



La contention mécanique : Indications, cadre légal, réalisation

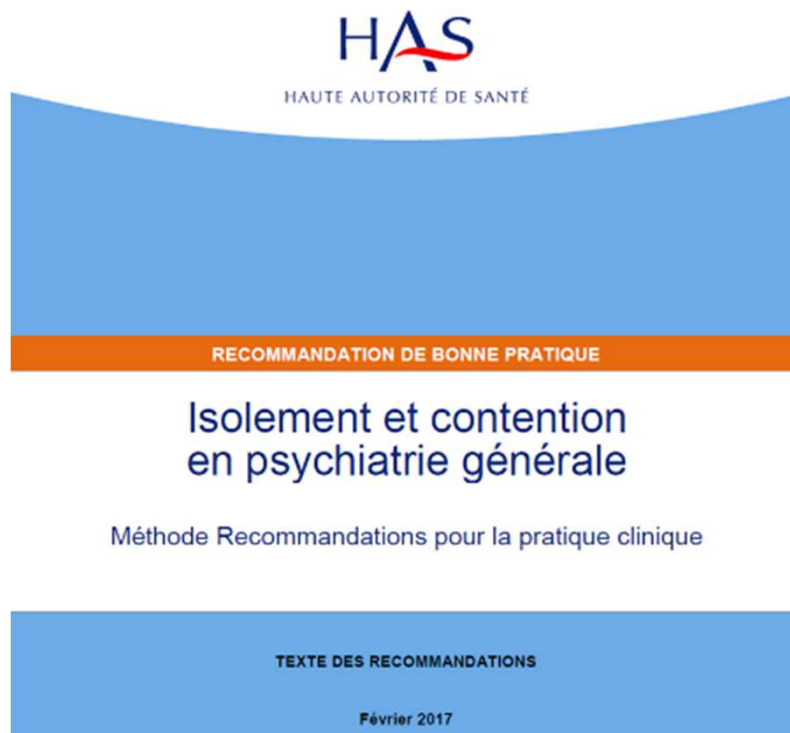
Dr Cécile Vallot

½ journée RENA-U-Psychiatrie

Mardi 14 mai 2019

Préambule

- Bibliographie pauvre
- Faible niveau de preuve (absence d'étude ou insuffisance des niveaux de preuve scientifique des études)
- Accord professionnel au sein d'un groupe de travail



SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE MÉDECINE D'URGENCE

9^{ème} CONFÉRENCE DE CONSENSUS

AGITATION EN URGENCE
(Petit enfant excepté)

6 Décembre 2002
TOULOUSE

TEXTE LONG

La contention / L'isolement : définitions

- Définition SFMU

SOCIÉTÉ FRANCOPHONE DE MÉDECINE D'URGENCE

9^{ème} CONFÉRENCE DE CONSENSUS

AGITATION EN URGENCE
(Petit enfant excepté)

6 Décembre 2002
TOULOUSE

TEXTE LONG

QUELLE MÉTHODE DE CONTENTION DOIT ÊTRE ÉVENTUELLEMENT ADOPTÉE ?

Principe de mise en place

La contention consiste à restreindre ou maîtriser les mouvements d'un patient par un dispositif fixé sur un lit, ou sur un brancard.

La contention physique est une mesure d'exception, temporaire, qui ne constitue pas à elle seule une mesure thérapeutique et dont les effets secondaires peuvent être graves. Elle doit toujours être associée à une sédation médicamenteuse.

C'est un soin relevant de la prescription médicale immédiate ou différée et qui répond aux exigences de traçabilité.

Isolement et contention en psychiatrie générale

Méthode Recommandations pour la pratique clinique

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Février 2017

Isolement

Isolement : Placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté.

Contention

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

- Contention physique (manuelle) : maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique.
- Contention mécanique : utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui.

- Mesure d'exception
- Limitée dans le temps
- Sur décision d'un psychiatre
- Démarche thérapeutique, après concertation pluri-professionnelle
- Prescription d'une surveillance et accompagnement intensif
- Processus complexe, de dernier recours

Les indications

- Toutes situations où il existe un trouble du comportement avec risque de violence auto ou hétéro-aggressive
- Le patient doit être en sécurité
- Le soignant doit être en sécurité

- L'agitation :

L'agitation se définit comme une perturbation du comportement moteur, psychique et relationnel. Elle suscite une réaction d'intolérance de l'entourage et du milieu. Elle peut s'accompagner d'une violence verbale et comportementale avec auto ou hétéro-aggressivité.

Les Indications

- Etiologies :
 - Somatique
 - Psychiatrique
 - Toxique

Causes organiques fréquentes	
Hypoxie, hypercapnie	Méningite, méningo-encéphalite
Etats de choc	Accidents vasculaires cérébraux
Hypoglycémie	Masses intra crâniennes
Troubles électrolytiques	Globe vésical, fécalome
Epilepsie	Hyperthermie
Hémorragie méningée	Traumatisme méconnu
Douleur	

Une glycémie capillaire et une saturation artérielle en oxygène (SpO₂) sont systématiques.

Les patients présentant une affection psychiatrique connue avec une anamnèse et un examen clinique (intégrant la glycémie capillaire et la SpO₂) normal et documenté (sur le dossier du patient) ne nécessitent aucun autre examen paraclinique. Ces patients peuvent être confiés au psychiatre.

Tout autre patient est suspect d'une pathologie organique ou toxique. Aucune stratégie de prescription n'est validée à ce jour. L'âge, l'anamnèse, et la clinique orienteront les examens complémentaires.

- Le 1er traitement de l'agitation est la prise en charge relationnelle :
- Elle doit permettre de prévenir l'escalade vers la violence et le passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif. Elle est constante tout au long de la prise en charge du patient

AGITATION - TROUBLE DU COMPORTEMENT

ÉVALUATION

Rechercher une cause à ce trouble :

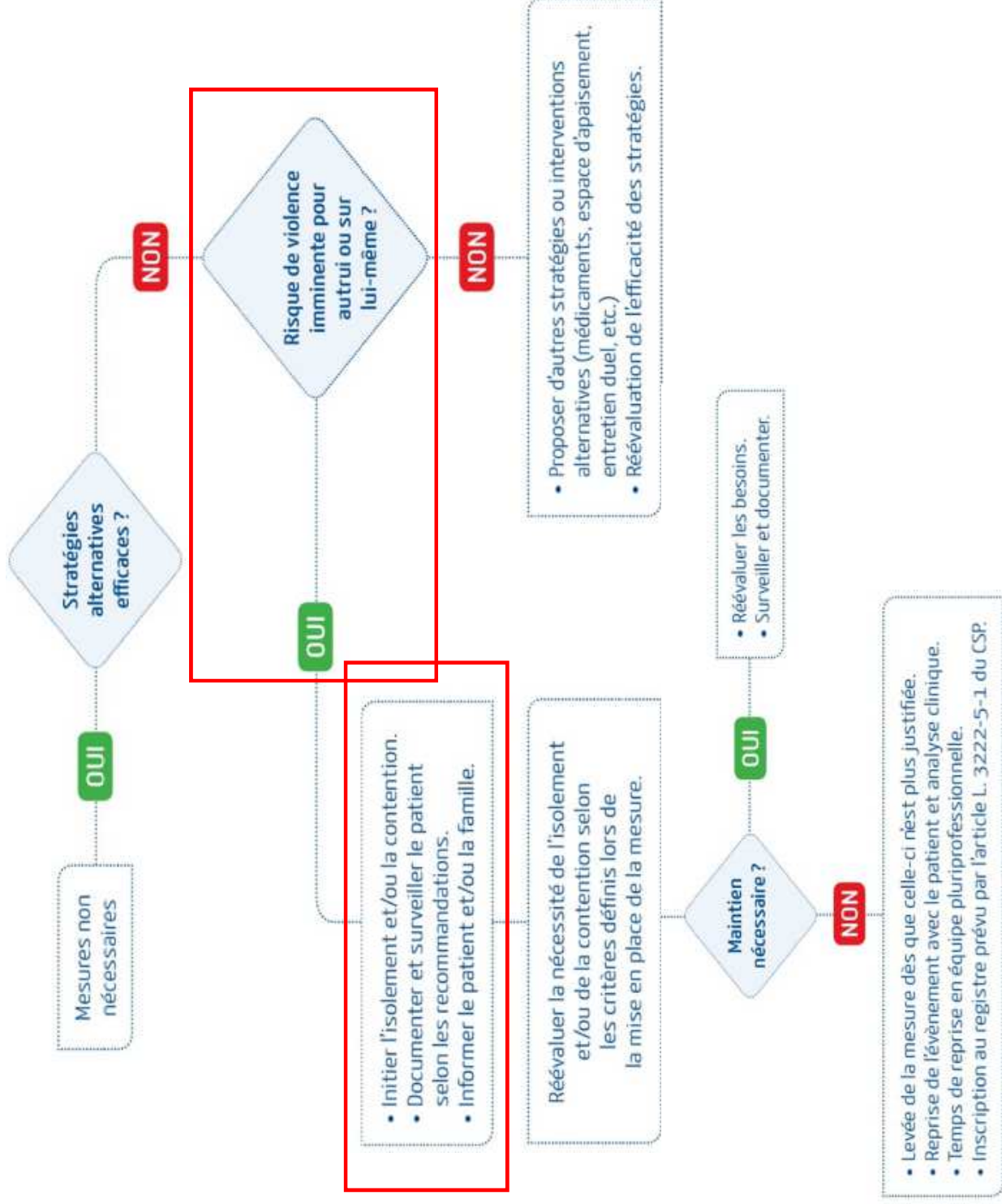
- individuelle ;
- environnementale.

INTERVENTIONS

► Traiter la cause.

► Mise en place de stratégies/d'interventions pour diminuer les troubles du comportement :

- tenter des techniques de désescalade ;
- continuer les techniques de désescalade et offrir des interventions alternatives ;
- questionner sur les besoins : qu'est ce qui pourrait vous aider maintenant ?
- proposer un traitement médicamenteux.



Cadre légal

- L'article L. 3222-5-1 du CSP, créé par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 :
 - « pratiques de dernier recours »
 - « destinés à prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui »
 - « l'isolement et la contention ne peuvent être décidés que par un psychiatre et pour une durée limitée »
 - Impose de tenir un registre des spécifique pour la traçabilité des mesures
 - Rapport annuel
- L'HAS recommande de poursuivre la réflexion sur tous les lieux où existe une pratique d'isolement et de contention

Seuls les patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement peuvent être isolés.

De façon exceptionnelle et uniquement dans les situations d'urgence, il peut être possible, à titre dérogatoire, d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un patient en soins libres. La durée de cet isolement doit être la plus courte possible, adaptée et proportionnée au risque, ne pouvant pas dépasser les 12 heures, soit le temps maximum nécessaire à la résolution de la situation d'urgence ou à l'initiation de la transformation de son régime de soins.

En pratique : modalité de la contention

- Fiche de prescription :
 - Identité
 - Date et heure début et fin des mesures
 - Motif (risques de violence, imminente ou immédiate, non maîtrisable, envers autrui ou envers lui-même)
 - Ce qui a été tenté avant ces mesures
 - Tt médicamenteux prescrit en support
 - Modalités de surveillance
 - Consignes pour alimentation, hydratation, toilettes, hygiène...
- 12h maxi pour isolement/ 6h maxi pour contention mécanique => à ré-évaluer
- Information claires du patient sur la mesure et ses critères permettant sa levée

En pratique : réalisation de la contention

- Condition de sécurité pour le patient et l'équipe de soins

- **Description pratique de la contention**

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

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



En pratique : réalisation de la contention

- Surveillance rapprochée

-

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

Il est recommandé que :

- la surveillance de l'état psychique par l'équipe soignante se fasse au moins toutes les heures et puisse aller jusqu'à une surveillance continue ;
- la surveillance des paramètres physiologiques soit assurée par l'équipe soignante (tension artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène, palpation des mollets, etc.) en fonction de la prescription médicale ;
- les sevrages soient pris en compte en proposant des traitements substitutifs, notamment pour le tabac.

En cas de contention, il est rappelé que la vérification des points d'attaches, de l'état cutané et des besoins physiologiques du patient relève du rôle propre de l'infirmier.

Cette surveillance régulière du patient doit permettre de rétablir un contact, de travailler l'alliance, de prévenir les risques de complications somatiques. Il est recommandé qu'elle soit réalisée par au moins deux membres de l'équipe soignante :

- avec une attention particulière à l'état psychique du patient et aux signes d'aggravation de l'état somatique éventuels ;
- avec une attention particulière aux signes de défaillance cardiaque ou respiratoire ;
- en considérant l'état d'hydratation, d'alimentation, d'hygiène et les besoins d'élimination.

Tout incident doit être tracé dans le dossier du patient.

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

En pratique : réalisation de la contention

- Levée de la mesure :
 - Sur décision médicale
 - Dès que la contention n'est plus cliniquement justifiée
 - L'équipe soignante peut solliciter le médecin à tout moment pour lever la mesure
- Raison, date et heure de la levée doivent être tracées dans le dossier
- Analyse de la mesure de contention :
 - Avec le patient
 - Avec l'équipe
- Registre

L'article 72 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé précise que toutes les mesures d'isolement et de contention doivent être consignées dans un registre au sein de 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.

Conclusion

- Toujours éliminer une organicité
- Mesure d'exception, limitée dans le temps
- Démarche thérapeutique, après concertation pluri-professionnelle
- Prescription d'une surveillance et accompagnement intensif
- Processus complexe, de dernier recours