

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2021

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Etude observationnelle des prises de benzodiazépine et d'antipsychotique
lors de l'isolement dans les services de psychiatrie adulte de l'EPSM-AL**

Présentée et soutenue publiquement le 18 octobre 2021 à 15h30
au Pôle Formation

par Pierre JEANBART

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Docteur Charles-Edouard NOTREDAME

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Maxime BUBROVSZKY

Table des matières

Introduction.....	3
1. Une brûlante question de société	3
2. Une littérature scientifique relativement pauvre	5
2.1. Les apports théoriques	5
2.2. Les études épidémiologiques	6
2.3. Les études sur le vécu des patients	6
3. Problématique.....	7
Matériel et méthodes.....	9
1. Population incluse	9
2. Données recueillies	10
Résultats.....	12
1. Population incluse	12
2. Description de la population	12
3. Description des traitements reçus	14
3.1. Benzodiazépines.....	14
Comparaison avant-après	14
Prises flash.....	15
3.2. Antipsychotiques.....	17
Comparaison avant-après	17
Prises flash.....	18
Discussion.....	20
1. Résultats principaux	20
1.1. Les posologies ne changent pas, ce qui change c'est la proportion de patients traités ...	20
1.2. La posologie 24 heures avant est modeste	21
2. Analyse du choix des molécules	22
2.1. Benzodiazépines	22
2.2. Antipsychotiques	23
Antipsychotiques de première génération.....	23
Antipsychotiques de deuxième génération.....	25
3. Limites de l'étude et perspectives.....	25
Conclusion	27
Annexe.....	28
Bibliographie.....	29

Introduction

1. Une brûlante question de société

Le 19 juin 2020, le conseil constitutionnel a déclaré non conforme à la Constitution la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation du système de santé portant sur l'isolement des patients hospitalisés en service de psychiatrie, répondant ainsi à une question prioritaire de constitutionnalité. Cette loi est dans l'histoire de France la première et la seule à légiférer sur l'isolement et la contention en psychiatrie. Il lui est reproché l'absence de contrôle judiciaire sur cette privation de liberté, dans la mesure où la loi n'a pas fixé de limite temporelle à la décision d'isolement.

Cette actualité illustre la nature brûlante et polémique des débats autour des pratiques à l'hôpital psychiatrique, sous fond d'évolutions sociétales, qui tiennent de la tension qui existe entre la sécurité des citoyens, le respect des libertés individuelles, et la nécessité de protection et de soins des patients dont le jugement peut être altéré par une pathologie psychique.

Ainsi, ces dernières années ont vu l'évolution législative des soins psychiatriques sans consentement en ce qui concerne les hospitalisations sous contrainte (loi du 5 juillet 2011, modifications par la loi du 27 septembre 2013) et les pratiques d'isolement (loi du 26 janvier 2016).

La tension entre libertés fondamentales de l'individu et soins psychiatriques du patient trouve son paroxysme dans la chambre d'isolement. D'un côté, la décision d'isolement - et *a fortiori* quand elle est accompagnée d'une mesure de contention physique – restreint encore plus dans ses droits fondamentaux l'individu déjà hospitalisé sous le mode de soins psychiatriques sans consentement, en le coupant de tout contact avec l'extérieur voire en entravant ses mouvements les plus élémentaires. Il s'agit là de l'atteinte ultime aux libertés publiques.

De l'autre côté, la décision médicale d'isolement intervient dans un moment psychiatrique aigu, lorsque la situation clinique d'un patient décompensé l'impose. La gravité de la situation clinique et le risque d'atteinte à l'intégrité du patient ou d'autrui justifient le recours à cette décision, à un moment où les capacités de jugement du patient sont altérées et

où le consentement aux soins de manière « libre et éclairée » n'est pas possible. Il s'agit donc de situations cliniques aiguës et graves, relevant de l'urgence psychiatrique.

Dans ce contexte, la Haute Autorité de Santé (HAS) a édité en 2017 des recommandations de bonne pratique concernant l'isolement et la contention des patients hospitalisés en psychiatrie (HAS, 2017). Ces recommandations font suite à la loi de 2016 citée en début de cette thèse, mais également suite au rapport sévère établi par le contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) en France, en 2016 (Contrôleur général des lieux de privation de liberté (France), 2016), réalisé après 8 années d'observation des pratiques dans différents établissements de psychiatrie ; ce rapport avait révélé quelques cas qui ont eu un impact médiatique fort, eu égard à la gravité des observations des pratiques de ces établissements en matière de droits des patients, voire de dignité humaine. Il avait pointé du doigt la grande disparité des pratiques entre les établissements, ainsi que le manque global d'information du patient ou de ses proches.

Les recommandations de la HAS avaient pour but d'encadrer les pratiques autour de l'isolement en psychiatrie pour lutter contre ces disparités, et d'encourager une réflexion autour de ces questions au sein des établissements. Il est rappelé que la décision d'isolement ne doit intervenir qu'en dernier recours, « lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui ». Il doit s'agir d'une mesure limitée dans le temps (au maximum 12 heures après la mise en place de la mesure), régulièrement réévaluée au regard de l'évolution clinique, et faisant l'objet d'une surveillance régulière par l'équipe soignante (au minimum horaire) de l'état psychique ainsi que des constantes vitales du patient. La HAS insiste aussi sur l'importance de la disponibilité d'une chambre dédiée et appropriée, respectueuse de la dignité humaine, sécurisée, ainsi que sur l'intérêt d'analyser avec le patient la mesure dont il a été l'objet. Elle pousse également à un temps de reprise en équipe de chaque décision d'isolement prise dans le service. Enfin, elle rappelle l'obligation légale, depuis 2016, des établissements de santé en psychiatrie de tenir un registre dans lequel est tracée toute décision d'isolement.

2. Une littérature scientifique relativement pauvre

La décision d'isolement par le psychiatre doit donc tenir compte des aspects législatifs, éthiques et des recommandations de la HAS, mais sur quoi sa pratique peut-elle médicalement se baser ? Qu'en est-il de la littérature scientifique autour de l'isolement ? Elle peut être classée en 3 catégories :

2.1. Les apports théoriques

Certains auteurs ont théorisé un aspect thérapeutique à l'isolement d'un patient. Gutheil (Gutheil, 1978) a ainsi dégagé trois principes sous-tendant à l'effet thérapeutique de l'isolement en psychiatrie :

- La fonction de contenant, c'est-à-dire une limite matérielle empêchant le patient de se faire du mal dans une situation où il serait hors de contrôle, en le plaçant dans un espace sécurisé. Ce dernier éprouverait ainsi un sentiment de réassurance.
- L'isolement physique, c'est-à-dire une réduction des interactions du patient avec l'extérieur, notamment les autres. Il permettrait, en particulier dans les syndromes délirants de persécution, ou bien dans le cadre d'une anxiété relationnelle massive, de soulager le patient en le mettant ainsi à l'écart.
- La réduction de l'intensité des stimuli (voir aussi McCoy and Garritson, 1983; Morisset, 2018), c'est-à-dire l'atténuation de la richesse de l'environnement extérieur, dans le cas où le patient en phase aiguë se montrerait hypersensible aux bruits ou à la lumière. L'isolement permettrait ainsi de faire baisser sa tension interne.

Ces théories sont largement contestées et la valeur thérapeutique intrinsèque de l'isolement ne reste qu'une hypothèse (Sailas and Fenton, 2000).

2.2. Les études épidémiologiques

L'isolement concernerait en France entre 5 et 10% des patients hospitalisés à temps plein (Baratta, 2009; Laurent et al., 2020; Palazzolo et al., 1999; Pechberty, 2017), avec des variations importantes selon les services. Sa durée moyenne serait de 15 jours (selon l'ATIH, www.atih.sante.fr), même si elle pourrait tendre à baisser (Bourdais et al., 2020). Les patients en soin libre peuvent avoir recours à cette mesure, mais elle doit rester exceptionnelle et en dernier recours (HAS). Cependant, la grande étude épidémiologique réalisée en région Centre-Val-de-Loire, constate qu'elle est relativement fréquente puisque 25% des mesures d'isolement concernait des patients en soins libres (Laurent et al., 2020).

L'analyse des données du Registre d'Information Médicalisé en Psychiatrie (Rim-p) est une source intéressante pour l'épidémiologie de l'isolement. L'isolement aurait concerné 28 000 patients en 2015, majoritairement des hommes jeunes (moyenne d'âge de 38 ans).

Les études épidémiologiques mettent également en avant, comme observé par le CGLPL, une grande disparité des pratiques entre les établissements, tant au niveau du taux de recours à l'isolement qu'aux conditions concrètes de sa mise en œuvre.

2.3. Les études sur le vécu des patients

Ces études montrent dans leur grande majorité un vécu très négatif de l'isolement, associé à des sentiments de peur, de colère, d'injustice, d'humiliation ou d'impuissance (Cano et al., 2011; Palazzolo, 2004). Certaines indiquent même une majoration de symptômes dissociatifs ou hallucinatoires au sortir de la chambre d'isolement (Meehan et al., 2000). A l'inverse, d'autres, moins nombreuses, constatent un vécu positif des patients, avec augmentation du sentiment de sécurité et d'apaisement (Mann et al., 1993).

Ainsi, les données de la littérature scientifique autour de l'isolement sont peu abondantes, ce qui contraste avec la réalité du quotidien des services, et avec l'importance des débats éthiques sociétaux et juridiques de ces dernières années.

3. Problématique

La disparité des pratiques est donc confirmée alors que l'efficacité thérapeutique intrinsèque à l'isolement est largement débattue. Dès lors, comment peut-on étudier la question de l'isolement de manière objectif et utile à la pratique ?

Deux questions intéressent le praticien en psychiatrie : sur quels fondements baser sa décision clinique, et selon quelles modalités pratiques ? Parmi les modalités pratiques, la question de l'anxiolyse et de la sédation des patients est d'importance, pour deux raisons :

- a) Une anxiolyse efficace chez un patient à risque d'agitation pourrait prévenir les situations de crise aiguë menant à la décision radicale d'isoler un patient. Il serait donc intéressant d'observer chez les patients isolés quel était leur niveau d'anxiolyse médicamenteuse avant la décision d'isolement.
- b) Une fois le patient isolé, une augmentation de l'anxiolyse ou de la sédation du patient paraît justifiée dans la mesure où la situation clinique du patient s'est dégradée, et que la situation d'isolement est anxiogène en elle-même. Il serait donc intéressant de comparer les niveaux d'anxiolyse avant ou après la décision d'isolement.

L'étude que nous avons menée et que nous présentons dans cette thèse tente précisément à ces questions, en observant les traitements médicamenteux pris par les patients chez qui une décision d'isolement a été décidée et en analysant les traitements pris :

- Dans les 24 heures précédant l'isolement
- Au moment de l'isolement (traitements dits « flash »)
- Dans les 24 heures suivant l'isolement

La problématique de cette étude originale (à notre connaissance aucune étude ne s'est penchée spécifiquement sur cette question) est donc la suivante : Quel est le niveau d'anxiolyse et de sédation avant la décision d'isolement d'un patient, et y a-t-il un changement dans le niveau d'anxiolyse et de sédation médicamenteuses après cette décision ?

Le choix a été fait d'observer spécifiquement les traitements de type benzodiazépines et antipsychotique (de première et deuxième génération), très utilisés en psychiatrie pour l'anxiolyse ou la sédation des patients. Rappelons que l'isolement est une décision de dernier recours (donc survenant après que toutes les autres alternatives ont été mises en place ou

envisagées), et donc que la question du traitement sédatif ou anxiolytique prend une part importante, à la fois parce que la situation clinique aiguë doit le justifier, et parce que la situation d'isolement et *a fortiori* de contention physique peut être en elle-même angoissante et associée à un vécu négatif bien établi dans la littérature.

Ce sujet nous a paru intéressant pour 3 raisons principales :

- Il est pertinent : comme argumenté précédemment, la situation aiguë impose bien souvent le recours à une sédation médicamenteuse. De plus, observer quelle est la situation d'anxiolyse ou de sédation chimique *avant* la situation d'agitation ou de crise psychiatrique menant la décision d'isolement pourrait donner des éléments intéressants quant à la prévention éventuelle de telles mesures.
- Il peut servir à la pratique : dresser un état des lieux des pratiques médicamenteuses d'anxiolyse ou de sédation chez les patients qui ont nécessité le recours à l'isolement pourrait guider le psychiatre dans son choix de prescription de molécule, de posologie, de voie d'administration, etc.
- Il est facilement observable : avec l'informatisation des registres et des prescriptions médicamenteuses, il est relativement aisé d'obtenir des données exhaustives sur la question posée dans cette thèse, et ce même de manière rétrospective avec une bonne fiabilité.

Nous avons donc mené une étude observationnelle rétrospective portant sur les traitements administrés aux patients lors d'une décision d'isolement ou de contention dans les services de psychiatrie adulte de l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise (EPSM-AL).

Les hypothèses que nous formulons sont les suivantes :

- Concernant le degré d'anxiolyse et de sédation avant la décision de l'isolement : si les décisions d'isolement ont été faites après que toutes les alternatives aient été envisagées, y compris médicamenteuses, alors le degré d'anxiolyse et de sédation devrait être correct chez les patients.
- Concernant les variations de posologie avant/après, nous devrions observer une nette augmentation de la posologie des traitements anxiolytiques et sédatifs après une décision d'isolement, puisque la situation clinique devrait la justifier et que l'isolement est une période anxiogène.

Matériel et méthodes

Notre étude vise à observer et déterminer s'il existe un changement quantitatif ou qualitatif des traitements administrés chez les patients dans les services de psychiatrie après une mesure d'isolement. Nous avons choisi de mener une étude rétrospective observationnelle.

1. Population incluse

Cette étude a eu lieu dans l'Établissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise (EPSM-AL). Cet EPSM regroupe 8 secteurs de psychiatrie adulte du département du Nord (59G11, G12, G13, G14, G15, G22, G23 et G24), et comprend trois sites d'hospitalisation à temps complet de psychiatrie adulte (site de Lommelet à Saint-André-lez-Lille, site Lucien Bonnafé à Roubaix, Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admissions (CP2A) à Lille), pour un total de 9 chambres dédiées à l'isolement et/ou la contention des patients. Les autres sites d'hospitalisation de l'établissement où pouvaient avoir lieu des décisions d'isolement (unité « Patio » dédiée à la réhabilitation psycho-sociale, clinique de l'Adolescent) n'ont pas été inclus dans cette étude, qui s'intéresse aux pratiques de psychiatrie adulte « de secteur ».

Les données du registre d'isolement de l'établissement ont été consultées via le DIRM, et recueillies de manière rétrospective du 01/01/19 au 31/12/19, soit sur une année complète.

Nous avons analysé les données de chaque patient isolé durant cette période. Quand un patient avait eu plusieurs décisions d'isolement tracées au cours de la période d'étude, nous avons fait le choix de n'analyser qu'une seule décision, la première chronologiquement. En effet, quelques patients peuvent monopoliser à eux seuls un nombre important de décisions d'isolement, et biaiser les résultats. De plus, il est possible que la mauvaise utilisation du logiciel par l'initiateur de la décision d'isolement (le psychiatre ou l'interne) ait créé des faux doublons, par exemple en instaurant une nouvelle décision au lieu de prolonger celle déjà existante. Ainsi, par notre méthodologie, ces biais sont écartés et une décision correspond à un patient distinct.

De cette population, nous avons exclu les patients isolés dans l'heure suivant leur entrée dans le service, c'est-à-dire provenant probablement soit d'un service d'urgence, d'un autre service hospitaliser, de leur domicile, d'une garde à vue, de prison, ou encore d'un service de

psychiatrie extérieur à l'établissement. Etant alors isolés dès leur arrivée dans le service, la prise des traitements médicamenteux des dernières 24 heures était impossible à tracer.

Les patients restants, dont on a pu extraire les traitements administrés 24 heures avant et 24 heures après, ont été inclus dans l'étude. Il s'agit donc de patients hospitalisés dans un service de psychiatrie de l'établissement, initialement non isolés, chez qui une décision d'isolement a été actée pendant leur séjour.

2. Données recueillies

L'ordonnance de chaque patient a été observée à l'aide du logiciel PHARMA à la date et heure de la décision d'isolement, et les traitements par benzodiazépine et antipsychotique ont été recueillis. Il s'agissait des traitements qui avaient été prescrits et administrés au patient, qu'il s'agisse du traitement habituel ou d'un traitement prescrit « si besoin ». Les traitements prescrits mais non administrés au patient n'ont pas été pris en compte.

Était considéré comme un traitement « flash » un traitement reçu sur une période allant d'une heure avant à une heure après le traçage de la décision d'isolement. Était considéré comme un traitement « 24 heures avant » un traitement reçu dans les 24 heures précédant l'heure du traçage informatique de la décision d'isolement, exception faite des traitements reçus dans l'heure précédent celle de la décision d'isolement (qui étaient donc considérés comme « flash »). De même, était considéré un traitement « 24 heures après » un traitement reçu dans les 24 heures suivant la décision, excepté ceux reçus dans l'heure suivant immédiatement cette décision (traitements « flash »).

Pour chaque traitement, le nom de la molécule, la posologie et la voie d'administration (PO ou IM) ont été recueillis.

Afin de quantifier de manière globale la posologie des traitements administrés, les doses de benzodiazépine et d'antipsychotiques ont été converties en équivalent VALIUM et ZYPREXA, respectivement, en s'inspirant des données de la littérature faisant autorité (Ashton, 2002; Gardner et al., 2010). Il est à noter que pour le TERCIAN (cyamémazine), un facteur identique à celui du NOZINAN (lévomépromazine) a été utilisé, (soit une équivalence 20 mg TERCIAN = 1mg ZYPREXA), décidé de manière empirique en l'absence de donnée de la

littérature concernant l'équivalence de cette molécule. Les tableaux d'équivalence utilisés sont détaillés en annexe.

Les données suivantes ont également été recueillies :

- Age
- Sexe
- Mode d'isolement : isolement simple dans une chambre d'isolement dédiée ; isolement avec contention physique dans une chambre d'isolement dédiée ; contention physique dans la chambre du patient (procédure dite « dégradée » utilisée en cas de nécessité et d'impossibilité d'accès à une chambre d'isolement dédiée disponible).
- Degré de chronicité du patient, défini par son nombre de séjour d'hospitalisation au sein de l'EPSM-AL.

Résultats

1. Population incluse

Au cours de cette période d'étude (année 2019), 765 décisions d'isolement correspondant à 327 patients ont été recensées.

Sur les 327 patients, 2 ont été exclus pour cause de doublon, et 6 ont également été exclus car hospitalisés dans l'établissement sur une période inférieure à 24 heures.

Sur les 319 patients identifiés comme ayant eu recours à une période d'isolement, 151 l'étaient dans l'heure suivant leur entrée dans le service et exclus de l'étude, la prise des traitements médicamenteux des dernières 24 heures étant impossible à tracer.

Au total, 168 patients ont donc été inclus dans l'étude.

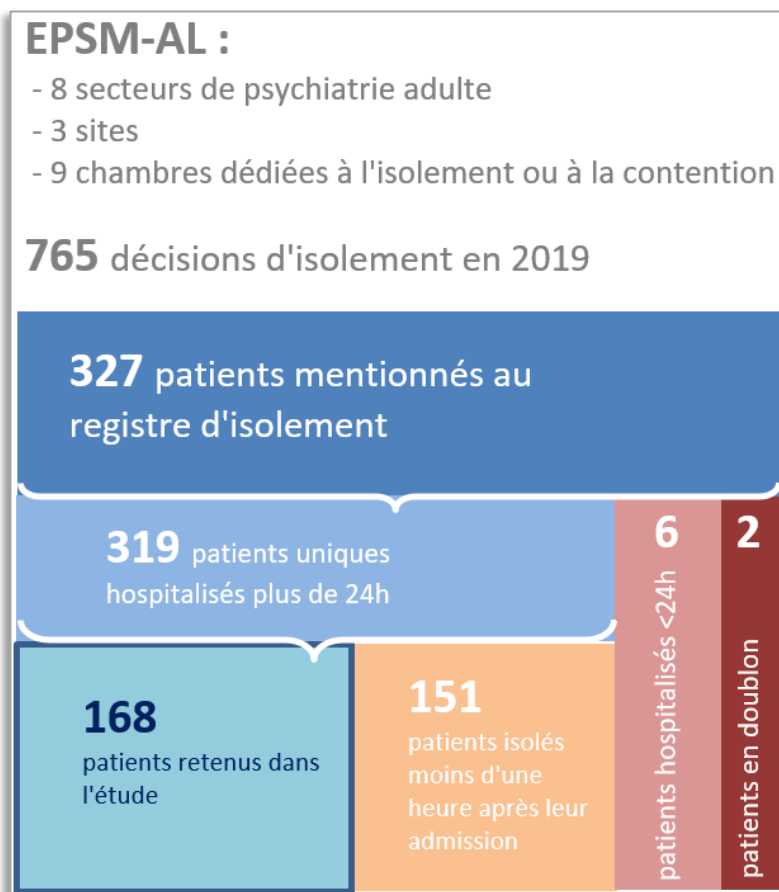


Figure 1 : Echantillon retenu pour l'étude

2. Description de la population

La description de la population de l'étude est présentée dans la figure 2.

Parmi les 168 patients, 100 étaient des hommes (59,5%). L'âge moyen des patients était de 33,6 ans. Huit (4,8%) d'entre eux avaient moins de 18 ans, et 4 (2,4%) avaient plus de 65

ans. Pour 21,4% d'entre eux (n=36), il s'agissait de leur première et seule hospitalisation au sein de l'EPSM-AL, tandis que 35,1% des patients (n=59) ont effectué plus de 10 hospitalisations au sein de l'établissement.

Concernant le mode d'isolement, il était de type simple (sans contention) dans 41,1% des cas (n=69), et associé à une contention le reste des cas, dans le cadre d'un isolement-contention en chambre dédiée (22,0%, n=37) ou dans le cadre d'une procédure dégradée (36,9%, n=62).

Nombre de patient inclus		168
Sexe masculin		100 (59,5%)
Age moyen		33,6 ans
Mode d'isolement	Isolement simple	69 (41,1%)
	Isolement -contention	37 (22,0%)
	Procédure dégradée	62 (36,9%)
Nombre de séjour	1	36 (21,4%)
	2 à 5	50 (29,8%)
	6 à 9	23 (13,7%)
	>=10	59 (35,1%)

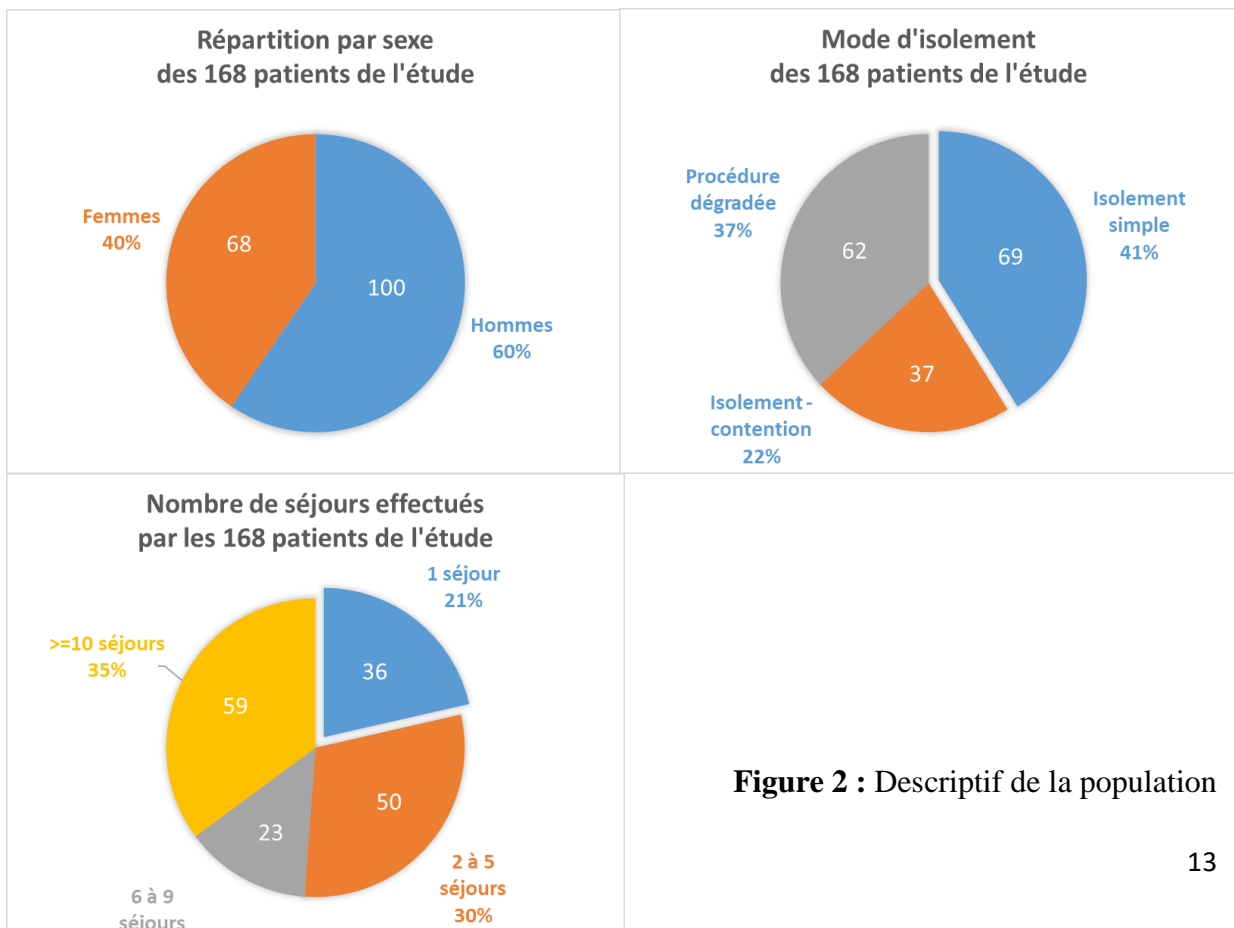


Figure 2 : Descriptif de la population

3. Description des traitements reçus

3.1. Benzodiazépines

Les traitements par benzodiazépine reçus par les patients sont détaillés dans la figure 3 ci-dessous.

Comparaison avant-après

Sur les 168 patients, 125 (74,4%) avaient reçu au moins une dose de benzodiazépine dans les 24 heures précédant la décision d'isolement. La quantité totale administrée chez ces patients était très variable, allant de 10 mg à 182,5 mg d'équivalent VALIUM sur 24 heures (moyenne : 51,3 mg/24h). Les molécules les plus administrées étaient le TEMESTA (n=88 ; 52,4%) et le VALIUM (n=26 ; 15,5%), l'utilisation des autres benzodiazépines étant beaucoup plus anecdotique. Enfin, 43 patients (25,6%) n'ont reçu aucune benzodiazépine les 24 heures précédant leur isolement.

Au total, la dose moyenne de benzodiazépine administrée dans les 24 heures avant l'isolement dans l'ensemble de la population était de 38,2 mg.

Quand on considère la prise de benzodiazépine dans les 24 heures suivant la décision d'isolement, elle concerne plus de patients (n=45 ; 86,3%) avec une quantité moyenne administrée sur 24 heures similaire (en moyenne 53,1 mg/24h) et également très variable d'un patient à l'autre (de 2,5 à 200 mg d'équivalent VALIUM). Vingt-trois patients (13,7%) n'ont reçu aucune benzodiazépine dans les 24 heures suivant la décision d'isolement.

Au total, la dose moyenne de benzodiazépine administrée dans les 24 heures après l'isolement dans l'ensemble de la population était de 45,9 mg d'équivalent VALIUM, soit 7,7 mg de plus comparé aux 24 heures avant. Cette différence s'explique donc essentiellement par l'augmentation de proportion de patients traités par benzodiazépines et non par l'augmentation des doses administrées chez les patients déjà traités.

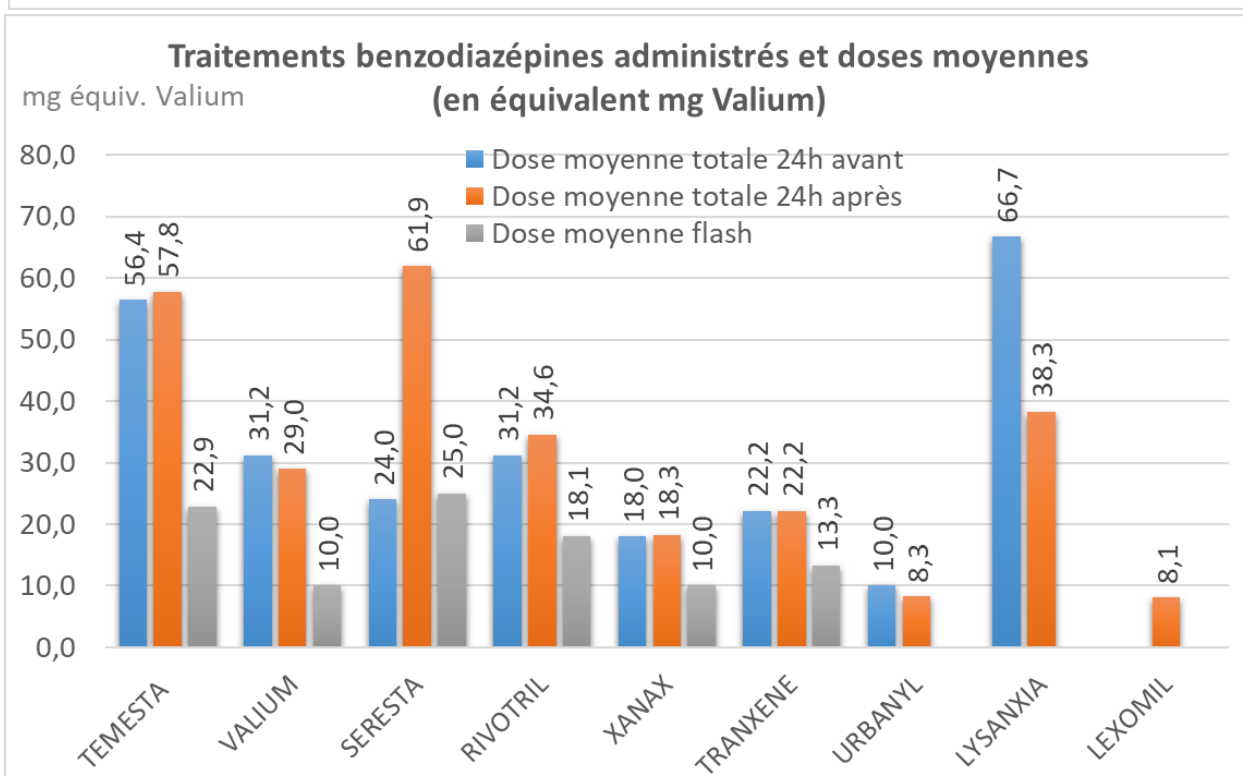
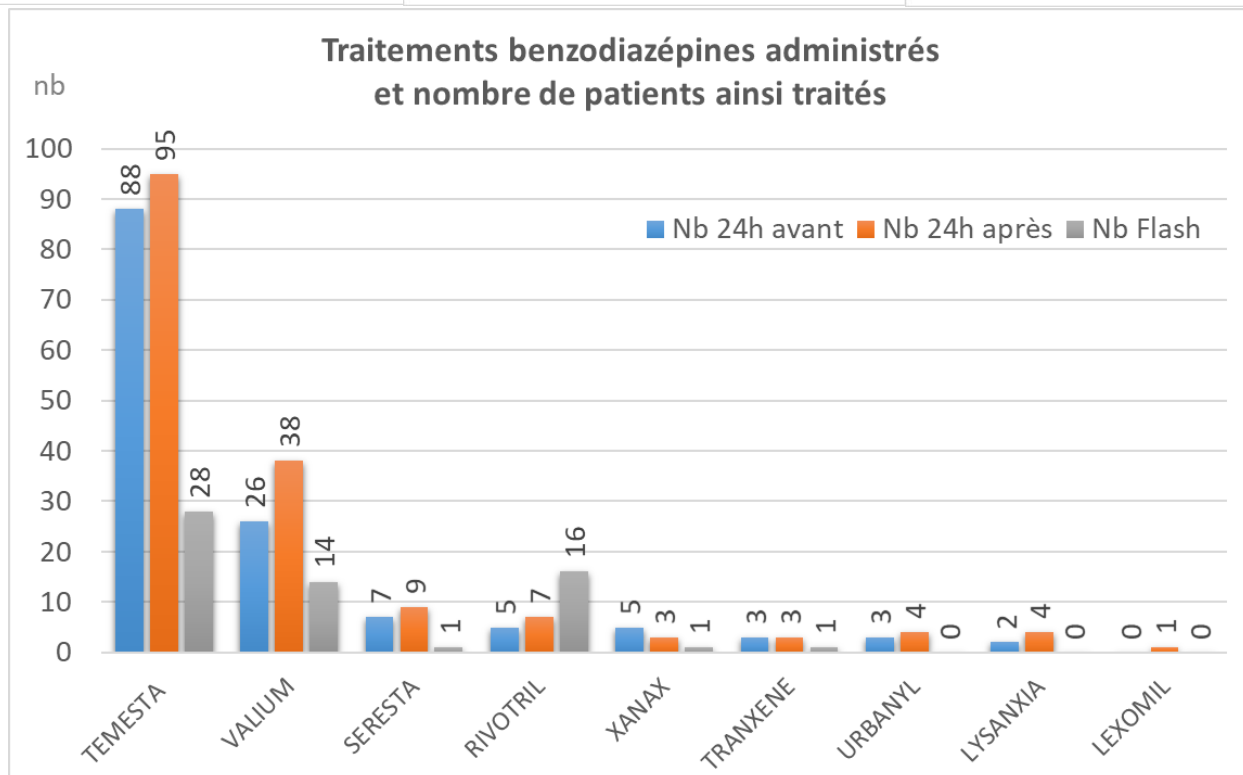
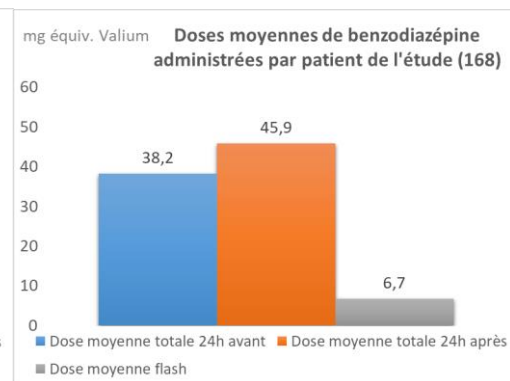
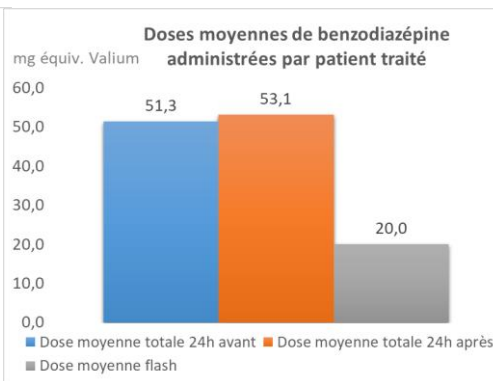
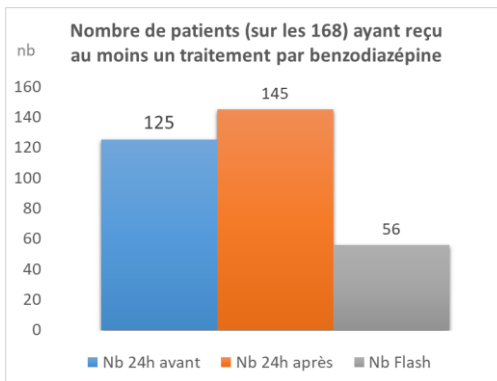
Prises flash

Un tiers des patients (n=56 ; 33,3%) a reçu une benzodiazépine en prise « flash », c'est-à-dire dans l'heure suivant la décision d'isolement. Les molécules essentiellement utilisées étaient le TEMESTA (n=28), le RIVOTRIL (n=16) et le VALIUM (n=14). Le RIVOTRIL et le VALIUM ont la possibilité d'être administrés en intra-musculaire, ce qui a été le cas dans la totalité des cas pour le RIVOTRIL (n=16), ponctuellement pour le VALIUM (n=5), et de manière anecdotique pour le TRANXENE (n=1). La dose flash moyenne administrée était de 20,0 mg d'équivalent VALIUM.

Au total, sur l'ensemble des patients, la dose flash moyenne était de 6,7 mg d'équivalent VALIUM.

Figure 3 : Description des traitements reçus par benzodiazépine

Nom de la molécule	Nb 24h avant	Nb 24h après	Nb Flash	Dose moyenne totale 24h avant en équivalent mg VALIUM	Dose moyenne totale 24h après en équivalent mg VALIUM	Dose moyenne flash en équivalent mg VALIUM
TEMESTA	88	95	28	56,4	57,8	22,9
VALIUM	26	38	14	31,2	29,0	10,0
SERESTA	7	9	1	24,0	61,9	25,0
RIVOTRIL	5	7	16	31,2	34,6	18,1
XANAX	5	3	1	18,0	18,3	10,0
TRANXENE	3	3	1	22,2	22,2	13,3
URBANYL	3	4	0	10,0	8,3	-
LYSANXIA	2	4	0	66,7	38,3	-
LEXOMIL	0	1	0	-	8,1	-
Au moins une benzodiazépine	125	145	56	51,3	53,1	20,0
Aucune benzodiazépine	43	23	112	-	-	-
Moyenne pour les 168 patients				38,2	45,9	6,7



3.2. Antipsychotiques

Les traitements par antipsychotique reçus par les patients sont détaillés dans le tableau 3 ci-dessous.

Comparaison avant-après

Dans les 24 heures précédant la décision d'isolement, 64,3% (n=108) des patients inclus ont bénéficié d'un traitement par antipsychotique. Comme pour les benzodiazépines, les doses administrées étaient très variables, allant de 0,5 à 258 mg d'équivalent ZYPREXA. Les molécules les plus utilisées étaient le TERCIAN (n=36), le LOXAPAC (n=28), le NOZINAN (n=14) et le CLOPIXOL (n=10) pour les antipsychotiques dits « typiques ». Soixante-dix-huit patients (46,4%) ont bénéficié d'un traitement par antipsychotique atypique, principalement par ABILIFY (n=26), RISPERDAL (n=20) et ZYPREXA (n=14). Enfin, 35,7% des patients (n=60) n'ont reçu aucun traitement par antipsychotique dans les 24 heures précédant l'isolement. La moyenne des doses administrées, lorsqu'il y avait un traitement par antipsychotique, était de 27,8 mg d'équivalent ZYPREXA.

Au total en considérant l'ensemble de la population étudiée, la dose moyenne d'antipsychotique administrée dans les 24 heures précédant l'isolement était de 17,8 mg d'équivalent ZYPREXA.

La proportion de patient ayant bénéficié d'un traitement antipsychotique dans les 24 heures suivant l'isolement était quant à elle de 79,8% (n=134). Cette augmentation était largement due à l'augmentation de proportion de patients traités par LOXAPAC (n=45), TERCIAN (n=47), et RISPERDAL (n=27). La dose moyenne administrée lorsqu'il y avait un traitement antipsychotique était de 29,1 mg d'équivalent ZYPREXA dans les 24 suivant l'isolement.

Au total, pour l'ensemble de la population étudiée, la dose moyenne d'antipsychotique administrée dans les 24 heures suivant l'isolement était de 23,2 mg d'équivalent ZYPREXA.

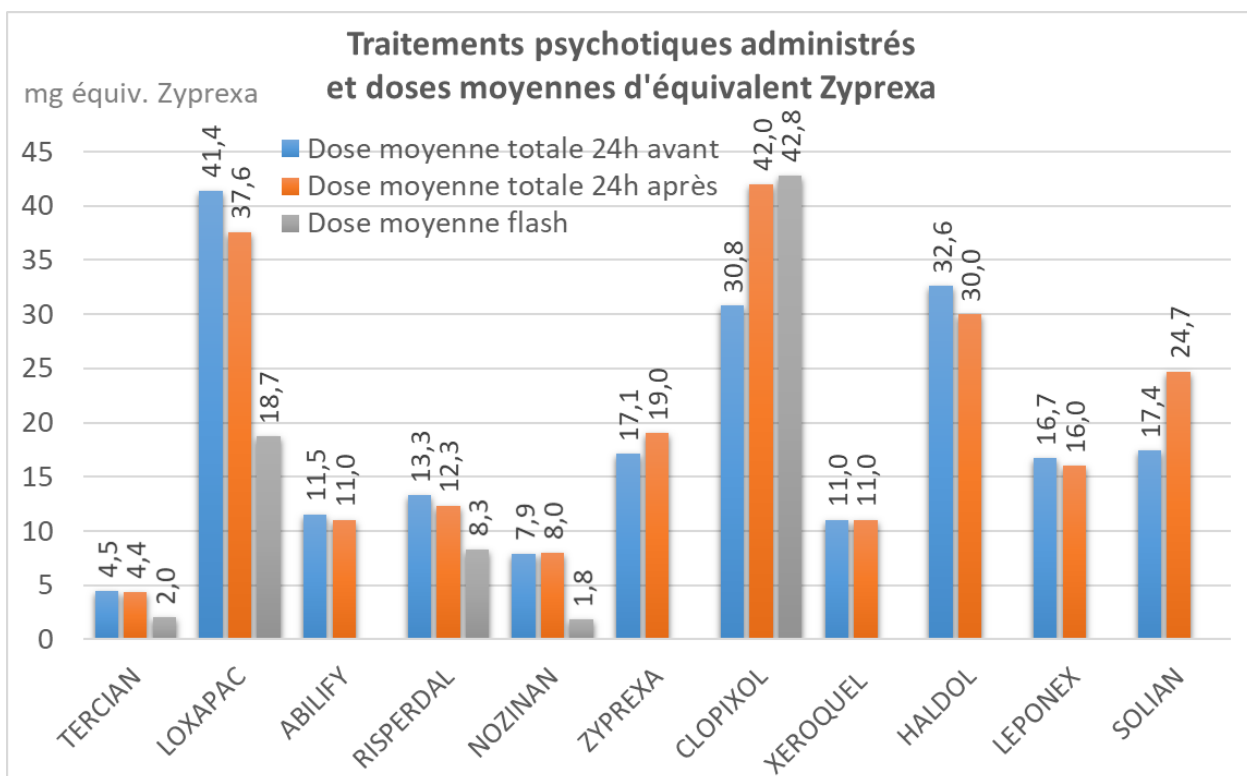
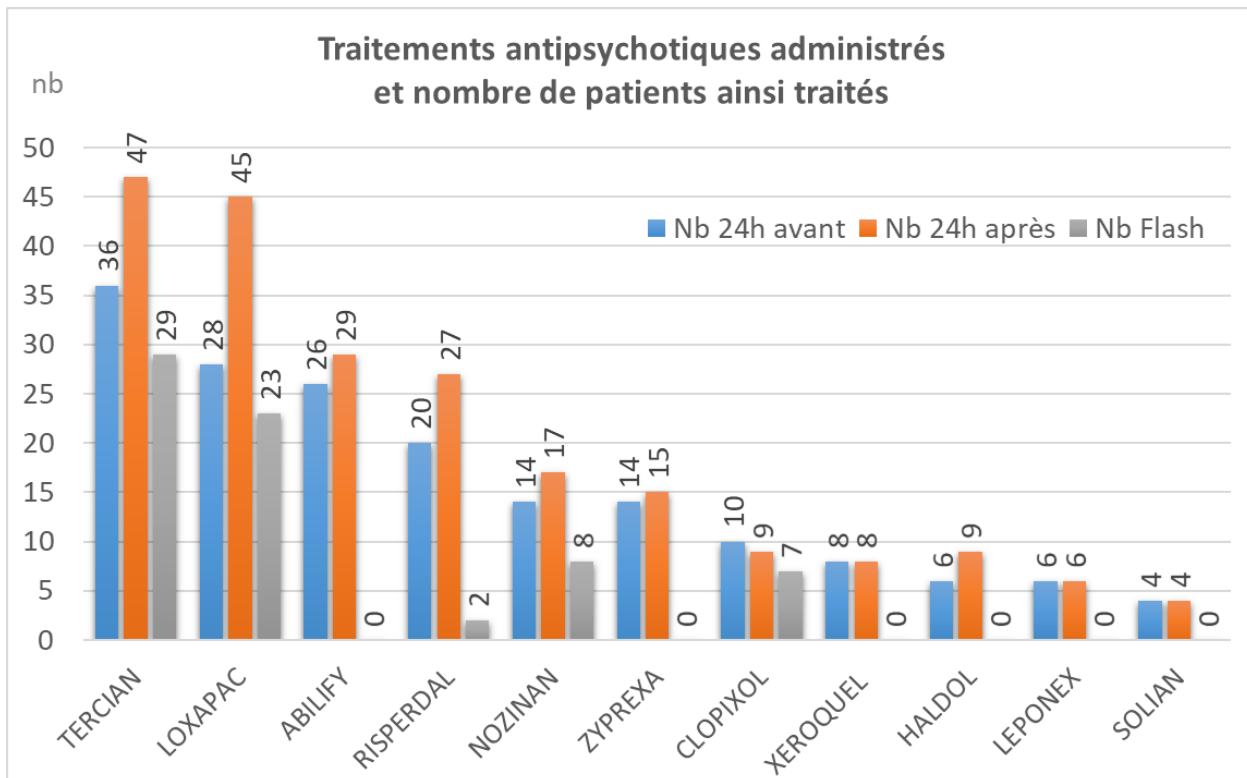
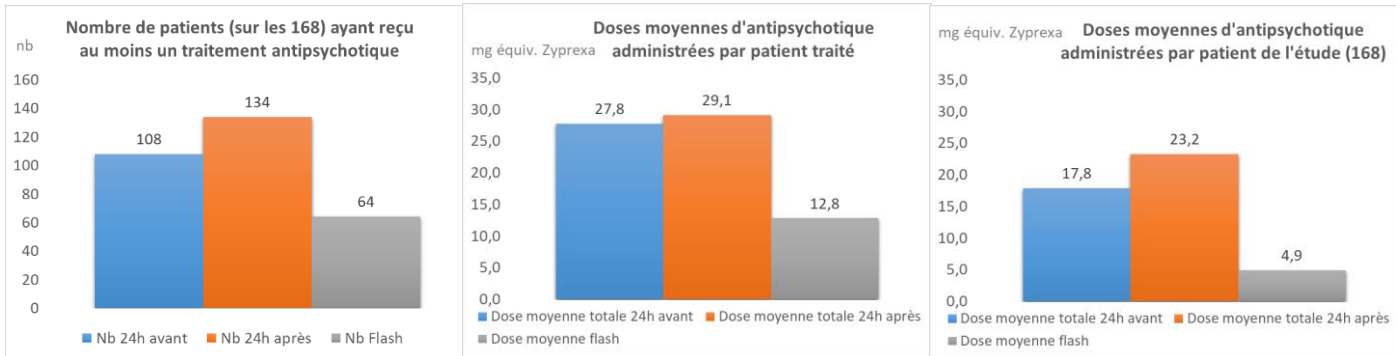
Prises flash

Soixante-quatre patients (38,1%) ont reçu un traitement flash par antipsychotique. Il s'agissait dans l'écrasante majorité des cas de traitements de première génération, réputés pour leur pouvoir sédatif, et avec la possibilité de l'administration par voie intra-musculaire (TERCIAN, n=29 ; LOXAPAC, n=23 ; NOZINAN, n=8 ; CLOPIXOL, n=7). Il est à noter que pour les 7 patients ayant bénéficié de la prise flash de CLOPIXOL, il s'agissait dans tous les cas de la voie IM à action semi-prolongée.

Au total, pour l'ensemble des patients, la dose moyenne d'antipsychotique administrée en flash était de 4,9 mg d'équivalent ZYPREXA.

Figure 4 : description des traitements reçus par antipsychotique

Nom de la molécule	Nb 24h avant	Nb 24h après	Nb Flash	Dose moyenne totale 24h avant (Equivalent mg ZYPREXA)	Dose moyenne totale 24h après (Equivalent mg ZYPREXA)	Dose moyenne flash (Equivalent mg ZYPREXA)
TERCIAN	36	47	29	89,7 (4,5)	88,1 (4,4)	40,3 (2,0)
LOXAPAC	28	45	23	125,5 (41,4)	113,8 (37,6)	56,7 (18,7)
ABILIFY	26	29	0	17,1 (11,5)	16,4 (11,0)	-
RISPERDAL	20	27	2	4,0 (13,3)	3,7 (12,3)	2,5 (8,3)
NOZINAN	14	17	8	158,2 (7,9)	160,4 (8,0)	35,9 (1,8)
ZYPREXA	14	15	0	17,1 (17,1)	19,0 (19,0)	-
CLOPIXOL	10	9	7	77,0 (30,8)	105,0 (42,0)	107,1 (42,8)
XEROQUEL	8	8	0	406,3 (11,0)	406,3 (11,0)	-
HALDOL	6	9	0	16,3 (32,6)	15,0 (30,0)	-
LEPONEX	6	6	0	333,3 (16,7)	320,8 (16,0)	-
SOLIAN	4	4	0	600 (17,4)	850 (24,7)	-
Au moins un antipsychotique	108	134	64	27,8	29,1	12,9
Aucun antipsychotique	60	34	104	-	-	-
Moyenne pour les 168 patients (équivalent mg ZYPREXA)				17,8	23,2	4,9



Discussion

Pour répondre à la question soulevée par cette thèse, qui est celle de mieux connaître les prescriptions médicamenteuses des patients isolés, notre étude a été menée sur les données de l'année 2019 dans les services de psychiatrie adulte de l'EPSM-AL. La totalité des ordonnances des patients isolés durant leur séjour a été analysée, en se focalisant sur les traitements utilisés pour l'anxiolyse et la sédation, au cœur de la gestion de l'agitation psychiatrique.

1. Résultats principaux

1.1. Les posologies ne changent pas, ce qui change c'est la proportion de patients traités

Les principaux résultats sont les suivants :

- Quand il est traité, la quantité de traitement administré au patient ne change pas entre les 24 heures avant et les 24 heures après l'isolement. Ce taux passe de 51,3 à 53,1 mg/24 heures d'équivalent VALIUM pour les benzodiazépines, et de 27,8 à 29,1 mg/24 heures d'équivalent ZYPREXA pour les antipsychotiques.
- Ce qui change, c'est la proportion de patients traités par ces molécules : elle passe de 74,4% à 86,3% pour les benzodiazépines, et de 64,3% à 79,8% pour les antipsychotiques.

Ces résultats sont surprenants. En effet, en plus de l'augmentation de la proportion des patients traités, on aurait pu s'attendre à une augmentation franche des doses prescrites chez les patients déjà traités, étant donné qu'ils ont été isolés entre-temps, et ce pour deux raisons principales :

1. La situation clinique justifiant l'isolement du patient de crise devrait nécessiter une adaptation du traitement
2. L'isolement est par lui-même anxiogène.

Or, la posologie moyenne reste la même. Plusieurs hypothèses peuvent permettre d'expliquer ce résultat :

a) L'aspect thérapeutique intrinsèque de l'isolement.

On pourrait avancer l'hypothèse d'un aspect thérapeutique du fait même d'être isolé, par la baisse des stimuli anxiogènes de l'environnement du patient par exemple. Dans la pratique clinique, de telles situations existent, et certains patients réclament même d'être isolés pour faire baisser leur tension interne, sans avoir recours à un moyen médicamenteux. Les recommandations de la HAS ne le préconisent pas, réservant la décision d'isolement comme dernier recours. Dans certains services, une chambre dite d'« apaisement », ouverte, est disponible pour de telles situations, c'est-à-dire isoler sans contraindre, mais ce dispositif n'existe pas dans les services de l'EPSM-AL que nous avons retenus. On pourrait penser que dans notre étude, la chambre d'isolement ait pu être utilisée dans l'esprit d'une chambre d'apaisement, sans nécessité donc de recours à un traitement. Cette hypothèse ne nous paraît pas plausible pour deux raisons : d'une part, ces situations sont rares ; d'autre part, la majorité des cas (59%) associait la contention physique à la décision d'isolement. Dans ces situations, aucun aspect thérapeutique de la contention ne peut être mis en avant selon nous si ce n'est la prévention pure des risques.

b) L'effet des prises flash.

Il est possible que l'absence d'augmentation de posologie soit due à la poursuite de l'effet anxiolytique ou sédatif induit par les traitements pris au moment de l'isolement. De fait, l'essentiel de la différence d'anxiolyse ou de sédation « avant/après » que nous avons observée est dû aux prises flash. Cependant, cette différence ne concerne qu'un nombre restreint de patients, et pour des posologies relativement modestes. Lors d'un précédent travail ((Jeanbart, 2020) mémoire DES), nous avons montré un taux anormalement bas de prescription de traitement flash au moment d'isoler ou de contenir un patient.

1.2. La posologie 24 heures avant est modeste

Une autre observation intéressante qui découle de nos résultats va à l'encontre des préjugés sur la psychiatrie, à savoir l'utilisation excessive de la sédation, en particulier chez les patients agités. En effet, notre patient « moyen », qui n'est certes pas représentatif du patient moyen de psychiatrie puisqu'il va subir une décision d'isolement, prend en moyenne (moyenne calculée sur les 168 patients, c'est-à-dire incluant les patients n'ayant pas eu de prescription)

38,2 mg d'équivalent VALIUM et 17,8 mg d'équivalent ZYPREXA / 24 heures, et bénéficie d'une augmentation moyenne (en comptant la prise « flash ») sur 24 heures de +14,4 mg d'équivalent VALIUM et +10,3 mg d'équivalent ZYPREXA. Ainsi, nos résultats tendent plutôt à montrer une sous-utilisation de l'arsenal thérapeutique en amont de l'isolement, qui pourrait prévenir cette mesure dite exceptionnelle.

Cette observation surprend. Elle décrit un phénomène étonnant autour de la question épineuse de l'isolement en psychiatrie, car nous nous attendions à observer des posologies plus fortes prescrites avant de prendre la décision (radicale) d'isoler un patient. Ainsi, notre étude pourrait être le reflet soit d'une sous-utilisation par les psychiatres de l'anxiolyse et de la sédation des patients qu'ils isolent, soit d'une sur-représentation des décisions d'isolement dans les cas où elle n'est pas ou mal indiquée. Dans tous les cas, notre étude pointe un certain paradoxe, jamais mis en lumière dans la littérature.

Regardons à présent le détail des molécules utilisées par les psychiatres. En effet, notre étude met en évidence de manière franche la prépondérance de quelques molécules « phares ».

2. Analyse du choix des molécules

2.1. Benzodiazépines

Parmi les benzodiazépines, le TEMESTA (lorazépam) est la molécule la plus souvent utilisée (plus de la moitié des patients inclus prenaient du TEMESTA). Ce choix préférentiel s'explique en grande partie par les propriétés pharmacocinétiques du lorazépam, qui possède une bonne biodisponibilité et une demi-vie courte de 10 à 20h (Marder, 2006). Quant à la posologie, elle est modérée, autour des 5 mg/24h.

Le choix de cette molécule est également prépondérant (environ 50% des cas) lors de l'isolement, avec une posologie « flash » d'en moyenne 2,3 mg.

Il est à noter que ce traitement n'est pas disponible par voie IM en France, alors que cette voie est très utilisée aux Etats-Unis par exemple (Wilson et al., 2012).

L'autre benzodiazépine très utilisée est le VALIUM (diazépam ; 15% des patients avant l'isolement et 23% après). Ce traitement possède l'AMM en France pour l'agitation d'origine neuropsychiatrique. Il a une demi-vie plus longue. La posologie était d'environ 30 mg/24 heures.

En prise « flash », elle a été utilisée chez 8% des patients, avec une posologie moyenne de 10 mg. Il est notable que l'administration par voie IM (5 fois sur 14) soit relativement modeste (par rapport au RIVOTRIL par exemple), probablement du fait de la faible biodisponibilité de la molécule par voie IM.

Notons que du fait de sa longue demi-vie, ce traitement est habituellement privilégié chez les patients présentant des manifestations de sevrage alcoolique, situation à risque d'agitation dans un service de psychiatrie, mais nécessitant peu souvent d'en arriver à l'isolement. Il est possible que l'augmentation de près de 50% du nombre de patients traités par VALIUM à la suite de l'isolement (26 à 38) soit reliée à ces situations. Cependant, la relative faible quantité moyenne (30 mg/24h) et l'absence d'augmentation de la posologie moyenne tempèrent cette possibilité.

Concernant le RIVOTRIL, ce traitement est normalement utilisé en France pour ses propriétés anticonvulsivantes et ne possède pas l'AMM pour l'indication de l'agitation. Cependant, il a comme avantage une très bonne biodisponibilité par voie IM. Ainsi, il a été choisi à 16 reprises (près de 10% des patients inclus) lors du traitement flash.

Le choix d'autres benzodiazépines (SERESTA, oxazépam ; XANAX, alprazolam, TRANXENE, clorazépate) était beaucoup plus anecdotique. Rappelons toutefois que l'oxazépam doit être privilégié en cas d'insuffisance hépatique, ou dans les cas de grossesse, et que le TRANXENE possède l'AMM en France pour le traitement de l'agitation d'origine neuropsychiatrique

2.2. Antipsychotiques

Antipsychotiques de première génération

Des antipsychotiques de première génération ont été utilisés pour leur propriété sédative, médiée en partie par leur effet antihistaminique central.

Parmi cette classe, les phénothiazines, en particulier le TERCIAN (cyamémazine) et le NOZINAN (lévomépromazine), neuroleptiques dit « low potency » en raison de leur faible affinité pour le récepteur D2, sont fréquemment utilisés, même si le niveau de preuve scientifique de leur administration PO dans cette indication est faible (Garriga et al., 2016).

Ainsi, pour le TERCIAN, la proportion des patients traités est de 21% avant l'isolement, et monte à 28% après, avec une posologie moyenne d'environ 90 mg/24h qui elle reste stable. De manière intéressante, les posologies de NOZINAN utilisées sont nettement supérieures (environ 160 mg/24h), révélant peut-être ici un facteur psychiatre-dépendant, selon les habitudes de prescription de chacun en termes de préférence de molécule et de posologie. Cependant, la tendance de fond observée dans cette étude, à savoir la stabilité des doses avant/après, reste une constante de ces résultats.

En outre, nos observations confirment l'importance de la prescription de ces molécules dans les hôpitaux français (Bret et al., 2009).

Le LOXAPAC (loxapine) est également fréquemment prescrit (17% avant, 27% après l'isolement) avec ainsi un fort taux d'augmentation du nombre de patients traités après isolement, même si là encore la posologie moyenne utilisée reste stable, voire diminue légèrement (126 mg/24h avant, 114 mg/24h après). Il s'agit là aussi du reflet d'une utilisation fréquente propre à la pratique française (Bourdinaud and Pochard, 2003). Notons pour l'anecdote qu'aucun recours à la loxapine inhalée n'a été observé, malgré son intérêt prometteur dans la gestion de l'agitation (de Berardis et al., 2017).

Concernant le CLOPIXOL (zuclopenthixol), il a été prescrit à quelques patients (10 avant, 9 après l'isolement). De manière notable, il a aussi été prescrit à 7 patients en prise flash, à chaque fois sous la forme ASP (Action Semi-Prolongée), dont la particularité est d'avoir un effet prolongé sur 3 jours, avec un fort pouvoir sédatif. Ainsi, pour ces patients en particulier, le résultat principal de notre étude (l'observation de l'absence d'augmentation de posologie des traitements) est à modérer dès lors qu'on considère le fait que la prise d'un traitement flash peut parfois justifier qu'on n'augmente pas les posologies habituelles des traitements anxiolytiques ou sédatifs déjà en place, surtout si l'effet sédatif dure plusieurs heures voire jours.

Enfin, l'HALDOL (halopéridol) n'a été que très peu utilisé, ce qui contraste avec son large usage dans de nombreux pays pour la gestion de l'agitation (Currier et al., 2004; Marder, 2006; Rocca et al., 2006).

Antipsychotiques de deuxième génération

Près de la moitié (46%) des patients avait reçu un traitement par antipsychotique de deuxième génération dans les 24 heures précédant l'isolement.

Le RISPERDAL (rispéridone) a vu son taux de prescription passer de 12 à 16% pour des posologies globalement identiques (environ 4 mg/24h). Cette augmentation de prescription est sans doute le reflet de la lutte contre les symptômes psychotiques, avec peut-être l'initiation d'un traitement de fond.

Le ZYPREXA (olanzapine) a un taux de prescription quasiment inchangé (14 avant, 15 après l'isolement), et aucune utilisation flash, contrastant là aussi avec les pratiques existant dans d'autres pays, notamment aux Etats-Unis, où le recours à l'olanzapine dans le traitement de l'agitation chez le psychotique est habituel, que ce soit par voie orale ou voie IM (Battaglia et al., 2003; Garriga et al., 2016).

Pour l'ABILIFY (aripiprazole), le XEROQUEL (quétiapine), le SOLIAN (amisulpride) et le LEPONEX (clozapine), les taux avant-après sont globalement similaires tant pour la proportion des patients traités que pour les posologies reçues.

Il est à noter que seuls 2 patients ont bénéficié d'un traitement flash par antipsychotique de deuxième génération (les deux fois du RISPERDAL), confirmant par là-même leur sous-utilisation en France dans la gestion de l'agitation.

3. Limites de l'étude et perspectives

La principale limite de notre étude est l'absence d'informations cliniques, qu'elle concerne l'indication de l'isolement, ou le diagnostic du patient. De ce point de vue, il est vrai que les situations amenant à un isolement sont diverses : agitation maniaque, imminence d'un geste suicidaire, dissociation traumatique, passage à l'acte hétéro-agressif dans un contexte de frustration, symptômes psychotiques envahissants, etc. (Dumont et al., 2012). Ainsi, contextualiser l'indication de l'isolement permettrait d'affiner l'observation des pratiques concernant les prises médicamenteuses en les reliant à diverses situations cliniques.

De même, les moyens mis en œuvre en prévention de cette mesure (stratégies de désescalade, espace d'apaisement) n'ont pas été recherchés.

Une autre limite de l'étude concerne la question des équivalences des psychotropes. En effet, dans notre méthodologie, nous nous sommes référés à la littérature faisant autorité (Ashton, 2002; Gardner et al., 2010), en convertissant les différentes molécules aux propriétés certes similaires, mais malgré tout très variées. Il s'agit d'un sujet complexe (Leucht et al., 2016; Patel et al., 2013). Sur les équivalences des antipsychotiques en particulier, la question est délicate, eu égard à la diversité des mécanismes d'action pharmacologique. Il s'agit principalement d'étudier l'efficacité des traitements sur le plan clinique, basée sur les modèles dopaminergiques des syndromes psychotiques. Or notre étude se focalise principalement sur l'action sédatrice, médiée par l'action antihistaminique et anticholinergique notamment. De fait, nous retrouvons dans notre étude des variations importantes dans les équivalents ZYPREXA entre les différentes molécules analysées. Cependant et de manière intéressante, la comparaison molécule par molécule montre une tendance similaire, à savoir l'absence d'augmentation franche des posologies, quelque soit la molécule utilisée.

De plus, cette étude ne prétend pas répondre à une question qui pourtant serait utile pour la pratique : quel est l'impact de la prescription des traitements anxiolytiques et sédatifs sur la durée de l'isolement ? Malheureusement, cette donnée a été impossible à recueillir pour des raisons pratiques : la date et l'heure de la levée d'isolement ne sont pas toujours tracées du fait d'une mauvaise utilisation du logiciel de prescription. Répondre à cette question permettrait d'obtenir une donnée utile à la pratique médicale dans les services de psychiatrie adulte.

De même, l'impact des traitements anxiolytiques ou sédatifs sur le vécu de l'isolement ou de la contention des patients est une autre donnée qu'il serait intéressant d'étudier.

Conclusion

Notre étude est délibérément globale : elle a observé les pratiques médicamenteuses lors de l'isolement, tout type d'indications confondues et sans a priori clinique sur cette décision.

Cette méthodologie, malgré ses inconvénients intrinsèques que nous avons discutés, a l'avantage de proposer une image homogène et globale de la situation, et cette prise de hauteur permet de mettre en lumière une observation objective jamais établie dans la littérature. Elle propose une réflexion pour le psychiatre exerçant dans les services de psychiatrie adulte de secteur :

1) Anxiolysons-nous et sédatons-nous correctement les patients lorsque nous décidons de les isoler ?

2) Utilisons-nous à bon escient tout l'arsenal thérapeutique médicamenteux disponible pour prévenir les situations d'isolement ?

Espérons que ce travail permette une prise de conscience de nos pratiques, et nourrisse la réflexion du praticien confronté au quotidien aux situations de crise.

Annexe

Equivalents VALIUM et ZYPREXA utilisés dans l'étude, d'après Ashton (2002) et Garner (2010)

Equivalence
en mg pour
10 mg de
VALIUM
(diazépam)

TEMESTA (lorazépam)	1
VALIUM (diazépam)	10
SERESTA (oxazépam)	20
RIVOTRIL (clonazépam)	0,5
XANAX (alprazolam)	0,5
TRANXENE (clorazépate)	15
URBANYL (clobazam)	20
LYSANXIA (prazépam)	15
LEXOMIL (bromazépam)	5,5

Equivalence
en mg pour
1 mg de
ZYPREXA
(olanzapine)

TERCIAN (cyamémazine)	20*
LOXAPAC (loxapine)	3,03
ABILIFY (aripiprazole)	1,49
RISPERDAL (rispéridone)	0,3
NOZINAN (lévomépromazine)	20
ZYPREXA (olanzapine)	1
CLOPIXOL (zuclopenthixol)	2,5
XEROQUEL (quétiapine)	37,04
HALDOL (halopéridol)	0,5
LEPONEX (clozapine)	20
SOLIAN (amisulpride)	34,48

* En l'absence de données, équivalence similaire à la lévomépromazine

Bibliographie

- Ashton, C.H., 2002. Benzodiazepines: How They Work & How to Withdraw, Prof C H Ashton DM, FRCP, 2002 [WWW Document]. URL <https://www.benzo.org.uk/manual/> (accessed 9.24.21).
- Baratta, A., 2009. L'utilisation de la chambre d'isolement comme soin en psychiatrie adulte Partie I Étude pilote au Centre de Brumath (EPSAN, Alsace Nord). *Perspectives Psy* Vol. 48, 278–285.
- Bourdaïs, C., Benoit, M., Bakirci, S., Staccini, P., 2020. Analyse des mesures d'isolement et de contention des patients hospitalisés en psychiatrie au CHU de Nice. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, VIIe Colloque national organisé conjointement par l'Association des Epidémiologistes de langue française (Adelf) et par l'Association Evaluation, management, organisations, santé (Emois) Livre des résumés présentés au Congrès Paris, 12 et 13 mars 2020 68, S49. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.01.110>
- Bourdinaud, V., Pochard, F., 2003. [Survey of management methods for patients in a state of agitation at admission and emergency departments in France]. *Encephale* 29, 89–98.
- Bret, P., Bret, M.-C., Queuille, E., 2009. [Prescribing patterns of antipsychotics in 13 French psychiatric hospitals]. *Encephale* 35, 129–138. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.03.007>
- Cano, N., Boyer, L., Garnier, C., Michel, A., Belzeaux, R., Chabannes, J.-M., Samuelian, J.-C., Harle, J.-R., 2011. [Patients' perception of seclusion in psychiatry: ethical perspectives]. *Encephale* 37 Suppl 1, S4-10. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.04.013>
- Contrôleur général des lieux de privation de liberté (France), 2016. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Dalloz, Paris.
- Currier, G.W., Allen, M.H., Bunney, E.B., Daniel, D.G., Francis, A., Jagoda, A., Zimbroff, D., 2004. Standard therapies for acute agitation. *J Emerg Med* 27, S9-12; quiz S7. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2004.09.001>
- de Berardis, D., Fornaro, M., Orsolini, L., Iasevoli, F., Tomasetti, C., de Bartolomeis, A., Serroni, N., Valchera, A., Carano, A., Vellante, F., Marini, S., Piersanti, M., Perna, G., Martinotti, G., Di Giannantonio, M., 2017. The Role of Inhaled Loxapine in the Treatment of Acute Agitation in Patients with Psychiatric Disorders: A Clinical Review. *Int J Mol Sci* 18. <https://doi.org/10.3390/ijms18020349>
- Dumont, A., Giloux, N., Terra, J.-L., 2012. Observation et évaluation d'une pratique clinique : l'isolement à l'unité médicale d'accueil du Centre Hospitalier Le Vinatier, à Bron. *L'information psychiatrique* Volume 88, 687–693.
- Gardner, D.M., Murphy, A.L., O'Donnell, H., Centorrino, F., Baldessarini, R.J., 2010. International consensus study of antipsychotic dosing. *Am J Psychiatry* 167, 686–693. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09060802>
- Garriga, M., Pacchiarotti, I., Kasper, S., Zeller, S.L., Allen, M.H., Vázquez, G., Baldaçara, L., San, L., McAllister-Williams, R.H., Fountoulakis, K.N., Courtet, P., Naber, D., Chan, E.W., Fagiolini, A., Möller, H.J., Grunze, H., Llorca, P.M., Jaffe, R.L., Yatham, L.N., Hidalgo-Mazzei, D., Passamar, M., Messer, T., Bernardo, M., Vieta, E., 2016. Assessment and management of agitation in psychiatry: Expert consensus. *World J Biol Psychiatry* 17, 86–128. <https://doi.org/10.3109/15622975.2015.1132007>
- Gutheil, T.G., 1978. Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient. *Am J Psychiatry* 135, 325–328. <https://doi.org/10.1176/ajp.135.3.325>

- Jeanbart, P., 2020. Etude observationnelle des prises médicamenteuses des patients isolés en psychiatrie adulte. Mémoire DES psychiatrie, Lille 2020
- Laurent, O., Godillon, L., Biotteau, M., Baron, S., Grammatico-Guillon, L., Laurent, E., 2020. [Involuntary detention and seclusion measures in psychiatry: Where are we now? A regional Centre-Val de Loire 2012-2017 study]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2020.02.001>
- Leucht, S., Samara, M., Heres, S., Davis, J.M., 2016. Dose Equivalents for Antipsychotic Drugs: The DDD Method. *Schizophr Bull* 42 Suppl 1, S90-94. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv167>
- Mann, L.S., Wise, T.N., Shay, L., 1993. A prospective study of psychiatry patients' attitudes toward the seclusion room experience. *Gen Hosp Psychiatry* 15, 177–182. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(93\)90122-5](https://doi.org/10.1016/0163-8343(93)90122-5)
- Marder, S.R., 2006. A review of agitation in mental illness: treatment guidelines and current therapies. *J Clin Psychiatry* 67 Suppl 10, 13–21.
- McCoy, S.M., Garritson, S., 1983. Seclusion. The process of intervening. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 21, 8–15.
- Meehan, T., Vermeer, C., Windsor, C., 2000. Patients' perceptions of seclusion: a qualitative investigation. *J Adv Nurs* 31, 370–377. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.01289.x>
- Morisset, J., 2018. [Reclusion and physical restraint in psychiatry: Influencing factors and alternatives.]. *Rech Soins Infirm* 78–90. <https://doi.org/10.3917/rsi.132.0078>
- Palazzolo, J., 2004. [About the use of seclusion in psychiatry: the patients' point of view]. *Encephale* 30, 276–284. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(04\)95440-1](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(04)95440-1)
- Palazzolo, J., Chignon, J.M., Chabannes, J.P., 1999. [The use of therapeutic isolation and confinement in psychiatry. A prospective study]. *Encephale* 25, 477–484.
- Patel, M.X., Arista, I.A., Taylor, M., Barnes, T.R.E., 2013. How to compare doses of different antipsychotics: a systematic review of methods. *Schizophr Res* 149, 141–148. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.06.030>
- Pechberty, S., 2017. La chambre d'isolement en psychiatrie adulte et pédopsychiatrie : réflexions cliniques et revue de la littérature 106.
- Rocca, P., Villari, V., Bogetto, F., 2006. Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 30, 586–598. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2006.01.015>
- Sailas, E., Fenton, M., 2000. Seclusion and restraint for people with serious mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* CD001163. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001163>
- Wilson, M.P., Pepper, D., Currier, G.W., Holloman, G.H., Feifel, D., 2012. The psychopharmacology of agitation: consensus statement of the american association for emergency psychiatry project Beta psychopharmacology workgroup. *West J Emerg Med* 13, 26–34. <https://doi.org/10.5811/westjem.2011.9.6866>

AUTEUR : Nom : JEANBART

Prénom : Pierre

Date de soutenance : 18 octobre 2021

Titre : Etude observationnelle des prises de benzodiazépine et d'antipsychotique lors de l'isolement dans les services de psychiatrie adulte de l'EPSM-AL

Thèse - Médecine - Lille 2021

Cadre de classement : Psychiatrie DES : Psychiatrie

Mots-clés : isolement ; contention ; anxiolyse ; sédation ; benzodiazépine ; antipsychotique

Résumé : L'isolement et la contention dans les services de psychiatrie sont des pratiques fréquentes auxquelles le psychiatre est régulièrement confronté et dont il doit évaluer, indiquer et définir les modalités. Ces pratiques suscitent un débat éthique, sociétal et juridique. Les indications et modalités d'isolement et de contention sont encadrées par la loi et par les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Pourtant, les pratiques d'anxiolyse ou de sédation médicamenteuse intervenant avant et après l'isolement n'ont jamais été évaluées. Cette étude observationnelle rétrospective a recueilli les prescriptions de benzodiazépine et d'antipsychotique administrés dans les 24 heures précédant et les 24 heures suivant l'isolement ou la contention des patients de 9 services de psychiatrie adulte de l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Agglomération Lilloise (EPSM-AL) au cours de l'année 2019. Cent soixante-huit patients ont été inclus. La quantité moyenne administrée sur 24 heures est passée de 38,2 à 45,9 mg d'équivalent VALIUM pour les benzodiazépines, et de 17,8 à 23,2 mg d'équivalent ZYPREXA pour les antipsychotiques. Cette augmentation était essentiellement liée à la proportion de patients traités (introduction d'un traitement après l'isolement) et non pas à une augmentation de la posologie pour les patients déjà traités. Cette étude montre donc un relatif faible recours à l'administration médicamenteuse en amont de la décision de l'isolement, qui contraste avec les situations cliniques aiguës impliquant cette décision radicale. Les raisons possibles de ce résultat surprenant y sont discutées.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Docteur Charles-Edouard NOTREDAME

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Maxime BUBROVSZKY