eux avaient consommé de l'alcool ou d'autres toxiques. A la suite de la prise en charge, 43,6% étaient sortant des urgences, et 21,9% étaient hospitalisé en psychiatrie, sous un mode de contrainte dans 84,5% des cas. 3 sous-groupes étaient distingués : un groupe d'hommes sous toxiques sortant au domicile ensuite, un groupe de patients jeunes consultant pour troubles mentaux et hospitalisés en psychiatrie, et enfin un groupe de patients âgés hospitalisés en service somatique. Seuls 68,7% des patients bénéficiaient d'une sédation associée, et 14,3% de la prescription d'une surveillance adaptée.

Conclusion : Notre étude décrit les principales caractéristiques des patients sous contentions dans un SAU, avec l'identification de 3 principaux sous-groupes. Elle montre également une association insuffisance à une sédation chimique, et un manque de surveillance adaptée, qui pourraient être améliorés par formation des personnels soignants et mise en place de protocoles locaux.

Rubrique de classement :

Médecine d'Urgence

Mots-clés français :

Contentions
Contrainte
Service d'Accueil des Urgences

Mots-clés anglais MeSH :

humans, adult, emergency service,
hospital, physical restraint, France

Président :

M. Paul-Georges Reuter

JURY :

Assesseurs :

M. Jean Gadoullet [directeur de thèse]
M. Florian Naudet
M. Louis Soulat