

PAYET

Katy

**Mémoire de Fin d'études en soins infirmiers**

**UE 5.6.S6 Analyse de la qualité et traitement des données scientifiques et  
professionnelles**

*Quand les urgences font face aux suicidants :  
Refus de soin et contention*



Promotion 2009-2012 EDELWEISS

Institut de formation en soins infirmier de TENON

Directeur de mémoire Mme THEVENOT

Restitution le 4 juin 2012, soutenance le 26 juin 2012

**Note aux lecteurs :** « Il s'agit d'un travail personnel et il ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de son auteur »

## Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidés et soutenus dans l'élaboration de ce travail de fin d'études

Une pensée particulière pour :

- Mme THEVENOT ma directrice de mémoire, pour son écoute, sa disponibilité et sa patience, qui m'a beaucoup conseillée et ainsi m'a permis d'élaborer avec le plus grand soin ce mémoire
- Pour ma famille, et mon ami qui ont toujours cru en moi et qui m'ont soutenu dans les moments difficiles.

Un grand merci à tous les formateurs de ma promotion pour tous les savoirs qu'ils ont su nous transmettre avec un grand brio malgré les difficultés rencontrées face au nouveau référentiel

Enfin merci aux infirmières ayant acceptées de s'entretenir avec moi pour répondre à mes questions.

## Table des matières

<b><u>INTRODUCTION</u></b> .....	<b>1</b>
<b><u>DE LA SITUATION D'APPEL A LA QUESTION DE DEPART</u></b> .....	<b>2</b>
<b>I) SITUATION D'APPEL</b> .....	<b>2</b>
<b>II) CHOIX DU THEME ET INTERPELLATIONS</b> .....	<b>3</b>
<b>III) QUESTIONNEMENTS ET QUESTION DE DEPART</b> .....	<b>3</b>
<b><u>CADRE THEORIQUE</u></b> .....	<b>5</b>
<b>I) LE SERVICE DES URGENCES</b> .....	<b>5</b>
1.1) Définitions .....	5
1.1.1) Urgence .....	5
1.1.2) Urgence psychiatrique .....	5
1.2) Organisation .....	6
1.3) Cadre législatif du service des urgences .....	6
1.4) L'infirmière aux urgences .....	7
1.4.1) Législation.....	8
1.4.2) Caractéristiques et rôle de l'infirmière des urgences .....	8
<b>II) LA CONTENTION</b> .....	<b>10</b>
2.1) Définitions .....	10
2.3) La contention physique .....	10
2.3.1) Définition et recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).....	11
2.3.2) Évolution.....	12
<b>III) LE PATIENT SUICIDANT</b> .....	<b>12</b>
3.1) Définition .....	12
3.1.1) Définition patient .....	13
3.1.2) Définition suicidant .....	13
3.2) Rappel sur le suicide .....	13
3.2.1) Définitions.....	13
3.2.2) Épidémiologie .....	13
3.2.3) Les différents types de suicides .....	14
3.3) L'infirmière face au suicidant aux urgences.....	14
<b>IV) LE REFUS DE SOIN</b> .....	<b>16</b>

4.1) Définition de soin.....	16
4.2) Législation .....	16
4.3) Le refus de soin conscient ou inconscient de Grégoire Moutel .....	18
<b><u>CADRE EMPIRIQUE .....</u></b>	<b><u>20</u></b>
<b>I) CHOIX DE LA METHODE D'EXPLORATION.....</b>	<b>20</b>
<b>II) ANALYSE DES RESULTATS .....</b>	<b>21</b>
<b>III) SYNTHESE DES RESULTATS.....</b>	<b>29</b>
<b><u>PROBLEMATIQUE .....</u></b>	<b><u>30</u></b>
<b><u>CONCLUSION.....</u></b>	<b><u>32</u></b>
<b><u>ANNEXES.....</u></b>	<b><u>.....</u></b>
<b><u>BIBLIOGRAPHIE.....</u></b>	<b><u>.....</u></b>

## *Introduction*

Le mémoire de fin d'études signe la fin de trois ans de formation. Celui-ci, consiste en une réflexion sur une situation vécue, lors d'un stage effectué au cours de ces trois ans. La formation en soins infirmiers a été pour moi remplie d'expériences, j'ai pu effectuer divers stages, tous plus enrichissants les uns que les autres. J'ai pu apprendre de nombreuses choses et vivre des situations que je qualifierais d'exceptionnelles. C'est en effet en étant sur le terrain que nous prenons conscience de l'importance de certaines choses et comment cela se passe réellement. Il est vrai que nous avons des cours théoriques mais nous percevons les choses différemment lors de nos stages tant les situations sont différentes et tant les patients réagissent de façon singulière.

Dès mon entrée en formation, mon attirance s'est toujours portée vers le service des urgences car mon projet professionnel est d'exercer au sein d'une équipe de service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). J'ai eu la chance d'effectuer lors de ma deuxième année d'études un stage au sein de celui-ci, où j'ai pu rencontrer une diversité de situations dont une qui m'a particulièrement marquée. Cette situation concerne un patient suicidant qui se voit contentonné de par son refus de soin. Le domaine de la psychiatrie m'étant inconnu, cela a suscité en moi de nombreuses interrogations. J'ai alors décidé d'axer mon mémoire sur ce domaine précis, afin approfondir mes connaissances sur le sujet, et de savoir à l'avenir, en tant que future professionnelle de la santé, prendre en charge les patients en souffrance psychologique.

Afin d'étudier ce sujet, j'exposerai dans un premier temps mon cheminement de ma situation d'appel à la formulation de ma question de départ. Dans un deuxième temps, j'élaborerai mon cadre conceptuel en développant mes concepts qui sont le refus de soin, le service des urgences, le patient suicidant et la contention. Dans une troisième partie, j'exposerai mon cadre empirique par l'analyse des entretiens réalisés auprès infirmières de psychiatrie et des urgences que je confronterai par la suite à mon cadre théorique. Enfin, je ferai la synthèse des informations récoltées dans mon cadre de référence ainsi que dans mon cadre empirique, ce qui me permettra de formuler ma question de recherche.

## *De la situation d'appel à la question de départ*

### I) Situation d'appel

Pour la réalisation de mon mémoire de fin d'études, j'ai choisi une situation que j'ai vécue lors de mon premier stage de deuxième année aux urgences durant ma quatrième semaine.

Il s'agit de la pose d'une voie veineuse périphérique chez une patiente ayant fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire (IMV). Cela se passe aux urgences, Madame X 32 ans célibataire, mère de deux enfants (âgés de 16 et 4 ans), et sans emploi, arrive via les pompiers pour une tentative de suicide. A son arrivée aux urgences vers 22h, une infirmière et moi la prenons en charge et l'installons dans un box, la salle de déchoquage n'étant pas disponible, car celle-ci est déjà occupée par trois autres patients.

Madame X est une patiente qui se montre agitée et agressive verbalement face aux soignants. En effet elle tient le discours suivant : « *vous êtes des sadiques, vous aimez voir les gens souffrir* », « *vous ne leur faites que du mal* ». De plus, elle exprime clairement son souhait de mourir, on note les propos suivants « *laissez moi mourir s'il vous plaît, je souffre tellement* », « *je n'ai plus personne, je n'arrive plus à faire face à tout ça* », « *aidez moi je vous en supplie* », « *je veux mourir, laissez moi* ». On relève également que la patiente présente des scarifications au niveau des bras et qu'elle est connue du service pour des tentatives d'autolyse antérieures. Cette patiente restera, par la suite, sous surveillance par tout le personnel soignant jusqu'au passage du médecin. Après le passage de ce dernier dans son box, celui-ci nous indique qu'il faudra la perfuser afin de lui administrer des thérapeutiques. La patiente est donc informée de ce soin mais continue à nous dire de la laisser tranquille et de la laisser mourir. L'infirmière prépare donc tout le matériel nécessaire afin de réaliser ce soin et se rend avec moi dans le box où se trouve Madame X. Arrivée dans le box l'infirmière (debout) rappelle à Madame X le soin qu'elle va lui faire. Lorsque celle-ci commence le soin, Madame X refuse, agite les bras et les pieds pour que l'infirmière ne puisse pas réaliser la perfusion, tout en continuant à exprimer les mêmes propos. Face à ce refus, l'infirmière va me demander de rester auprès de la patiente et sort du box tout en m'informant qu'elle allait revenir.

A son retour, elle est accompagnée de deux autres soignantes, qui vont donc maintenir Madame, X (cette contention physique fut peu violente) afin de permettre à l'infirmière de réaliser le soin. Enfin, la patiente fut attachée aux poignets par des bracelets « Velcro® » pour qu'elle ne puisse pas retirer la perfusion.

## II) Choix du thème et interpellations

J'ai choisi cette situation car en tant que future professionnelle de soins, plusieurs choses m'ont interpellées et ont suscitées chez moi de nombreux questionnements. De plus, j'ai pu remarquer grâce à mes stages que les infirmières en services généraux présentaient une plus grande difficulté à prendre en charge les patients ayant des troubles psychiques que les infirmières en psychiatrie. Il me semblait d'autant plus important de m'attarder sur ce sujet, de par mon projet professionnel futur, car je serai amenée à mon tour à prendre en charge des patients suicidants.

Ce qui m'a d'abord interpellé dans cette situation est le fait que l'infirmière ne se soit pas attardée avec cette patiente en souffrance psychique, il y a eu peu de communication et d'écoute, pas de temps de négociation entre le soignant et le soigné pour la réalisation du soin. De plus la patiente a subi un soin sous contrainte et une contention physique.

## III) Questionnements et question de départ

Face à cette situation plusieurs questions me sont venues à l'esprit:

- Comment prendre en charge les patients suicidaires ?
- Comment gérer /prendre en compte le refus de soin chez une patiente suicidante ?
- Dans quels cas doit-on utiliser la contention et quels sont les facteurs favorisant son recours ?
- Le fait d'être aux urgences réduit-il le temps de négociation et de communication?
- Le fait d'être aux urgences réduit-il les soignants à l'application de la prescription médicale ?
- Les urgences favorisent-elles l'agressivité et l'anxiété des patients ?
- Les soignants sont-ils suffisamment formés à faire face au patient suicidant ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées par le personnel soignant des urgences ?



- Le refus de soin dans cette situation était-il ressenti comme un échec pour le soignant ce qui justifierait donc son recours aux méthodes de contention ?
- Comment instaurer une communication, une relation de confiance si le patient refuse la communication ?
- Quels autres moyens existent-ils pour faire face à un refus de soin chez un patient suicidant ?

J'ai donc essayé par la suite de regrouper mes questions par thèmes :

- Les urgences - Le patient suicidant- La contention - Le refus de soin

A la suite de ce tri des questions par thème, j'ai donc effectué des recherches qui m'ont permis de répondre à un certain nombre de questions, plusieurs autres appelaient de simples réponses, et d'autres encore portaient des jugements de valeur. Je les ai naturellement écartées. Au terme de ces recherches, il ne me restait plus que quatre questions, auxquelles je n'avais pas trouvé de réponse. Il s'agit de celle concernant la formation du personnel soignant, et celle sur les difficultés qu'ils peuvent rencontrer face au patient suicidant, une autre concernant les facteurs favorisant le recours à la contention et enfin celle parlant du ressenti du soignant face au refus de soin du suicidant.

Ces quatre questions restantes m'ont aidées quant à la formulation de ma question de départ et m'ont permis de voir plus clair sur ce que je souhaitais réellement savoir.

J'aboutis donc à la question de départ suivante :

**Qu'est ce qui amène l'infirmier en soins d'urgences à utiliser des méthodes de contentions physiques auprès d'un patient suicidant lors d'un refus de soin ?**

## *Cadre théorique*

### D) Le service des urgences

Le service des urgences est un service défini comme un lieu destiné à accueillir des malades et des blessés demandant une prise en charge rapide.

#### **1.1) Définitions**

##### ***1.1.1) Urgence***

« L'urgence, c'est le pressant avenir immédiat . . . le futur en train de se faire présent. »

**Vladimir Jankélévitch**

Une situation d'urgence est une situation non prévue et de survenue brutale<sup>1</sup>. Dans le Larousse, l'urgence est définie par un caractère de ce qui est urgent à laquelle on doit remédier sans délai, la nécessité d'agir vite. Mais encore par « *une situation qui peut entraîner un préjudice irréparable s'il n'y est porté remède à bref délai et qui permet au juge de prendre certaines mesures par une procédure rapide* ».

Il existe différentes catégories de l'urgence : il y a l'urgence vitale qui met en cause le pronostic vital du patient, l'urgence fonctionnelle qui met en cause le pronostic fonctionnel, l'urgence ressentie qui ne représente pas de danger véritable pour le patient (tableau d'angoisse) et l'urgence sociale qui correspond à un contexte social difficile, aigu.

##### ***1.1.2) Urgence psychiatrique***

L'urgence psychiatrique c'est 20% des consultations d'urgence en médecine. Elle est définie par la commission des maladies mentales par « *Une demande dont la réponse ne peut être différée. Il y a urgence à partir du moment où quelqu'un se pose la question, qu'il s'agisse du patient, de l'entourage, ou du médecin. Elle nécessite une réponse rapide et*

---

<sup>1</sup> Infirmier.com, organisation des urgences consulté en mars 2012 disponible sur : [http://www.soins-infirmiers.com/organisation\\_des\\_urgences.php](http://www.soins-infirmiers.com/organisation_des_urgences.php)

*adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique»<sup>2</sup>*

En effet l'urgence psychiatrie correspond à une urgence relevant spécialement de pathologies psychiatriques, elle est assez différente de l'urgence générale car la prise en charge n'est pas la même. Les situations que nous pouvons associer à l'urgence psychiatrique sont les états d'agitation (anxieuse, toxique, maniaque, psychotique, démentielle, épileptique), l'auto agressivité ou encore l'état délirant.

## **1.2) Organisation**

Le service des urgences a pour rôle d'accueillir sans sélection 24h/24 et 7j/7 toute personne se présentant en situation d'urgence y compris psychiatrique. Il accueille des patients relevant de différents domaines: médecine, chirurgie et psychiatrie. On note que les patients sont pris en charge par ordre de priorité sur la base d'un code couleurs, lettres ou chiffres. Prenons l'exemple des couleurs *« un patient classé rouge correspond à une urgence vitale (état de choc , hémorragie digestive, infarctus) donc pas de temps d'attente, puis un patient classé orange c'est une urgence immédiate qui menace la fonction d'un organe ou d'un membre, attente inférieure à 20 minutes, puis un patient classé vert est une urgence ressentie ( j'étouffe , j'ai mal..), est un patient pour qui l'on peut estimer un temps d'attente inférieur à 1 heure et enfin bleu pour les petites urgences, temps d'attente 120 minutes »<sup>3</sup>*

## **1.3) Cadre législatif du service des urgences**

Il existe plusieurs décrets sur lesquels nous pouvons nous appuyer concernant le service des urgences. Nous avons le décret n°95-648 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et l'organisation<sup>4</sup> qui nous indique comment doit être organisé le service d'urgences au sein des établissements publics et privés. Il doit par exemple être composé d'une équipe médicale comportant un médecin formé à la prise en charge en soins d'urgences et des besoins de soins urgents et d'une équipe paramédicale (infirmiers, aides soignants...) présents tous les jours 24h/24. De plus, le service doit être composé d'une zone d'accueil, une zone d'examen et de

---

<sup>2</sup>Cours du Semestre 5 par Pr PERETTI sur les urgences psychiatriques

<sup>3</sup> DR MOUNIR GAZAH et Pr SLAH GANOUCCI, l'infirmière d'accueil et d'urgences consulté en mai 2012 disponible sur : <http://www.efurgences.net/publications/infirmiers.pdf>

<sup>4</sup>Le journal officiel, loi et décret, Décret n°95-648 du 9 mai 1995 paragraphe 3 de l'article D712-65-17 consulté en mars 2012 disponible sur : <http://www.hosmat.eu/decrets/d95-648.htm>

soins comportant une salle et des moyens de déchoquage et d'une zone de surveillance de très courte durée, comportant trois à cinq box.

A présent, nous nous intéressons plus particulièrement au paragraphe 3 de l'article D712-65-17 qui nous informe que l'établissement de santé doit assurer au sein de son service d'urgence la présence d'un psychiatre présent 24h/24 tous les jours de l'année et dans les autres cas l'équipe médicale doit être en capacité de faire venir un psychiatre à tout moment.

Mon attention s'arrête aussi sur l'article D712-65-3 qui nous dit que le service des urgences doit posséder dans son équipe paramédicale au moins une infirmière ayant acquis une expérience professionnelle au sein d'un service de psychiatrie ou, à défaut, en faire venir une sans délai. A l'issue de cette information on peut remarquer que dans la situation énoncée ci avant, l'infirmière ne possédait pas d'expérience en psychiatrie et qu'aucune infirmière qualifiée en psychiatrie n'était présente. Cela nous permet de relever un premier point concernant la manière dont a été pris en charge la patiente suicidante.

Vient ensuite la circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril relative à la prise en charge des urgences<sup>5</sup> dans laquelle un item est entièrement dédié à la psychiatrie nous disant que les patients en psychiatrie demandent une prise en charge particulière c'est-à-dire qu'il y a un travail qui doit se faire en amont: «*Renforcer le travail en réseau en secteur sanitaire et social /médico-social*» et «*Améliorer la réponse des équipes de secteur aux demandes de soins non programmées en ambulatoire dans des délais rapides*» L'autre partie du travail concerne l'urgence hospitalière qui nous dit que l'accueil et l'orientation du patient doivent se faire par une équipe de psychiatrie dans des locaux adaptés et il doit y avoir une prise en charge de très courte durée en lit individualisé au sein ou à proximité immédiate des urgences.

#### **1.4) L'infirmière aux urgences**

Au sein des services d'urgences nous avons des infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) et des infirmières de box.

---

<sup>5</sup> Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapés, Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril relative à la prise en charge des urgences consulté en mai 2012 disponible sur : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000130001FFF>

### ***1.4.1) Législation***

La profession d'infirmier est régie par des lois.

Tout d'abord par le Décret de Compétences (DC) Décret n° 93 345 du 15 mars 1993 - JO du 16 mars 1993 relatif à l'exercice professionnel et aux actes professionnels<sup>6</sup>. Le rôle propre de l'infirmière qui désigne le domaine spécifique de la fonction infirmière dans lequel lui sont reconnues une autonomie et la capacité de jugement et d'initiative, et son rôle sur prescription concernant les conditions d'application des prescriptions médicales et de participation à la mise en œuvre des thérapeutiques.

Attardons notre attention sur les lois concernant l'infirmière exerçant en service d'urgence le Décret 93-221 du 16 Février 1993<sup>7</sup>, relatif aux règles professionnelles, où plusieurs articles indiquent la conduite à tenir en cas d'urgence: L'infirmier est tenu de porter assistance aux malades et blessés en péril (art.6) et pour garantir la qualité des soins qu'il dispense et la sécurité du patient, l'infirmier a le devoir d'actualiser et de perfectionner ses connaissances professionnelles (art.10). Enfin, l'infirmier agit en toutes circonstances dans l'intérêt du patient.

### ***1.4.2) Caractéristiques et rôle de l'infirmière des urgences***

#### ***A) Infirmière d'accueil et d'orientation (IAO)***

L'infirmière d'accueil et d'orientation a pour rôle d'accueillir de façon personnalisée le patient et ses accompagnants à leur arrivée, rassurer, surveiller, communiquer et enseigner.<sup>8</sup> Elle doit également définir les priorités de soins en fonction des besoins exprimés et /ou constatés, elle va décider du soin le plus adapté. De plus elle va procéder à un tri des patients, elle doit être en capacité d'évaluer rapidement le degré d'urgence. Elle doit bénéficier des compétences décrites dans le décret du 11 février 2002 article 13 «*En l'absence d'un médecin, l'infirmier est habilité, après avoir reconnu une situation comme relevant de l'urgence ou de*

---

<sup>6</sup>Legifrance Décret n° 93 345 du 15 mars 1993-JO du 16 mars 1993 consulté en mars 2012 disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006081404&dateTexte=20110505>

<sup>7</sup>Legifrance Décret 93-221 du 16 Février 1993 art 6 et 10 consulté en mars disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000179742&dateTexte=&fastPos=1&fastReqId=1848012600&oldAction=rechTexte>

<sup>8</sup>Cours du S4 réalisé par Mme BOURRE formatrice sur le service d'accueil d'urgence

*la détresse psychologique* », et article 3 « *l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires* » « *identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue* »<sup>9</sup> et enfin le décret 16 février 1993. On note également que l'IAO doit bénéficier d'une formation de quelques jours assurée par des professionnels de l'urgence, au cours de laquelle seront abordés différents sujets tels que la législation, la notion de tri, l'IAO face au stress et la gestion des situations de crise. Cette formation se terminera par une évaluation des acquis<sup>10</sup>

### B) Infirmière de box

L'infirmière de box a pour mission première, en collaboration avec le médecin, la prise en charge sur le plan médical des patients entrants en urgence. Elle assure tous les soins (des soins de bases aux soins techniques de réanimation). Ses actions auprès des patients sont donc le déshabillage en collaboration avec l'aide soignant, l'interrogatoire (circonstances, antécédents), prise des constantes, pose d'une voie veineuse périphérique avec bilan sang, antalgiques si besoin, soins divers en fonction de la prescription médicale (attelle, pansement, injections...). Elle a également pour rôle l'entretien et la maintenance du matériel. L'infirmière de box peut être aussi désignée pour assurer la salle de déchoquage. Dans ce cas, elle aura pour rôle le contrôle du chariot d'urgence et de tout le matériel (scope, aspirations...)

Les qualités requises pour une infirmière de box sont : aimer l'urgence, aimer l'action, savoir anticiper, avoir l'esprit critique, être rigoureux, curieux, savoir se ressourcer, prendre des initiatives selon ses compétences.

---

<sup>9</sup> Legifrance décret 11 février 2002 article 13 et 3 consulté en mars 2012 disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355&dateTexte>

<sup>10</sup> Cours du S4 réalisé par Mme BOURRE formatrice sur le service d'accueil d'urgence

## II) La contention

### **2.1) Définitions**

La contention est « *un procédé thérapeutique permettant d'immobiliser un membre, de comprimer des tissus ou de protéger un malade agité* » ou « *un procédé employé pour immobiliser les animaux domestiques afin d'effectuer un diagnostic, de mettre en œuvre un traitement ou de pratiquer une intervention chirurgicale* » (Larousse)

On retrouve une définition assez étonnante de « *mediadico* » concernant la contention qui est la suivante : « *immobilisation des malades mentaux* »

#### Il existe différents types de contention :

\***Physique**: barrière, ceinture, menottes (poignets, chevilles), gilet (vêtements), matériel détourné de leur utilisation (draps, bande).

\***Médicamenteuse**: chimique (sédatif, neuroleptiques...).

\***Architecturale**: chambre d'isolement, chambre fermée à clef, structure fermée à clef (Cantou).

\***Psychologique**: injonction (qui a pour but de réduire la mobilité de la personne, qui peut parfois relever du harcèlement).

Au regard de ces différents types de contention c'est la contention physique que nous allons particulièrement développer.

### **2.3) La contention physique**

Nous avons deux types de contention physique : la contention posturale qui permet le maintien d'une posture à titre de rééducation et la contention active réalisée par un kinésithérapeute qui prépare la verticalisation après une période d'immobilisation. Mais nous avons notamment la contention passive qui est à distinguer des deux précédentes. C'est à présent à cette dernière que nous allons nous intéresser car c'est ce dont il s'agit dans ma situation énoncée auparavant.

### **2.3.1) Définition et recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS)**

Selon l’HAS « *la contention physique dite passive se caractérise par l'utilisation de tous les moyens, méthodes, matériels, vêtements qui empêchent ou limitent les capacités de mobilisation volontaire, de tout ou une partie du corps dans le seul but d'obtenir de la sécurité pour une personne qui présente un comportement dangereux ou mal adapté* »<sup>11</sup>

Elle est utilisée pour le risque de chute, le risque de violence envers soi même et/ou envers autrui, dans le cadre d’agitation ou encore dans le cas de déambulation. Bien qu’il n’existe pas de loi qui interdise ou autorise la contention physique, celle-ci a fait l’objet d’un rapport de l’HAS concernant l’évaluation des pratiques professionnelles « limiter les risques de la contention physique chez les personnes âgées » en octobre 2000. Ce rapport nous informe des recommandations de mise en place de la contention sur la base d’un référentiel de dix critères. Nous relevons aussi par une conférence de consensus « *L’agitation en urgence* » que « *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* »<sup>12</sup>, tel qu’une aggravation de la confusion, de l’agitation ou encore asphyxie, traumatisme, et décès par strangulation.

De ce fait, un protocole<sup>13</sup> a été proposé quant à l’utilisation de la contention. La contention est un acte médical et de ce fait doit relever d’une prescription médicale immédiate ou différée et qui répond aux exigences de traçabilité, on note que, hormis dans les situations d’urgence, il n’appartient pas à l’infirmier de prendre la décision de poser des contentions à un patient. La décision se fait par équipe pluridisciplinaire qui abordera le rapport bénéfice / risque pour le patient et demande par la suite une surveillance régulière et une réévaluation toutes les 24 heures. Les soignants seront autorisés à utiliser des méthodes de contention seulement s’ils ont la connaissance des risques et des surveillances qu’ils devront réaliser. L’HAS soulève notamment que la mise en place de la contention doit être informée au patient

---

<sup>11</sup> PDF sur l’Evaluation des pratiques professionnelles consulté en mars 2012 disponible sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>

<sup>12</sup>PDF « l’agitation en urgence » consulté en mars 2012 disponible sur : [http://kibba.free.fr/CoursHTML/Modules%20Transversaux/Legislation/HAS\\_ContentionUrgence/cc\\_agitation-court.pdf](http://kibba.free.fr/CoursHTML/Modules%20Transversaux/Legislation/HAS_ContentionUrgence/cc_agitation-court.pdf)

<sup>13</sup>Annexe 5: Protocole de contention d’un patient agité



et sa famille, et fait l'objet d'un consentement éclairé du patient. De plus j'ai pu grâce à ce document mettre en avant que l'utilisation de la contention physique ne peut se justifier qu'après un échec de prise en charge relationnelle. Dans notre situation nous constatons que ce temps relationnel a été inexistant et que la décision d'une contention physique fut prise d'emblée. Ensuite l'HAS nous dit que la contention physique doit faire référence à des protocoles stricts élaborés et mis à disposition pour le personnel soignant dans le service des urgences. Mais encore elle doit être utilisée dans le cas où il y a danger immédiat pour le patient ou autrui. Enfin la contention ayant des conséquences graves sur l'état psychologique du patient mais aussi de la famille et des soignants. Pour le patient, cela peut être vécu comme une maltraitance, une humiliation et un non respect de sa dignité, pour la famille cela peut avoir une connotation négative et donc un risque de modification des rapports familiaux et enfin pour les soignants cela est ressenti comme une pratique pénible, un sentiment de culpabilité car cette pratique est contraire à leurs valeurs professionnelles. L'HAS souligne également que le personnel soignant ne dispose pas d'informations suffisantes concernant ce sujet lors de sa formation initiale. Pour les raisons que nous venons d'évoquer il est nécessaire de pallier à cette méthode le plus rapidement possible d'autant plus que cette pratique est une restriction de la liberté.

### ***2.3.2) Évolution***

Bien qu'elle fût essentiellement utilisée en service de psychiatrie, l'utilisation de la contention s'est beaucoup développée dans les hôpitaux dans les différents services, en maison de retraite pour les risques de chutes et surtout en services d'urgences dans le cadre de gestion de la violence et de l'agitation. On note que l'agitation psychiatrique correspond à 10% des cas d'agitation aux urgences et le traitement principal de celle-ci est la contention puis les tranquillisants. Pour cela, elle fait aujourd'hui l'objet de nombreux rapports et elle est devenue très codifiée et demande des mesures très particulières.

## **III) Le patient suicidant**

### **3.1) Définition**

### **3.1.1) Définition patient**

« Un patient est une personne qui présente un ou plusieurs problèmes de santé pour lesquels elle a recours aux soins » (dictionnaire de la profession infirmière).

Un patient est une personne soignée, malade (Larousse).

### **3.1.2) Définition suicidant**

Un suicidant est un sujet ayant survécu à une tentative de suicide <sup>14</sup>

## **3.2) Rappel sur le suicide**

### **3.2.1) Définitions**

Le suicide est une urgence psychiatrique, elle correspond selon Durkheim au « meurtre de soi-même »<sup>15</sup>. Nous pouvons également associer au suicide plusieurs définitions :

Tentative de suicide : Acte par lequel un individu met consciemment sa vie en jeu, soit de manière objective, soit de manière symbolique et n'aboutissant pas à la mort.

Suicidaire : Sujet manifestant l'intention de se suicider, soit verbalement, soit par son comportement.

Suicidé : Sujet décédé lors de sa tentative de suicide.

Le suicidant : Définition que nous avons vue précédemment

Conduite suicidaire : Conduites par lesquelles le sujet tente de se donner la mort

Equivalent suicidaire : Comportement qui risque d'aboutir à la mort du sujet sans qu'il en ait forcément conscience.

### **3.2.2) Épidémiologie**

Par an nous avons environ 120000 tentatives de suicide et 12000 décès par suicide, elle est la première cause de décès chez les 24-35 ans.<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Cours du semestre 2 sur le suicide

<sup>15</sup> Cours sur les urgences psychiatriques par Pr PERETTI

Les tentatives de suicide font référence le plus souvent à des femmes alors que le suicide à des hommes.

On note également que le mode de suicide le plus courant est l'intoxication médicamenteuse (IMV) avec 70% en milieu urbain.

### ***3.2.3) Les différents types de suicides***

On distingue principalement deux types de suicide d'après le Dr LOY, le suicide impulsif et le suicide affectif. Il s'agit pour le premier d'un acte non volontaire, d'un effondrement impulsif du passage à l'acte dans le but d'une disparition soudaine, on l'appelle aussi le « suicide symptôme », c'est le suicide aigu d'Esquirol. Concernant le second il s'agit d'un suicide préparé où le sujet autrement dit le suicidaire va chercher à être assisté par un environnement ou un complice pour pouvoir en finir avec la souffrance de la vie, on parle ici du suicide chronique d'Esquirol<sup>16</sup>. De cela le suicidant sera associé au suicide impulsif car on considère que celui-ci n'aura pu s'empêcher que surgisse un acte impulsif de meurtre de soi-même. En d'autres termes, le suicidant est un névrosé (personne ayant des troubles affectifs et émotionnels) qui connaît un moment de folie impulsive. Tandis que le suicide préparé est associé au suicidaire, c'est-à-dire que le suicidaire au comble de la dépression va amplifier sa vision péjorative de son existence où il n'y a plus lieu de la prolonger, de ce fait le sujet va donc par exemple se perdre dans un bois pour mourir de faim et de soif ou encore se laisser noyer dans l'eau d'une rivière. Dans ce cas on considère que le suicide n'est pas un acte car il y a arrêt de l'action de vivre.

Il est important de savoir différencier ces deux types de suicide car la prise en charge n'est pas la même pour le suicidant et le suicidaire de part leurs psychopathologies différentes. Nous pouvons déduire que dans notre situation, il s'agit d'un suicide impulsif.

### **3.3) L'infirmière face au suicidant aux urgences**

Nous nous intéressons maintenant à l'infirmière face au suicidant. Aux urgences l'infirmière est amenée à rencontrer des situations de crise psychiatrique. Pour cela « *elle doit être capable d'identifier les signes de souffrance psychologique et agir selon des protocoles*

---

<sup>16</sup> Jacques LOYS « Recherche sur la clinique et la prise en charge du suicide » les médecins maitres toile octobre 2004 disponible sur : <http://www.mmt-fr.org/article157.html>.

*écrits ; traitement, contention physique, chimique »*<sup>17</sup>. Elle est en étroite collaboration avec le psychologue et psychiatre. Dans le cas des tentatives de suicide, la prise en charge doit être d'abord médicale puis psychologique. On parle dans notre situation d'auto agressivité d'après Dr Youssef Mamoudhia<sup>18</sup>, qui nous apprend que la prise en charge d'un patient suicidant nécessite : l'isolement du patient, une surveillance rapprochée des constantes, la réalisation d'examen médicaux et bilans complémentaires (iono, NFS, alcoolémie, recherche de toxiques urinaires, radiologique) sur prescription médicale, une évaluation psychopathologique, une réassurance, une sédation chimique (neuroleptiques sédatifs) et parfois physique (contention). Une orientation d'hospitalisation ou de consultation post urgence dans les plus brefs délais car le risque de récurrence est toujours possible. Ce qui ressort également concernant la prise en charge des suicidant est qu'elle nécessite une triple évaluation (somatique, psychologique et socio-familial) par un professionnel formé à cette approche<sup>19</sup>. Suite à cette prise en charge il est nécessaire de réaliser un entretien. Régine Le Moenne nous dit « *l'entretien infirmier auprès d'un suicidant aux urgences est délicat et doit être mené selon un protocole précis* »<sup>20</sup> L'entretien a pour objectif la recherche d'information afin de connaître l'histoire du patient, les événements récents de sa vie et l'entretien d'aide afin que le patient puisse verbaliser ses souffrances, ses émotions. Pour atteindre ses objectifs, celui-ci doit se dérouler dans un cadre sécurisant et dans une relation de confiance et de respect mutuel. L'infirmière doit adopter une attitude d'écoute, être à la même hauteur que le patient, elle doit faire le choix de réaliser l'entretien à un moment de disponibilité où elle ne risque pas d'être dérangée. Au cours de cet entretien, l'infirmière aidera le patient à verbaliser le geste « *il est essentiel de restaurer la communication grâce à la verbalisation qui constitue une étape de maturation après le geste...* ». Elle doit ne pas banaliser le geste, reconnaître la souffrance du patient, ne pas juger, identifier les liens que possède le patient avec ses proches. De plus nous devons au cours de cet entretien aider le suicidant à retrouver une image idéale de lui en lui évoquant ses qualités du fait de sa psychopathologie. La fin de l'entretien sera marquée par la fatigue et la lassitude du patient.

---

<sup>17</sup> Cours S4 réalisé par Mme BOURRE formatrice sur le service d'accueil d'urgence

<sup>18</sup> <http://www.urgences-serveur.fr/Urgences-psychiatriques-au-SAU.1632.html>

<sup>19</sup> Centre santé. Gouv, quel accueil pour quel type de patient consulté en mars 2012 disponible sur : [https://centre.sante.gouv.fr/drass/sante/suicide/pdf/015\\_018.pdf](https://centre.sante.gouv.fr/drass/sante/suicide/pdf/015_018.pdf)

<sup>20</sup> Régine Le Moenne, l'entretien infirmier auprès du suicidant aux urgences, Soins *psychiatrie* septembre-octobre 2006, N°246.

Ceci nous permet de relever un deuxième point sur la raison pour laquelle l'infirmière évoquée dans notre situation a utilisé dans un premier temps les méthodes de contentions pour pouvoir réaliser son soin.

Enfin nous apprenons, par le biais d'un documentaire, que la contention est largement utilisée en service de soins d'urgence lors de l'arrivée de patients ayant réalisé une tentative de suicide, et en cas d'agitation car les infirmières nous informent qu'elles ont déjà subi des agressions, c'est donc pour cela qu'à présent elles utilisent d'emblée la contention. L'une d'elle nous évoque également son recours à la contention physique par le fait du manque de formation concernant la prise en charge des patients atteints de pathologie psychiatrique.

#### IV) Le refus de soin

##### **4.1) Définition de soin**

Un soin correspond à l'ensemble des actes que se soit technique ou relationnel dans le but de soigner et rendre la santé.

Il est également défini dans la profession infirmier, par le biais l'article 2 du Décret n°2002-194 du 11 février 2002 que « *Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle* »<sup>21</sup>

##### **4.2) Législation**

La loi qui régit le refus de soin est celle du 4 mars 2002 concernant les droits des patients qui reconnaît à ceux-ci des droits face à la médecine. Elle nous informe que « *Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins*

---

<sup>21</sup> Légifrance, l'article 2 du Décret n°2002-194 du 11 février 2002 [consulté en mars]. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000749449&dateTexte=>

*indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté* »<sup>22</sup> Cet article nous montre qu'il existe des dérogations au refus de soins, notamment dans le cadre d'une urgence médicale en respectant les conditions suivantes : l'acte accompli est dans le but de sauver le patient, le patient doit se retrouver dans une situation extrême mettant en jeu son pronostic vital, et enfin l'acte médical doit constituer un acte indispensable et proportionné à l'état de santé du patient. Comme nous l'avons vu, le consentement d'une personne aux actes de soin doit être libre et éclairé. Mais comment savoir si un patient est en capacité de consentir aux soins ? Le patient suicidant possède-t-il toutes ses capacités mentales pour prendre cette décision lorsqu'il est en crise suicidaire ?

Ensuite, de par ce que nous avons vu précédemment, les tentatives de suicide sont considérées comme une urgence, ce qui explique dans un premier temps que dans notre situation le refus de la patiente n'a pas été pris en compte car elle entre dans le cadre exceptionnel des dérogations au refus de soins. De plus, il est dit que dans le cas des tentatives de suicide le médecin doit tout faire pour sauver la vie du patient et qu'une information secondaire du patient permettra de discuter des motivations de son geste de juger de son état psychique afin d'optimiser sa prise en charge. Cependant concernant l'infirmier on note que si un malade vulnérable ou non refuse un traitement celui-ci ne peut le contraindre, il doit respecter son avis et informer le médecin prescripteur. On peut dire que, malgré cette loi, le refus de soin reste un sujet très compliqué pour les soignants car il confronte respect de la liberté du patient et l'obligation des soignants de porter assistance aux personnes en danger. (Code pénal art 223-6)<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup>Legifrance art L1111-4 du code de la santé publique consulté en mars 2012 disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767&dateTexte=20111108>

<sup>23</sup> Legifrance article 223-6 consulté en mai 2012 disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417779&dateTexte=2012052>

### 4.3) Le refus de soin conscient ou inconscient de Grégoire Moutel

Grégoire Moutel (groupe de recherche de l'INSERM) soulève le fait que « *le refus de soins n'est en fait qu'un point d'appel ou un signe clinique témoignant soit d'une déficience psychique, soit d'une souffrance ou d'un désespoir* »<sup>24</sup>. Trois points que la médecine a justement pour mission de combattre afin que la personne se porte et vive mieux.

Dans cette partie, nous allons tenter de comprendre le refus de soins. On apprend grâce à ce document que le refus de soins est inconscient dans le cas de démence sévère et notamment chez les suicidaires qui sont dans un état de plus grande vulnérabilité. Ainsi, elles peuvent adopter des attitudes dangereuses et ne plus faire aucun effort pour se maintenir en vie. Le patient suicidant est donc considéré comme en état de grande vulnérabilité. Grâce à cela, nous pouvons donc répondre aux questions que nous nous sommes posés précédemment. Pour être capable de consentir ou refuser un soin nous apprenons qu'il faut un certain nombre de capacités: « *Que le malade comprenne et intègre les informations et qu'il comprenne les conséquences des attitudes sur son existence. Que le sujet soit doué de mémoire (qu'il puisse se souvenir) et qu'il soit capable d'une décision, de s'y tenir et de maintenir volontairement sa décision (au sens de maintient d'une volonté en faisant usage de la raison). Consentir suppose donc en pratique une double compétence : Celle de pouvoir comprendre et celle de pouvoir se déterminer librement. Il ne peut donc y avoir consentement sans autonomie* »<sup>27</sup>

Enfin, nous apprenons que dans certaines situations les soignants considèrent que le patient se met en danger de manière injustifiée de par son refus, et que ce refus serait lié à son état de souffrance qui pourrait être amélioré par leur intervention. Il soulève également par une étude que dans le cas des refus de soins après une tentative de suicide la moitié des personnes interrogées dans les mois et années qui suivent trouvent légitime que le médecin soit allé outre le refus et sont heureux de se retrouver en vie.

On peut alors conclure qu'aucun acte médical ne peut se faire sans le consentement libre et éclairé du patient. Cependant si la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté et en cas d'urgence, la loi autorise le médecin à accomplir un acte indispensable à la survie du patient et adapté à l'état de celui-ci.

---

<sup>24</sup> INSERM : Institut Nationale de la Santé et de la Recherche Médicale PDF de l'INSERM par Grégoire MOUTEL « le refus de soin conscient ou inconscient ».

Tout ceci nous permet de comprendre pourquoi l'infirmière dans notre situation est passée outre le refus de la patiente et l'a perfusée.

#### **4.4) L'IDE face au refus de soins**

L'infirmière peut être amenée quelque soit le service à faire face au refus de soin que ce soit d'ordre religieux, psychologique, ou encore par manque d'informations au patient. Le refus de soin provoque souvent chez le soignant un sentiment d'agacement, d'échec mais aussi de compréhension. Il joue un rôle important dans le refus notamment par une attitude inadaptée. Face à un patient suicidant qui refuse un soin il est nécessaire de savoir se poser avec la personne, trouver un accord, lui expliquer l'importance du soin. Il faut également être à son écoute, savoir faire preuve d'empathie et comprendre sa souffrance morale. De plus dans le refus de soin la communication reste essentielle.

Pour cela face à un refus de soin il est nécessaire d'analyser la cause, reprendre les éléments de l'information, expliquer au patient les conséquences du refus, s'assurer de la compréhension du malade.



## *Cadre empirique*

### I) Choix de la méthode d'exploration

En vue d'obtenir des données empiriques, j'ai choisi comme outil d'enquête l'entretien semi directif. C'est l'outil qui me semble le plus approprié. En effet ce qui a motivé ce choix est le fait que les entretiens me permettent d'aller à la rencontre des professionnels de soins, d'apprécier au mieux leurs ressentis, par rapport à la communication verbale et non verbale ainsi que la réponse aux questions qui sera plus spontanée. Ce type d'outil me permet également d'obtenir des informations qualitatives, d'informer les soignants plus précisément sur mon objet d'étude et ainsi reformuler une question qui pourrait être mal formulée ou mal comprise. Mais aussi de rebondir sur certaines choses. Le fait d'être en relation directement avec l'interviewé pourrait m'apporter des informations importantes sur des faits évoqués par le soignant auxquelles je n'avais pas pensé, et donc pousser ma réflexion. On note aussi que l'entretien semi-directif permet de récolter de façon directe les informations.

Ces entretiens seront donc composés de trois à quatre questions ouvertes afin de guider l'entretien et permettre à l'interviewé de parler comme il le souhaite sans contrainte. La durée serait de 20 minutes environ car il ne faut pas que cela soit trop long afin de minimiser la prise de temps sur le travail des soignants. La population interrogée se fera sur la base du volontariat et restera anonyme. Enfin je souhaiterais réaliser quatre entretiens en hôpital public soit deux entretiens auprès de deux infirmières des urgences et deux auprès de deux infirmières en psychiatrie, car cela me permettra d'apprécier au mieux la différence entre les pratiques infirmières de ces 2 services.

Pour la réalisation de ces entretiens j'élaborerai un guide d'entretien, les questions du guide d'entretien aborderont l'ensemble des concepts cités ci-avant pour permettre l'analyse de mes résultats via une grille d'exploitation<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Voir annexe 4

## II) Analyse des résultats

Après avoir réalisé les cinq entretiens auprès de deux infirmières de psychiatrie et trois des urgences j'ai obtenu des réponses concernant chacune de mes questions. Les entretiens étaient composés de dix questions abordant les différents concepts évoqués dans mon cadre de référence et deux supplémentaires aux infirmières des urgences (l'une concernant leur expérience en psychiatrie et l'autre sur l'environnement des urgences). Les entretiens ont duré en moyenne 20 à 40 minutes.

Je vais d'abord faire la présentation des cinq infirmières puis évoquer leurs réponses à chacune des questions posées et les confronter par la suite à notre cadre de référence.

La première infirmière a 49 ans, elle est diplômée depuis mai 2005 et exerce en service de psychiatrie depuis 7 ans soit depuis l'obtention de son diplôme. La deuxième infirmière a 29 ans diplômée depuis 2006, elle a d'abord fait de l'intérim puis a intégré le service de psychiatrie il y a 5 ans. La troisième infirmière a 24 ans diplômée depuis décembre 2010 et travaille depuis bientôt 2 ans aux urgences. La quatrième infirmière a 25 ans diplômée depuis 2009, elle exerce en service d'urgences depuis 2010 soit 2 ans. Enfin la cinquième a 28 ans diplômée depuis 2006, exerce aux urgences depuis janvier 2007 soit 5 ans.

### **Pouvez-vous me parler de votre expérience concernant la prise en charge des patients suicidant?**

A cette question l'ensemble des infirmières m'ont parlé de la façon dont elles prenaient en charge de manière générale un patient suicidant. Je constate que deux infirmières sur cinq (les deux infirmières de psychiatrie), se présentent lors de l'arrivée du patient. Les quatre infirmières sur cinq réalisent un inventaire que ce soit de médicaments ou d'objets dangereux. Concernant l'entretien quatre infirmière sur cinq en parlent, les deux infirmière de psychiatrie disent qu'elles en pratiquent un, mais pas immédiatement l'une après le passage du médecin (psychiatre), l'autre dit prendre un moment où tout est calme après qu'il soit vu par le psychiatre « *Je vais prendre le temps et aborder par la suite les raisons de son gestes et m'assurer s'il a toujours un scénario ou si la crise s'est apaisée* ». Les deux infirmières des urgences nous indiquent que dans le cas des IMV, la personne est d'abord pris en charge par le Service d'Aide Médical Urgente (SAMU) ou médecin urgentiste, qu'elles réalisent seulement un examen somatique et que cet entretien aura lieu qu'en seconde intention par le

psychiatrie ou par l'équipe du centre d'accueil des urgences médico-psychologique (CAUMP) qui réalisera également les examens psychologiques et sociales du patient. Puis trois infirmières sur cinq (deux de psychiatrie et une des urgences évoquent l'importance de l'écoute du patient, deux d'entre elles précisent qu'elle permet d'établir une relation de confiance. L'une des deux infirmières restantes des urgences précise qu'elle essaye de faire au mieux pour être à l'écoute mais ce n'est pas chose facile. Ensuite concernant la surveillance les cinq infirmières disent être beaucoup plus vigilantes vis à vis de ce genre de patient et donc augmente considérablement leurs surveillances. Seules les deux infirmières de psychiatrie évoquent le fait d'être plus observatrices du comportement de la personne suicidante. Enfin une infirmière des urgences rajoute que « *Il n'y a pas d'expérience en soit tant les situations sont différentes. Les tentatives de suicides que nous avons sont en grande majorité par IMV, et consistent dans la plupart des cas à en un appel au secours. Mais, en ce qui concerne les urgences on ne peut pas parler de réelle expérience car la prise en charge de la TS ce fait en période de crise et chaque patient agit vraiment différemment lorsqu'il est confronté à son propre échec* ». Et une autre des urgences dit se baser que sur les cours théorique très dense qu'elle a reçu et s'est forgée avec le temps et par les plus anciennes dans le service. Grâce à ces réponses nous constatons que nous avons d'avantages d'informations sur la prise en charge du patient suicidant non évoqué dans le cadre de référence comme par exemple l'inventaire, l'écoute, l'observation du comportement. De plus, deux des infirmières des urgences évoquent ne pas avoir réellement d'expérience face aux suicidant tant les situations sont différentes. Puis à l'identique du cadre théorique l'entretien arrive toujours après une prise en charge médicale, aux urgences c'est l'examen somatique qui compte avant tout. On relève également que l'entretien n'est pas toujours réalisé aux urgences (deux des trois infirmières des urgences me parlent de l'entretien) bien que dans notre cadre théorique nous voyons bien l'importance de l'entretien et qu'il doit être réalisé au plus proche de la crise afin d'éviter une récurrence. Puis l'écoute, notion fondamentale comme relevée dans notre théorique de par l'impact qu'elle peut avoir sur le patient par la suite, d'apaisement, de compréhension pour le patient n'est pas soulevée par l'ensemble des soignants (trois sur cinq). On peut conclure que lors de l'arrivée d'un patient suicidant sa prise en charge est dans un premier temps médical, c'est la manière dont procèdent les deux établissements et que comme évoqué dans notre cadre théorique, la triade d'examen (psychologique, somatique et social) est bien réalisée. L'entretien quant à lui n'est pas réalisé à l'unanimité bien que comme

vu auparavant il permet au suicidant de se sentir mieux, de s'exprimer mais aussi d'éviter une récurrence.

### **A quelle fréquence accueillez-vous ce type de patient ?**

Plus de la moitié des infirmières (quatre sur cinq) disent accueillir très souvent des patients suicidants. Pour les deux infirmières de psychiatrie cela correspond à un patient sur deux. Du côté des urgences l'une nous dit accueillir une à deux fois par semaine, l'autre tous les jours et enfin la dernière, quatre à cinq patients par jour. J'ai décidé de faire apparaître cette question pour le fait qu'évoque une infirmière de psychiatrie elle dit être plus à l'aise à force de rencontrer tous les jours des patients suicidants, car elle sait de mieux en mieux comment s'y prendre. Alors qu'à contrario pour l'une des infirmières des urgences malgré une rencontre fréquente de ce type de patient elle ne sait pas toujours comment s'y prendre car tous les patients suicidants réagissent tous d'une manière différente.

### **Quels sont vos ressentis lors de l'arrivée d'un patient suicidant ?**

Les deux infirmières de psychiatrie ne changent en aucun cas leur comportement, leur attitude ne diffère pas d'un autre patient. Cependant pour les trois infirmières des urgences une avoue être stressée car elle est jeune diplômée, l'autre répond qu'elle ne présente pas d'a priori mais cela dépend de la charge de travail et surtout du comportement de la personne, dans le cas où le patient est agressif verbalement et physiquement elle est craintive, car elle s'est déjà fait agressée ,et de ce sentiment découle la peur de ne pas pouvoir être à la hauteur, mais aussi de mal être car elle se remet en question sur sa pratique professionnelle et se demande s'il elle n'a pas favorisé l'agressivité de ce patient. Enfin la troisième avoue avoir une certaine appréhension si elle décèle des signes d'opposition car elle a déjà fait face à beaucoup de situations difficiles qui ont été épuisant pour elle. Nous pouvons donc évoquer le fait que les infirmières des urgences éprouvent plus de difficultés lors de l'arrivée d'un patient suicidant que les infirmières de psychiatrie. Cela nous permet de soulever un premier élément de réponse à notre question de départ.

**Quels sont les moyens dont vous disposez concernant leur prise en charge et quels dispositifs vous semble t-il nécessaire de mettre en place ?**

L'ensemble des infirmières disent ne disposer de véritables moyens pour la prise en charge des patients suicidants (protocole) .Les trois infirmières des urgences nous informent qu'elles disposent d'une infirmière psychiatrique, l'une me dit qu'elle n'est pas toujours là et il lui semblerait judicieux d'en avoir une tous les jours, elle aimerait notamment qu'un psychiatre soit de garde. La deuxième nous dit qu'ils disposent depuis l'année dernière d'une infirmière psychiatrique détachée de l'hôpital et que *«Ce dispositif a révolutionné notre prise en charge des patients venants pour des tentatives de suicide»*, car l'infirmière psychiatrique les aide à gérer les situations de crise et délègue donc la prise en charge des suicidants à celle-ci. La troisième dit bénéficier d'une unité CAUMP composée de toute une équipe de psychiatrie. Concernant les dispositifs à mettre en place la totalité des infirmières des urgences ressentent le besoin de formations pour le personnel des urgences, une évoque la nécessité d'un psychiatre de garde et enfin une seule évoque la nécessité d'une salle au calme afin d'éviter l'agitation du patient suicidant de par le grand nombre de personnes aux urgences. Quant aux infirmières de psychiatrie, l'une d'elle évoque le fait de travailler principalement sur la vigilance et l'observation et que c'est un travail d'équipe, chaque personne va donner son avis sur le patient et ainsi mettre en place un 'contrat' personnalisé *« Je dirais plutôt qu'on vit le jour le jour, on dit ce qu'on ressent les uns les autres, on en parle avec le reste de l'équipe et prenons une décision »*.Elle ne voit donc pas la nécessité de bénéficier de dispositifs car chaque patient réagit de manière différente et il serait impossible d'établir un protocole pour chacun d'eux. La deuxième infirmière de psychiatrie parle d'un règlement concernant les patients suicidants dans lequel est inscrit le rôle de l'infirmière (inventaire des affaires, entretien, autorisation des sorties...). Elle aborde aussi qu'elle a eu une formation avec le psychiatre du service sur le suicide, les tentatives de suicides et qu'il y a un formulaire qui a été créé par celui-ci sur le risque suicidaire (Risque Urgence Danger (RUD)). Enfin elle me parle de la disposition d'une chambre de soin intensif (chambre d'isolement) pour les patients suicidants n'arrivant plus à se contenir .Nous constatons donc qu'aux urgences comme évoqué dans notre cadre de référence, le service bénéficie d'une infirmière

psychiatrique et même de toute une équipe psychiatrique pour l'une d'elle , pour la prise en charge des patients suicidants (bien qu'une infirmière nous indique que cela est un dispositif récent et qu'ils n'en possédaient pas auparavant). De plus, la loi concernant ce dispositif n'est pas tout à fait respectée car l'autre infirmière des urgences nous dit que l'infirmière psychiatrique n'est pas toujours présente et qu'il n'y a pas de psychiatre de garde alors que comme nous l'avons vu celui-ci se doit d'être présent 24h/24h. Mais encore dans notre cadre de référence on soulève le fait que le patient suicidant dès son arrivée doit être pris en charge par un psychiatre si celui-ci n'est pas présent comment le patient peut-il bénéficier d'une prise en charge optimale? Il apparaît également que l'infirmière aux urgences face au suicidant doit être capable d'agir selon des protocoles écrits (*traitement, contention physique, chimique*) en cas de crise psychiatrique, mais aucune des cinq nous abordent le fait de disposer de protocoles alors comment font-elles ? Enfin le souhait d'une infirmière des urgences concernant la création d'une salle spécialisée au calme pour le patient est tout à fait judicieux car comme nous l'avons vu le Dr Youssef soulève que la prise en charge de celui-ci consiste en un isolement. Tous ces éléments, nous permettent de relever des informations importantes en lien avec notre question de départ. Tel que le fait de l'augmentation de la charge de travail pour le personnel soignant des urgences en l'absence d'infirmière psychiatrique ou encore le sentiment des soignants de ne pas être assez formés à faire face au patient suicidant.

**Que savez-vous sur le refus de soin chez une personne venant de réaliser une tentative de suicide et que cela provoque chez vous ? Et à quelles méthodes faites-vous recours pour pallier à ce refus ?**

J'ai décidé de regrouper ces deux questions car les réponses de celles-ci se rejoignent. Les cinq infirmières me parlent dans un premier temps du cadre législatif en évoquant la loi du 4 mars 2002, ce qui me renvoie à mon cadre de référence, qui nous l'avons vu est la loi qui régit le refus de soin. Les deux des trois infirmières des urgences évoquent, la non assistance à personne en danger et qu'elles se retrouvent parfois en situation de désarroi ne sachant que faire. Cette notion de difficulté et de non assistance ont aussi été abordées dans mon cadre de référence. L'ensemble des infirmières parlent aussi du fait que lorsqu'il s'agit d'un traitement important et que le patient met sa vie en danger elles mettent tout en œuvre pour qu'il accepte. Ceci permet de soulever la seule exception à la dérogation au refus de soin

que nous avons vu précédemment. Leurs méthodes pour y pallier sont assez identiques pour les cinq infirmières. La première nous parle de l'avantage de la psychiatrie de pouvoir soigner avec la parole, elle discute négocie prend le temps, essaye de poser les choses et de donner des explications, mais joue aussi sur la relation qu'elle a établie avec le patient, dans le cas où le refus persiste elle fait appel au médecin pour une injection et ils peuvent être amenés à maintenir la personne. Pour la seconde infirmière de psychiatrie elle évoque la discussion avant tout et si le patient refuse elle le respecte et dit que la suite c'est une décision médicale, mais précise qu'elle dit au patient qu'avec le geste qu'il vient de réaliser elle ne peut pas le laisser maître de ses décisions. Pour les infirmières des urgences l'une me dit que quand il n'y a pas d'infirmière psychiatrique elle fait appel au médecin et celui-ci décide de thérapeutiques adaptées pour calmer le patient lorsque sa vie est en danger, les deux autres infirmières des urgences me disent que le dialogue fonctionne bien en générale, mais pour les patients agités ils utilisent une contention physique, et enfin pour les plus violents avec risque de fugue une contention physique. On constate donc que pour trois infirmières sur quatre, elles instaurent en premier lieu un dialogue avec la personne c'est ce qui apparaît également dans notre cadre de référence. Cependant concernant la capacité du patient à consentir soulever dans notre cadre de référence, aucune des soignantes n'en parlent. En réalité l'ensemble des infirmières a recours à la contention physique dans les cas extrême. On note que les infirmières de psychiatrie refusent d'employer ce terme et parle plutôt de « *maintien de la personne* ». Aucun élément dans mon cadre théorique ne soulève de la légalité ou non de contenir un patient qui refuse un soin même si cela peut mettre sa vie en danger. Cela peut expliquer la difficulté des soignants vis à vis de cette pratique, bien qu'elle été considérée auparavant comme une pratique « barbare ». Vient maintenant ce que provoque le refus chez les soignants. Les deux infirmiers de psychiatrie parlent d'un sentiment d'échec car c'est une prise en charge qui s'arrête et leur but c'est de soigner. La première infirmière des urgences éprouve une incompréhension, la deuxième le comprend tout à fait elle me dit que ce refus révèle une souffrance psychologique, elle soulève là un point abordé dans notre cadre de référence disant que le refus est inconscient et qu'il n'est qu'un point d'appel à un désespoir ou une souffrance psychique. Du côté de la troisième infirmière, cela lui fait penser à une fugue qui suivra d'une agressivité envers le personnel soignant. On peut conclure que les infirmières ont la connaissance de la loi concernant le refus de soin et que comme évoqué dans le cadre de référence les soignants se retrouvent parfois dans un dilemme. De plus d'un

côté on peut considérer que cette loi n'est pas totalement respectée puisque nous avons vu que les infirmières passent outre le refus même dans le cas où il n'y a pas d'urgence vitale mais lorsque le patient se met simplement en danger, ou que le traitement est important. Mais d'un autre côté on peut considérer que oui car dans le cas des patients psychiatriques s'ils refusent un traitement cela peut provoquer un état de crise et les amener à se donner la mort, donc met en jeu son pronostic vital. Enfin nous pouvons soulever un point non évoqué dans mon cadre de référence, que par les mauvaises expériences vécues par deux infirmières celles-ci appréhendent assez la non coopération d'un patient suicidant et ceci peut impacter sur leur travail comme évoquer par l'une d'elles. En rapport avec ma question de départ ceci nous apporte un élément de réponse quant à l'attitude de l'infirmière dans notre situation.

**Utilisez-vous souvent des méthodes de contention et dans quel cadre ? Que savez-vous concernant celle-ci ?**

A cette question quatre infirmières sur cinq ont paru embarrassées. Les deux infirmières de psychiatrie dit ne pas du tout utiliser de contention mais comme nous l'avons vu précédemment lors d'un refus de soin elles parlent de maintenir avec le corps ou les mains ce que l'on appelle donc de la contention manuelle, comme nous l'avons vu dans le cadre théorique il existe plusieurs types de contention et la contention manuelle en fait partie. De plus, elles disent que ça peut leur arriver de contenir un patient en cas d'agitation mais si celui-ci est vraiment agressif il est transféré aux urgences médico-psy. Elle peut aussi être utilisée à la demande d'un patient l'une des infirmières nous raconte qu'un patient lui a déjà demandé car il n'arrive plus à se contenir et pour sa sécurité il voulait être en chambre d'isolement, car il savait qu'il n'allait plus disposer d'aucun moyen pour se donner la mort. La première infirmière des urgences dit essayer de l'utiliser le moins souvent possible mais en fait usage lorsque le patient met sa vie et celle d'autrui en danger, quant aux deux autres elles disent malheureusement en faire usage assez fréquemment, dans les cas de violence « (auto-agressivité et hétéro-agressivité) et en cas de risque majeur de fugue (et donc d'autolyse) », ou si le patient est opposant et présente un danger pour lui-même et autrui. Ces éléments ne diffèrent pas de mon cadre de référence, mise à part le fait qu'aucune infirmière évoque son utilisation dans le cadre de la prévention du risque de chute des personnes âgées, alors que comme nous l'avons vu cela a fait l'objet d'un rapport de HAS et a permis la mise en place de dispositifs particuliers (traçabilité, consentement du patient...). Enfin personne ne dispose de



protocole, ce que j'ai aussi relevé lors de mes recherches, bien qu'un autre rapport de l'HAS avait établi une proposition de protocole<sup>26</sup>, mais celui n'est pas officiel et nous ne pouvons donc le prendre en compte. Bien que nous ayons vu dans notre cadre de référence la contention demande une surveillance particulière, et la connaissance des conséquences qu'elle peut engendrer, les infirmières ont pour seules connaissances les différents types et que celle-ci doit faire l'objet d'une prescription médicale. On peut conclure que la contention est une pratique assez méconnue des soignants de par l'absence de protocole et de lois. De ce fait elle peut être utilisée de manière abusive.

### **Quel rôle joue l'environnement des urgences dans le stress et l'agitation des patients ? Et dans le stress des soignants ?**

Les deux infirmières sur trois des urgences, disent que le service ne fait qu'accroître le stress et l'agitation des patients d'une part par l'inquiétude qu'il dégage (attente). De plus les patients suicidants sont très demandeurs et le personnel ne dispose que peu de temps. Enfin la troisième nous précise que cela représente un milieu neutre pour les patients suicidants coopérants mais qu'à l'inverse pour ceux qui sont non coopérants, il est peut être perçu comme un environnement amplifiant leur stress car « *beaucoup de monde, il faut aller vite, il ne peut pas faire ce qu'il veut par exemple aller fumer* ». Cette dernière précise également que « *Pour les soignants, les urgences doivent justement ne pas représenter un environnement négatif pour les patients, d'où l'importance de l'accueil du patient suicidant, de la formation du personnel et de l'existence de locaux appropriés* ».

Concernant le stress des soignants, elles évoquent que le stress est constamment présent car elles sont exposées chaque jour aux agressions des patients mais aussi des familles.

Il me semblait important d'aborder cette question afin de tenter de comprendre les conditions de travail aux urgences, les répercussions que cela peut avoir sur la prise en charge des patients, car nous le savons les urgences rencontrent un grand nombre de patients et de ce fait favorise une surcharge importante « *les salles d'attentes patients sont bondées donc nous même débordés* » mais aussi l'agitation, l'agressivité.

---

<sup>26</sup> Voir annexe 5

### III) Synthèse des résultats

Mes entretiens menés auprès des infirmières de psychiatrie et des urgences m'ont permis de soulever plusieurs points importants concernant la prise en charge des patients suicidants. Tout d'abord, que le personnel exerçant en psychiatrie s'est avéré être plus à l'aise face à ses patients, de part que cela relève de leur domaine et sont habitués à en accueillir, de plus ils disposent d'avantage de temps pour ceux-ci et ont des conditions de travail beaucoup plus adaptées qu'aux urgences. On obtient donc dans ce service une prise en charge optimale de ce dernier. On note également que la contention n'est quasiment jamais réalisée et que le refus de soin est souvent rencontré mais qu'elles arrivent à y pallier très rapidement grâce à leur capacité d'écoute, d'empathie et tout ce que cela demande. Enfin, les infirmières de psychiatrie disent disposer de tout les moyens nécessaire (formation, connaissance dans le domaine, travail en équipe, psychiatre) et ne ressent pas le besoin d'en disposer d'avantage. On note également que l'entretien est la base de leurs pratiques car elle s'avère bénéfique pour le patient mais aussi pour son avenir. Parlons maintenant des urgences, les points principaux abordés sont le fait qu'à contrario de la psychiatrie elles se basent dans un premier temps uniquement sur un examen somatique du patient et place l'entretien qu'en seconde intention par un psychiatre ou une infirmière psychiatrique lorsque ceci sont présents. Elles expliquent ce fait par le nombre de patients important venant aux urgences, par le manque de temps, des locaux inadaptés, et parfois une surcharge de travail, les salles d'attente sont souvent bondées (surtout la nuit). Concernant la contention, il en ressort qu'elles sont souvent amenées à s'en servir car l'environnement des urgences favorise le stress et l'agitation des patients et elles sont souvent victimes d'agressivité, de part leur vécue elles préfèrent anticiper cette pratique. De plus cela permet de les calmer mais aussi d'assurer leur sécurité et celle d'autrui lorsqu'ils se montrent opposants. Le refus de soin ne pose pas de problème en soit, l'ensemble des soignants ont la connaissance de la loi du 4 mars et dans quel cadre celle-ci doit être appliquée et quelles sont ses dérogations. Enfin, l'élément qui me semble le plus important à soulever est le manque de formation face au patient suicidant, ressenti par l'ensemble des infirmières des urgences. En effet le patient suicidant représente une sphère complexe et dense, il est donc important de connaître sa psychopathologie afin de mieux le comprendre et de l'aborder différemment.

## *Problématique*

Suite à ma situation d'appel, j'ai formulé une question de départ qui visait à comprendre ce qui amène l'infirmier en soin d'urgences à utiliser des méthodes de contention physique chez un patient suicidant lors d'un refus de soin.

J'ai d'abord effectué des recherches par le biais de lectures, de revues, d'articles et de cours (reçus en formation). J'ai par la suite interrogé des infirmières sur leurs expériences face aux suicidants, leurs ressentis, les moyens à leur dispositions, leurs méthodes face au refus de soin et enfin sur l'utilisation de la contention.

L'exploration théorique montre que les urgences est un service qui doit bénéficier d'une équipe psychiatrique pour prendre en charge les patients suicidants, mais il en ressort dans notre exploration empirique que ce n'est pas toujours le cas. Comme nous l'avons vu le patient suicidant demande une prise en charge complexe et sont très demandeurs mais aux urgences « *on n'a pas le temps de prendre le temps* ». De plus c'est un lieu très mouvementé, les salles sont souvent bondées (davantage la nuit) et chaque patient a besoin d'être rassuré. Tout cela provoque une surcharge de travail pour le personnel soignant. On note également que les urgences ne disposent pas de locaux adaptés au patient suicidant comme recommandé dans notre cadre conceptuel. Ensuite, concernant l'utilisation de la contention il n'existe ni de loi ni de protocole officiel, celle-ci est souvent utilisée dans les cas d'agitation, d'agressivité et risque de chute, c'est ce qui ressort également auprès des infirmières. Ces dernières disent utiliser la contention car les patients suicidants sont souvent très agités et agressifs, tout ça accentué par l'environnement des urgences. Puis leurs attitudes représentent un danger pour eux-mêmes mais aussi pour les autres patients. Le recours à la contention se justifie également par le fait d'agressions ultérieures subit par les infirmières, de ce fait elles deviennent de plus en plus craintives. Concernant le refus de soin celui-ci doit être respecté, le patient doit bénéficier d'une explication claire et loyale sur les risques encourus, il doit également être capable de consentir. Le patient suicidant, comme nous l'avons vu, lors de sa crise suicidaire se retrouve dans un état de grande vulnérabilité, il n'est pas en capacité à consentir, et son refus n'est en fait qu'un point d'appel à une souffrance psychologique. Le personnel soignant passe outre le refus du suicidant car celui-ci met sa vie en danger de par son attitude

opposante. De cela elles vont donc utiliser des méthodes de contentions physiques car lors de l'arrivée d'un patient suicidant aux urgences on se concentre essentiellement sur un examen somatique et mettent en œuvre des thérapeutiques pour le calmer. Enfin, la prise en charge du patient suicidant doit se faire par des professionnels formés à cette spécialité, or l'ensemble des infirmières des urgences disent ne posséder d'aucune formation et se sentent en grande difficulté face à ceux-ci.

Aux vues de tous ces éléments mon approche sur le problème s'est modifiée. En effet, les infirmières aux urgences utilisent des méthodes de contention et passe outre le refus dans l'intérêt et la sécurité du patient mais ne savent pas toujours comment s'y prendre face à eux. Il serait donc plus judicieux de s'attarder sur l'existence d'une formation pour le personnel soignant des urgences face aux patients suicidants et d'en ressortir son importance. On peut donc se poser l'hypothèse suivante :

**Une formation sur la prise en charge des patients suicidants serait d'un grand bénéfice pour les infirmières exerçant aux urgences.**

## *Conclusion*

J'évoque dans ce mémoire un sujet qui me tiens particulièrement à cœur et que j'ai pris plaisir à traiter. Tout au long de ma formation, je me suis toujours orientée vers le domaine des urgences. Je me suis rendu compte qu'au sein de celui-ci nous sommes amenés à faire face à des patients atteints de pathologies psychiatriques. La psychiatrie étant un domaine que je connaissais peu et vis à vis duquel j'éprouve un peu d'appréhension. Le fait d'avoir traité ce sujet m'a permis d'approfondir mes connaissances et de pallier à cette appréhension.

J'ai compris grâce à ce mémoire que le patient suicidant demande une prise en charge très complexe. De plus, une connaissance dans ce domaine permet de comprendre le refus d'un suicidant et ainsi d'éviter de provoquer chez lui un état d'agitation et d'employer des moyens de contentions. La contention étant perçue comme une punition pour le patient, elle reste notamment une pratique assez culpabilisante pour les soignants. Nous avons vu également qu'une mauvaise prise en charge de celui-ci dès son arrivée aux urgences entraîne des conséquences importantes quant à son avenir. Enfin le patient suicidant est avant tout une personne en souffrance psychologique.

En tant que future professionnelle, je serai moi aussi amenée à faire face à des personnes en souffrance psychologique. Bien des professionnels sont en difficultés face à eux. C'est pour cela que je me suis attardée sur ce sujet. Il me semble important de se sentir à l'aise face à un patient suicidant et il est judicieux de connaître sa psychopathologie et comment nous devons l'aborder afin de le prendre en charge de façon optimale.

Ce travail m'a beaucoup apporté tant sur le plan professionnel que personnel. Je sais à présent quelles compétences il est nécessaire de mettre en place face à un patient suicidant et comment l'aborder. Quant à mon appréhension elle n'est qu'histoire passée.

Au terme de ce mémoire j'ai pu voir l'importance d'avoir des connaissances dans le domaine de la psychiatrie car les patients demandent une prise en charge assez différente des autres domaines. Pour cela, si je devais poursuivre mon mémoire j'aborderai l'importance

d'une formation pour le personnel soignant des urgences. C'est d'ailleurs ce que demandent toutes les infirmières que j'ai interrogées.

## *Annexes*

- Annexe I : Lettre d'autorisation d'entretien
- Annexe II : Guide d'entretien
- Annexe III : Résultat des entretiens
- Annexe IV : Grille d'exploitation des résultats
- Annexe V : Protocole de la contention physique

## *Annexe V*

### **Protocole de contention d'un patient agité et violent**

#### Définition

La contention est un soin réalisé sur prescription médicale qui consiste à restreindre à maîtriser les mouvements d'un patient en l'immobilisant sur un brancard ou un lit muni d'attaches verrouillées.

#### Objectifs

- Assurer la sécurité du patient et de son environnement.
- Prévenir la rupture thérapeutique.

#### Contre-indications

##### *Somatiques :*

Affections organiques non stabilisées dont le diagnostic ou pronostic peut être grave.

##### *Non somatiques :*

- Utilisation à titre de punition
- Etat clinique ne nécessitant pas ces mesures.
- Uniquement pour réduire l'anxiété de l'équipe ou pour son confort.
- Uniquement liée au manque de personnel.

#### Matériels

- Un brancard équipé d'une ceinture ventrale et d'attaches pour chaque membre.
- Une chambre sécurisée avec un lit fixé au sol au centre de la pièce.
- Une feuille de prescription médicale.
- Une fiche de traçabilité nominative.

#### Modalités

- Prévoir au moins 5 membres de l'équipe médicale et paramédicale dont un coordinateur.
- Appel des agents de la sécurité.
- Le coordonnateur assure la continuité du lien relationnel.



### Réalisation pratique

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

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

— Application de la sédation médicamenteuse.

— Ouverture de la fiche de traçabilité et surveillance rapprochée (suivant la prescription médicale).

— En attendant l'efficacité de la sédation médicamenteuse, les pieds sont surélevés afin de diminuer l'amplitude des mouvements, et le lien relationnel est entretenu.

— Le brancard est coincé dans l'angle d'une pièce (si le patient n'est pas maintenu sur un lit fixé au sol).

— Vérification que les attaches sont vérifiées et verrouillées (par sur les articulations ni trop serrées, ni trop lâches).

— Réévaluation de l'état clinique.

— Levée partielle, puis complète de la contention au plus tôt.

*Clôture de la fiche de traçabilité*

# Bibliographie

## ARTICLES

- ☞ Regine Le Moenne, l'entretien infirmier auprès du suicidant aux urgences, *Soins psychiatrie*, septembre-octobre 2006, N°246.
- ☞ MONTASSIER (Emmanuel), les intoxications médicamenteuses volontaires graves: prise en charge préhospitalière et aux urgences, *Urgence pratique* -2011/05 N° 106 p15-17
- ☞ THIBAUT (Pascale), le recours à la contention, *Infirmière magazine* 2011/06/15 N°281 p38-40
- ☞ BENLAHOUES (Daniel), les urgences aux quotidiens, *l'aide soignant* 2009/04 N°106 p11-21
- ☞ ZAGHBIB (Karim), chambre d'isolement et contention physique, *soins psychiatrique* - 2007/03 N°249 p44-45

## OUVRAGES

Dr HENRY GRIVOIS, la psychiatrie des urgences, collection « Réponse » Paris Robert Masson 1978 p17-153

## SITES INTERNET

- ☞ PDF en ligne de HAS 'prise en charge hospitalière après une tentative de suicide 'novembre 1998 disponible sur : <http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicidecourt.pdf>
- ☞ Jacques LOYS « recherche sur la clinique et la prise en charge du suicide » les médecins maitres toile octobre 2004 consulté en mars disponible sur: <http://www.mmt-fr.org/article157.html>
- ☞ Groupe de l'INSERM par Grégoire MOUTEL « le refus de soin conscient ou inconscient » consulté en mars disponible sur:

[http://infodoc.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/0f4d0071608efcebc125709d00532b6f/e4ceab38bd79b48ac12572ac003a21a2/\\$FILE/Version%20pdf.pdf](http://infodoc.inserm.fr/inserm/ethique.nsf/0f4d0071608efcebc125709d00532b6f/e4ceab38bd79b48ac12572ac003a21a2/$FILE/Version%20pdf.pdf)

☞ Legifrance, l'article 2 du Décret n°2002-194 du 11 février 2002 [consulté en mars].  
Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000749449&dateTexte=>

☞ Légifrance Décret n° 93 345 du 15 mars 1993 -JO du 16 mars 1993 consulté en mars 2012  
disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006081404&dateTexte=20110505>

☞ Légifrance Décret 93-221 du 16 Février 1993 art 6 et 10 consulté en mars disponible sur :  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000179742&dateTexte=&fastPos=1&fastReqId=1848012600&oldAction=rechTexte>

☞ Légifrance décret 11 février 2002 article 13 et 3 consulté en mars 2012 disponible sur :  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000410355&dateTexte=>

☞ PDF sur l'Evaluation des pratiques professionnelles consulté en mars 2012 disponible sur  
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/contention.pdf>

☞ PDF « l'agitation en urgence » consulté en mars 2012 disponible sur :  
[http://kibba.free.fr/CoursHTML/Modules%20Transversaux/Legislation/HAS\\_ContentionUrgence/cc\\_agitation-court.pdf](http://kibba.free.fr/CoursHTML/Modules%20Transversaux/Legislation/HAS_ContentionUrgence/cc_agitation-court.pdf)

☞ Dr Youssef, urgence serveur, février 2010 urgence psychiatriques au SAU consulté en mars  
disponible sur: <http://www.urgences-serveur.fr/Urgences-psychiatriques-au-SAU,1632.html>

☞ Le journal officiel, loi et décret, Décret n°95-648 du 9 mai 1995 paragraphe 3 de l'article  
D712-65-17 consulté en mars 2012 disponible sur : <http://www.hosmat.eu/decrets/d95-648.htm>

\*Infirmier.com, organisation des urgences consulté en mars 2012 disponible sur :  
[http://www.soins-infirmiers.com/organisation\\_des\\_urgences.php](http://www.soins-infirmiers.com/organisation_des_urgences.php)

☞ DR MOUNIR GAZAH et Pr SLAH GANOUCCI, l'infirmière d'accueil et d'urgences  
consulté en mai 2012 disponible sur: <http://www.efurgences.net/publications/infirmiers.pdf>

☞ Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapés, Circulaire  
n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril relative à la prise en charge des urgences consulté en mai  
2012 disponible sur : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000130001FFF>

☞ Légifrance article 223-6 consulté en mai 2012 disponible sur:  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417779&dateTexte=2012052>

☞ Centre santé.Gouv, quel accueil pour quel type de patient consulté en mars 2012 disponible sur: [https://centre.sante.gouv.fr/drass/sante/suicide/pdf/015\\_018.pdf](https://centre.sante.gouv.fr/drass/sante/suicide/pdf/015_018.pdf)

Legifrance art L1111-4 du code de la santé publique consulté en mars 2012 disponible sur :  
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767&dateTexte=20111108>

☞ JOVER Frédéric, l'urgence psychiatrique consulté en mars 2012 disponible sur:  
<http://www.andromedae.fr/uploads/dusiu/cours/psychiatrie.pdf>

## **DOCUMENTS NON PUBLIES**

☞ Cours du Semestre 5 par Pr PERETTI sur les urgences psychiatriques

☞ Cours du semestre 4 réalisé par Mme BOURRE formatrice sur le service d'accueil d'urgence

☞ Cours du Semestre 1 de M.CHARLES-SPIEGFRIED PERETTI sur le suicide

☞ Cours du semestre 1 sur « les droit des patients vulnérables » écrit par M.CONSTANTINIDES