



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Mémoire

Pratique de l'isolement chez des patients hospitalisés sous contrainte dans un service universitaire d'urgences psychiatriques. Revue de 266 dossiers



The practice of seclusion among patients hospitalized under constraint in a psychiatric emergency unit. About 266 cases

Torrance Sigaud*, Aurélia Gay, Cédric Granet, Catherine Massoubre

Département universitaire de psychiatrie, hôpital Nord, CHU de Saint-Étienne, chemin de la Marandière, 42055 Saint-Étienne cedex 2, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 12 novembre 2013

Accepté le 30 juin 2014

Disponible sur Internet le 7 octobre 2014

Mots clés :

Crise
Dépression
Hospitalisation sous contrainte
Isolement
Psychose
Urgences psychiatriques

Keywords:

Crisis
Depression
Hospitalization under constraint
Psychiatric emergency unit
Psychosis
Seclusion

RÉSUMÉ

L'isolement thérapeutique est un outil de soin psychiatrique d'utilisation courante. Or, peu de travaux se sont intéressés à son utilisation dans le cadre des services d'urgences psychiatriques. Notre travail propose, à partir de l'étude de 266 dossiers de patients admis en hospitalisation sous contrainte et isolés pendant leur séjour dans un service d'urgences psychiatriques, de déterminer quels facteurs sociodémographiques et cliniques sont en lien avec le maintien de la mesure d'isolement ou sa levée pendant le séjour aux urgences. Deux profils de patients se dégagent de l'étude. Le premier correspond à des patients atteints de pathologies chroniques de type psychotique pour lesquels la mesure d'isolement est maintenue aux urgences. Le second correspond à des patients ayant un profil de crise, présentant des troubles de personnalité, des manifestations autoagressives ou des symptômes de la lignée dépressive et pour lesquels l'isolement est levé. Notre travail dresse un état des lieux de la question de l'isolement dans le soin psychiatrique d'urgence.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Purpose. – The seclusion is a tool of psychiatric care of common use. Few works studied its use in emergency psychiatry unit. The purpose of our study is to determine what are factors bound to a levying of the seclusion in a service of psychiatric emergencies.

Methods. – Our study is retrospective, descriptive on 266 episodes of seclusion for patients hospitalized under constraint, in the service of Psychiatric Emergencies of the University hospital of Saint-Étienne (France).

Results. – The results show that the histories of psychosis ($P = 0.0001$), drug abuse ($P = 0.0326$), hospitalization in psychiatry ($P = 0.0307$), an age lower than 37 ($P = 0.0113$), a diagnosis of psychotic episode ($P = 0.0023$), symptoms of agitation ($P = 0.0038$), behavior disorders ($P = 0.0012$) and delusion ($P < 0.0001$) or maniac episode ($P = 0.0006$) at the beginning of the hospitalisation are connected with maintain of seclusion during the transfer in another psychiatric department. While the histories of alcohol abuse ($P = 0.0001$), mental pathology connected with alcohol abuse ($P = 0.0326$), suicide attempt ($P = 0.0275$), an age higher than 41 years ($P = 0.0113$), a diagnosis of disorders connected with a psychoactive substances abuse ($P = 0.0023$) or personality disorders ($P = 0.0014$), auto-aggressive behavior ($P = 0.0013$), behavior problems linked to drug abuse ($P = 0.0014$) and depressive symptoms ($P = 0.0006$) are bound to a levying of the seclusion in the psychiatric emergencies. The patients for whom the seclusion is maintained in the unit are more quickly transferred towards another unit and

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : torrance.sigaud@chu-st-etienne.fr (T. Sigaud).

their average duration of stay is lower than those for which seclusion is raised in the psychiatric emergency unit ($P = 0.0007$). Our study highlights that seclusion was used within two different frameworks: on the one hand in management of mental chronic disease requiring care with long course (patient whose seclusion is maintained) and on the other hand for the care of the patients having a profile of “crisis” and for which seclusion is more easily raised.

Conclusions. – Our results thus allow the clinician to determine with more objectivity, at the beginning of the hospitalisation in the psychiatric emergencies unit, if the whole of the clinical situation could be managed in the unit, in a few days (“crisis” or “psychiatric emergencies”) or if an early orientation towards a general psychiatry unit must be done (“psychiatry in emergency”). It seems to be important to be able to carry on this type of studies so as to support a clinical reflexion on the rational and reasoned use of seclusion in the emergency care, and thus to decrease of it the use by reconsidering the care in particular around the problem of management of violence in practice psychiatric.

© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Introduction

L'utilisation de la contrainte dans le soin psychiatrique est une question à laquelle le psychiatre travaillant aux urgences est quotidiennement confronté. Cette question a donné lieu à plusieurs travaux dans la littérature nationale [1,5,6,11,17,18] et internationale [2,4,9–16,19–24]. L'audit clinique appliqué à l'utilisation des chambres d'isolement [1], réalisé par l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé en 1998 a permis de codifier les pratiques de l'isolement thérapeutique en psychiatrie générale. Il y a en revanche peu de travaux sur l'isolement thérapeutique en psychiatrie d'urgence.

Pour réfléchir sur notre utilisation de l'isolement et de la contention physique dans le soin de crise, nous avons dans cette étude tenté d'estimer la fréquence de l'utilisation de l'isolement aux urgences et avons recherché quels sont les critères d'une levée ou non de l'isolement dans le service quand celui-ci y a été initié. La question est de savoir s'il existe des indicateurs qui, dès l'admission du patient, permettent de déterminer si l'isolement sera levé ou non dans le service d'urgences, et ce dans le but de fournir au praticien des indices pour le guider dans ses choix d'orientation du patient au sein du système de soin.

2. Matériel et méthode

Notre étude a été réalisée dans le service hospitalo-universitaire d'urgence psychiatrique du centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne. Il s'agit d'un service « ouvert » de 16 lits qui travaille directement avec le service d'accueil des urgences de l'hôpital. Notre étude est rétrospective sur une année, sur dossier, de type descriptif. Ont été inclus tous les patients hospitalisés dans le service en soins sous contrainte à la demande d'un tiers (SDT) et en soins sous contrainte à la demande du représentant de l'État (SDRE), durant un an et ayant fait l'objet durant leur séjour d'une mesure d'isolement. Ont été exclus les patients admis en hospitalisation libre (HL) et ceux qui en SDT ou en SDRE n'ont pas fait l'objet d'une mesure d'isolement. Pour chaque patient inclus, nous avons rempli un questionnaire par hospitalisation. Nous avons étudié les caractéristiques sociodémographiques du patient, les antécédents psychiatriques, les durées de séjour, d'isolement et de contention (en jours), la description comportementale et la description des symptômes psychiatriques lors de la mise en isolement, le type de placement à l'entrée, à la sortie, le diagnostic de sortie et l'orientation à la sortie. Les statistiques descriptives de position (moyenne, pourcentage) et de dispersion (soit moyenne \pm écart-type) ont été utilisées pour décrire les sujets. Le test du Chi² de Pearson et le test exact de Fisher pour les petits effectifs ont été utilisés pour comparer les pourcentages. Le *t* test de Student a été utilisé pour comparer les moyennes. Le seuil *a priori* de

significativité est fixé à 5 %. L'analyse statistique est réalisée avec le logiciel SAS version 8.2.

3. Résultats

3.1. Description de la population

Sur une période d'une année, on relève 1070 hospitalisations dans le service d'urgences, 300 l'ont été en SDT et en SDRE (Tableaux 1–3). Deux cent soixante-six dossiers ont été inclus. Le taux d'isolement est de 89 % : 88 % pour les SDT (209 patients isolés sur 237) et de 90 % pour les SDRE (57 patients isolés sur 63). Sur les 266 patients, 64 % sont des hommes et 36 % des femmes.

L'âge moyen est de $38,5 \pm 14,1$ ans (de 15 à 87 ans). Un total de 31,2 % des patients ont entre 15 et 29 ans. Les caractéristiques sociodémographiques et les antécédents sont regroupés dans le Tableau 1. Les patients sont hospitalisés en SDT pour la majorité (80 %) et l'orientation à la sortie du service est une hospitalisation sur le service de secteur dans la majorité des cas. Le diagnostic de l'épisode est un trouble psychotique dans 40 % des cas, un trouble de l'humeur dans 20 % des cas et un trouble de la personnalité dans 18 % des cas (Tableau 2). La durée moyenne de séjour est de $5,5 \pm 3,2$ jours (de 2 à 15 jours).

Deux cent soixante-six isolements sont initiés et 116 sont levés soit 43,6 % de levée d'isolement. La durée moyenne d'isolement (pour les patients dont l'isolement est levé aux urgences) est de $4,1 \pm 2,8$ jours (de 1 à 14 jours). Cent cinquante-huit épisodes de contention sont initiés, 123 sont levés soit 78 % de levée de contention. La durée moyenne de contention physique (pour les patients dont la contention est levée aux urgences) est de $2,8 \pm 1,5$ jours (de 1 à 9 jours).

Les manifestations psychiatriques menant à l'isolement sont essentiellement représentées par le déni des troubles et le refus de soins (81 % des cas), l'hétéroagressivité (56 % des cas), suivis de l'agitation (45 % des cas), du délire (44 % des cas), du passage à l'acte autoagressif (42 % des cas), et enfin des symptômes de la lignée anxieuse (41 % des cas).

3.2. Comparaison des patients dont l'isolement est levé à la sortie des urgences psychiatriques et ceux dont l'isolement est maintenu à la sortie

Les patients dont l'isolement est maintenu sont plus jeunes que les patients dont l'isolement est levé (36,6 ans versus 40,9 ans, $p = 0,0113$) (Tableaux 1–3). Les patients aux antécédents de psychoses sont plus souvent maintenus en isolement que les patients aux antécédents de troubles liés à la prise de substance psychoactive ($p = 0,0001$). Les patients aux antécédents de prise de drogue (cannabis essentiellement) et d'hospitalisation en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/314716>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/314716>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)