

ANNEE 2016

N°

**Psychose chronique et décompensation aiguë.
Isolement et contention en situation d'urgence.**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 13 octobre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Thibaud PORTHA

Né le 29 février 1984 à Besançon (Doubs)

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourt une poursuite pénale.

ANNEE 2016

N°

**Psychose chronique et décompensation aiguë.
Isolement et contention en situation d'urgence.**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le 13 octobre 2016

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par Thibaud PORTHA

Né le 29 février 1984 à Besançon (Doubs)

Année Universitaire 2016-2017
au 1^{er} Septembre 2016

Doyen :

1^{er} Assesseur :

Assesseurs :

M. Frédéric HUET

M. Yves ARTUR

Mme Laurence DUVILLARD

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaid	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophthalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophthalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Denis	KRAUSÉ	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Bruno	MANGOLA	Urgences (du 01/05/2016 au 14/11/2016)
----	-------	----------------	--

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	CAMUS	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Maurice	GIROUD	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Frédéric	MICHEL	(surnombre du 20/10/2015 au 31/12/2016)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(surnombre du 05/02/2014 au 31/08/2017)

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
(Mobilité Novembre 2016 à 2017)			
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Sécolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
(Mobilité Novembre 2016 à 2017)			
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M.	Marc	FREYSZ	(01/09/2016 au 28/02/2017)
M	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	-------------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER-COMBERNOUX	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Mr le Pr Bernard BONIN

Membres du jury : Me le Pr Irène FRANCOIS-PURSSELL

Mr le Pr Bruno MANGOLA

Mr le Dr Eddy PONA VOY

Mr le Dr Jean Christophe CHAUVET GELINIER

Me le Dr Julie SALIGNON

**A notre Maître et Président du Jury,
Monsieur le Professeur Bernard BONIN.**

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de vos enseignements tout au long de notre
internat.

Vous avez pu nous transmettre tout l'intérêt que vous portez à notre discipline.

Veillez recevoir l'expression de notre respectueuse gratitude.

**A notre Directeur de Thèse,
Monsieur le Docteur Eddy PONA VOY.**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de diriger et de juger notre travail.

Nous vous sommes reconnaissant de votre accompagnement, de votre patience et de votre aide dans la rédaction de ce travail.

Nous avons eu le plaisir de pouvoir bénéficier de vos connaissances.

Veillez recevoir l'expression de notre respectueuse gratitude.

**A notre Maître et Juge,
Madame le Professeur Irène FRANCOIS-PURSSELL.**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de l'étendue vos connaissances.

Vous nous avez apporté un regard éthique et un esprit critique que nous ferons grandir dans
notre pratique future.

Veillez recevoir l'expression de notre respectueuse gratitude.

**A notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur Bruno MANGOLA.**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Nous vous sommes reconnaissant de l'intérêt porté au sujet de ce travail et de vos conseils.

Veillez recevoir l'expression de notre respectueuse gratitude.

A notre Maître et Juge,

Monsieur le Docteur Jean Christophe CHAUVET GELINIER.

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Nous vous sommes reconnaissant de votre enseignement et de votre disponibilité.

Veillez recevoir l'expression de notre respectueuse gratitude.

**A notre Maître et Juge,
Madame le Docteur Julie SALIGNON.**

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail.

Nous vous sommes reconnaissant de votre disponibilité et de l'intérêt que vous avez apporté
à la rédaction de ce travail.

Veillez recevoir l'expression de notre respectueuse gratitude.

Remerciements,

A mes Parents,

Pour leur soutien et leurs encouragements, à ma mère particulièrement pour sa relecture patiente, assidue et persévérante de ce travail et à mon père pour son aide et ses conseils.

A mon Frère, à ma Sœur et à Romain,

Pour supporter ma nonchalance et mon indécision chronique depuis de nombreuses années et aux conseils qu'ils m'apportent. Notamment à Hélène pour ses recommandations justes et avisées pour la rédaction de ce travail.

A toute la famille proche ou éloignée,

Pour leur soutien, leur bonne humeur et leur présence dans tous les moments importants.

Aux amis de BESANCON,

Anciens et nouveaux, à distances ou pas très loin, pour me soutenir dans mes différents choix et pour tous les bons moments passés ensemble et les prochains. Merci à Manu, Ana, Ben, Anne-lise, Claire, Lucie, Olivier, Laetitia, Yann, Rémi, Ludivine, Fanny, Aurore, Etienne à tous que je ne cite pas mais que je n'oublie pas.

Aux copains de psy de DIJON,

Qui ont partagés ses quatre années d'internat et de très bons moments, Sophie, Inès, Jérémy, Baptiste, Lise, Thibault, Rose, Olivier, Mélanie et ceux que j'oublie de citer.

Aux différentes équipes côtoyées durant mes stages à SEMUR en AUXOIS, à SEVREY, à DIJON et à MACON. Tout particulièrement au service de Médecine Légale pour son accueil.

SERMENT D'HIPPOCRATE

"Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

SOMMAIRE

Liste des sigles ou abréviations

Liste des tableaux

- I. Introduction
- II. Généralités et Historique
- III. Recommandations et données de la littérature
- IV. Recueil des données
- V. Résultats
- VI. Discussion
- VII. Conclusion

Bibliographie

Annexes

Liste des sigles ou abréviations

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé,

APA : American Psychiatric Association,

CAC : Centre d'Accueil de Crise,

CDHP : Commission Départementale des Hospitalisation Psychiatriques,

CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques,

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté,

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé,

CIM-10 : Dixième édition de la Classification Internationale des Maladies,

CME : Commission Médicale d'Etablissement,

CMM : Commission des Maladies Mentales,

DIM : Département d'Information Médicale,

ERIC : Equipe rapide d'Intervention de Crise,

HAS : Haute Autorité de Santé,

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers,

HL : Hospitalisation Libre,

HO : Hospitalisation d'Office,

JLD : Juge des Libertés et de la Détention,

OMS : Organisation Mondiale de la Santé,

SAU : Service d'Accueil d'Urgence,

SPDRE : Soins Psychiatrique à la Demande du Représentant de l'Etat,

SPDT : Soins Psychiatrique à la Demande d'un Tiers ou SDT : Soins à la Demande d'un Tiers,

UAO : Unité d'Accueil et d'Orientation,

UAUP : Unité d'Accueil des Urgences Psychiatrique,

UHCD : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée,

UOCD : Unité d'Orientation de Courte Durée.

Lites des tableaux

Tableau 1 : Données patients	79
Tableau 2 : Sélection de l'effectif	82
Tableau 3 : Place de l'isolement	83
Tableau 4 : Place de la sédation	84
Tableau 5 : Place de la contention	85

I. Introduction

L'isolement et la contention participent à la représentation péjorative de la psychiatrie dans l'inconscient collectif.

L'utilisation de la chambre d'isolement et de la contention dans les soins aux patients souffrant de psychoses chroniques a toujours existé et a parfois été pratiquée abusivement. Cependant, l'isolement et la contention restent nécessaires et gardent un intérêt dans la prise en charge de ces patients en urgence où leur utilisation, bien que délicate, peut s'imposer. En effet les états d'agitation représentent 0,8 à 1,2 % des passages aux services des urgences (6).

Pour éviter abus et mésusages, le recours à l'isolement et à la contention est encadré par une réglementation et des recommandations de bonne pratique, dont le dernier article publié est l'« Article L3222-5-1 Créé par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 72 » (7).

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

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et les noms des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention et de la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1.

Dans ce travail nous allons présenter la place de la mise en chambre d'isolement et de l'utilisation de la contention, plus particulièrement en ce qui concerne les patients souffrant d'une psychose chronique et pris en charge en situation aiguë aux urgences.

Dans un premier temps, nous proposons une revue des recommandations et de la littérature actuelle sur ces pratiques. Dans une deuxième partie, nous analysons les dossiers des patients admis aux urgences pour une décompensation aiguë d'une psychose chronique de novembre 2014 à octobre 2015. Puis nous proposons une réflexion sur nos pratiques habituelles au sein d'un centre d'urgence et nous envisageons des axes possibles d'amélioration.

Première Partie

II. Généralités et Historique :

1) Histoire de la contention et de l'isolement :

- Au Moyen Age :

Le malade mental était le plus souvent "soigné" à domicile. En général il était nécessaire d'attacher « les fous furieux ». Ce recours semblait alors traduire l'attention des proches qui veillaient à protéger le fou de lui-même tout en préservant la sécurité de chacun. Les moyens de contention ne permettaient pas d'isoler mais de maintenir le fou dans sa famille ou dans la communauté.

Plus tard, il s'agira d'enfermer les errants, les déviants de toutes sortes, dont les fous.

L'isolement et la contention sont alors utilisés non plus pour maintenir à domicile mais pour assigner une place, pour emprisonner, pour exclure.

- Au 18^{ième} siècle :

Un peu partout en Europe, les fous sont enfermés, parfois nus, dans d'étroits cachots, et nourris par des guichets au moyen de récipients de cuivre attachés à des chaînes. On utilise des camisoles de force et des chaînes fixées au mur et au lit pour immobiliser les malades en se fondant sur la théorie que "plus la contention est douloureuse, meilleurs sont les résultats obtenus".

- La révolution française :

Sa remise en cause de l'arbitraire royal va interdire les lettres de cachet et différencier l'insensé du prisonnier ordinaire. Le fou devient un malade qu'il faut traiter par l'art de l'aliéniste. Si Pinel libère les aliénés de leurs chaînes, il n'en supprime pas pour autant l'isolement et la contention. Pinel, et surtout Esquirol, vont, au contraire, faire de l'isolement un des concepts centraux du traitement moral.

- La loi du 30 juin 1838 va institutionnaliser l'isolement en créant l'asile :

Philippe Pinel est nommé médecin-chef de Bicêtre en 1793. Il conçoit, avec son surveillant Jean-Baptiste Pussin, le projet de l'abolition des chaînes, « J'ai la conviction que ces aliénés ne sont si intraitables que parce qu'on les prive d'air et de liberté ». Il retire les chaînes mais introduit la camisole de force.

- Période "moderne" de 1838 à nos jours :

En l'absence de traitement sédatif, l'usage traditionnel de la contrainte physique, afin de maintenir l'ordre dans les hospices, constitue le modèle du travail de «surveillant» en psychiatrie. Ce modèle sera renforcé par la double mission de la psychiatrie française (d'abord par la loi de 1838 puis celle de 1990) qui associe soin et maintien de l'ordre social.

La loi du 30 juin 1838 est une loi promulguée sous le règne du roi Louis-Philippe, dite "Loi des aliénés", qui traitait des institutions et de la prise en charge des malades mentaux. Cette loi est restée presque complètement valide jusqu'en 1990. Avant

1838, l'hospitalisation d'un individu par un autre sur un prétexte psychiatrique était aisée, ce qui a entraîné de nombreux abus : certaines personnes, sous prétexte de folie, étaient ainsi envoyées à l'asile, et leurs biens étaient récupérés par la famille ou les proches. Par ailleurs, les conditions d'internement étaient mal définies et de nombreux internés vivaient encore dans des conditions misérables. Cette loi permit trois grands apports à la psychiatrie française et au traitement des malades :

- L'institution d'un établissement psychiatrique par département a facilité l'accès des patients à une structure de soins adaptés proche de leur lieu de vie.
- De meilleures conditions d'internement des malades : la loi permit par exemple la mise en place d'activités rémunérées pour les malades à l'intérieur des établissements. Les patients pris en charge dans ces structures n'étaient plus entièrement livrés à eux même mais intégrés ainsi au fonctionnement quotidien de l'établissement. Cela a permis d'amorcer le versant thérapeutique de l'institution.
- La notion de placement volontaire et de placement d'office, ce qui a permis aux proches d'organiser des prises en charge de patients opposants aux soins. Cette loi instaure alors un cadre légal à l'internement des patients et limite les enfermements arbitraires.

Au 20ème siècle, la découverte des neuroleptiques, l'utilisation des psychothérapies et la mise en place du secteur psychiatrique permettront une meilleure prise en charge des psychoses chroniques et permettront au patient de quitter l'univers institutionnel, et de retrouver une certaine vie sociale. Toutefois, la prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique ne fait pas disparaître les épisodes de crises et n'a pas permis d'abolir la contention et l'isolement. Il ne paraît

pas aujourd'hui possible de se passer de ces techniques dans les situations de violence.

- La Loi du 27 juin 1990, dite « Loi EVIN », réforme de la loi de 1838 :

Cette loi est relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation : elle pose les principes de l'Hospitalisation Libre (HL), de l'Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), l'hospitalisation d'office (HO) et de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP). Le Commission Départementale des hospitalisations psychiatriques a pour rôle d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

- Loi du 4 mars 2002, dite « Loi KOUCHNER » :

Cette loi est relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Le consentement aux soins est une condition indispensable à toute prise en charge thérapeutique. Elle considère l'hospitalisation sans consentement comme une dérogation au principe général du consentement. Elle renforce la place de la Commission Départementale des Hospitalisation Psychiatriques (CDHP) dans son rôle d'aide, de recours et de contrôle des droits des personnes présentant des troubles mentaux

- Loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a fixé cinq objectifs à la politique de santé mentale (2) :
 - réduire la marginalisation sociale et la stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiatriques ;
 - réduire de 10% le nombre de patients souffrants de psychoses chroniques en situation de précarité ;
 - réduire de 20% le nombre de suicides en population générale ;
 - réduire de 20% le nombre de personnes souffrant de troubles bipolaires, dépressifs ou névrotiques non reconnus ;
 - augmenter de 20% le nombre de personnes souffrant des troubles dépressifs ou névrotiques et anxieux traités selon les recommandations de bonne pratique clinique.

- Dernière évolution de la loi apparue en juillet 2011, (réforme de la loi du 27 juin 1990). Cette loi est relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge :

Elle définit quatre objectifs :

- Favoriser l'accès aux soins et garantir leur continuité,
- Adapter la loi aux évolutions des soins psychiatriques et des thérapeutiques disponibles,
- Renforcer la sécurité du patient et des tiers,
- Renforcer les droits des malades.

Cette évolution de la loi a amené une appellation plus générale avec l'utilisation du terme « de soins sans consentement » et a introduit les dénominations de « soins psychiatriques à la demande d'un tiers » (SPDT) qui peuvent être simples ou en urgence, de « soins psychiatriques à la demande du représentant de l'état » (SPDR), de « soins libres ». Dans la loi apparaît également la mesure de « soins en péril imminent » (en l'absence de tiers).

Elle définit deux types de mesures de soins sans consentement l'hospitalisation complète et le programme de soins pouvant tous deux être dans le cadre de soins à la demande d'un tiers ou à la demande du représentant de l'état. Surtout, elle instaure un encadrement plus important de la mise en place de ce mode de soin et leur poursuite dans le temps avec la nécessité de rédactions de certificats et la mise en place de l'intervention du Juge des libertés et de la détention (JLD) dans le suivi des soins sans consentement.

La Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) devient alors la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP).

2) Généralités :

a) Définition :

- La contention :

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la contention consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif, soit fixé sur un lit ou un siège, soit mobile, comme une camisole de force.

Cette contention se réalise avec une équipe minimum de cinq personnes. Le patient est saisi par quatre soignants et maintenu sur le dos. Le cinquième intervenant doit avoir un rôle de coordination, il est également chargé de maintenir la tête et d'éviter 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.

- La mise en chambre d'isolement :

La mise en chambre d'isolement d'un patient intervient lors d'une situation de crise aiguë et s'intègre dans un dispositif de soins intensifs.

De fait, elle impose à l'équipe soignante un suivi et une évaluation permanente. L'isolement thérapeutique d'un patient peut s'effectuer soit dans une pièce spécialement aménagée et conforme aux règles de sécurité en vigueur, soit dans la chambre du patient dont la porte sera verrouillée. Les risques encourus sont plus élevés dans les chambres non spécifiques aux mesures d'isolement.

Si l'on retient que l'objectif général du soin est d'instaurer, de restaurer ou de maintenir un processus de changement chez le patient, l'élaboration et la mise en place du dispositif qui permettent ce processus sont fondamentales. L'un des principaux objectifs opérationnels du soin est de « contenir » au sens de la contenance, un autre étant « d'apaiser ».

La réflexion sur l'isolement ne peut faire l'impasse sur l'évolution des connaissances, notamment dans la compréhension psychopathologique des psychoses. Au-delà de l'observation sémiologique classique, la prise en charge de l'équipe soignante ne se limite pas à la gestion des comportements mais correspond également à un travail sur les contenus et les processus psychiques. C'est la condition essentielle pour que l'isolement soit une disposition thérapeutique.

• L'organisation d'une chambre d'isolement doit répondre à un certain nombre de critères qui sont (24) :

- La porte séparant le sas de la chambre devra être à âme pleine et s'ouvrir vers l'intérieur du sas.
- L'ouverture de la porte de la chambre ne pourra s'effectuer que depuis l'intérieur du sas.
- L'ouverture de la fenêtre ne pourra pouvoir s'effectuer que sur intervention du personnel technique de l'établissement hospitalier et à l'aide d'un outillage spécial.
- La commande d'ouverture de la fenêtre devra être déposée.
- Les surfaces vitrées de celle-ci devront être en vitrage anti-effraction ou barreaudée.
- Compte tenu d'une surveillance constante, il n'est pas indispensable que le barreaudage de la fenêtre soit en acier spécial dit « in-sciable ».

- Afin de permettre l'occultation de la chambre, le store prévu à cet effet devra être situé à l'extérieur, avec une commande intérieure de type manivelle pouvant être facilement déposable. Le patient ne devra pas pouvoir lui-même actionner ce store.
- Les tuyauteries apparentes seront recouvertes d'un caisson résistant et solidement fixé.
- Les prises électriques devront être munies d'un système de sécurité pour éviter les électrocutions et protégées séparément des autres circuits électriques de l'unité de soins.
- L'éclairage de la chambre consistera en un plafonnier en matière plastique.
- Les différents organes de commande de l'appareillage électrique (éclairage, appel infirmier, etc.) seront réalisés exclusivement par bouton poussoir ou interrupteur.
- Des crochets fixés au mur, en tête de lit, se substitueront au trépied utilisé pour l'accrochage des flacons de perfusion.
- Si la chambre est équipée d'un placard servant de vestiaire, cette porte ne devra en aucun cas être munie d'un système de verrouillage tant intérieur qu'extérieur.
- Les étagères intérieures devront être fixes, et la tringle de penderie supprimée.
- La tête de détection incendie sera encastrée dans le plafond et protégée par une grille solidement fixée.
- Toutes les boulonneries existantes devront être indémontables, notamment en faisant usage de visseries indessérables.
- Les murs et le sol de la chambre sécurisée seront identiques aux autres chambres de l'unité de soins.
- Les lisses de protection murales seront en bois, directement plaquées au mur et solidement fixées.

La chambre d'isolement doit présenter un équipement hospitalier particulier :

- Le lit sera métallique et constitué d'éléments indémontables.
- La literie devra être en matériau incombustible.
- La chambre sera équipée des fluides médicaux (air, oxygène) et du vide.

La chambre d'isolement devra également être équipée d'un local sanitaire et d'un sas (entre la circulation de l'unité de soins et la chambre sécurisée).

b) Prescription et Modalités d'application (6) :

- L'isolement et la contention sont des outils thérapeutiques nécessitant une prescription médicale motivée, horodatée, manuscrite, inscrite dans le dossier du patient à la fois lors de leurs instaurations et lors de leurs levées.

- Indications de recours à l'isolement et à la contention (1) :

- Prévention d'une violence envers lui-même,
- Prévention d'une violence envers autrui,
- Prévention d'un risque de rupture thérapeutique lorsque l'état de santé impose les soins (fugue, refus de soins),
- Isolement intégré dans un programme thérapeutique,
- Isolement en vue de diminuer les stimulations,
- Utilisation à la demande du patient.

- Contre-indications au recours à l'isolement et à la contention (1) :

- D'ordre général et éthique d'une part :
 - Utilisation à titre de punition,
 - Etat 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.

- D'ordre organique d'autre part : pour les affections non stabilisées :
 - Insuffisance cardiaque,
 - Etat infectieux,
 - Trouble de la thermorégulation,
 - Atteinte métabolique,
 - Atteinte orthopédique,
 - Atteinte neurologique.

- En lien avec une prise de toxiques avant la mise en chambre d'isolement :
 - Prise de drogue.
 - Prise d'alcool.
 - Surdosage médicamenteux

 - Risques potentiels liés à la contention (1) :
 - Déshydratation,
 - Risque cutané,
 - Risque thromboembolique,
 - Risque d'effet garrot,
 - Risque d'inhalation.

- Un protocole de surveillance et de prévention est recommandé, comprenant :
 - 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 leur caractère non compressif et non douloureux.
 - La surveillance du patient doit permettre de prévenir les risques inhérents à l'utilisation de la chambre d'isolement.

Il s'agit des risques suivants (1) :

- Risque suicidaire,
- Risque d'automutilation,
- Risque de confusion,
- Risque lié au traitement,
- Risque métabolique,
- Risque d'hypothermie ou d'hyperthermie (température ambiante dans la chambre d'isolement inférieure à 19 ou supérieure à 25 °C).

c) Organisation de la prise en charge en urgence en psychiatrie :

- Définition de l'urgence psychiatrique (3) :

Il y a une nécessité de reprendre la notion d'urgence en psychiatrie. Ainsi Boiteux *et al.* précisent les auteurs précisent que l'urgence psychiatrique ne se résume pas aux seules urgences de la psychiatrie, à savoir les moments de décompensation de maladies psychiatriques repérées comme telles. Depuis la proposition de la Commission des maladies mentales (CMM) en 1991, la communauté psychiatrique définit l'urgence psychiatrique comme une demande dont la réponse ne peut être différée. Ils rajoutent également qu'il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question et qu'elle nécessite une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante, afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychiatrique.

Cet article (2), nous permet d'envisager deux groupes d'urgences :

- Les urgences psychiatriques « pures » ou « vraies »:

Il était courant de dire qu'il y a peu d'urgence psychiatrique vraie, cependant le risque suicidaire du mélancolique, la crise d'agitation avec hétéroagressivité nécessitent une prise en charge immédiate.

Elles représentent 30 % (3) de l'ensemble des demandes en urgence. Elles rassemblent les situations d'épisodes aigus émaillant l'évolution d'une pathologie psychiatrique chronique connue et les épisodes inaugurales de pathologies psychiatriques.

- Les urgences psychiatriques « ressenties » ou « subjectives » :

On peut les définir comme une situation de crise à laquelle le psychiatre va devoir répondre.

Le concept de crise (crise sociale, dans la vie de couple, au sein de la famille, professionnelle) est fécond car il déclenche le processus de prise en charge du patient . Il apparaît là comme le second volet de la demande de soins psychiatriques aux urgences psychiatriques. Le cadre de l'urgence purement psychiatrique est ici dépassé. Elles représentent 70 % (3) de l'ensemble des demandes en urgence.

Cette notion de crise est marquée par des critères (3) qui sont:

- demande urgente et pressante ;
- demande adressée à des personnes ou structures identifiées comme étant à même d'y répondre : médecins, thérapeutes, travailleurs sociaux, structures d'aide psychologique ou sociale, etc.,
- demande portant sur des besoins psychiatriques, psychologiques ou sociaux,
- demande pouvant être exprimée directement par le sujet mais aussi par la famille, l'entourage, le médecin, le travailleur social ou les services de police,
- demande exigeant une réponse immédiate de la part de celui à qui la demande s'adresse.

- Les structures d'accueil (2):

Le décret du 9 mai 1995 impose aux établissements comportant un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) d'établir une convention avec les hôpitaux des secteurs psychiatriques correspondant à l'aire d'attraction géographique du service d'urgence. Les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) dans les établissements de santé doivent pouvoir accueillir vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge. L'équipe médicale du service des urgences doit compter un psychiatre et au moins un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle dans un service de psychiatrie. L'établissement dans lequel siège le service d'urgence doit avoir établi une convention avec les hôpitaux des secteurs psychiatriques correspondant à l'aire d'attraction géographique du service d'urgences. La convention prévoit les accords concernant les modalités d'hospitalisation sous contrainte.

La pratique d'accueil des urgences complète les différentes approches mises en œuvre dans le cadre de la sectorisation pour améliorer l'accès aux soins psychiatriques.

Les axes de travail spécifiques de l'accueil des urgences peuvent être résumés de la manière suivante :

- accueil des situations critiques au sein de l'urgence générale afin de réduire l'effet de stigmatisation ;
- intégration dans une équipe pluridisciplinaire pour toutes les pathologies mixtes, y compris les gestes suicidaires ;

- intégration dans un réseau de soins permettant l'orientation rapide vers les différentes structures de soins de relais (hospitalisation psychiatrique, centres médico-psychologiques, unités de soins spécialisés en addictologie).

En France, quatre types de structures, selon leur implantation, prennent en charge des urgences psychiatriques :

- l'unité d'accueil et d'orientation (UAO) – comme le CPOA à l'hôpital Sainte-Anne à Paris – est une unité implantée au sein d'un hôpital psychiatrique. Cette unité comprend une équipe médicale et paramédicale qui assure l'accueil, l'évaluation, le traitement puis l'orientation des situations d'urgence, et fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Une alternative originale dénommée « équipe rapide intervention crise » (ERIC) est une unité implantée dans un hôpital psychiatrique en banlieue parisienne, à l'hôpital Charcot (Plaisir). L'équipe, formée d'un psychiatre et d'une infirmière, se déplace à la rencontre du patient sur le lieu de l'urgence, ou bien l'accueille dans ses locaux. Cette équipe intervient vingt-quatre heures sur vingt-quatre et assure également un suivi de post-crise pendant un mois.
- l'unité d'accueil des urgences psychiatriques (UAUP) est implantée à proximité immédiate du service des urgences médico-chirurgicales. Cette structure fonctionne comme une unité d'urgence sur l'ensemble de la journée avec une équipe médicale et paramédicale complète. Sa localisation permet la participation rapide des médecins somaticiens.
- le centre d'accueil et de crise (CAC) est une unité implantée dans l'agglomération, mais rattachée à un hôpital psychiatrique. L'équipe médicale et paramédicale de cette structure accueille les situations dites de crise. Une possibilité d'hospitalisation

est possible dans l'unité sur une période brève (en général six jours, renouvelables une fois). Dans les situations avec une composante somatique, le patient est orienté vers l'hôpital général.

- l'unité fonctionnelle psychiatrique est intégrée au sein d'un service d'urgences médico-chirurgicales. Un psychiatre et un infirmier assurent l'accueil et la prise en charge des urgences psychiatriques, en collaboration avec l'équipe médicale du service d'urgences]. Ce travail présente l'activité d'accueil et d'orientation des patients, qui nécessitent un avis psychiatrique, aux urgences et dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), dans le cadre d'une unité fonctionnelle psychiatrique construite sur ce modèle. Notre démarche s'inscrit dans une réflexion générale sur la prise en charge des urgences psychiatriques.

- Dans le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de DIJON, la prise en charge des patients venant pour une urgence psychiatrique s'articule autour :

- D'une possibilité de passage par les boxes des urgences dont deux chambres d'isolement.

Chaque chambre comprend un matelas épais (environ 50 cm) où il est prévu de pouvoir fixer les liens d'une contention physique pour chacun des quatre membres et pour une sangle abdominale. Le sol est carrelé. Les murs, le sol et le plafond sont lisses et le plus neutre possible. Il existe une sonnette fixée sur un des murs. Sur chaque porte il y doit avoir une ouverture permettant de surveiller le patient. La chambre comporte une fenêtre opacifiée, fermée qui donne sur l'extérieur.

- D'une possibilité d'hospitalisation, en fonction de l'évaluation en urgence, soit en zone de surveillance de très courte durée soit en unité d'observation de courte durée. Ces deux lieux permettant une poursuite de la surveillance respectivement pendant quelques heures pendant quelques jours.
- Cette prise en charge psychiatrique repose durant le jour sur la présence d'un praticien hospitalier et de deux internes de spécialités psychiatriques, mais il n'y a pas d'infirmier psychiatrique dédié. La nuit, la prise en charge est assurée par un interne de garde et un sénior d'astreinte.

En ce qui concerne la formation des équipes des urgences, il a été précisé que :

- Pour les médecins urgentistes leur formation, sur la prise en charge des situations de mises en contention et d'isolement, consiste en une demi-journée en cours de DESC de médecine d'urgence et sur le fait de se baser sur les cours qu'ils ont reçus durant leur d'externes.
- Les infirmiers, ils n'ont pas de formation à proprement parler sur les techniques spécifiques de mise en contention et en chambre d'isolement. Par contre il leur est dispensé des cours de self défense face à des patients agités.
- Il n'y pas de projet de formation en cours.

Il est important de noter qu'actuellement les équipes des urgences présentent un turn-over important.

III. Recommandations et données de la littérature :

1) Recommandations :

Selon la note de cadrage « Place de la contention et de la chambre d'isolement en psychiatrie » émise par la Haute Autorité en Santé (HAS), après validation par le collège en juillet 2015 (18):

Le comité des ministres du Conseil de l'Europe recommande en 2004 que :

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

Les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement disponible le moins restrictif possible et de bénéficier du traitement disponible le moins restrictif possible ou impliquant la moindre intrusion, tout en tenant compte des exigences liées à leur santé et à la sécurité d'autrui (Article 8 relatif au principe de la restriction minimale).

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

Le rapport au Gouvernement de la République française, établi par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT), à l'issue de la visite qu'il a effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2013 indique que « les pratiques relatives à la mise en chambre d'isolement et la contention mécanique variaient considérablement d'un établissement visité à l'autre, voire d'un service de psychiatrie générale à l'autre ». Il rappelle que la mise en chambre d'isolement (ou toute mesure similaire) et la mise sous contention sont des mesures extrêmes qui peuvent être prises afin de faire face à un risque imminent de blessures ou un état de violence aiguë. Il importe de veiller à ce que chaque mise en chambre d'isolement et recours à la contention soit prescrit par un médecin ou du moins, porté à son attention sans attendre afin d'obtenir son autorisation ; dans ce contexte, il convient d'éviter que le personnel soignant ait une autorisation générale du médecin d'utiliser ces moyens en cas de nécessité. Il est également impératif que tous les autres moyens appropriés aient été tentés avant d'avoir recours à ces mesures. La mise en chambre d'isolement et la contention ne doivent pas non plus être maintenues plus que nécessaire ; le Comité estime à cet égard que

l'utilisation de moyens de contention mécanique pendant des jours, sans interruption, ne saurait avoir de justification et s'apparente à un mauvais traitement. Les protocoles devraient indiquer clairement l'ensemble des moyens pouvant être utilisés (mise en chambre d'isolement ou autre mesure apparentée, moyens de contention appliqués, etc.), les circonstances dans lesquelles ils peuvent être appliqués, la surveillance requise et les mesures à prendre une fois que cesse la contention.

Dans ce rapport , le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) formule les recommandations suivantes :

- Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) recommande aux autorités françaises de veiller à ce que les protocoles de mise en chambre d'isolement et mise sous contention soient revus dans les établissements psychiatriques visités, ainsi que dans tout autre établissement/service de psychiatrie ayant recours à la mise en chambre d'isolement et à la contention mécanique. A cette occasion, la révision des protocoles doit donner lieu à l'élaboration de consignes écrites sur la procédure à suivre, les fiches à remplir et les renseignements qui doivent y figurer. En outre, il serait souhaitable qu'une attention particulière soit accordée au respect des préceptes évoqués plus haut dans le cadre des prochains cycles de certification des établissements et services de psychiatrie.

- Le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) appelle les autorités françaises à mettre en œuvre sa recommandation de longue date visant à ce que tout recours à l'isolement (allant au-delà de quelques minutes) et à la contention mécanique soit consigné dans un registre spécifiquement établi à cet effet dans chaque service (outre les dossiers des patients). Les éléments à consigner dans ce registre doivent comprendre l'heure de début et de fin de la mesure, les circonstances d'espèce, les raisons ayant motivé le recours à la mesure, le nom du médecin qui l'a ordonnée ou approuvée et, le cas échéant, un compte rendu des blessures subies par des patients ou des membres du personnel. Ce registre doit être accessible aux organismes de contrôle en visite dans les établissements/services de psychiatrie.

2) Données de la littérature :

• Dans « isolement thérapeutique et contention en psychiatrie : bilan et perspectives » (26), J. PALASSOLO *et al.* décrivent cinq éléments fondamentaux mis en évidence dans la littérature se rapportant à l'emploi des procédures restrictives que sont l'isolement et la contention :

- L'isolement et la contention ont une réelle efficacité dans la maîtrise de l'agitation et la prévention des blessures physiques,
- La prise en charge institutionnelle des patients les plus gravement malades ne peut se faire sans l'application d'une certaine forme de contention, qu'il s'agisse de contrainte physique ou psychique,
- Certains facteurs sociodémographiques ou cliniques peuvent avoir une incidence sur les taux d'utilisation relevés,
- La formation du personnel concernant la prévention et la gestion de la violence, la mise en œuvre des procédures d'isolement et de contention permettent de réduire l'incidence des conséquences malencontreuses d'un épisode clastique,
- La mise en place de travaux étudiant le respect des bonnes pratiques cliniques dans ce type de situation peut être d'une grande utilité.

Dans ce même article (26) J. PALASSOLO *et al.* précisent que selon l'American Psychiatric Association (APA) et l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation des soins (ANAES) les indications de l'utilisation de l'isolement et de la contention sont :

- D'empêcher qu'un patient se fasse du mal ou en fasse aux autres,
- De prévenir une dégradation de l'environnement,
- Lorsque tout traitement pharmacologique sédatif est contre indiqué,
- Une prise en charge comportementale d'une conduite dangereuse,
- De diminuer les stimuli extérieurs,
- A la demande du patient.

De plus ils font le point sur les facteurs déclenchant l'application de l'isolement et/ou de la contention (26). Ces facteurs, parmi les différents travaux étudiés sont :

- L'agitation,
- L'opposition massive et la perturbation du milieu thérapeutique,
- Un acte de violence,
- L'agression de patients,
- L'agression du personnel soignant,
- Le fait de proférer des menaces,
- La conduite suicidaire.

- En mai 2016, le Contrôleur Générale des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) a établi une série de recommandations concernant l'isolement et la contention dans les établissements de santé mentale. Il rappelle que les mesures de contention et d'isolement doivent constituer le dernier recours, c'est-à-dire quand on a essayé tout le reste (11). Il précise également qu'il doit être mis fin au caractère systématique des pratiques d'isolement, qui s'applique aux personnes détenues, à l'entrée dans une unité de soins ou à toute autre situation (11). Par cette précision de « à toute autre situation », on peut envisager que cela étend ces recommandations aux situations de prise en charge aux urgences.

Il émet dans son rapport thématique « Isolement et contention dans les établissements de santé mentale » ainsi les recommandations suivantes (11):

- Sur la traçabilité des pratiques, il rappelle que la tenue d'un registre est obligatoire en vertu de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique et précise que « les informations collectées par les établissements doivent faire l'objet d'une consolidation régionale et nationale, ce qui nécessite la création d'un système d'information cohérent et intégré ».
- Concernant les droits et l'information du patient, le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) indique qu'ils doivent être assurés, notamment « avec la remise d'un support écrit précisant ses droits et les modalités de prise en charge et d'accompagnement induites par la prise de décision d'isolement ou de contention. Ces informations doivent également être affichées dans la chambre d'isolement ainsi que les modalités de recours contre ces mesures, qui seront également

communiquées à la personne de confiance, aux parents d'un mineur ou à tout proche informé à la demande du patient concerné.

Le patient doit, de façon systématique, être invité à préciser le nom de la personne à prévenir de la mesure prise (personne de confiance ou parents pour un mineur) ou à ne pas prévenir le cas échéant.

- La forme de la décision médicale « ne peut être prise qu'après un examen médical psychiatrique effectif de la personne » et en tenant compte au maximum de l'avis des membres de l'équipe soignante. Cette décision doit être motivée, explicitée et précisée ce qui a été vainement mis en œuvre préalablement afin de justifier qu'elle est prise en dernier recours.

Par ailleurs tout doit être mis en œuvre pour rechercher le moyen de lever cette mesure « dans les plus brefs délais », aucune décision de contrainte physique ne pouvant être prise « par anticipation ou avec l'indication « si besoin ».

- En matière de suivi et de surveillance, il est rappelé que la durée d'une mesure de contrainte physique doit être la plus courte possible et qu'un examen somatique dans la première heure, pour évaluer les contre-indications, est obligatoire.

Il évoque également qu'un examen médical biquotidien de toute personne soumise à une contrainte physique doit être garanti et qu'un entretien doit être réalisé avec la personne concernée à la fin de toute mesure de contrainte physique.

- Le rapport précise aussi les conditions matérielles qui se doivent d'être observées. En chambre d'isolement, les dispositifs de vidéosurveillance doivent être proscrits. Les patients doivent également « toujours avoir accès à un dispositif d'appel auquel il doit être répondu immédiatement ». Ils doivent pouvoir recevoir des visiteurs » dans des conditions respectueuses.

- Les services de sécurité-incendie des établissements doivent être informés en temps réel de toute entrée et sortie d'une chambre d'isolement ou d'une mise sous contention.

- Dans les suites immédiates (également mai 2016) de cette série de recommandations, la Conférence Nationale des Présidents de Commission Médicale d'Établissement (CME) de Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) ont informé qu'ils considèrent que (12) :

- L'isolement et la contention sont des mesures de protection du patient et éventuellement de son entourage de l'unité de soin. Il s'agit de mesures dites « de dernier recours » et leurs indications ne peuvent être portées que sur la base de la constatation de son état clinique, dans une perspective d'apaisement et dans le respect de sa dignité et de son intimité.
- La décision d'isolement ou de contention est prise par un senior qui s'assure du caractère dit « de derniers recours » de la mesure. A cet égard, sont retranscrites dans le dossier du patient les actions menées au préalable pour éviter cette mesure. Le patient est informé sans délai de sa mise en place. En cas de nécessité entrant dans le cadre du rôle propre infirmier, le praticien senior confirme s'il y a lieu la mesure dans l'heure qui suit sa mise en place à la suite d'un examen médical.
- La décision d'isolement ou de contention ne peut être anticipée (dite « si besoin ») ou systématisée, notamment en raison de la situation administrative du patient (soins sans consentement, personne détenue etc.).
- La décision d'isolement et de contention fait l'objet d'une concertation avec l'équipe de soins et prend en compte notamment l'évaluation du bénéfice/risque. Dans toute

la mesure du possible, les professionnels s'efforcent d'expliquer au patient pourquoi cette mesure ne peut pas être évitée. Toute information utile lui est apportée dès la prise de décision, en particulier concernant la durée prévisible de la mesure, qui est inscrite dans le dossier. La personne de confiance en est informée dès que possible.

- La décision est individualisée, assortie de le cas échéant d'une prescription médicamenteuse, basée sur la prise en compte de l'intérêt du patient dans un but thérapeutique et évaluée au regard de l'évolution de son état clinique. Elle est motivée, inscrite dans le dossier du patient et horodatée. Sa durée et, le cas échéant, le type de contention, y est précisée ainsi que l'absence de contre-indications somatiques. En tout état de cause la mesure est « nécessaire, adaptée et proportionnée à l'état clinique du patient.
- Un programme individualisé de surveillance de l'état clinique et de prévention des risques prévoit notamment un examen médical somatique dans les deux heures qui suivent le début de la mesure d'isolement. Un minimum de deux examens médicaux quotidiens et une évaluation infirmière au minimum toutes les heures, et la possibilité pour le patient de solliciter un soignant si nécessaire.
- La contention est décidée pour une période maximum de 12 heures, l'isolement pour une période maximum de 24 heures. Sauf impossibilité majeure motivée et retranscrite dans le dossier du patient, la mesure est interrompue par des sorties de la chambre d'isolement dans le service d'hospitalisation pour une courte durée. Sa reconduction nécessite systématiquement un examen par un praticien senior et les mêmes justifications qu'à l'origine de la mesure. Au terme de la mesure un entretien médical sur le vécu de la mesure est organisé avec le patient dont le compte-rendu figure au dossier médical.

- L'isolement et la contention sont réalisés dans des espaces dédiés dont l'architecture a été conçue pour contribuer à la qualité des soins dans ce contexte particulier et par un personnel suffisamment expérimenté et formé aux enjeux éthiques et aux difficultés de mise en œuvre de ces pratiques. Les conditions matérielles et notamment d'hygiène et de sécurité y sont assurées dans le respect de la dignité et de l'intimité du patient, notamment l'accès à un point d'eau. L'utilisation de vêtements autres que ceux du patient doit être strictement limitée et réservée qu'à de rares situations motivées par des arguments cliniques et/ou d'hygiène. Elle ne peut en aucun cas être systématisée pour des motifs institutionnels.
- La disponibilité de sa chambre est assurée au patient à tout moment dès l'amélioration de son état clinique.
- Au niveau institutionnel :
 - Le début et la fin de toute mesure d'isolement ou de contention sont portés à la connaissance du praticien hospitalier d'astreinte, de l'interne et du cadre de garde. Toute mesure est signalée en temps réel au service de sécurité incendie de l'établissement.
 - Les situations des patients en isolement ou contention sont reprises lors des réunions institutionnelles de l'unité d'hospitalisation, au minimum de façon hebdomadaire et la traçabilité en est assurée dans le dossier du patient. Elles sont portées à la connaissance du juge des libertés et de la détention (JLD) à chacun de ses passages dans l'établissement.
 - La gestion de la disponibilité des chambres d'isolement engage la solidarité institutionnelle des responsables médicaux et administratifs des pôles.

- La Commission Médicale d’Etablissement (CME) considère la réduction des pratiques de contention et d’isolement au strict minimum comme un axe fort de sa politique de qualité et de sécurité. Elle en fait systématiquement l’objet d’un volet spécifique de son projet médical.

Dans cette perspective la Commission Médicale d’Etablissement (CME) est informée chaque trimestre dans le cadre de son agenda qualité de la situation quantitative et qualitative de ces mesures. Sur la base du registre prévu par la loi, l’établissement établit annuellement en lien avec la Commission Médicale d’Etablissement et le Département d’Information Médicale (DIM), un rapport rendant compte des pratiques d’isolement et de contention et la politique qu’il définit et met en œuvre pour limiter le recours. Ce rapport est transmis à la commission des usages, au comité d’éthique et au conseil de surveillance pour avis, ainsi qu’à l’Agence Régionales de Santé (ARS) pour une analyse régionale de ces pratiques en lien avec les rapports de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) qui en est mensuellement informé.

- La conférence nationale des présidents de Commission Médicale d’établissement (CME) estime que la mise en place d’un observatoire national des pratiques publics de santé, réunissant les représentants des acteurs concernés (patients, familles, professionnels et administrations) et dont elle a déjà fait la demande au ministère, serait de nature à assurer un traitement objectif de ces pratiques, pour réaliser une analyse critique des données fournies régionalement par les Agences Régionales de Santé (RAS) et en interpréter qualitativement et quantitativement les évolutions dans la perspective d’en limiter à terme le recours.

Deuxième Partie

IV. Recueil des données

- Matériels et Méthodes :

Nous nous sommes intéressé aux patients aux patients possédant des antécédents de psychose chronique admis aux urgences pour un « trouble mental et ou du comportement » de novembre 2014 à octobre 2015.

La recherche des dossiers s'est faite à partir de la base de données du logiciel RESURGENCE utilisé aux urgences du centre hospitalier universitaire de Dijon.

La sélection des dossiers médicaux des patients a été effectuée en utilisant les critères diagnostiques selon la 10^e révision de la classification internationale des maladies (CIM-10), publiée par l'organisation mondiale de la santé (OMS). La cotation utilisée relève du « chapitre 05 : Troubles mentaux et du comportement, noté de F00 à F99 ». Les catégories qui nous intéressent sont celles intitulées « Schizophrénie, troubles Schizotypiques et troubles délirants côtés de F20 à F29 ».

De cette recherche ont été extraits 222 dossiers. Après élimination des doublons, 164 dossiers ont été retenus avant inclusion.

Nous avons inclu les patients possédant un antécédent de psychose chronique, que ce soit une schizophrénie ou une psychose chronique non schizophrénique et étant majeur. Nous avons exclus les patients pris en charge pour un trouble organique.

Après étude des 164 dossiers, nous avons ensuite exclu toutes les situations correspondant finalement à un épisode délirant aigu initial ou à une pathologie organique. Au total, 70 dossiers sont finalement retenus pour l'analyse.

Le processus de selection de l'effectif apparait dans le tableau 2.

Nous avons recueilli informatiquement les données cliniques concernant les patients : le sexe, l'âge, les différents motifs d'hospitalisation ainsi que leurs troubles associés qui sont répertoriés dans le tableau 1.

- Les différents motifs principaux d'hospitalisation sont :
- A : Agitation psychomotrice et / ou Auto ou Hétéro-agressivité,
- B : Prise de toxique ; intoxication alcoolique aiguë et / ou demande de sevrage et / ou intoxication avec autres drogues,
- C : Prostration et / ou mutisme,
- D : Episodes Dépressif ; telle tristesse de l'humeur, menace suicidaire, tentative de suicide,
- E : Episode délirant et / ou Hallucinations et / ou Syndrome dissociatif,
- F : Syndrome confusionnel et / ou Vertiges, nausées, vomissements et / ou ingestion accidentelle de médicaments,
- G : Troubles anxieux et / ou crises d'angoisses,
- H : Fugue et / ou retour de fugue.

- Les troubles associés sont :
- a : rupture de traitement et /ou de soins,
- b : idées noires et / ou idées suicidaires,
- c : idées délirantes et / ou hallucinations et / ou syndrome dissociatif,
- d : voyage pathologique,
- e : prise de toxique,
- f : agitation et / ou agressivité,
- g : troubles anxieux,
- ou aucun noté aucun.

L'analyse des données sera limitée au temps de passage au Service Régional d'Accueil des Urgences (SRAU) du Centre Régional Universitaire des Urgences (CRUU) de DIJON. Le SRAU dans les locaux des urgences est le regroupement du circuit court, du circuit long et du service d'accueil urgences vitales (SAUV).

Nous avons répertorié les différentes modalités de prise en charge (tableau 1) :

- Isolement :
- le « oui », correspond à l'indication d'une mise en chambre d'isolement ou en boxe d'apaisement selon les termes utilisés dans le dossier médicale,
- Le « non » correspond au fait que le patient a été placé dans un box classique des urgences,
- Le « non précisé » correspond à l'absence de notification dans le dossier médical.

- Sédation :

- Le « oui » correspond à l'utilisation d'un traitement sédatif et à la présence d'une prescription médicale de ce traitement,
- Le « non » correspond au fait que le patient n'a pas subi de sédation par un traitement médicamenteux,
- Le « non précisée » correspond à l'absence de notification dans le dossier médical.

- Contention :

- Le « oui » correspond à la notification de l'utilisation d'une contention physique de type contention à 5 points (les 4 membres et la ceinture abdominale),
- Le « non » correspond à l'absence de l'utilisation d'une telle technique,
- Le « non précisée » correspond à l'absence de notification dans le dossier médical.

- Examen médical d'entrée (noté Exa Mèd d'entrée dans le tableau 1) :

- Le « oui » correspond à la réalisation d'un bilan somatique à l'entrée du patient dans le service,
- Le « non » correspond à l'absence de réalisation de bilan somatique aux urgences,
- Le « non précisé » correspond à l'absence de notification dans le dossier médical,
- Le « non réalisable » précise que dans cette situation l'examen n'a pu être réalisé du fait du comportement du patient.

- Surveillance infirmière (notée Surveillance Inf dans le tableau 1) :

Comprenant la mesure des constantes du patient (pouls, tension artérielle, température, fréquence respiratoire) et l'évaluation de l'état de conscience,

- Le « oui » correspond à la réalisation du bilan en lors de la prise en charge,
- Le « non » indique son absence de réalisation,
- Le « refus » précise que le patient a refusé sa réalisation lors de la prise en charge,

- Si oui, nombre de fois :

Dans cette colonne on précise combien de fois a été réalisée la surveillance :

- Le « 1 » signifie que la surveillance a été réalisée un fois à l'arrivée du patient,
- Le « 2 » signifie que la surveillance a été réalisée 2 fois durant le temps de prise en charge dans le service des urgences,
- Le « multiples » signifie que la surveillance a été réalisée au moins 3 fois durant le temps de prise en charge aux urgences

V. Résultats

Nous allons détailler les données des patients de l'étude qui sont consignées dans le tableau 1 (voir annexe).

- Le sexe :

Le ratio homme/femme permet de mettre en évidence une prédominance masculine avec 44 hommes comptabilisés pour 26 femmes. Cela donne une répartition 37,1 % de femmes pour 63,9 % d'hommes pris-en compte dans l'analyse.

- L'âge :

Il est mis en évidence un intervalle d'âge important compris entre 20 ans et 95 ans comme extrêmes et où toutes les tranches d'âges sont représentées.

Il est calculé une moyenne d'âge de 42,45 ans.

- Motifs principaux d'hospitalisation :

Le motif le plus souvent rencontré est l' « Episode délirant et / ou Hallucinations et / ou Syndrome dissociatif » ou « E » qui représente 42,86 % (n : 30) des motifs rencontrés. Il est suivi par le motif « Agitation psychomotrice et / ou Auto ou Hétéro-agressivité » ou « A » qui revient 21 fois et représente 30 % des motifs. A eux deux, ils regroupent presque les $\frac{3}{4}$ des motifs rencontrés. Puis les motifs « Syndrome confusionnel et / ou Vertiges, nausées, vomissements et / ou ingestion accidentelle de médicaments » ou « F », « Troubles anxieux et / ou

crises d'angoisses » ou « G » et « Prise de toxique ; intoxication alcoolique aiguë et / ou demande de sevrage et / ou intoxication avec autres drogues » ou « B » représentent respectivement 8,57 % (n : 6), 5,71 % (n : 4), 4,29 % (n : 3). Enfin les motifs « Prostration et / ou mutisme » ou « C », l'« Episodes Dépressif, telle tristesse de l'humeur, menace suicidaire, tentative de suicide » ou « D » et « Fugue et / ou retour de fugue » ou « H » sont comptabilisés chacun 2 fois ce qui correspond à 2,86 %.

- Troubles associés :

Aucun trouble associé n'est retrouvé 31 fois ce qui correspond à 44,29 % des cas.

On peut séparer alors les troubles associés uniques ou multiples qui comptent respectivement 28 et 11 cas, soit 40 % et 15,71 %.

Le trouble associé « rupture de traitement » ou « a » apparait 17 fois sur 28 dans les cas isolés soit 60.71 %. Il est présent dans les situations multiples 8 fois sur 11 associations.

Le trouble associé « idées délirantes et / ou hallucinations et / ou syndrome dissociatif » ou « c » survient 7 fois sur 28 de façon isolé soit 25 % des cas isolés. Il apparait 8 fois sur 11 en associations.

Les troubles associés « voyage pathologique » ou « d », « prise de toxique » ou « e », « agitation et / ou agressivité » ou « f » et « troubles anxieux » ou « g » sont comptés une seule fois chacun de façon isolé et le trouble « idées noires et / ou idées suicidaires » ou « b » n'apparait pas seul.

Les troubles « a » ou « rupture de traitement » et « c » ou « idées délirantes et / ou hallucinations et / ou syndrome dissociatif » sont associés 4 fois.

Le trouble « b » ou « idées noires et / ou idées suicidaires » apparaît une fois associé au trouble « c » ou « idées délirantes et / ou hallucinations et / ou syndrome dissociatif ». Le motif « d » ou « voyage pathologique » est associé une fois au trouble « c » ou « idées délirantes et / ou hallucinations et / ou syndrome dissociatif » et 2 fois au trouble « a » ou « rupture de traitement ». Le motif « e » ou « prise de toxique » est associé 2 fois au trouble « a » ou « rupture de traitement ».

Les troubles « f » ou « agitation et / ou agressivité » et « g » ou « troubles anxieux » ne sont jamais associés à un autre trouble.

- Isolement (tableau 3):

Il y a eu 25 mises en isolement précisées : dans 24 cas par les urgentistes et dans un cas par le psychiatre, ce qui représente 35,7 % des cas.

L'absence de mise en isolement a été précisée dans 11 cas ce qui correspond à 15,7 % des situations.

Il y a eu par contre 34 situations où il n'y avait pas de précision sur une mise en isolement ou non ce qui fait 48,6 % de cas.

- Sédation (tableau 4):

Il a pu être mis en évidence le recours à une sédation dans 11 cas sur les 70, ce qui correspond à 15,71 % des cas.

Il n'y a pas eu recours à une sédation dans 33 cas ce qui représente 47,14 %.

Par contre il n'avait pas de précision sur l'utilisation ou non dans 26 situations ce fait 37,14 % des cas.

- Contention (tableau 5):

Une contention physique a été réalisée dans 2 cas ce qui correspond à 2,86 % de la population étudiée.

La contention physique n'a pas été réalisée dans 32 cas étudiés ce qui représente 45,71 % de la population étudiée.

Par contre aucune précision n'a été retrouvée dans 36 cas sur les 70 ce qui fait 51,43 % de la population.

- Examen médical d'entrée :

L'examen médical était réalisé dans 63 cas sur 70 ce qui représente 90 % de la population étudiée.

Dans un cas l'examen médical n'a pu être réalisé en raison d'un refus du patient ce qui correspond à 1,43 % et ceci était précisé dans le dossier médical du patient.

Il n'a pas été réalisé dans un cas soit 1,43 % de la population étudiée, sans que la raison soit précisée.

Il n'y avait pas de précision sur une réalisation ou non d'un examen médical dans 5 cas sur les 70 ce qui correspond 7,14 % de la population étudiée.

- Surveillance infirmière :

Une surveillance infirmière a été réalisée dans 63 cas sur les 70 ce qui représente 90 % de la population étudiée.

Il y a eu un refus de réalisation de soins infirmiers par le patient soit 1,43 % de la population qui est rattaché à la situation de refus d'examen médical.

Dans 6 cas il n'y a pas eu de surveillance réalisée ce qui correspond à 5,57 % de la population.

- Si oui, nombre de fois :

Dans cette situation, le calcul des pourcentages ne reposait plus que sur une population de 63 patients du fait de l'exclusion des 7 cas où il n'y avait pas eu de surveillance infirmière réalisée.

Une surveillance infirmière était réalisée dans 42 cas soit 66,66 % de la population de la population prise en compte.

Deux surveillances infirmières étaient réalisées dans 7 cas ce qui correspond à 11,11 % de la population prise en compte.

De multiples surveillances infirmières étaient effectuées dans 14 cas, ce qui représente 22,22 % de la population prise en compte.

VI. Discussion

Ce travail concerne uniquement les situations de prise en charge en urgence de patients majeurs souffrant de psychose chronique et en situation de décompensation aiguë. Cela nous a permis de retenir 70 dossiers.

Nous avons orienté ce travail sur la population des patients souffrant d'une psychoses chroniques, pathologie qui constitue une part importante de la pratique psychiatrique hospitalière.

Chez ces patients qui vont être suivis pendant un temps prolongé, il est essentiel de maintenir le lien thérapeutique avec l'équipe soignante et l'institution au long cours. La prise en charge aux urgences fait régulièrement appel à l'isolement et à la contention, mesures qui peuvent potentiellement mettre à mal ce lien.

Nous avons tenté de faire un état des lieux sur cette problématique au service des urgences du centre hospitalier de DIJON.

1) Effectifs de l'étude (tableau 2) :

L'effectif des patients pris en compte dans l'étude reste faible (n = 70). Les conditions d'inclusion, notamment le fait de limiter l'étude aux patients présentant une psychose chronique, font qu'un nombre important de situations où on a eu recours à une mise en contention et l'utilisation de la chambre d'isolement, n'est pas pris en compte. Ces situations sont très variées, allant de l'utilisation de la contention dans le cadre d'une alcoolisation aiguë pour contenir une agitation hétéro-agressive à la mise en chambre d'isolement dans le cadre d'une crise suicidaire comprenant un scénario organisé associé à une intentionnalité

majeure. Toutes ces situations nécessitent le même respect de la réalisation des modalités d'une mise en chambre d'isolement, d'une sédation ou d'une contention.

2) Motifs d'hospitalisation :

La très grande majorité des arrivées aux urgences dans le cadre de notre étude est motivée par le motif « A » ou « une agitation psychomotrice et/ou Auto ou Hétéro-agressivité » et le motif « E » ou « un épisode délirant et/ou hallucinations et/ou syndrome dissociatif ». Ces deux situations regroupent environ 75 % de la population prise en charge (70 patients).

3) Ratio H/F :

Dans l'étude, il est mis en évidence une prédominance masculine dans la prise en charge en urgence. Les hommes représentent les deux tiers de l'effectif de l'étude alors que dans la population générale le sexe ratio homme/femme de patient présentant une psychose chronique est de 1/1. On peut penser que l'agitation et l'agressivité chez les hommes sont plus spectaculaires et impressionnantes et nécessitent plus fréquemment une prise en charge hospitalière.

4) Prise en charge thérapeutique :

L'étude des 70 dossiers fait apparaître un manque de traçabilité dans la retranscription des informations dans le dossier médical que ce soit de la part des médecins urgentistes en première ligne ou des psychiatres appelés pour donner un avis spécialisé. En ce qui concerne la sédation on ne retrouve pas de précision écrite dans 37,14 % des cas. Le recours ou non à la chambre d'isolement n'est pas mentionné dans 48,6 % des cas. L'utilisation ou non de la contention n'est pas inscrite dans 51,43 % des dossiers.

a) Sédation (tableau 4) :

Pour la sédation, on retrouve son utilisation 11 fois sur 70, sa non utilisation dans 33 fois. Il n'y a pas de précision dans 26 dossiers, soit environ 37 % des cas. Dans les 11 cas ci-dessus, elle était associée à la contention et l'isolement chez 2 patients et à l'isolement seul chez 6 patients. Elle a été utilisée de manière isolée 3 fois.

Dans ce travail nous avons délibérément écarté du recueil de données le nom des molécules qui ont servi à la sédation. Il pourrait être intéressant dans un travail ultérieur d'évaluer le recours au traitement sédatif. On peut citer que les molécules les plus fréquemment utilisées sont la loxapine et la cyamémazine.

Le fait d'être sous l'effet d'une sédation rend les patients plus vulnérables et nécessite d'envisager une surveillance infirmière régulière et adaptée. Le patient sédaté est moins à même de se défendre d'une éventuelle agression extérieure. Il est également plus fragile vis à vis des risques liés à l'isolement si on y a recours.

On remarque que l'on a eu recours 19 fois à l'isolement sans sédation associée, par contre la contention est associée dans les deux cas à la sédation. Comme le précisent les recommandations, la contention doit être associée systématiquement à une sédation ce qui doit la rendre « moins pénible » pour le patient. Elle doit s'effectuer dans une chambre d'isolement avec un accès limité pour protéger le patient sans défense.

b) Isolement (tableau 3) :

En ce qui concerne les mesures d'isolement, si on se limite aux dossiers exploitables on retient 25 cas d'utilisation de la chambre d'isolement sur 36 dossiers et 2 cas d'utilisation de la contention sur 34 dossiers soit dans respectivement 69,44 % et 5,5 % des cas. Le fait que les patients souffrent d'une psychose chronique induit peut être chez les soignants une modification inconsciente de l'approche du patient. En urgence on a peut-être tendance à anticiper l'utilisation de la chambre d'isolement pour les patients souffrant de psychose chronique. L'impulsivité et l'imprévisible qui caractérisent le comportement de ces patients favorisent certainement un recours à l'isolement plus fréquent que dans le reste de la population psychiatrique.

En reprenant les dossiers des 25 patients placés en isolement, on retrouve 15 patients hospitalisés pour « agitation et / ou agressivité » ou « A » et 7 patients pour un « Episode délirant et / ou Hallucinations et / ou Syndrome dissociatif » ou « E ». La fréquence de cette utilisation paraît importante (69,44 %) si on ne retient que les dossiers où correctement renseignés. En l'absence d'éléments écrits dans les dossiers pour environ 50 % des patients, il est difficile de savoir si cette mesure d'isolement est prise, selon les recommandations, après avoir effectivement essayé d'autres mesures d'apaisement.

L'absence de transcription de ces mesures constitue en elle-même le principale manque au suivi des recommandations. En effet, comme nous l'avons vu dans la première partie de ce travail les différentes instances sollicitées recommandent que la mise en isolement et en contention soit prescrite, horodatée et motivée. En l'absence de données correctes, il est impossible d'envisager de tenir un registre de ces mesures afin d'avoir une idée précise sur leur utilisation et d'ainsi pouvoir réfléchir à l'amélioration de la prise en charge des patients. De plus il est recommandé de réaliser un entretien médical sur le vécu de la mesure avec le patient, dont le compte-rendu doit figurer dans le dossier médical. Ceci ne semble pas avoir été effectué lors du passage aux urgences.

c) Contention (tableau 5):

Deux patients ont été mis en contention. Un patient est arrivé aux urgences pour « agitation et / ou agressivité » ou « A » et un autre pour un « épisode délirant et / ou Hallucinations et / ou Syndrome dissociatif » ou « E ». A chaque fois le patient était sédaté et placé en chambre d'isolement.

Dans la littérature on ne retrouve pas d'études d'évaluation des pratiques sur la contention et l'isolement aux urgences en dehors de l'étude de M.J GUEDJ et al. Cette étude, essentiellement centrée sur la contention, date de 2004 et retrouve une fréquence d'utilisation de 1,4 % de la contention sur l'ensemble des patients psychiatriques pris en charge en urgence sur un an (15). Il s'agit d'un pourcentage portant sur l'ensemble des patients psychiatriques passant aux urgences et non pas sur les patients souffrant de psychose chronique. On ne peut donc pas comparer les résultats.

5) Examen médical et surveillance infirmière :

Les recommandations sont mieux suivies pour l'examen médical et la surveillance infirmière.

a) Examen médical :

La réalisation de l'examen clinique médical est bien précisée dans le dossier. Les données sont consignées dans 65 cas sur 70 soit 93 % des situations. L'examen a été réalisé dans 63 cas, a été refusé une fois et non réalisé une fois. Il n'y a pas d'information notée dans dossiers sur la réalisation de l'examen médical.

Pour les 25 patients, mis en isolement, on retrouve un examen clinique dans 23 dossiers. Dans un cas, il y a eu un refus de l'examen par le patient et dans un autre cas, rien n'est noté dans le dossier. Pour les deux patients mis en contention l'examen avait été réalisé. Globalement, la recommandation d'effectuer systématiquement un examen clinique des patients mis en isolement a été suivie. Ceci est essentiel pour s'assurer de l'existence ou non d'une origine médicale à l'épisode aiguë (comme un hématome sous-dural chronique par exemple) et de l'absence de contre indication à la mise en isolement et à la contention.

b) Surveillance infirmière :

Il en est de même pour la surveillance infirmière. Celle-ci est reportée dans 64 cas sur 70. A chaque fois le nombre de surveillances est précisé. Cette surveillance a été refusée une fois par le patient et n'a pas été réalisée une fois sans que l'on sache pourquoi. Cette surveillance correspond globalement aux recommandations préconisées lors de la prise en charge du patient en isolement.

Aucune complication médicale n'est survenue lors des périodes de contention et d'isolement. Cette étude est limitée au temps de passage du patient au Service Régional d'Accueil des Urgences (SRAU) qui doit durer moins de 24 heures. Selon la Conférence Nationale des Présidents de Commission Médicale d'Etablissement (CME) de Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) (12), la contention est décidée pour une période maximum de 12 heures, l'isolement pour une période maximum de 24 heures.

6) Reflexions et perspectives :

Au terme de cette étude l'information principale est le manque de traçabilité dans l'utilisation ou non des mesures de contrainte. L'information n'est pas retrouvée dans environ 50 % des cas.

On peut se demander pourquoi les prescriptions médicamenteuses et de soins infirmiers sont inscrites dans le dossier et non la prescription de l'isolement et de la contention alors qu'il s'agit de mesures graves et potentiellement traumatisantes pour le patient et les soignants. Est-ce parce que les médecins n'ont pas intégré la nécessité d'une prescription médicale ou oublient-ils de le faire dans un contexte d'urgence et de précipitation ?

Cette prescription médicale fait partie des recommandations précisées par le contrôleur général des lieux de privation de liberté (11) et la conférence des présidents de commission médicale d'établissement de centre hospitalier spécialisé (12). Elle doit être horodatée, signée, inscrite dans le dossier du malade et réévaluée toute les 12 heures pour la contention et toutes les 24 heures pour la mesure d'isolement. Il est rare que l'on soit

amené à effectuer une levée de contention ou une sortie d'isolement dans le temps de passage aux urgences qui reste le plus souvent inférieur à 12 heures. Les patients sont habituellement transférés dans le service de poursuite des soins au cours de la période initiale de contention ou d'isolement.

Il existe, dans le service de psychiatrie, des prescriptions standardisées qui font appel à un questionnaire du logiciel DXCARE. Ce logiciel assure la prescription informatisée d'une mise en isolement thérapeutique et d'une contention en regroupant les informations essentielles à la bonne réalisation de ces mesures comme les horaires de surveillance ou la présence de contre-indications. Pour pallier le manque de traçabilité on pourrait envisager d'utiliser une version adaptée au service des urgences. Cette mesure permettrait facilement de retrouver les circonstances et les modalités de réalisation de ces soins.

La traçabilité aléatoire ne permet pas d'avoir une vision réaliste des pratiques au service des urgences. Elle ne permet pas de savoir si les mesures sont utilisées correctement avec toutes les précautions nécessaires, ni d'évaluer l'intérêt thérapeutique de celles-ci.

Il semble également important d'organiser une évaluation du vécu et du ressenti du passage en isolement et en contention par le patient, ce qui est recommandé par la haute autorité de santé (HAS). Le patient se souvient-t-il effectivement de la période d'isolement ? Est-ce que le fait d'être isolé est vécu comme une expérience angoissante et traumatisante ou au contraire comme une mesure apaisante et contenante ?

Il paraît nécessaire de prendre conscience du problème et d'informer sur la nécessité de la prescription médicale initiale, de son inscription dans le dossier auprès des intervenants au service des urgences, lors de séances de reprise de pratique. En parallèle, il faut également envisager la problématique de la formation des soignants des urgences (médecins et infirmiers) à la réalisation des techniques de mise en chambre d'isolement et en contention, essentielles à l'apport de soins les plus adaptés possible. Tout comme pour le patient, une reprise avec les soignants de leur vécu et de leur ressenti face à ces soins éprouvants et traumatisants peut être envisagée afin que chacun puisse s'exprimer et mieux se situer dans le processus thérapeutique.

Ces soins sont malheureusement indispensables mais vont à l'encontre des droits des patients à disposer de leur corps et de leur liberté. Il faut mesurer dans chaque situation l'intérêt de telles contraintes pour le patient et savoir les appliquer uniquement en cas d'absolue nécessité.

L'idéal est d'essayer d'éviter au maximum l'utilisation de l'isolement et de la contention. Pour cela, il faut tendre vers une amélioration de la prise en charge psychothérapeutique avec un suivi le plus régulier et adapté possible afin de désamorcer en aval les situations à risques (notamment éviter les interruptions thérapeutiques, intervenir en cas d'événements de vie traumatisants). Néanmoins il est évident que l'on ne peut pas tout contrôler et que l'isolement et la contention garderont leur place dans l'arsenal thérapeutique.

VII. Conclusion

La mise en chambre d'isolement et la contention physique sont des méthodes qui restent souvent nécessaires dans le cas d'agitation extrême avec risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, lors de l'arrivée des patients aux urgences.

Ces méthodes doivent cependant toujours rester des mesures d'exception, temporaires, découlant d'une décision médicalement justifiée après que tout ait été mis en œuvre pour apaiser le patient, et ceci sans succès.

Ces mesures ne sont pas dénuées de risques de complications et sont toujours traumatisantes pour le patient, pour l'équipe soignante.

Ces mesures doivent être réalisées en respectant le droit d'information et la dignité du patient. Les recommandations actuelles visent toutes à prendre en compte au maximum l'intérêt et les droits des patients.

L'analyse des dossiers dans ce travail permet de mettre en évidence le respect des recommandations dans la prise en charge du patient. L'évaluation médicale, les modalités des prises de décisions et la surveillance du patient mise en place suivent les recommandations des conseils d'experts.

Des progrès doivent encore être réalisés dans la rédaction des dossiers médicaux et dans la traçabilité des soins effectués. Les médecins doivent veiller à préciser par écrit la prescription de la mise en chambre d'isolement, voir de l'utilisation de la contention.

La mise en chambre d'isolement et la contention sont fréquentes en pratique lors de la prise en charge aux urgences des patients souffrant de psychose chronique ; la réflexion à propos de cette pratique met en évidence toute la difficulté d'apporter les soins les plus appropriés en respectant la dignité du patient, le cadre légal et les différentes recommandations émises par les conseils d'experts, ainsi que la sécurité tant du patient que du personnel.

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE le 13 octobre 2016 par Mr Thibaud PORTHA

Né le 29 février 1984 à BESANCON

CONCLUSION

La mise en chambre d'isolement et la contention physique sont des méthodes qui restent souvent nécessaires dans le cas d'agitation extrême avec risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, lors de l'arrivée des patients aux urgences.

Elles doivent cependant toujours rester des mesures d'exception, temporaires, découlant d'une décision médicalement justifiée après que tout ait été mis en œuvre pour apaiser le patient.

Ces mesures ne sont pas dénuées de risques de complications et sont toujours traumatisantes pour le patient, pour l'équipe soignante.

Ces mesures doivent être réalisées en respectant le droit d'information et la dignité du patient. Les recommandations actuelles visent toutes à prendre en compte au maximum l'intérêt et les droits des patients.

L'analyse des dossiers dans ce travail permet de mettre en évidence le respect des recommandations dans la prise en charge du patient. L'évaluation médicale, les modalités des prises de décisions et la surveillance du patient mise en place suivent les recommandations des conseils d'experts.

Des progrès doivent encore être réalisés dans la rédaction des dossiers médicaux et dans la traçabilité des soins effectués. Les médecins doivent veiller à préciser par écrit la prescription de la mise en chambre d'isolement, voir de l'utilisation de la contention.

La mise en chambre d'isolement et la contention sont fréquentes en pratique lors de la prise en charge aux urgences des patients souffrant de psychose chronique ; la réflexion à propos de cette pratique met en évidence toute la difficulté d'apporter les soins les plus appropriés en respectant la dignité du patient ainsi que le cadre légal et les différentes recommandations émises par les conseils d'experts.

Le Président du jury,

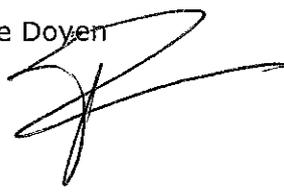


P. B. BONIN

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 12 SEPTEMBRE 2016

Le Doyen



P. F. HUET

Bibliographie

1. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (France), Service évaluation en établissements de santé. Evaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé: l'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie : juin 1998. Paris: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; 1998.
2. Assemblée nationale. Projet de loi n°2494 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge : mai 2010. Paris : Assemblée nationale. 2010.
3. Boiteux C, Clostre M, Querel C, Gallarda T. Urgence psychiatrique. EMC - Psychiatrie. janv 2004;1(1):87-104.
4. Braillon A. Prise en charge médicamenteuse des agitations aux urgences : ne pas oublier les substituts nicotiques. Correspondance à propos de l'article « Prise en charge médicamenteuse des agitations aux urgences : recommandations théoriques et études des pratiques ». La Presse Médicale. mai 2015;44(5):578-9.
5. Cano N, Boyer L, Garnier C, Michel A, Belzeaux R, Chabannes J-M, et al. L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques. L'Encéphale. mai 2011;37:S4-10.
6. Charpeaud T, Eymere P, Goutain E, Garnier M. La contention physique au service des urgences : indications et principes de mise en œuvre. Chapitre 112. Urgences 2012.
7. Code de la santé publique - Article L3222-5-1. Code de la santé publique.
8. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) du 28 novembre au 10 décembre 2010. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2012.
9. Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants. Réponse du Gouvernement de la République française au rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) relatif à sa visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 2012.
10. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport sur l'isolement et la contention. Dossier de presse. Paris : Editions Dalloz; 2016.
11. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Rapport sur l'isolement et la contention. Paris : Editions Dalloz; 2016.
12. Conférence nationale des présidents de commission médicale établissement de centre hospitalier spécialisé. Principes généraux concernant les pratiques d'isolement et de

- contention en psychiatrie. Paris : Conférence nationale des présidents de commission médicale établissement de centre hospitalier spécialisé ; 2016.
13. De Clercq M. Quelle politique de prise en charge des urgences psychiatriques? *Réanimation Urgences*. juill 2000;9(4):279-87.
 14. Devers KB. Maîtrise d'un patient agité et responsabilité pénale du personnel soignant. *Droit, Déontologie & Soins*. mars 2015;15(1):64-8.
 15. Guedj MJ, Raynaud P, Braitman A, Vanderschooten D. Pratique de la contention dans un service d'urgences psychiatriques. *L'Encéphale*. févr 2004;30(1):32-9.
 16. Guivarch J, Cano N. Usage de la contention en psychiatrie : vécu soignant et perspectives éthiques. *L'Encéphale*. sept 2013;39(4):237-43.
 17. Guivarch J. Retour de la contention en psychiatrie : perception des patients et soignants et considérations éthiques. *Éthique & Santé* [Internet]. août 2015 [cité 24 sept 2016]; Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S176546291500080X>
 18. Haute Autorité de Santé. Place de la contention et de l'isolement en psychiatrie. Note de cadrage. Paris : Haute Autorité de Santé ; 2015.
 19. Horn M, Vaiva G, Dumais A. Prise en charge médicamenteuse des agitations aux urgences : recommandations théoriques et études des pratiques. *La Presse Médicale*. janv 2015;44(1):20-6.
 20. Horn M, Vaiva G, Dumais A. Prise en charge médicamenteuse des agitations aux urgences : la nécessité de nouvelles évaluations. Réponse des auteurs à propos de la correspondance sur leur article. *La Presse Médicale*. mai 2015;44(5):579-80.
 21. Le Comité de rédaction de DDS. Chambre d'isolement, contention, hospitalisation sous contraintes. *Droit, Déontologie & Soins*. sept 2012;12(3):336-46.
 22. Menier C, Rodriguez B, Lassaunière J-M, Langlade A, Stambouli A. La contention physique passive : une enquête de prévalence dans un centre hospitalo-universitaire. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique*. oct 2010;9(5):232-41.
 23. Metzger J. Psychose débutante, psychose aiguë, et après ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. mai 2001;159(4):296-301.
 24. Ministère de l'intérieur et de l'aménagement du territoire, Ministère de la justice, Ministère de la défense, Ministère de la santé et des solidarités, GAUDIN M, D'HARCOURT C, et al. Circulaire DAP/DHOS/DGPN/DGPN du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées. 2006.
 25. Palazzolo J, Favre P, Halim V, Bougerol T. [Apropos of using patient isolation in psychiatry: point of view of nurses]. *Encephale*. déc 2000;26(6):84-92
 26. Palazzolo J, Favre P, Vittini P, Bougerol T. [Restraint and seclusion in psychiatry: review and prospects]. *Encephale*. déc 2001;27(6):570-7.

27. Passamar M, Tellier O, Vilamot B. L'agitation psychomotrice, la sédation médicamenteuse et l'urgence psychiatrique chez le patient psychotique. *L'Encéphale*. déc 2011;37(6):448-56.
28. Seletti B, Launay C, Garnier B, Brun-Ney D, Boulard J, Petitjean F. Accueil des urgences psychiatriques au sein d'un centre hospitalier universitaire. Intérêt de l'intégration dans un réseau de soin sectorisé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. avr 2001;159(3):160-6.
29. Weibel H, Metzger J-Y. Psychoses délirantes aiguës. *EMC - Psychiatrie*. janv 2005;2(1):1-15.

ANNEXES

Tableau 1 : Données patients

Code Patient	sexe	âge	Motif d'Hospit principal	troubles associés	Isolement	Sédation	Contention	Exa Méd d'entrée	Surveillance Inf	Si oui, nombre de fois
1	F	68	A	c	oui	non précisée	non précisée	oui	oui	1
2	H	34	A	aucun	oui	non	non	oui	oui	2
3	H	39	B	c	non précisé	oui	non précisée	oui	oui	multiples
4	F	40	C	aucun	non précisé	non précisée	non précisée	oui	oui	1
5	H	39	B	b et c	oui	non précisée	non précisée	oui	oui	1
6	F	43	C	aucun	non précisé	non	non	oui	oui	1
7	H	61	F	aucun	non précisé	non précisée	non précisée	oui	non	
8	H	36	F	c	non précisé	non précisée	non précisée	oui	oui	1
9	H	37	E	aucun	non précisé	non	non précisée	oui	oui	1
10	F	34	A	d	oui	non	non	oui	oui	1
11	H	26	D	a	non précisé	non	non précisée	oui	non	
12	H	43	F	c	non précisé	non	non	oui	oui	1
13	H	59	E	a	non précisé	non	non précisée	oui	oui	1
14	F	33	E	aucun	non précisé	non	non	oui	oui	1
15	H	37	E	aucun	oui	oui	oui	oui	oui	multiples
16	H	69	A	a et c	non précisé	non	non précisée	oui	oui	1
17	F	39	E	a	oui	non	non	oui	oui	1
18	F	68	E	aucun	non	non	non	oui	oui	multiples
19	H	22	E	aucun	non précisé	non précisée	non précisée	oui	oui	1
20	H	41	F	aucun	non précisé	non précisée	non précisée	oui	oui	1
21	F	45	E	aucun	non précisé	non	non	non	non	
22	F	56	E	a	non précisé	non précisée	non précisée	non précisé	oui	1
23	H	33	A	c et d	oui	oui	oui	non réalisable	refus	
24	H	20	A	a	oui	oui	non	oui	oui	1
25	H	48	G	c	non	non	non	oui	oui	1
26	H	34	A	a et c	oui	non	non	oui	oui	2
27	F	71	E	aucun	non précisé	non	non précisée	oui	oui	1
28	F	56	A	aucun	non	non	non	oui	oui	2

29	H	56	F	aucun	non	non	non	oui	oui	1
30	H	56	H	c	oui	non précisée	non précisée	oui	oui	1
31	F	64	E	aucun	non	oui	non	oui	oui	multiples
32	H	27	A	a et c	oui	non	non	oui	oui	multiples
33	H	42	E	aucun	non	non	non	oui	non	
34	H	31	A	aucun	non précisé	non précisée	non précisée	oui	oui	multiples
35	H	34	A	a et e	oui	non	non	oui	oui	multiples
36	F	25	D	f	non	non	non	oui	oui	1
37	F	64	F	aucun	non	non	non	oui	oui	1
38	F	37	G	aucun	non	non	non	oui	non	
39	H	46	E	a	non précisé	non précisée	non précisée	oui	oui	1
40	H	46	E	aucun	non précisé	non	non précisée	oui	oui	1
41	H	31	A	a	oui	non	non	oui	oui	2
42	F	44	E	a	oui	non	non	oui	non	
43	F	69	E	a	oui	non	non	oui	oui	1
44	F	24	E	a	non précisé	non précisée	non précisée	oui	oui	1
45	H	25	E	aucun	non précisé	non	non précisée	non précisé	oui	1
46	F	43	E	aucun	oui (précisé psy)	oui	non	oui	oui	1
47	H	35	B	a et d	non précisé	non précisée	non précisée	oui	oui	2
48	H	51	A	a	oui	oui	non précisée	non précisé	oui	1
49	F	95	E	aucun	non précisé	non précisée	non précisée	oui	oui	1
50	F	46	E	aucun	non précisé	non précisée	non précisée	non précisé	oui	1
51	H	27	H	aucun	oui	oui	non précisée	oui	oui	multiples
52	H	42	E	aucun	non précisé	non précisée	non précisée	oui	oui	1
53	H	40	A	e	oui	non	non	oui	oui	1
54	F	53	E	a	oui	non précisée	non précisée	oui	oui	multiples
55	F	27	A	a	non précisé	non précisée	non précisée	oui	oui	multiples
56	H	29	E	a	oui	non précisée	non précisée	oui	oui	1
57	H	47	A	a et c	non précisé	non	non	oui	oui	1
58	H	24	E	a et d	non précisé	non précisée	non précisée	oui	oui	1
59	F	25	A	aucun	oui	non	non	oui	oui	multiples
60	H	29	A	aucun	oui	oui	non	oui	oui	1
61	H	45	E	aucun	non précisé	non précisée	non précisée	oui	oui	multiples
62	H	46	E	a	non précisé	non précisée	non précisée	non précisé	oui	1

63	F	64	E	g	non précisé	non précisée	non précisée	oui	oui	multiples
64	H	29	A	aucun	oui	oui	non	oui	oui	2
65	H	45	E	a et c	non précisé	non précisée	non précisée	oui	oui	multiples
66	H	31	G	aucun	non	non	non	oui	oui	1
67	H	32	A	a et e	oui	non précisée	non	oui	oui	2
68	H	35	A	a	non précisé	non précisée	non précisée	oui	oui	1
69	F	41	G	c	non	non	non	oui	oui	1
70	H	38	E	a	non précisé	oui	non précisée	oui	oui	1

Tableau 2 : Sélection de l'effectif.

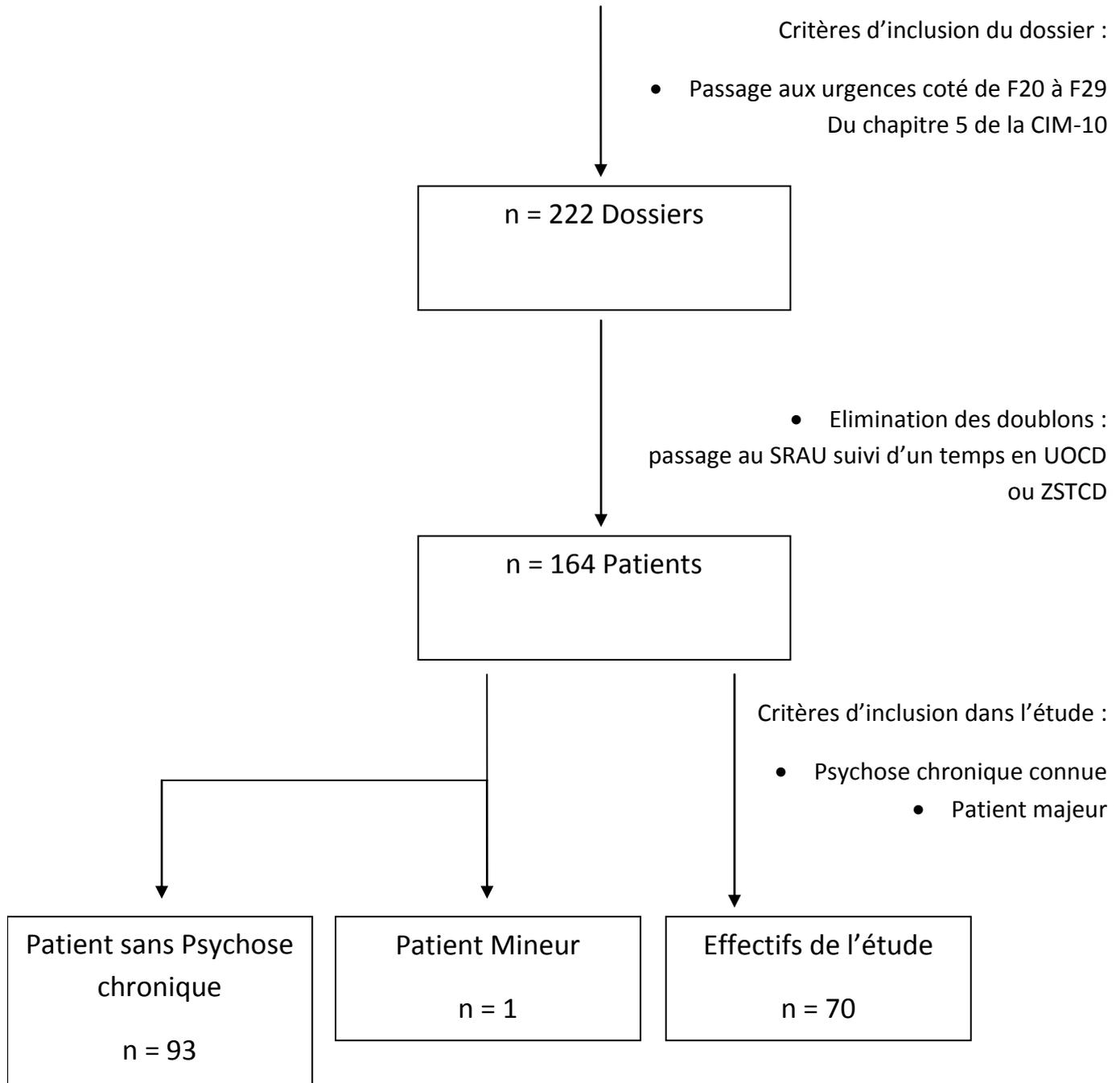


Tableau 3 : Place de l'isolement

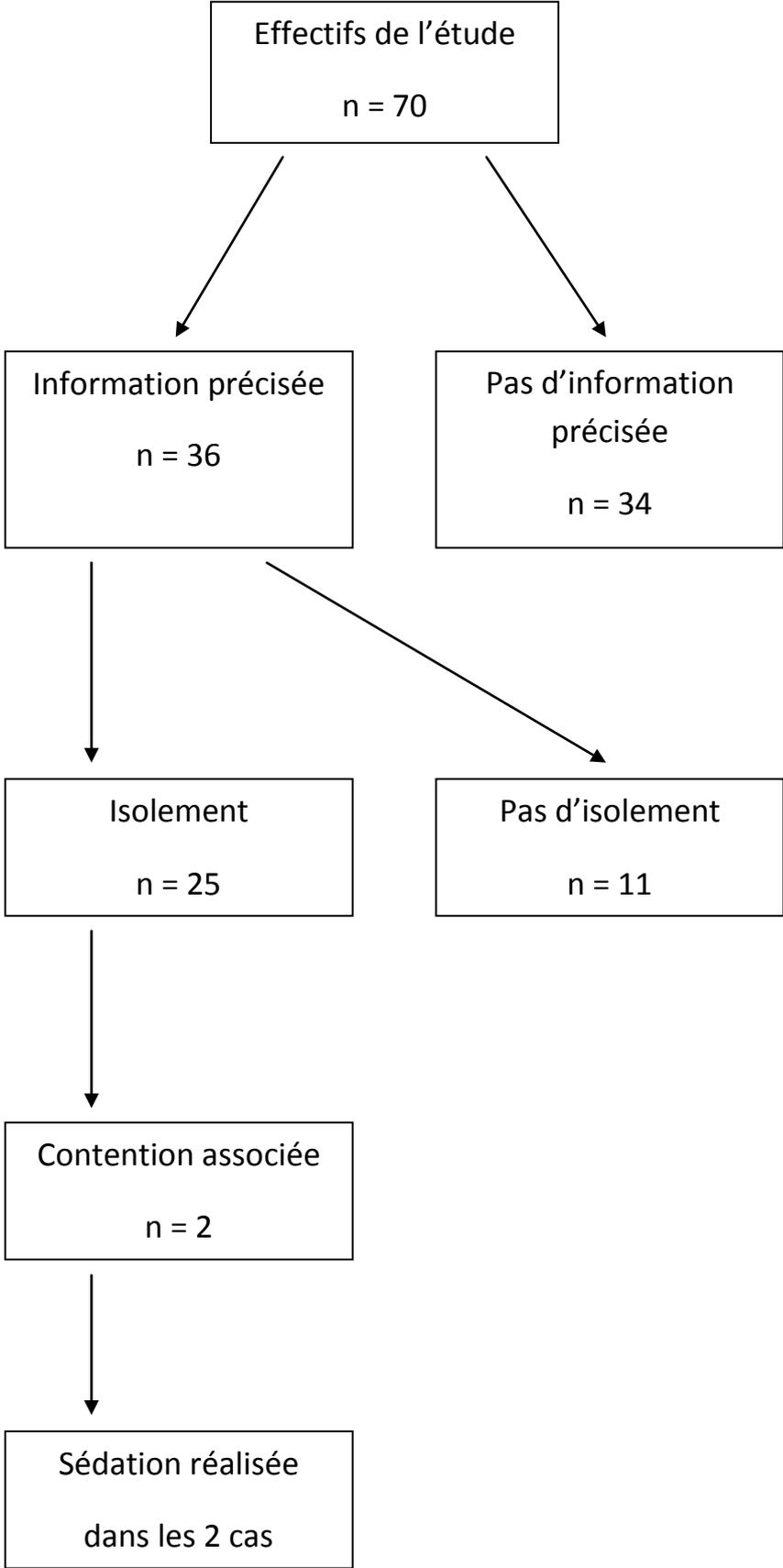


Tableau 4 : Place de la sédation

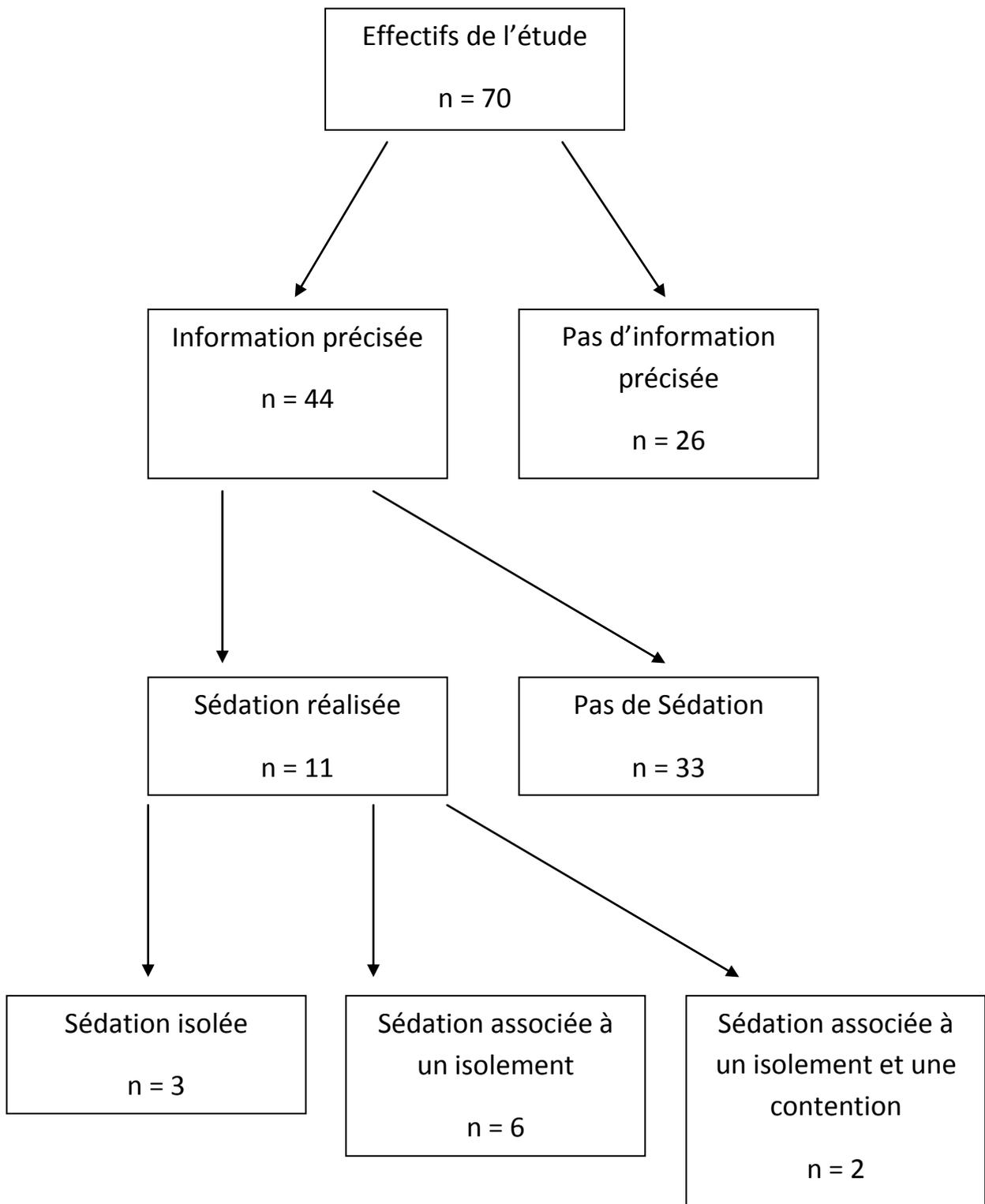
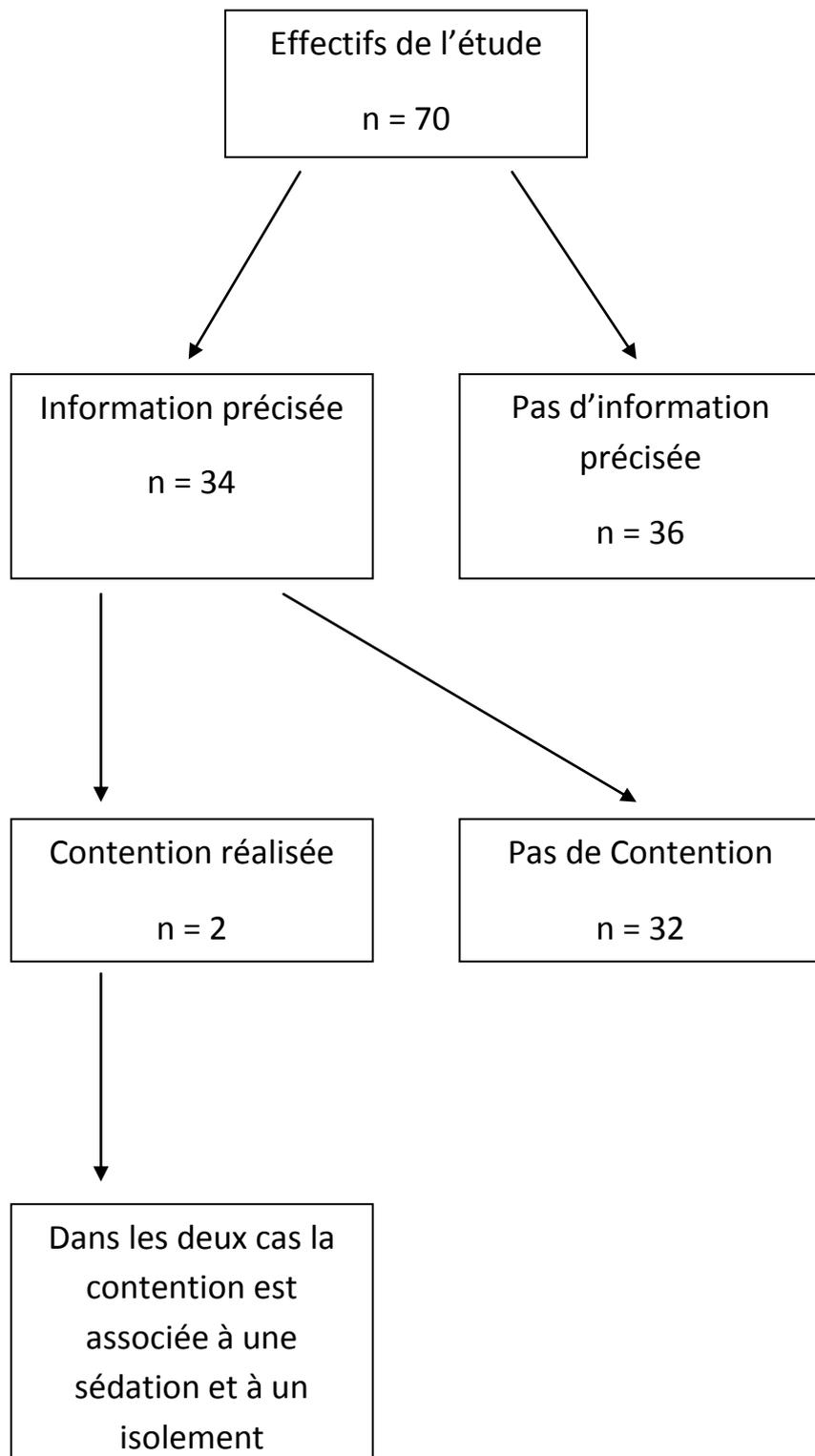


Tableau 5 : Place de la contention



Tables des matières

Sommaire	15
Liste des abréviations	16
Liste des tableaux	17
I. Introduction	18
Première Partie	20
II. Généralités et Historiques	21
1) Histoire de la contention et de l'isolement	21
2) Généralités	27
a) Définition	27
b) Prescription et modalités d'application	31
c) Organisation du système de prise en charge en urgence en psychiatrie	34
III. Recommandations et données de la littérature	40
1) Recommandations	40
2) Données de la littérature	44
Deuxième Partie	52
IV. Recueil des données	53
V. Résultats	58
VI. Discussion	63
1) Effectifs de l'étude	63
2) Motifs d'hospitalisation	64
3) Ratio H/F	64
4) Prise en charge thérapeutique	65

a) Sédation	65
b) Isolement	66
c) Contention	67
5) Examen médical et surveillance infirmière	68
a) Examen médical	68
b) Surveillance infirmière	68
6) Reflexions et perspectives	69
VII. Conclusion	72
Bibliographies	76
Annexes	79
Tables des matières	86

TITRE DE LA THESE :

PSYCHOSE CHRONIQUE ET DECOMPENSATION AIGUE.

ISOLEMENT ET CONTENTION EN SITUATION D'URGENCE.

AUTEUR :

PORTHA THIBAUD,

THESE SOUTENUE LE 13 OCTOBRE 2016

RESUME :

LA MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT ET LA CONTENTION SONT FREQUENTES LORS DE LA PRISE EN CHARGE EN URGENCE D'UNE DECOMPENSATION AIGUE CHEZ UN PATIENT SOUFFRANT DE PSYCHOSE CHRONIQUE. L'AUTEUR REALISE UNE REVUE DE LA LITTERATURE ET UNE SYNTHESE DES DERNIERES RECOMMANDATIONS A CE PROPOS. LES DIFFERENTES HABITUDES DE PRATIQUE DE LA MISE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION DANS UN SERVICE D'ACCUEIL D'URGENCE SONT ANALYSEES. UNE REFLEXION ENVISAGE LES POSSIBILITES D'AMELIORATION DE LA PRISE EN CHARGE DE CES PATIENTS EN URGENCE.

MOTS-CLES : SOINS - PSYCHOSE CHRONIQUE – CRISE - ISOLEMENT – CONTENTION - URGENCE