

## Chambre d'isolement et moyens de contention dans les services d'urgences

Michaël SCHOULEUR (1), Stéphane HALKIN (2)

---

### ABSTRACT

#### Seclusion and restraint in psychiatric emergencies

*After having briefly gone over the evolution of seclusion and restraint practice in the course of psychiatry history, the authors describe acute situations possibly leading to seclusion, and look at their different aetiologies. Amongst these, states of agitation linked, at first sight, to social or judicial problems, are most likely to lead to misuse of seclusion or restraint, when stripped of their sanitary aim. The notion of neutrality is here dramatically put to the test. Then, the legal, ethical, and practical aspects of seclusion and restraint are approached. A decision-helping tool, built on the dangerousness evaluation, is suggested. The patient interest must have a central position in the process of seclusion or restraint, that necessarily has to combine into a global therapeutical project. Eventually, the pharmacological treatment of acute agitations is looked over.*

Key words : *Psychiatric emergencies; Seclusion; Restraint; Enforced confinement.*

---

#### Historique de la prise en charge des malades mentaux

Rompant avec les superstitions religieuses, Hippocrate, 400 ans avant Jésus-Christ, affirme que toutes les maladies ont des causes naturelles. A la chute de l'empire romain, le monde arabe conserve le savoir hippocratique. Mais, pour les premiers chrétiens, la maladie redevient une punition divine. C'est le cas pendant le Moyen-âge mais l'esprit de charité qui règne durant

---

(1) Assistant en psychiatrie; (2) Psychiatre.

cette période explique que les *fous* sont relativement bien traités et gardés à domicile. Leur situation va se modifier à partir de l'an 1000. La détresse, la misère et l'ignorance du peuple favorisent le refuge dans la superstition et la magie. On peut observer la création de *fêtes des fous*, sortes d'exutoire aux tensions agressives qui s'y expriment librement. Afin de conserver l'ordre moral, politique et religieux, l'Inquisition est autorisée. C'est le début de la chasse aux sorcières avec les effroyables persécutions et exactions appliquées pour obtenir les aveux des envoûtés. L'Inquisition touche prioritairement les faibles, les malades mentaux, les marginaux et les femmes seules. Son but inavouable est de protéger l'ordre religieux et politique dans une période où le chaos menace de faire chavirer les croyances et les dogmes en place.

La Renaissance marque la reconnaissance de la folie en tant que maladie par des médecins, des philosophes et des écrivains. Jean Weyer, un médecin du XVI<sup>ème</sup> siècle, dénonce ainsi les conduites obscurantistes. Il propose notamment que lors des procès de sorcellerie, l'avis d'un médecin soit requis préfigurant ainsi la pratique de l'expertise psychiatrique (Massé *et al.*, 1977).

Au siècle des Lumières (XVIII<sup>ème</sup> siècle), un peu partout en Europe, les déviants, les fous sont soumis à l'arbitraire royal. Les familles, sur dénonciation, peuvent faire enfermer leurs malades mentaux dans des cachots avec les criminels de toutes sortes. Isolement et contention sont donc utilisés, non plus pour maintenir le fou dans la famille ou dans la communauté, mais pour l'en exclure et le faire enfermer. Pinel (1745-1824) va introduire, dans la période révolutionnaire française, le traitement moral, mélange de bonté et de fermeté pour les malades mentaux. Il libère ainsi les aliénés de leurs chaînes. La restriction majeure à la liberté des malades doit rester leur sécurité et celle d'autrui. Esquirol (1772-1840) est le digne héritier des concepts prônés par Pinel. Il crée l'asile afin d'offrir des conditions de vie décentes dans un cadre approprié aux malades mentaux (Massé *et al.*, 1977; Haln et Dumaitre, 1962; Morel *et al.*, 2000).

La loi du 30 juin 1838 sert de modèle pour la plupart des états d'Europe (Pichot, 1983). L'isolement est considéré comme un instrument thérapeutique, ce qui explique la prolifération des asiles à cette époque. Cette loi se veut par ailleurs la garante de la liberté du malade mental. Mais, une dérive de la vocation protectrice et thérapeutique de l'asile s'observe rapidement. Alors que John Conolly, en 1838, avait supprimé totalement les moyens de contention, on ne peut que constater progressivement la faillite du traitement moral. La surpopulation et l'inadaptation des locaux accentuent ce constat d'échec. Il se traduit par la transformation de l'asile en lieu

d'accueil pour personnes rejetées ou désinsérées. Les mesures de coercition imposant des journées de travail ne sont pas rares. L'usage de cellules et de camisoles est courant. Le système consiste plus à protéger la société en excluant les malades mentaux qu'à les soigner (Tourneur, 1999).

Fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, des colonies familiales, ancêtres du placement familial, se développent. Elles favorisent, sous la supervision de médecins et d'infirmiers venant au domicile des familles d'accueil, la réintégration du malade mental dans la société. Cela permet notamment de réduire les mesures d'isolement et le recours abusif aux contentions physiques. Il faut attendre la fin de la seconde guerre mondiale, mettant en exergue les conditions épouvantables réservées aux malades mentaux pendant l'occupation, pour que s'amorce un renouveau dans la conception de l'institution psychiatrique. La psychothérapie institutionnelle s'efforce ainsi de conjuguer en un même milieu la vie quotidienne et le soin (Vidon et Goudal, 1995). Dans les années 60, les structures hospitalières sont érigées dans les campagnes. L'ère des neuroleptiques est déjà en cours avec la découverte de l'action de la chlorpromazine en 1952. Les effets curatifs ou apaisants de ces traitements permettent d'améliorer la qualité de vie des patients et de restreindre les mesures d'isolement et de contention.

Au cours des années 70, on assiste au développement des structures de soin extrahospitalières intégrées dans la collectivité sociale (Tourneur, 1999). Le but est de rompre l'enlèvement et la chronicisation des patients en milieu hospitalier en prônant une politique d'intégration psychosociale. Les réseaux psychiatriques doivent offrir les outils nécessaires à la réalisation de ces objectifs (Schouleur et Meyers, 2001). Dans ces réseaux, les services d'urgence occupent une place primordiale. Ils représentent un lieu de prise en charge immédiate, de soins et d'orientation pour le malade mental. L'isolement et la contention dans ce type de service doivent, s'ils sont requis, être prioritairement intégrés dans un projet thérapeutique qui débouche sur un retour rapide dans la société. Ces méthodes ne peuvent être le symbole de l'exclusion, mais bien de la réinsertion.

#### Etiologie des cas aigus d'agitation et gestion des situations de crise

Les services d'urgence sont souvent sollicités pour prendre en charge des patients présentant un état d'agitation extrême voire un accès clastique incoercible. Nous pouvons distinguer trois grandes classes de troubles du comportement avec agitation : Les pathologies psychiatriques, les états confusionnels et des situations de crise à la frontière du médical et du judiciaire. Quel que soit le cas d'agitation, l'équipe soignante est

confrontée, il est bon de rappeler qu'il convient de ne pas adopter de position héroïque, de récolter le plus de renseignements possibles sur le sujet via la famille ou les intervenants présents et de ne pas médiquer trop rapidement, ce qui équivaudrait à traiter en aveugle le patient (De Clerq *et al.*, 1996; Senon *et al.*, 1995). En effet, l'entretien avec le patient seul ne permet pas toujours de se faire une idée claire du contexte entourant le trouble du comportement. Bien que des différences notables puissent être relevées, en fonction des régions, on peut admettre que les cas d'agitation grave ne constituent qu'un pourcentage faible du nombre d'admission dans les services d'urgence (Van Gool, 1998).

#### 1°/Les pathologies psychiatriques

Les syndromes dépressifs constituent une demande fréquente de soins dans les services d'urgence. Bien que l'agitation n'en soit pas un symptôme typique, il ne faut jamais sous-estimer la gravité des épisodes mélancoliques. Ceux-ci ne s'accompagnent pas toujours de caractéristiques psychotiques franches et peuvent même prendre des formes masquées telles que la mélancolie souriante. Le risque suicidaire est toujours élevé et se traduit notamment par la gravité des moyens utilisés pour y arriver (Olié *et al.*, 1995). Placer le patient dans une chambre d'isolement dépourvue de tout matériel utilisable pour mettre fin à ses jours et y associer une surveillance très régulière peut empêcher un drame. La mélancolie est une urgence psychiatrique qui impose l'hospitalisation immédiate en milieu spécialisé. Le risque vital est important et justifie le fait que cette exception au tableau clinique de l'agitation aiguë bénéficie d'une attention maximale. A l'inverse du tableau clinique typique du mélancolique se situe la phase maniaque. L'agitation ne manque jamais (De Clerq *et al.*, 1996; Lempérière et Féline, 1977). Si l'humeur apparaît généralement exaltée, sa versatilité et la survenue d'accès d'irritabilité entraînent parfois des réactions agressives. Les palabres restent sans effet et le recours à une contention chimique et/ou physique avec isolement temporaire peut être indispensable avant un transfert dans un centre psychiatrique.

Les états délirants, qu'ils découlent d'une pathologie psychotique connue, d'une bouffée délirante, d'une intoxication ou d'un sevrage à des toxiques, peuvent représenter une menace pour la vie de l'individu ainsi que pour autrui. Les symptômes délirants et hallucinatoires, parfois très effrayants pour le patient, côtoient une angoisse de dépersonnalisation très envahissante susceptible d'engendrer un passage à l'acte auto voire hétéro-agressif (De Clerq *et al.*, 1996). La nécessité d'apaiser la symptomatologie et de protéger le sujet sous l'emprise du vécu psychotique peut être une indication de placement temporaire en chambre d'isolement. Se

contenter d'une sédation avec hébergement provisoire en salle fait courir le risque du retour d'une symptomatologie floride incontrôlable et donc potentiellement dangereuse. Afin de bien différencier une pathologie psychotique primaire d'un tableau clinique induit par l'usage de toxiques, il faut systématiquement réaliser une analyse d'urine.

L'intoxication éthylique constitue, en cas d'agitation, une indication particulière de prise en charge par les services d'urgence. L'examen est mal aisé, l'anamnèse peu contributive, le contact parfois laborieux, ce qui risque de masquer des éléments essentiels. Il convient donc de ne pas négliger une intoxication médicamenteuse associée ou encore une pathologie organique sous-jacente rendue silencieuse par l'état d'imprégnation. Une surveillance en hébergement provisoire est en général tout à fait appropriée une fois un minimum de sérénité retrouvé. L'ivresse pathologique est une exception. Elle se caractérise par des troubles d'intensité sévère qui ne sont pas proportionnels à la quantité d'alcool absorbé. Elle peut se manifester par une agitation importante, le plus souvent marquée par une dangerosité avec raptus impulsif, passage à l'acte agressif, violence verbale et comportementale (Senon *et al.*, 1995; Duguay *et al.*). Une contention est souvent nécessaire avec suivi en chambre d'isolement les premières heures.

Enfin, mentionnons les agitations névrotiques et les troubles du comportement liés à une situation de crise sociofamiliale qui ne requièrent que rarement des moyens de contention.

## 2°/Les états confusionnels

Un tableau clinique d'agitation aiguë pose toujours la question d'un éventuel syndrome confusionnel. La distinction entre celui-ci et une affection psychiatrique est primordiale, la confusion mentale étant une urgence médicale avec un risque léthal non négligeable. Etablir le diagnostic différentiel entre un état confusionnel et un trouble psychiatrique n'est pas toujours aisé. Le signe essentiel des états confusionnels est l'obnubilation de la conscience qui se caractérise par une diminution de la vigilance et des difficultés voire une impossibilité pour le patient de se concentrer sur un sujet particulier (Senon *et al.*, 1995; Grivois, 1986). Les troubles psychiatriques les plus susceptibles de donner un tableau d'allure confusionnelle sont les états psychotiques et certains épisodes dépressifs (Tableau I, Harrison, 1992).

Ces états dépressifs sont du registre mélancolique ou touchent le sujet âgé donnant un syndrome pseudodéméntiel ou pseudoconfusionnel parfois avec réactions d'hostilité (Olié *et al.*, 1995). Près de 30 % des urgences psychiatriques de la personne âgée sont en réalité de véritables états

TABLEAU I

### Diagnostic différentiel du syndrome confusionnel aigu

#### Affections neurologiques (signes neurologiques focaux fréquents)

##### Traumatismes

- Traumatisme crânien
- Hématome intracrânien
- Hématome sous-dural

##### Affections vasculaires

- Infarctus multiples
- Infarctus touchant l'hémisphère droit ou le territoire postérieur
- Encéphalopathie hypertensive
- Vasculites (p. ex. lupus érythémateux aigu disséminé, périartérite noueuse, artérite à cellules géantes)
- Embolie gazeuse ou graisseuse
- Hémorragie méningée

##### Causes tumorales

- Métastases parenchymateuses multiples
- Carcinomatose méningée
- Tumeurs de la ligne médiane
- Tumeurs cérébrales entraînant une compression du tronc cérébral, un œdème ou une hydrocéphalie
- Syndromes paranéoplasiques (encéphalite limbique)

##### Causes infectieuses

- Méningites et encéphalites (virales, bactériennes, fongiques ou à protozoaires)
- Absces multiples
- Leucoencéphalopathie multifocale progressive

##### Causes inflammatoires

- Encéphalomyélite aiguë disséminée
- Encéphalite post-infectieuse

##### Epilepsies

- Etat post-critique
- Etat de mal mineur (lobe temporal)

#### Affections systémiques (signes neurologiques focaux rares)

##### Déplétion d'un substrat

- Hypoglycémie
- Hypoxie diffuse, pulmonaire
- cardiaque
- intoxication à l'oxyde de carbone

##### Encéphalopathie métabolique

- Acidocétose diabétique
- Insuffisance rénale
- Insuffisance hépatique
- Troubles de l'équilibre hydroélectrolytique et acidobasique (surtout Na<sup>+</sup>, Ca<sup>++</sup>, Mg<sup>++</sup>)
- Maladie métabolique héréditaire (p. ex. porphyrie, leucodystrophie, métachromatique, pathologie mitochondriale)

##### Carence vitaminique

- en thiamine (encéphalopathie de Gayet-Wernicke)
- en acide nicotinique (pellagre)
- en vitamine B 12

##### Hyper ou hypo fonctionnement endocrinien

- Thyroïde
- Parathyroïde
- Surrénale

##### Infection

- Septicémie
- Paludisme
- Endocardite bactérienne subaiguë

Infection focale (p. ex. pneumonie)  
**Troubles thermiques**  
 Hypothermie  
 Coup de chaleur  
**Maladies hématoalogiques**  
 Syndrome d'hyperviscosité  
 Anémie sévère  
**Causes toxiques**  
 Intoxication médicamenteuse et alcoolique (iatrogène, sociale, ou illégale)  
 Sevrage (p. ex. alcool, barbituriques, narcotiques)  
 Toxiques chimiques (p. ex. métaux lourds, toxines organiques)  
**Affections psychiatriques**  
 État maniaque  
 Dépression ou anxiété sévère  
 Schizophrénie  
 Fugues hystériques

confusionnels aigus (De Clerq *et al.*, 1996). Cela peut s'expliquer par les analogies existant entre les tableaux cliniques psychiatriques et confusionnels, similitudes encore accentuées par l'anosognosie des sujets.

La variabilité de la symptomatologie d'un instant à l'autre est un des signes pathognomoniques de l'état confusionnel. Un épisode délirant chez un patient psychotique se révèle par contre relativement stable. La désorientation temporo-spatiale associée à des troubles mnésiques avec amnésie postcritique systématique est un élément essentiel du diagnostic différentiel. Les repères temporo-spatiaux sont conservés dans les pathologies psychiatriques. Cependant, certains épisodes dépressifs sévères du sujet âgé ou du patient mélancolique donnent l'impression d'une désorientation temporo-spatiale. Il s'agit avant tout de troubles mnésiques en rapport avec un manque d'intérêt ou des ruminations morbides envahissant et sidérant le psychisme de l'intéressé. Aussi, il faut toujours garder à l'esprit qu'un patient en état psychotique se souvient toujours de son vécu psychotique à l'inverse du patient confus. Cela souligne la nécessité pour le personnel soignant de conserver une certaine discrétion dans les échanges d'informations et de maîtriser d'éventuelles réactions légitimes d'irritabilité nées de l'état d'agitation du patient.

Enfin, rappelons la présence fréquente de symptômes neurologiques et somatiques dans l'état confusionnel, ce qui peut éclaircir le diagnostic différentiel. L'agitation qui accompagne un état confusionnel peut nécessiter une contention chimique voire physique avec placement en chambre d'isolement. Celui-ci doit être exceptionnel et le plus court possible. La surveillance attentive et constante est la règle (Grivois, 1986). Le transfert vers un service approprié doit se faire dans les plus brefs délais.

Rarement, des troubles névrotiques tels que la fugue hystérique ou l'attaque de panique s'accompagnant de sentiments de déréalisation ou de dépersonnalisation avec impression de devenir fou peuvent induire en erreur. A la différence des états psychotiques, il n'y a pas d'anosognosie dans les troubles névrotiques.

### 3°/A la frontière du psychiatrique et du juridique

Les services d'urgence sont parfois confrontés à des demandes de prise en charge de sujets agités qui se révèlent en fine être des problématiques sociales ou judiciaires. Cela est surtout vrai pour les grands hôpitaux des zones urbaines. La limite entre ces problématiques et un trouble psychiatrique est parfois très ténue. Elle dépend de la subjectivité de chacun et ne peut être établie formellement. Sont ici regroupés les désinsertions socioprofessionnelles graves, les injonctions judiciaires de soins psychiatriques et les conflits sur la voie publique ou au domicile souvent sous l'emprise de la boisson.

Le rôle du médecin urgentiste ou du psychiatre est-il de servir de médiateur entre les protagonistes, de caution pour la bonne conduite des sujets aux comportements psychopathiques ou encore de garantir la réinsertion des personnes démunies ? L'élément clé nous semble être la question de la motivation de l'intéressé, indépendamment des décompensations psychotiques où l'anosognosie du patient rend cette condition futile. De même, il est évident que les cas d'intoxication constituent des urgences nécessitant un traitement ou à tout le moins une surveillance en milieu hospitalier. Le psychiatre est alors amené à intervenir en seconde intention une fois le patient désintoxiqué. Il peut ainsi évaluer la nature du trouble psychopathologique et la demande éventuelle du patient. Cela limite le risque d'une psychiatrisation abusive (Tourneur, 1999).

Le désir de changement apparaît parfois dans le chef non pas de la personne, mais des autorités judiciaires ou sous la pression des familles. Il n'est pas rare qu'un patient soit admis aux urgences; parfois en état d'intoxication éthylique ou autre, par obligation *légale* ou morale. Il peut en résulter une grande passivité face à une prise en charge psychiatrique. Toute mesure d'isolement est susceptible de favoriser l'étiquetage d'un patient psychiatrique au sein d'une famille *saine*. Enfin, une dernière dérive serait la recherche d'un alibi dans le cadre d'un suivi tronqué pour justifier les dérapages comportementaux éventuels. Dans ces différents cas de figures, le psychiatre devient alors le responsable désigné par la famille ou le patient pour n'avoir pas correctement surveillé, soigné ou encore sermonné le sujet. Repréciser son rôle dans ces situations de crise est donc primordial.

La neutralité supposée du psychiatre exclut un rôle de juge, de gardien ou d'allié univoque de la famille. Cela place en outre le patient dans un rôle actif face à une démarche parfois imposée.

La description de la personne forcenée, dangereuse, nécessitant l'usage de la force et du cabanon est souvent démentie dans les faits. Un contact apaisant et exempt de tout parti pris avec le médecin des urgences assure généralement la résolution de la situation de crise. Une telle crise est généralement un phénomène ponctuel, réactionnel à des tensions familiales, professionnelles ou affectives qui, bien souvent, ne requièrent pas la présence de spécialistes. Il en va tout autrement des décompensations psychiatriques aiguës. Une intervention médicale est alors primordiale afin de désamorcer un processus évolutif susceptible de déstabiliser l'équilibre psychique du sujet. Par ailleurs, il doit être clair pour le sujet qu'un suivi psychiatrique ne signifie pas décerner un certificat de bonne conduite au sein de la famille ou de la société. Le sujet responsable de ses actes doit être considéré tel quel et être confronté aux conséquences de tout acte pénalement répréhensible. Enfin, n'oublions pas que, même sous la contrainte, la rencontre avec le psychiatre peut parfois déboucher sur une alliance thérapeutique. Le sujet est amené à verbaliser ses motivations propres et à se situer au centre de la demande. Un suivi psychothérapeutique peut en résulter.

#### Contention et isolement : Aspects pratiques, éthiques et législatifs

L'arrêt *Winterwerp* du 24/10/1979 rendu par la Cour européenne des Droits de l'Homme a mis en évidence les contradictions fondamentales entre les lois belges de 1850 et 1873 sur le régime des aliénés ou colloqués et les principes de la Convention européenne des Droits de l'Homme (Boxho, 1996). Pour rappel, cet arrêt est né d'une plainte d'un patient néerlandais du nom de Winterwerp devant la Cour européenne des Droits de l'Homme pour collocation arbitraire en hôpital psychiatrique par le bourgmestre de sa commune à la demande de sa femme. Cette collocation avait été reconduite annuellement sans que le patient ait jamais été entendu en justice (Cour Européenne des Droits de l'Homme, 1980). L'arrêt rendu en 1979 fut à l'origine d'une modification de la loi belge, donnant naissance à la loi du 26.06.1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux (Moniteur Belge, 1990). Cette loi part du principe que la liberté doit être la règle et l'enfermement l'exception. La privation temporaire de liberté ne peut être décidée que si les conditions suivantes sont remplies :

- Présence d'une maladie mentale grave, fut-elle passagère, concept volontairement non défini car à caractère évolutif,

- Péril grave pour la santé et la sécurité du malade;
- Menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui;
- Absence d'autre traitement approprié et de consentement de l'intéressé.

La mesure de restriction de liberté, dans le cadre d'une procédure d'urgence (Tableau II, Boxho, 1996) ne peut être utilisée qu'après l'accord du procureur du roi ou du substitut de garde.

#### TABEAU II

##### La procédure à suivre dans le cadre d'une mesure de protection

##### 1) Procédure non urgente

Art. 5,§1 : toute personne intéressée (*n'importe qui*) peut adresser une requête écrite au **juge de paix** (...) qui mentionne à peine de nullité : les jour, mois, an, les nom, prénom, profession et domicile du requérant ainsi que le degré de parenté, l'objet de la demande, etc.

Art. 5,§2 : un rapport médical circonstancié, décrivant, à la suite d'un examen datant de quinze jours au plus :

- l'état de santé de la personne dont la mise en observation psychiatrique est demandée,
  - ainsi que les symptômes de la maladie,
  - et l'exigence d'un danger pour lui-même ou pour autrui.
- Le médecin ne peut être ni parent ni allié du malade ou du requérant ni attaché à un titre quelconque au service psychiatrique où le malade se trouve.
- Art. 6 et 7 : Le juge de paix dispose de 24 heures pour :
- demander la désignation d'un avocat d'office,
  - en cas d'incompétence territoriale, renvoyer la requête au juge de paix compétent,
  - déclarer la demande nulle ou irrecevable par un jugement,
  - fixer les jour, heure et visite de la personne dont la mise en observation est sollicitée et ceux de l'audience. Adresser un pli judiciaire à l'intéressé.

##### 2) Procédure urgente

Art. 9 : En cas d'urgence, le procureur du Roi...

- se saisit d'office, à la suite de l'avis d'un médecin désigné par lui,
  - à la demande écrite d'une personne intéressée, accompagnée d'un rapport médical circonstancié.
- Le procureur du Roi :
- notifie sa décision au directeur de l'établissement
  - dans les 24 heures :
    - avise le juge de paix du lieu de résidence,
    - donne connaissance de sa décision au malade.

##### 3) Quelques précisions

1. *Durée*  
40 jours renouvelables jusqu'à 2 ans.

2. *Fin*  
A l'expiration du délai, par jugement du juge de paix, par décision du procureur du Roi avant jugement, par décision du médecin chef de service.

Celui-ci, à la suite d'une demande écrite, accompagnée d'un rapport médical circonstancié d'un médecin, peut notifier sa décision (Boxho, 1996; Bobon, 1991). Dans la pratique des urgences psychiatriques voire médicales telles que les états confusionnels, on peut s'interroger sur le bien fondé d'une telle mesure. L'expérience montre que, dans de nombreux cas, la per-

suasion et la fermeté permettent d'instaurer un traitement en accord avec le sujet. De même, placer un patient confus sous contention est illégal sans mesure de protection, mais est-il envisageable d'obtenir systématiquement le consentement du procureur dans ce type de situation ? Cela serait incontestablement une charge insupportable et un lourd fardeau à porter ensuite pour le patient. On ne peut cependant exclure le risque de poursuite judiciaire envers le médecin. Celui-ci est très limité, mais bien réel. Un contact téléphonique avec le substitut du procureur de garde s'avère une précaution utile.

Le concept de dangerosité prend ici toute son importance afin de déterminer s'il faut recourir pour un patient agité non compliant à un traitement médicamenteux, à une contention physique et/ou un isolement temporaire. La dangerosité se définit comme l'état qui compromet la sûreté, l'existence d'une personne ou d'une chose, ce qui soutend l'appréciation du risque du passage à l'acte agressif (Papart, 1999). Les troubles psychotiques, en particulier la schizophrénie, constituent le groupe où le facteur dangerosité est le plus important. Le vécu délirant et/ou hallucinatoire associé à l'anosognosie du sujet est susceptible d'entraîner des réactions impulsives inattendues. Cela peut expliquer ce constat de dangerosité importante (Bornstein, 1987). Celle des états maniaques et mélancoliques ne doit pas être sous-estimée. Le patient maniaque se caractérise en effet par une labilité thymique majeure rendant ses réactions difficilement prévisibles. Le mélancolique, sous une apparente inertie, dissimule parfois des projets d'autolyse qu'il est déterminé à réaliser (Dierick *et al.*, 1999). Les états confusionnels sont une catégorie à part qu'il est indispensable de diagnostiquer au plus vite. Le degré de dangerosité, qui peut être conditionné par la profondeur de la confusion, ne doit pas faire oublier qu'il s'agit d'une urgence médicale à identifier comme telle et à orienter au plus vite vers le service adéquat. Attendre que le patient confus agité se calme dans une chambre d'isolement compromet son pronostic vital. Qui plus est, le vrai traitement de l'état confusionnel reste celui de son étiologie. Les autres agitations passées en revue au chapitre précédent présentent pour la plupart une dangerosité moindre. Les intoxications à l'alcool et aux toxiques sont susceptibles d'entraîner des réactions impulsives. Quantifier le risque de débordement apparaît ardu vu l'intrication de multiples facteurs (troubles psychiatriques sous-jacents, sensibilité aux toxiques, réactions paradoxales, état d'imprégnation, etc.).

Dans leur grande majorité, les urgences psychiatriques ne nécessitent pas l'administration forcée de soins. L'approche relationnelle est essentielle et solutionne souvent les états de crise (Senon *et al.*, 1995). Elle a pour objet

de prévenir et de contrôler toute violence potentielle ainsi que de garder un contact verbal avec le patient et d'évaluer ainsi la nature du tableau clinique. L'hétéroanamnèse est très importante. C'est parfois la seule source de renseignements précieux qu'il est impossible de recueillir auprès du patient. Bien qu'il apparaisse primordial de nouer un dialogue, il ne faut pas pour autant négliger toute mesure de prudence. Si la situation ne peut être canalisée, que la personne souffre de maladie mentale et présente un danger potentiel manifeste pour elle-même et/ou autrui, une mesure de protection peut être requise. Si le respect du libre arbitre pour chaque individu doit restreindre au maximum ce type d'intervention, il ne faut pas pour autant confondre préservation des libertés individuelles et défaut d'assistance à personne en danger. Une telle mesure est certes lourde de sens et de conséquences pour le malade. Elle le désigne irresponsable de ses actes et avalise l'usage de moyens de contentions physiques et chimiques. Ceux-ci ne sont cependant pas synonymes d'un manque d'humanité et de respect.

La contention physique suivie ou nom d'un placement en chambre d'isolement est un acte médical constituant une prescription à part entière (Senon *et al.*, 1995). Elle doit être décidée en l'absence d'autres options et être de courte durée (Annas, 1999). A ce jour, il faut noter que l'ordre des médecins n'a pas pris de position sur l'utilisation des chambres d'isolement. Le médecin doit tenter d'expliquer brièvement au patient les raisons d'une telle mesure. Une contention de quelques heures avec une sédation minimum est bien souvent préférable à une chimiothérapie massive dont les effets peuvent perdurer très longtemps. Une fois la décision prise, il importe de ne pas tergiverser. Quatre à cinq membres du personnel seront nécessaires. Cette intervention se révèle pour le patient plus rapide, plus efficace et moins traumatisante (Senon *et al.*, 1995). La technique doit être bien maîtrisée par le personnel. Maintenir un contact verbal pendant l'opération est préférable afin de favoriser l'apaisement du malade et dédramatiser la démarche en cours. Rester attentif à son contre-transfert évite l'escalade des mesures coercitives et favorise les réactions adéquates (Tardiff, 1988). Informer la famille permet à chacun de retrouver un peu de sérénité. Le placement en chambre d'isolement est alors souhaitable. Il permet, outre la protection de l'individu, de respecter son intimité. Tout objet potentiellement dangereux est retiré préalablement. Un suivi infirmier est systématiquement assuré. Il consiste en :

- Surveillance régulière des paramètres suivants : pouls, température, pression artérielle. Bien qu'il n'existe pas de règles précises en la matière, un intervalle maximum de deux heures ne devrait pas être dépassé;

- Surveillance de l'état de conscience, tentative d'établissement d'une communication verbale;
- Vérification de l'hydratation du patient, de l'isochorie des pupilles;
- Vérification des liens éventuels afin d'éviter une obstruction du débit sanguin. Cette contention physique se justifie le temps que la médication soit efficace. Il s'agit le plus souvent de sangles entourant les poignets, les chevilles et/ou la cage thoracique. Ce positionnement doit empêcher la personne d'attenter à son intégrité physique;
- Prévention des escarres et des risques d'une fausse déglutition. Cette précaution est d'actualité pour des personnes fragiles ayant par exemple des antécédents d'escarres. En pratique, le risque est infime vu la courte durée de l'isolement et, a fortiori, de la contention.

Afin de limiter au maximum le traumatisme d'un placement en chambre d'isolement, il est indispensable de disposer de lieux adaptés. Chaque service d'urgence doit se doter d'une pièce spécialement prévue pour recevoir des états d'agitation aiguë. L'architecture et le mobilier doivent offrir des garanties de sécurité au patient et au personnel soignant (Senon *et al.*, 1995). Le capotage de ce local limite les risques de blessure pour le patient et permet une levée plus rapide de la contention physique. Rendre la chambre d'isolement la plus accueillante possible facilite le retour d'une certaine sérénité. Une attention particulière sera apportée à la couleur. Le rouge est évidemment proscrit pour les patients agités (Tourneur, 1999). L'emploi d'une teinte neutre favorise l'apaisement. La prudence est de mise dans l'emploi d'éléments décoratifs pouvant alimenter le vécu délirant ou hallucinatoire des sujets en décompensation psychotique. Une caméra de surveillance optimise le suivi mais ne dispense pas de visiter régulièrement le patient.

#### Traitement pharmacologique des agitations aiguës

Si l'agitation du sujet est telle que la médiation du soignant ne permet pas de l'apaiser, l'usage d'une médication peut être indispensable. Il ne s'agit pas de maîtriser le patient à l'improviste mais de tâcher de lui expliquer, en fonction de son degré de lucidité, les raisons d'une telle démarche. Une équipe rodée à ce genre d'intervention limite le traumatisme inhérent à une injection forcée suivie éventuellement de mesures de contention et d'isolement. Le médicament choisi doit avoir une latence d'action courte, un profil de sécurité suffisant et une durée d'action limitée. Les antidépresseurs, en particulier les IMAO, les neuroleptiques retard et le lithium ne sont jamais utilisés dans le cadre de l'urgence psychiatrique (Senon *et al.*, 1995; Dierick *et al.*, 1999).

Les benzodiazépines et les neuroleptiques sont les psychotropes de choix pour ce type d'intervention. Les benzodiazépines conviennent particulièrement bien dans les agitations et troubles anxieux non psycho-tiques ou lors de troubles psychiatriques chroniques associés à un symptôme organique (Senon *et al.*, 1995). Certains préconisent leur usage en première intention dans les agitations psychotiques en combinaison avec un neuroleptique traditionnel et un atypique. Le neuroleptique traditionnel tel que l'Haldol apporte une bonne sédation qui ne peut être obtenue avec les neuroleptiques atypiques. On réduit ensuite rapidement le neuroleptique de l'ancienne génération afin de limiter au maximum le risque d'effets secondaires tout en profitant de l'effet antipsychotique du neuroleptique atypique.

Pratiquement, deux benzodiazépines disponibles en forme injectable sont d'un usage courant dans les services d'urgence. Il s'agit du diazépam (Valium) et du lorazépam (Témesta). Les formes intramusculaires sont particulièrement utiles chez les patients réfractaires à la prise per os du traitement. La résorption n'est cependant pas nécessairement plus rapide que lors d'une administration orale. La voie intraveineuse sera toujours lente avec un risque non négligeable de dépression respiratoire. Dans la pratique le recours à l'IV reste confidentiel. Les contre-indications à l'usage des benzodiazépines sont rares. La prudence est de mise chez le sujet âgé en particulier s'il présente une détérioration des fonctions intellectuelles. La décompensation respiratoire grave est une contre-indication liée à l'effet dépressogène des benzodiazépines sur le centre respiratoire. La myasthénie, enfin, empêche l'utilisation de tout traitement myorelaxant. Des réactions paradoxales sont décrites dans moins 1 % des cas. Elles surviennent principalement chez le sujet âgé et chez les personnalités de type psychopathique. La prise concomitante d'alcool ou de médicaments en accroît le risque. Parmi les manifestations cliniques, retenons les risques de désinhibition, d'agitation, d'agressivité voire plus rarement des manifestations hallucinatoires ou paranoïdes délirantes (Bougerol *et al.*, 1997). Si on suspecte une intoxication aiguë à l'alcool, aux médicaments ou à des toxiques, il convient d'éviter d'en prescrire. Le risque de potentialisation entre le psychotrope et le produit ingéré peut entraîner des conséquences graves telles un coma ou un arrêt respiratoire. Notons que l'intoxication aiguë et le sevrage en Ecstasy, ainsi que le sevrage en cocaïne donne parfois des troubles délirants aigus avec risque de passage à l'acte gravissime (Bougerol *et al.*, 1997). L'utilisation de benzodiazépines à visée anxiolytique et sédatrice doit précéder la contention et/ou la mise en chambre d'isolement.

Le DHBP (déhydrobenzépéridol) est fréquemment utilisé pour les agitations sous imprégnation éthylique aiguë ou sous l'influence de toxiques (Richards, Derlet *et al.*, 1998). C'est aussi le médicament de base dans les

grandes agitations avec agressivité importante accompagnées ou non de violence qui ne peuvent être contenues (Senon *et al.*, 1995). Sa latence d'action courte, son effet camisolant, son profil avantageux au niveau des effets secondaires et sa rapidité d'action per os voisine de l'intramusculaire en faisaient le produit de choix. La menace de son retrait du marché pour cause d'allongement de l'espace Q-T semble évitée. La firme le produisant s'engage à poursuivre pendant un an la commercialisation des ampoules de 2 ml. Une autre firme prendrait ensuite le relais pour assurer sa fabrication et sa distribution. D'autres neuroleptiques (l'Haldol, le Dominal, l'Etumine) sont couramment utilisés pour la gestion des agitations psychotiques. Ce n'est pas tant l'effet antiproductif sur les symptômes positifs qui est recherché, celui-ci ne se manifestant pas avant plusieurs jours, mais bien la sédation qu'ils procurent assez rapidement. Enfin, le zuclopenthixol (Clopixol Acutard) se révèle précieux pour certains cas d'agitation psychotique, en particulier la phase maniaque avérée. Sa durée d'action est de 48 à 72 heures. Il est cependant utilisé moins fréquemment que les traitements précités car le but reste avant tout de canaliser un état de crise avant de diriger le patient vers la structure le mieux adaptée à sa pathologie.

Enfin, rappelons que le patient doit, autant que possible, être examiné avant l'administration de tout psychotrope. Cet examen sert à détecter une éventuelle pathologie organique ainsi qu'à éliminer toute contre-indication.

#### Conclusion

Les services d'urgence sont régulièrement confrontés à la gestion de patients agités. Ces cas, parfois trop rapidement étiquetés *patient psy*, peuvent nécessiter des mesures de contentions couplées éventuellement à un isolement temporaire. Le recours aux chambres d'isolement, anciennement dénommées cabanon, doit toujours se faire dans l'intérêt du patient. Cette mesure tient compte de la nature du trouble sous-jacent au tableau clinique et de l'aspect légal et éthique d'une telle ordonnance. Elle entre obligatoirement dans le cadre d'une stratégie thérapeutique. Disposer d'une chambre d'isolement dans un service d'urgence n'est pas un luxe, mais un outil thérapeutique indispensable pour améliorer la prise en charge de patients dont les comportements se révèlent dangereux pour eux-mêmes ou pour autrui.

#### RESUME

Après avoir brièvement retracé l'évolution de la pratique de l'isolement et de la contention au fil de l'histoire de la psychiatrie, les auteurs décrivent les situations aiguës susceptibles d'entraîner un recours à l'isolement, et en

envisagent les différentes étiologies. Parmi celles-ci, les états d'agitation liés à première vue à des problématiques sociales ou judiciaires sont les plus susceptibles d'amener un recours inapproprié à la contention ou à l'isolement, alors dépouillés de leur visée sanitaire. La notion de neutralité est ici fortement mise à l'épreuve. Les aspects législatifs, éthiques et pratiques sont ensuite abordés. La dangerosité du sujet, évaluée dans diverses pathologies psychiatriques, est un critère essentiel pouvant orienter la décision. L'intérêt du patient doit occuper une position centrale dans le processus d'isolement ou de contention, lequel doit nécessairement s'intégrer dans un projet thérapeutique global. Enfin, le traitement pharmacologique des agitations aiguës est passé en revue.

#### SAMENVATTING

##### *Isolatiekamer en dwangmiddelen in de spoedgevallen diensten*

Na een kort overzicht van de evolutie in de praktijk van afzondering en opsluiting in de loop van de psychiatrische geschiedenis, beschrijven de auteurs de acute toestanden die tot afzondering kunnen leiden, en overwegen ze de verschillende etiologieën. Onder deze ziekten, zijn de opwindings toestanden die op het eerste zicht verbonden zijn aan de sociale of gerechtelijke problematiek het meest vatbaar voor een onaangepaste terugkeer naar afzondering, maar dan zonder een helende functie. De notie van onpartijdigheid wordt hier sterk op de proef gesteld. De wettelijke ethische en praktische beschouwingen worden vervolgens benaderd. De gevaarlijkheid van de persoon die de verschillende psychiatrische pathologieën doorloopt is het voornaamste criterium voor die beslissing. Het belang van de patiënt moet centraal staan in het proces van afzondering. Deze moet noodzakelijkwijze geïntegreerd zijn in een globaal therapeutisch project. De farmacologische verzorging van de acute agitatie wordt tenslotte in overschouwing genomen.

#### BIBLIOGRAPHIE

- ANNAS G.J. : The last resort - the use of physical restraints in medical emergencies. *New Engl. J. Med.*, 341, 1408-1412 (1999).
- BOBON D. : Les nouvelles lois sur la protection des malades mentaux dangereux et des biens des malades physiques ou mentaux. *Rev. Méd. Liège*, 46, 513-519 (1991).
- BORNSTEIN S.J. : Etat dangereux. *EMC, Psychiatrie*, 37, 145-A-10 (1987).
- BOUGEROL T., LANGON C., LIORCO P.M. : Anxiolytiques. *EMC, Psychiatrie*, 37, 860-B-50 (1997).
- BOXHO P. : Pratique de la mise en observation psychiatrique. Réflexion sur l'application de la nouvelle loi du 26 juin 1990. *Journal de Médecine Légale. Droit Médical*, 39, 467-472 (1996).
- COUR EUROPEENNE DES DROITS DE L'HOMME : Arrêt du 24 octobre 1979 en l'affaire Winterwerp. *Cour européenne des Droits de l'Homme*, Strasbourg, 1980, 4-30.
- DE CLERCQ M., FERRAND I., ANDREOLI A. : Urgences psychiatriques et psychiatrie des urgences. *EMC, Psychiatrie*, 37, 678-A-10 (1996).

- DIERICK M., ANSSEAU M., D'HAENEN H., PEUSKENS J., DE BUCK R. : Manuel de psychopharmacothérapie. Academia Press, Gent, 1999.
- DUGUAY R., ELLENBERGER H.-F. : Précis pratique de psychiatrie. Edisem.
- GRIVOIS H. : Urgences psychiatriques. Masson, Paris, 1986.
- HALN A., DUMAITRE P. : Histoire de la médecine et du livre médical. Perrin, Paris, 1962.
- HARRISSON T.R. : Principes de Médecine Interne. Flammarion, Paris, 1992.
- LEMPERIERE T., FELINE A. : Psychiatrie de l'adulte. Masson, Paris, 1977.
- MASSE G., JACQUART A., CIARDI M. : Psychiatrie de l'adulte. Masson, Paris, 1977.
- MONITEUR BELGE : 16/07/1990. F90, 1858, 1859, 1860, 1869. Arrêté Royal du 10 juillet 1990.
- MOREL P., BOURGERON J.-P., ROUDINESCO E. : Histoire illustrée de la psychiatrie et de la psychanalyse. Au-delà du conscient. Hazan, Paris, 2000.
- OLIÉ J.-P., POIRIER M.-F., LOO H. : Les maladies dépressives. Flammarion, Paris, 1995.
- PAPART P. : Troubles psychiatriques et dangerosité. *Acta Psychiatr. Belg.*, 99, 229-238 (1999).
- PICHOT PIERRE : Un siècle de psychiatrie. Roche : Neuilly-Sur-Seine, 1983.
- RICHARDS J.R., DERLET R.W., DUNCAN D.R. : Chemical restraint for the agitated patient in the emergency department. *J. Emerg. Med.*, 16, 567-573 (1998).
- SCHOULEUR M., MEYERS C. : Les habitations protégées : Outils du réseau psychiatrique. *Rev. Méd. Liège*, 56 (2001).
- SENON J.-L., SECHTER D., RICHARD D. : Syndromes confusionnels, urgences psychiatriques in Thérapeutique psychiatrique. Hermann, Paris, 1995, 837-845, 919-953.
- TARDIFF K. : Management of the violent patient in an emergency situation. *Psychiatric Clinics of North America*, 11, 539-549 (1988).
- TOURNEUR M.-P. : La santé mentale et son univers bâti. La psychiatrie d'urgence. L'hôpital Belge. *Psychiatrie*, n°238, 1999.
- VAN GOOL D. : La population psychiatrique en salle d'urgence : Données épidémiologiques. *Neurones*, vol. 3, (1998).
- VIDON G., GOUDAL M. : Lieux de vie - Lieux de soins. EMC. *Psychiatrie*, 37, 876-A-70 (1995).

Dr M. SCHOULEUR,  
Rue du Sart, 57  
B-4432 Alleur