

La contention physique au service des urgences : indications et principes de mise en œuvre

*T. CHARPEAUD, P. EYMERÉ, E. GOUTAIN, M. GARNIER,
C. TIXERONT, J. GENESTE, J. SCHMIDT, G. BROUSSE*

Points essentiels

- La contention physique est une mesure d'exception, qui vise à répondre à des cas d'agitation extrême.
- La mise en œuvre d'une contention physique doit toujours être soumise à l'application d'un protocole précis, réfléchi à l'avance au sein de l'institution. Elle doit au maximum, garantir les intérêts du malade, son confort et sa dignité.
- Il s'agit d'une prescription médicale, immédiate ou différée. Les motifs de son recours, sa durée d'application, et les modalités de surveillance du patient contenu doivent faire partie intégrante du dossier médical du patient.
- La contention physique doit sauf exception, toujours être associée à une sédation chimique.
- Les risques liés à la contention physique imposent une surveillance régulière du patient contenu, de manière intensive selon un protocole défini.
- La contention physique est une mesure temporaire, devant être réévaluée régulièrement, et levée dès que l'état du patient le permet.

Correspondance : Docteur Thomas Charpeaud – Unité des Urgences Psychiatriques – Service Accueil Urgences – CHU de Clermont-Ferrand – 58, rue Montalembert, 63003 Clermont-Ferrand. Tél. : 04 73 75 47 80 / Fax : 04 73 75 47 81. E-mail : tcharpeaud@chuclermontferrand.fr

1. Introduction

La contention physique est une technique encore régulièrement utilisée en pratique clinique courante, pour la prise en charge des sujets agités, dans le but de maîtriser ou limiter leurs mouvements sur un brancard ou un lit. Malgré les progrès considérables dans le domaine de la psychopharmacologie, depuis la deuxième moitié du XX^e siècle, et la mise au point de traitements sédatifs performants, la contention physique reste un moyen de gérer en urgence des situations d'agitation extrême, dans l'objectif de protéger à la fois le patient, et le personnel soignant. Elle permet également dans certaines situations d'apaiser le patient, en diminuant les stimulations environnantes. Son utilisation doit se faire dans un cadre thérapeutique, à partir d'une prescription médicale immédiate ou différée, et impose par la suite des modalités strictes de surveillance du patient. Le recours à la contention doit rester une mesure d'exception, temporaire, pour pallier à une situation d'agitation et de violence extrêmes. Elle doit systématiquement être associée à la prescription d'un traitement sédatif, le plus souvent neuroleptique ou benzodiazépinique. De par la fréquence importante des états d'agitation dans les services d'urgences, les personnels soignants de ces unités doivent être formés à ce type de pratique pour en connaître non seulement les modalités, mais également les effets indésirables qui peuvent en découler. À ce sujet, la prise en charge des états d'agitation aux urgences, a fait l'objet d'une conférence de consensus en 2002, précisant notamment les modalités d'utilisation de la contention physique (1).

Si la contention physique doit toujours être considérée comme un moyen thérapeutique temporaire, et non comme un moyen punitif ; il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une technique coercitive, renvoyant à une discussion éthique et réglementaire. Au même titre que l'isolement thérapeutique, la contention physique est une privation de liberté. Dans le domaine de la santé mentale, l'Histoire nous enseigne les excès de telles procédures. La pratique asilaire prévalut jusqu'à la fin du XVIII^e siècle, maintenant les malades mentaux dans des conditions de vie indignes et inhumaines. Il faut attendre P. Pinel (1745-1826) et les premiers aliénistes pour que les premiers malades psychiques soient libérés de leurs chaînes en France. Les évolutions de la médecine en général, et de la psychiatrie en particulier, se sont ainsi, depuis le XVIII^e siècle, heureusement accompagnées d'une considération et d'un respect légitimes dus aux malades psychiques, et à leur dignité. Cela étant dit, il nous semble important d'insister d'emblée, sur ces aspects éthiques et déontologiques, tant la pratique de la contention physique peut être soumise à des dérives. Celles-ci peuvent ainsi refléter un contre-transfert de l'équipe soignante et un sentiment de toute-puissance de la part des soignants, finissant par aboutir à un défaut de soins du patient contenu ainsi qu'une incapacité à reconnaître et à soulager sa souffrance. Cette donnée est d'autant plus vraie dans un service d'urgences, où le seuil de tolérance du personnel à l'agitation d'un patient, apparaît notamment corrélé à l'activité du service et à la charge de travail... De même, la tolérance du personnel à un état d'agitation s'avère également fonction de la perception d'un



Pinel libérant les aliénés de leurs chaînes, à Bicêtre. Peinture de Charles Müller.

trouble psychique sous-jacent par les soignants. Les agitations « incompréhensibles », souvent sous-tendues par une pathologie psychiatrique décompensée, sont ainsi souvent mal repérées par les équipes peu formées à ces problèmes, et donc souvent mal tolérées. Il convient donc de se rappeler que la pratique de la contention physique n'est jamais anodine ; si elle est nécessaire, elle doit se faire dans le cadre d'une démarche médicale, en respectant le patient et ses intérêts. Ce n'est en aucun cas un moyen de limiter les nuisances liées à l'agitation d'un patient, afin de permettre la poursuite du travail du service dans le calme. Au contraire, il doit toujours s'agir d'une mesure d'exception, réalisée dans l'intérêt du malade, et imposant par la suite une surveillance médicale des plus rapprochées. La contention physique doit ainsi être justifiée médicalement, et répondre au respect d'un protocole strict, réfléchi à l'avance au sein de l'institution, et transparent à tous les niveaux (2, 3).

Notre propos se consacre dans un premier temps, sur les aspects réglementaires de la pratique de la contention physique. Nous énonçons ensuite les principales indications et les objectifs de la contention, avant d'évoquer les aspects pratiques de sa mise en œuvre aux urgences en insistant sur les modalités de surveillance du patient contenu, compte tenu des risques potentiels d'une telle mesure.

2. Aspects réglementaires

Le cadre législatif entourant la pratique de la contention physique, fait tout d'abord référence aux textes généraux protégeant le respect des Droits de l'homme et du citoyen. De manière plus spécifique, la Charte du patient hospitalisé précise les conditions de l'information du malade par le médecin, qui se doit d'être simple, accessible, intelligible et loyale (4). La contention physique n'échappe pas à cette règle et le patient doit être informé des raisons motivant une telle mesure, et de son caractère temporaire. La résolution 46/119 de l'ONU précise les éléments suivants (5) :

- chaque malade a le droit d'être protégé contre toute forme d'exploitation, contre tout mauvais traitement physique ou dégradant,
- la contrainte physique d'un patient doit être utilisée conformément aux méthodes officiellement approuvées par le service de santé mentale et uniquement s'il s'agit du seul moyen de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui,
- ce type de procédure ne doit durer que le temps nécessaire, et être inscrit dans le dossier du patient ; il doit s'exercer dans des conditions humainement acceptables, avec du personnel qualifié, en avisant le patient ou son représentant légal de toute instauration d'une mesure de contrainte.

Le Code de Déontologie médicale précise que le médecin exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité (article 2). Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences d'un traitement (article 8). Concernant spécifiquement la contention physique, le Code de Déontologie précise que si la famille du malade doit être prévenue et informée d'une telle mesure, il ne s'agit en aucun cas, en dehors du cas particulier de l'enfant, de demander leur autorisation (5, 6).

La contrainte aux soins dans le domaine de la santé mentale fait, quant à elle, référence aux lois relatives aux droits des personnes hospitalisées en service de psychiatrie, la loi du 27 juin 1990, récemment révisée par la loi du 5 juillet 2011. Ces textes précisent que la réalisation de soins sans consentement ne peut être justifiée que par l'état de santé du malade, dans le strict respect de sa dignité. Ces textes et les décrets qui en découlent, offrent un cadre juridique visant à garantir les droits des malades psychiques, et empêcher leur hospitalisation de manière arbitraire et abusive. La loi du 5 juillet 2011, en faisant intervenir le Juge des Libertés et de la Détention dans les procédures d'hospitalisation sous contrainte, s'inscrit dans cette lignée. La mise en œuvre d'une contention physique chez le patient souffrant d'une maladie mentale, ne doit se réaliser, comme le précise la circulaire n° 48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993, que durant le temps nécessaire à la transformation du régime d'hospitalisation libre du patient vers un régime d'hospitalisation sans consentement, ou bien durant le temps nécessaire à la résolution de la situation d'urgence (7). Ainsi, contention physique ne signifie pas nécessairement la mise en place d'une procédure de soins sans consentement. Aux urgences, l'exemple est quasi quotidien, avec les cas d'agitation liés aux prises de toxiques, alcool notamment, qui ne nécessitent pas forcément la réalisation d'un soin sans consentement au décours d'une éventuelle contention mécanique.

Notons enfin qu'il est de la responsabilité de l'institution d'établir un protocole de mise en place des contentions. Ce dernier doit être réfléchi à l'avance, et doit préciser les indications de la contention, sa durée, et les modalités de surveillance du patient. Ce protocole fait partie intégrante du dossier médical du patient. La loi précise également le rôle des personnels infirmiers, qui se doivent, chaque fois qu'ils le jugent nécessaire, de demander au médecin d'établir un tel protocole thérapeutique, daté et signé (3, 5).

3. Objectifs et principales indications

La conférence de consensus sur la prise en charge de l'agitation en urgence (1) précise les objectifs de la contention physique. La contention doit ainsi permettre d'assurer la sécurité du patient et de l'entourage, et de prévenir la rupture thérapeutique. Le recours à la contention physique n'est justifié qu'après l'échec des autres mesures de prise en charge, ce qui doit clairement être consigné dans l'observation médicale du patient. Le texte précise également qu'il doit s'agir d'une mesure d'exception, temporaire, ne constituant pas à elle seule une mesure thérapeutique, et devant donc toujours être associée à la prescription d'une sédation chimique. Les preuves de l'efficacité thérapeutique de la contention physique, sont en effet, inexistantes à l'heure actuelle ; alors que ses inconvénients et risques potentiels sont largement connus (1, 5).

Toujours d'après cette conférence de consensus, les indications de la contention physique sont représentées par :

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

Les situations répondant à ces indications renvoient aux principales causes de l'agitation. Rappelons qu'il s'agit de situations fréquentes dans les services d'urgence, puisque les états d'agitation représentent entre 0,8 et 1,2 % des passages. Rappelons également, que si les causes psychiatriques (accès maniaques ; épisodes délirants aigus, ou décompensant une psychose chronique ; troubles de la personnalité ; attaques de panique) sont parmi les plus fréquentes, elles ne sont pas les seules. Bien entendu, les causes toxiques (alcool, autres substances psychoactives et médicaments) sont également particulièrement fréquentes aux urgences. Enfin, de nombreuses causes organiques peuvent être responsables d'une agitation psychomotrice (états de choc, hypoglycémie, épilepsie, hémorragie méningée, fièvre...), justifiant ainsi un examen clinique complet du malade.

Les contre-indications à la contention physique sont quant à elles de deux ordres :

- 1) D'ordre général et éthique d'une part :
 - utilisation à titre de punition,
 - état clinique ne nécessitant pas ces mesures,
 - utilisation uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe ou pour son confort,
 - utilisation uniquement liée au manque de personnel.
- 2) D'ordre organique d'autre part : pour les affections non stabilisées :
 - insuffisance cardiaque,
 - état infectieux,

- trouble de la thermorégulation,
- trouble métabolique,
- atteinte orthopédique,
- atteinte neurologique.

4. Principes de mise en œuvre dans un service d'urgence et modalités de surveillance

4.1. Accueil et prise en charge du sujet agité

Le recours à la contention physique n'est jamais une réponse de première intention devant les cas d'agitation. Une approche relationnelle est toujours nécessaire, ayant pour objectifs principaux d'une part, d'évaluer le niveau d'agitation et le risque de passage à l'acte ou de rupture thérapeutique, et d'autre part, d'essayer d'apaiser et rassurer le patient afin d'éviter au maximum le recours à la contention. Le personnel doit ainsi être formé à ces situations, pour adopter une attitude permettant de limiter l'escalade de la violence. Toutefois, dans un certain nombre de cas, l'état d'agitation est tel, que toute approche relationnelle est bien souvent illusoire. En pratique, l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IOA) doit prévenir sans délai, le médecin urgentiste et plusieurs membres de l'équipe, au minimum cinq personnes. L'agitation doit être considérée comme une urgence absolue, c'est-à-dire, ne pouvant pas être différée. Si le patient arrive aux urgences maintenu, les contentions ne seront levées qu'après évaluation médicale. Un psychiatre doit pouvoir être sollicité dans un délai raisonnable, pour avis. Sa présence n'est pas obligatoire à la phase aiguë. Dans les cas d'agitation extrême, et de menaces imminentes de passage à l'acte hétéroagressif, un agent de sécurité devrait pouvoir être sollicité ; tout comme les forces de l'ordre dans les cas mettant en péril la sécurité des personnels, ou des autres patients du service. La présence d'un patient agité est bien souvent à l'origine d'une pression supplémentaire ressentie par les personnels soignants, pouvant conduire rapidement à un contre-transfert vis-à-vis du patient. Ce dernier est toujours contre-productif, ne suscitant généralement qu'une escalade de la violence. Les équipes doivent donc savoir que leurs attitudes peuvent potentiellement être susceptibles de faire basculer une situation d'agitation limitée, vers un état d'agitation extrême ou de violence. Ainsi, parmi les attitudes à adopter, celle du remplacement de l'interlocuteur qui n'a pas réussi à obtenir un dialogue, par un autre membre du personnel, est une attitude tout à fait adaptée. Notons également que la mixité des équipes doit être recommandée dans les services d'urgence, dans la mesure du possible ; un équilibre doit aussi être trouvé entre les membres de l'équipe en fonction de leur expérience.

Le recours à l'isolement thérapeutique est une mesure alternative à la contention physique. Elle renvoie à d'autres modalités de prescription et de surveillance. Dans la mesure du possible, cette solution nous paraît souvent préférable à l'emploi de la contention physique.

Rappelons enfin, que la réalisation d'un examen clinique et d'examen paracliniques minimums doit être systématique chez les patients en état d'agitation. Dans les cas d'agitation incontrôlable, ces examens ne pourront être réalisés qu'après contention et sédation. Concernant les examens paracliniques, la glycémie capillaire et la mesure de la saturation artérielle en oxygène sont recommandées de manière systématique devant les cas d'agitation aiguë. En fonction des données de l'examen et de l'anamnèse, d'autres investigations pourront éventuellement être réalisées. Dans les cas d'une affection psychiatrique connue, la normalité de ces examens, clinique et paracliniques, n'impose pas nécessairement le recours à d'autres investigations. La réalisation d'examen biologiques, notamment la mesure de l'alcoolémie, bien que non systématique, reste cependant d'une utilité capitale, notamment pour la prise en charge psychiatrique à distance de l'épisode d'agitation aiguë.

4.2. Principes de mise en place d'une contention physique

Nous insistons d'emblée sur la nécessité du caractère quasi ritualisé de ce type de procédure. Une fois la décision de mise en contention prise, celle-ci doit être mise en place de manière rapide, sans hésitation ni improvisation. Les personnels doivent connaître parfaitement la procédure et le matériel utilisé. Ils doivent être entraînés à leur emploi. En effet, la mise en place d'une contention doit être considérée comme une situation à risque, susceptible d'occasionner un surcroît d'agitation et de risque de passage à l'acte hétéroagressif, ainsi que des blessures aussi bien pour le patient que pour le personnel (5). Ce dernier doit donc être expérimenté sur ce point, et suffisamment nombreux, toujours au minimum de cinq personnes. Sur le plan pratique, il est conseillé de disposer dans les services d'urgence, de kits de contention, régulièrement vérifiés, et facilement accessibles. Certains services peuvent également disposer d'un brancard préalablement équipé de sangles de maintien, permettant ainsi de réduire le temps de mise en œuvre de la procédure et donc les risques qui en découlent.

La réalisation pratique de la contention fait donc intervenir un minimum de cinq personnes. Le patient doit être saisi par quatre soignants, un par membre ; et maintenu sur le dos. Le cinquième intervenant doit avoir un rôle de coordination, il est également chargé de maintenir la tête du patient, et d'éviter notamment le risque de morsure. Certaines équipes font parfois intervenir un sixième membre, afin d'essayer de maintenir dans la mesure du possible un dialogue avec le patient, dans l'objectif de le rassurer, de l'informer de manière claire et ferme sur la nécessité actuelle de la mise en contention, mais aussi de son caractère temporaire et de sa levée immédiate, une fois l'état d'agitation terminé. Cet intervenant a également la charge d'informer le patient sur le déroulement de la procédure, et sur la nature du traitement sédatif utilisé. Une fois le patient maintenu par le personnel, il est indispensable qu'il soit déshabillé, et mis en pyjama (ou « chemise de l'hôpital »). Aucun effet personnel ne doit lui être laissé à disposition. Il convient bien sûr d'être particulièrement vigilant vis-à-vis d'objets potentiellement dangereux, tels que couteaux, ceintures, briquets... La procédure classique

consiste le plus souvent, en une contention « cinq points », avec une attache pour chaque membre et une ceinture ventrale. Certains dispositifs utilisent une contention de type « harnais », permettant le maintien du torse et des épaules au niveau du lit ou du brancard. La contention physique doit toujours, sauf cas très particulier (sujet âgé notamment et prévention du risque de chute), recourir à une contention ventrale et des quatre membres. Hors le cas de la contention pour prévention du risque de chute, les contentions partielles : membres supérieurs seulement, ventrale seulement..., doivent être proscrites. L'équipe mettant en place les contentions, doit s'assurer de la sécurité du patient. La tête doit ainsi être légèrement surélevée, afin de limiter le risque d'inhalation. Les attaches doivent permettre de limiter les amplitudes de mouvements des membres, pour limiter au maximum le risque que le patient se détache lui-même. À ce sujet, les attaches doivent être adaptées à la morphologie du patient, et des sangles particulières doivent être utilisées pour les patients de petit poids, ou obèses. Si un brancard est utilisé, celui-ci doit être bloqué et positionné le long d'un mur. Dans la mesure du possible, le patient contenu physiquement doit être maintenu dans une chambre seule, dont la porte doit rester en partie ouverte. Enfin, il faut veiller à ce qu'aucun point de contention ne soit douloureux, ou compressif.

La dernière étape de la procédure consiste en l'administration d'un traitement sédatif. Celui-ci est systématique et a pour objectifs de permettre la réalisation d'un examen clinique, réduire l'agitation, limiter l'anxiété liée à la mise en contention, et diminuer la durée de cette dernière. Si l'utilisation de la forme orale doit toujours être privilégiée, une fois la contention mise en place, seule la voie intramusculaire reste réalisable en pratique. Les voies intra-veineuses, et de manière plus anecdotique intranasale (cas du midazolam), sont également possibles. Les contentions, notamment ventrales, doivent être ajustées afin de permettre la réalisation de l'injection. Les principales molécules utilisées sont de deux types : benzodiazépines d'une part, et antipsychotiques de première (cyamémazine, lévopromazine, loxapine) ou seconde génération (olanzapine, rispéridone, aripiprazole) d'autre part. Ces dernières sont d'utilisation privilégiée si une pathologie psychiatrique est suspectée, du type décompensation psychotique ou accès maniaque. La place des associations thérapeutiques (benzodiazépine + antipsychotique), bien que souvent utilisées, reste une donnée mal connue sur le plan scientifique. Il est recommandé d'utiliser un nombre restreint de molécules, en privilégiant celles qui sont habituellement maîtrisées par le service, aussi bien pour ce qui concerne leur posologie que la surveillance de leurs effets indésirables potentiels. Une fois l'injection réalisée, les attaches doivent être ajustées, et le patient doit être couvert par un drap. Les visites des proches doivent le plus souvent être limitées, pendant la durée de la contention, et systématiquement évaluées au cas par cas.

Enfin, rappelons que la prescription médicale de la contention physique et des motifs la motivant, doivent être inscrits dans le dossier du patient. Il s'agit d'une obligation médico-légale. Un protocole de surveillance du patient doit

également être défini, et écrit dans le dossier du patient. Celui-ci doit être horodaté et signé par le médecin prescripteur.

4.3. Effets indésirables potentiels et modalités de surveillance

La mise en place d'une contention physique est comme nous l'avons déjà évoqué, une situation à risque, pour le patient comme pour les soignants. Il est impératif qu'un protocole garantissant la sécurité de tous, soit respecté au maximum. Concernant les risques de la contention physique, nous évoquons tout d'abord, celui de rupture thérapeutique à moyen terme, une fois la phase d'agitation aiguë terminée. Ce risque paraît d'importance limitée dans un service d'urgence, où la prise en charge est par définition de courte durée. Cela dit, le risque de rupture du lien thérapeutique à moyen terme, doit rester une préoccupation du thérapeute, qui doit essayer au maximum de limiter le recours à la contention. Cette pratique est en effet, le plus souvent perçue *a posteriori*, de manière négative par les patients ; en dehors d'une minorité qui parvient à critiquer l'état d'agitation initial, et admettre le rôle apaisant de cette dernière (5). Dans le cadre d'une prise en charge psychiatrique à moyen terme, notamment chez les patients souffrant de psychose chronique, de troubles de l'humeur ou de la personnalité, le thérapeute est tenu, non seulement de gérer la situation aiguë, mais également d'envisager les conséquences éventuelles en terme d'alliance thérapeutique, d'une mesure de contention (8).

D'après la conférence de consensus sur la prise en charge de l'agitation aux urgences, l'objectif de la surveillance d'un patient en contention est d'assurer une qualité de soins en respectant l'intégrité physique et morale du patient (1). Les soignants doivent donc par une surveillance rapprochée, être d'une part vigilants quant aux effets indésirables potentiels : déshydratation, risque cutané, risque thromboembolique, risque d'effet garrot, risque d'inhalation ; et d'autre part, maintenir une relation verbale avec le patient, en assurant également les soins d'hygiène et de confort. Ainsi, un protocole de surveillance (cf. Annexe) est recommandé, mentionnant :

- la date et l'heure de la mise en contention, et son indication ;
- la surveillance des paramètres vitaux (pouls, tension artérielle, température, saturation artérielle en oxygène, glycémie capillaire), le comportement du patient et son niveau de vigilance ;
- les soins de base d'hygiène, l'hydratation, la surveillance du positionnement adapté des sangles et de leur caractère non compressif et non douloureux ;
- la date et l'heure de levée de la contention.

L'objectif de la prise en charge, et de la sédation chimique associée, est de permettre la levée de la contention, le plus rapidement possible. La surveillance doit être particulièrement rapprochée, avec une fréquence recommandée de toutes les 15 à 30 minutes. Des situations spécifiques nécessitent une vigilance accrue, notamment en cas d'intoxication éthylique, ou médicamenteuse. Enfin, nous insistons sur la nécessité de maintien d'une relation verbale, le patient

doit notamment pouvoir être informé de la date et de l'heure, ses inquiétudes doivent être prises en compte et sa dignité toujours respectée.

4.4. Cas particulier de la personne âgée

Le cas de la personne âgée est à distinguer de celui de l'adulte. En effet, si la contention peut de la même façon que chez l'adulte, être réalisée devant un état d'agitation aiguë, elle reste le plus souvent réalisée pour prévenir un risque de déambulation et de chute, principalement chez les sujets souffrant de démence. Par ailleurs, des spécificités liées à l'âge, rendent les pratiques de contention encore plus périlleuses, du fait notamment de la plus grande fragilité des sujets âgés, par rapport aux risques cutanés, thromboemboliques, de déshydratation et d'inhalation. Des dispositifs de contention particuliers : ceintures ou gilets de maintien, barrières fixées au lit... sont utilisés dans ces indications. Une évaluation des pratiques professionnelles établies par l'ANAES en 2000 a été réalisée sur ce sujet (9). Ces pratiques sont très souvent employées aussi bien à l'hôpital qu'en maison de retraite, ce qui n'est pas sans poser question sur leur légitimité. Ainsi, les preuves de l'efficacité de ces mesures pour prévenir le risque de chute sont inconnues. Certains travaux retrouvent même un effet délétère à ces pratiques, qui pourraient au contraire augmenter le risque de chute chez les patients confus (9). Par ailleurs, la contention physique du sujet âgé pour prévenir les risques de déambulation, de fugue et de chute, font rarement l'objet de protocoles standardisés dans les services de soins. Dans les services d'urgence et d'UHCD, il convient d'être particulièrement prudent vis-à-vis de ces procédures, en se souvenant que leur niveau d'efficacité n'est sans doute pas des plus favorables. Si leur efficacité en terme de prévention des chutes n'est pas démontré, les risques qui en découlent sont par contre, bien documentés : escarres, aggravation de la confusion et/ou de l'agitation, perte d'autonomie, fonte musculaire, inhalation... La mortalité par strangulation, ou chute du lit à travers les barrières, est estimée à 1/1000 décès en institution, à laquelle il faut ajouter la mortalité liée aux complications de décubitus. Ces données doivent être connues par les urgentistes et les équipes des services d'urgence et d'UHCD, qui sont fréquemment confrontés à ces situations. Celles-ci doivent susciter non seulement une vigilance accrue, mais également de manière plus globale, une réflexion sur la prise en charge des sujets souffrant de démence dans ces services...

5. Conclusion

La contention physique est une méthode souvent nécessaire dans les cas d'agitation extrême avec risque de passage à l'acte hétéroagressif. Elle doit cependant toujours rester une mesure d'exception, temporaire, découlant d'une décision médicalement justifiée. De par la fréquence des états d'agitation dans les services d'urgence, il paraît indispensable que les personnels de ces services soient formés à l'emploi de ces techniques, mais aussi de façon plus globale, à la

gestion de l'agitation en général. Tout comme pour les procédures d'isolement, la mise en place d'un protocole de surveillance des patients contenus, faisant partie intégrante du dossier médical du patient, doit être encouragée (3). En effet, ces deux types de procédures renvoient à des modalités d'application rigoureuses, et à des mesures de surveillance intensives.

Références

1. Société Francophone de Médecine d'Urgence. 9^e Conférence de Consensus. Agitation en urgence (petit enfant excepté). Sous la Présidence de J.C. Ducreux. 6 décembre 2002.
2. Telintelo S., Kuhlman T.L., Winget C. A study of the use of restraint in a psychiatric emergency room. *Hosp Community Psychiatry*. 1983 Feb ; 34(2) : 164-5.
3. ANAES. 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.
4. Charte du patient hospitalisé.
5. Palazzolo J. Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie. Masson, Collection Médecine et Psychothérapie, Paris, 2002.
6. Palazzolo J., Julerot J.M., Lachaux B. About ethics in psychiatry and psychiatrists facing ethics. *Encephale*. 1999 NovDec ; 25(6) : 674-80.
7. 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.
8. Singh A.R. Covert treatment in psychiatry: do no harm, true, but also dare to care. *Mens Sana Monogr*. 2008 Jan ; 6(1) : 81-109.
9. ANAES. Évaluation des Pratiques Professionnelles dans les Établissements de Santé. Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. Octobre 2000.

Annexe

FICHE DE TRACABILITÉ ET DE SURVEILLANCE DE LA CONTENITION					
Identité du patient :		Infirmier(ère) :			
		Médecin :			
Début de la contention					
Date et heure :					
Diagnostic :					
Indication de la contention :					
Objectif(s) :					
Type de contention : <input type="checkbox"/> MSD <input type="checkbox"/> MSG <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIG					
C. ventrale <input type="checkbox"/>					
Contention manuelle préalable <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure(s) :					
Présence d'agent de sécurité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure(s) :					
Type de médication : heure(s) :					
Information au patient <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure(s) :					
Information à la famille <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure(s) :					
Ouvert représentant légal <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure(s) :					
Examen médical <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non heure(s) :					
Signatures : Infirmier(ère) :		Médecin :			
Dérèglement de la contention :					
Surveillance prescription : paramètres vitaux <input type="checkbox"/> 15 min <input type="checkbox"/> 30 min <input type="checkbox"/> autre					
Fréquence					
Signes vitaux					
Glasgow					
Poids					
TA					
Température					
Saturation					
Glycémie					
Soins de base et d'hygiène : _____					
Heures réévaluation médicale :					
Médecin senior avisé : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					
heure(s) :					
Levée de la contention :					
	MSD	MSG	Contention Ventrals	MID	MIG
Date et heure					
Observations					
Remarques					
Signatures : Infirmier(ère) :		Médecin :			