UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2017 2017 TOU3 1582

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Dorian MICHAUD

Le 29 septembre 2017

La place des unités sécurisées psychiatriques pour le patient difficile : Création d'une Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) à Albi

Directeur de thèse : Dr Olivier TELLIER

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Assesseur
Monsieur le Professeur Alain GRAND	Assesseur
Monsieur le Docteur Julien BILLARD	Assesseur
Madame le Docteur Juliette SALLES	Suppléant

UNIVERSITÉ TOULOUSE III PAUL SABATIER

TABLEAU du PERSONNEL HU

des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier

au 1er septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri
Professeur Honoraire	M. GEDEON André
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques
Professeur Honoraire	M. RIBET André
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. BERNADET
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COMBELLES
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard
Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur CONTÉ Jean
Professeur MURAT
Professeur MANELFE Claude
Professeur LOUVET P.
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur CARATERO Claude
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur ADER Jean-Louis
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur LARENG Louis
Professeur JOFFRE Francis
Professeur BONEU Bernard
Professeur DABERNAT Henri
Professeur BOCCALON Henri
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur SIMON Jacques
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur ARBUS Louis
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur Jacques LAGARRIGUE

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex **Doyen : D. CARRIE**

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépato-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépato-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale		**P.U. Médecine générale**	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex — **Doyen : E. SERRANO**

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDI Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry	

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne
Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

NOVEMBRE 2016

Remerciements

A notre président de Jury de Thèse,

Monsieur le Professeur Christophe Arbus
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier
Psychiatrie

Vous me faites l'honneur de juger mon travail en présidant mon jury de thèse, je vous en remercie.

Bien que je n'aie pas eu la chance de travailler avec vous sur votre spécialité de psychiatrie du sujet âgé, je vous suis cependant reconnaissant pour votre disponibilité, votre bienveillance et vos riches enseignements tout au long de mon internat.

Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma gratitude et de mon plus profond respect.

Monsieur le Professeur Laurent Schmitt
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier
Psychiatrie

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'accepter de juger mon travail en participant à ce jury.

J'ai eu le plaisir de travailler dans l'un de vos services au cours de mon internat, j'ai apprécié votre bienveillance, votre soutien ainsi que la qualité des enseignements que j'ai pu recevoir.

L'intérêt que vous avez pu porter à mon travail et nos divers échanges m'ont beaucoup apportés, je vous en suis reconnaissant.

Je vous prie de bien vouloir trouver, dans ce travail, le témoignage de ma gratitude et mon respect le plus sincère.

Monsieur le Professeur Alain Grand
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier
Santé Publique

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger mon travail et je vous en remercie.

Je n'ai pas eu l'occasion de travailler avec vous durant mon internat, mais je porte un grand intérêt à votre discipline, qui fait partie intégrante de mon sujet de thèse.

J'ai particulièrement apprécié nos échanges et les conseils que vous avez pu m'apporter à ce sujet. Je suis touché que vous puissiez apporter votre regard sur ce travail, en tant que spécialiste de la Santé Publique.

Pour cela, je tenais à vous témoigner ma reconnaissance et mon plus grand respect.

Monsieur le Dr Julien Billard,
Praticien Hospitalier
Psychiatrie

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury et de me faire l'honneur de juger mon travail.

Je vous suis reconnaissant pour votre disponibilité et pour l'intérêt que vous avez pu porter à mon sujet de thèse, d'autant qu'il peut directement concerner vos patients et votre pratique professionnelle.

Je vous prie de bien vouloir retrouver dans ce travail tout mon respect et ma reconnaissance la plus sincère.

Madame le Dr Juliette Salles,
Chef de clinique,
Psychiatrie

C'est avec beaucoup de gentillesse que tu m'as fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse.

J'ai eu l'occasion de te côtoyer de nombreuses fois au cours de mon internat. J'ai particulièrement apprécié tes qualités relationnelles, humaines, ainsi que tes connaissances que tu as toujours plaisir à partager.

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail et j'espère que tu y trouveras la marque de ma gratitude et de mon respect le plus sincère.

A notre directeur de thèse,

Monsieur le Dr Olivier Tellier
Chef de pôle UMD d'Albi
Psychiatrie

Je me souviens encore du jour où nous avons parlé ensemble de ce projet pour la première fois, au milieu d'un couloir de l'UMD. Quelques années plus tard, ce projet a avancé et ce travail de thèse est sur le point d'être jugé.

Je tenais particulièrement à te remercier, non seulement pour tes riches enseignements au cours de mes stages mais surtout pour avoir su partager et transmettre ta passion pour notre si belle spécialité.

Tes qualités humaines et l'investissement dont tu fais preuve au quotidien sont des exemples dont j'espère continuer à m'inspirer au cours des prochaines années.

Ce travail rend compte de notre projet commun, mais aussi de l'intérêt que je porte aux patients et à mes confrères. J'espère que tu y trouveras la marque de ma gratitude et de mon respect le plus profond.

Remerciements pour le travail de thèse

Je tiens à remercier l'ensemble des intervenants ayant participé à ce travail de thèse.

Ainsi, je remercie l'ensemble des psychiatres ayant accepté de témoigner de leur pratique dans l'ensemble des services d'admissions du Midi-Pyrénées : les 4 UF du CHU de Purpan, les divers secteurs de l'hôpital Marchant à Toulouse, le CHS de Lannemezan, le CHS du Gers à Auch, le CHS de Montauban, les CH de Saint-Girons et de Lavaur, les fondations de Sainte Marie de Rodez ou du Bon Saveur d'Alby, ainsi que l'institut Camille Miret à Leyme.

Je remercie aussi l'ensemble des psychiatres et cadres de santé des UMD, des USIP ou des UHSA que j'ai contactés, toujours disponibles pour répondre à mes questions.

Je tiens particulièrement à remercier les équipes qui ont accepté et qui ont pris le temps de m'accueillir pour visiter leurs unités : UMD et USIP de Cadillac, UMD et USIP d'Eygurande, USI de Montpellier.

Mes prochains remerciements iront à l'ensemble des équipes du Bon Sauveur d'Alby travaillant depuis plusieurs mois sur ce projet de création d'une USIP au sein de leur structure.

Je n'oublie pas les équipes de l'UMD d'Albi, et notamment ses psychiatres et cadres de santé, qui m'ont soutenu dans ce travail. Une pensée particulière au Dr Hoechstetter, impliqué lui aussi dans ce projet.

Enfin, je remercie les divers intervenants ayant pu me prodiguer de précieux conseils tout au long de cet écrit.

Remerciements pour l'ensemble de mon internat

Merci à l'ensemble des services et des équipes qui m'ont accueilli tout au long de mon internat. Ils sont nombreux et éparpillés aux 4 coins du Midi-Pyrénées. Merci donc aux équipes de Lannemezan, d'Auch, d'Albi, du CHU de Toulouse et du Collectif Saint-Simon.

Je vous adresse toute ma gratitude pour l'humanité, la joie, le soutien et les enseignements que vous avez pu m'apporter.

Remerciements personnels

A mes amis,

Merci à mes co-internes de promo ou de stage pour ces bons moments passés ensemble. Remerciements particuliers à vous Amandine, Julie, Sarah, Emilie et Sara pour votre présence et votre écoute. Merci spécial à vous Jérém' et Rebe' pour votre aide et votre disponibilité, dans la thèse mais aussi en dehors.

Petite pensée à mes amis du lycée (Antho, Elvys, Mélanie, Marion, Tom'...), moi aussi j'ai enfin fini ! A mes amis de la fac, où tout à commencé dans un amphi d'Orsay. Kéké, Mama, Laeti, Yannick, Quentin, Guigui... merci à vous !

Titou, merci pour la bonne humeur, le soutien et tous ces bons moments. De toute façon, ça ne va pas s'arrêter de si tôt.

Jésus, toi qui sais si bien que rien n'est acquis et qu'il faut persévérer, merci milles fois pour avoir toujours été là dans les bons comme dans les mauvais moments.

Mymy, toi qui es toujours présente quand il faut, il est difficile de trouver les mots pour te remercier pour ces dix dernières années. Merci du fond du cœur.

A Alain, toi qui m'as tant appris, tant apporté, je ne t'oublie pas. A défaut de pouvoir te remercier en personne, j'espère que ces quelques lignes pourront cependant t'apporter une certaine fierté, où que tu sois.

A tous ceux que je ne peux citer, car il y en a, je pense aussi à vous.

A ma famille,

A mes parents, merci pour votre soutien indéfectible, votre patience et votre investissement sans lesquels je n'aurais pu en arriver là. Ces quelques pages sont aussi le résultat de toutes ces années, c'est alors merci encore pour tout !!!

Je remercie aussi l'ensemble de ma famille, mes grands-parents pour leur tendresse, mes oncles et tantes pour leur bonne humeur, mes cousins et cousines pour avoir su me supporter depuis tant d'années !

A mes amours,

A toi, Aléna, ma puce, qui me remplie de bonheur chaque jour depuis près d'un an et demi. Tu ne le sais pas, mais ta bonne humeur constante, tes supers blagues et ton affection sans faille m'ont beaucoup aidé. Je t'aime.

A toi, Aurélie, je pense qu'on peut dire qu'on en a bien bavé tous les deux, toi possiblement plus que moi et qu'on a quand même pas mal collectionné les galères. Je ne saurais jamais comment te remercier pour ton soutien sans faille durant toutes ces années. Ce fut long, je ne vais pas prétendre qu'on a passé le plus dur, mais on va maintenant pouvoir en profiter. Si j'en suis ici, c'est surtout grâce à toi, tu me pousses à donner le meilleur de moi-même chaque jour. Merci pour tout mon cœur, je t'aime.

Table des matières

INTRODUCTION : 19

PARTIE 1 : ETATS DES LIEUX DES UNITES SECURISEES DANS LE SYSTEME DE SOIN PSYCHIATRIQUE FRANÇAIS 21

I. LES UNITES POUR MALADES DIFFICILES (UMD) : 21

A. Définition : 21

B. Cadre évolutif des unités sécurisées et des UMD au sein de notre société : 21

1. Des prémices de la psychiatrie à la proposition d'unité spéciale : 21
   a) Les sombres débuts de la folie : 21
   b) Le XIXème siècle : l'impulsion Pinel-Esquirol : 22
   c) La « Loi des Aliénés » : 23
   d) Le début des unités spéciales : 23
2. L'ouverture de la 1ere UMD : Le « Quartier de Sûreté de Villejuif » : 24
   a) Le débat national et politique : 24
   b) L'ouverture du quartier sécurisé à Villejuif : 25
3. Le besoin national : les autres UMD et le début de la réglementation : 25
4. La révolution psychiatrique de la seconde moitié du XXème siècle : 27
   a) La sectorisation du système de soin : 27
   b) La loi du 27 juin 1990 : 28
   c) Le nouveau code pénal de 1994 : l'article 122-1CP : 29
   d) La loi du 25 février 2008 : 30
5. La légitimité des UMD : 30
   a) Les textes législatifs de 1986 : 30
      (1) Le décret n°86-602 du 14 mars 1986 : 30
      (2) L'arrêté du 14 octobre 1986 : 31
   b) Le rapport Barrès Fuchs : 31
   c) Le rapport Massé : 31
6. La problématique des années 2000 : entre sécurité, liberté et vulnérabilité : 32
   a) Plan Santé-Mentale 2005/2008 : 32
   b) Les choix politiques de 2008 : 33
7. De 2011 à 2013 : la nouvelle législation de la psychiatrie : 34
   a) La législation de juillet 2011 : 34
      (1) La loi du 5 juillet 2011 : 34
      (2) Le décret n°2011-847 du 18 juillet 2011 : 35
      (3) L'intervention du Conseil Constitutionnel : 35
   b) La loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions de la loi du 5 juillet 2011 : 36
8. Le décret du 1er février 2016 portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 : 37

C. Fonctionnement légal actuel des UMD : 38

1. Indications et Recrutement : 39
   a) Indications et statut : 39
   b) Recrutement : 39
2. Modalités d'Admission : 39
   a) Dossier et évaluation du patient : 39
   b) Transfert : Décision et organisation : 40
   c) Cas de désaccord : 40
3. La CSM : Commission de Suivi Médical : 40
   a) Composition de la Commission : 41
   b) Interventions de la Commission : 41
   c) Rôles de la Commission : 41
   d) Changement par rapport à l'arrêté de 1986 : l'ancien article 7 42
4. Modalités de sortie : 42
   a) Décision de sorties : 42

b) Modes de sortie : 43
c) Organisation de la sortie : 43
d) Changement depuis l'arrêté de 1986 : 43
(1) Article 15 et 17 de l'arrêté de 1986 : 43
(2) Contestation à la sortie : 44
5. Aspects médico-légaux et droit des patients : 44
D. En pratique : l'UMD en 2017 44
1. Répartition géographique et capacités des UMD : 44
2. Organisation des soins : 46
a) Contraintes architecturales : 46
b) Pluridisciplinarité des équipes : 47
c) Le séjour : 48
E. Exemple : l'UMD d'Albi au Bon Sauveur d'Alby 49
II. LES UNITES HOSPITALIERES SPECIALEMENT AMENAGEES (UHSA) : 50
A. Définition : 50
B. Implantation des UHSA : 51
1. Les premières structures spécialisées pour détenus atteints de troubles mentaux : 51
2. L'évolution d'après-guerre : 52
3. L'article D398 du code de procédure pénale de 1958 : 52
4. Du premier CMPR à la sectorisation en milieu pénitentiaire : 53
a) Des CMPR au SMPR : 53
b) Du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé : 54
5. Création des UHSA par la loi du 9 septembre 2002 : 54
C. Fonctionnement : 55
1. Recrutement : 55
2. Ressort territorial : 55
3. Admission : 56
4. Sortie : 57
5. Fonctionnement : 57
D. Place en 2017 sur le territoire 57
E. Exemple : UHSA de Toulouse au CH Marchant 59
III. LES UNITES DE SOINS INTENSIFS PSYCHIATRIQUES (USIP) : 59
A. Définition : 59
B. Apparition des USIP : 60
1. Des origines étrangères : 60
2. Des textes fondateurs : 62
3. Les premières unités françaises : 63
4. L'évolution vers les USIP : 64
C. Place en 2017 sur le territoire : 65
D. Disparités d'organisation et de fonctionnement des USIP : 66
1. Capacités d'accueil en termes de lits : 67
2. Dotation en termes de ressources humaines pluridisciplinaires : 69
3. Fonctionnement général : 70
E. Exemples : 71
1. USIP de Cadillac : 71
2. USIP d'Eygurande : 72
3. USI de Montpellier : 73
IV. SYNTHESE DU SYSTEME DE SOIN : 75
A. Rôle des diverses structures : 75
1. Les secteurs de psychiatries : 75
2. Les UMD (Unités pour Malades Difficiles) : 75
3. Les UHSA (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées) : 76
4. Les USIP (Unités de Soins Intensifs Psychiatriques) : 76

B. Les parcours de soins : ... 77
1. Vue globale : ... 77
2. Parcours de soin des patients non-détenus : ... 77
3. Parcours de soin des patients détenus : ... 78

PARTIE 2 : LE PATIENT DIFFICILE ET SA PLACE DANS LE SYSTEME DE SOIN ... 79

I. LE PATIENT DIFFICILE : DE LA THEORIE A LA PRATIQUE ... 79
A. Le patient difficile et sa relation aux secteurs ... 79
B. Le patient difficile en pratique : des problématiques multiples ... 82
1. Du statut aux antécédents médico-légaux : ... 82
2. La pathologie et ses comorbidités : ... 83
3. La dangerosité, une définition non arrêtée et difficile à évaluer : ... 83
4. La résistance aux soins, du traitement à la prise en charge globale ... 84
5. Conclusion : ... 85
C. Evolution du profil diagnostique des patients en UMD et sectorisation ... 85
1. Les études par UMD : ... 86
a) UMD Villejuif : ... 86
b) Montfavet : ... 88
c) Sarreguemines : ... 90
d) A Cadillac : ... 91
e) Etude Nationale dans le cadre du rapport Barrès-Fuchs : ... 91
f) Albi : ... 92
2. Discussion : ... 93
II. LES LIMITES DU SYSTEME DE SOIN ACTUEL : ... 96
A. Le secteur et le malade difficile : enjeux et limites : ... 96
B. Enjeux et limites des UMD dans le système de soin : ... 97
C. Enjeux et limites du système de soin pénitentiaire psychiatrique : ... 99
D. Enjeux et limites des USIP dans le système de soin : ... 102
III. LE BESOIN LOCO-REGIONAL D'UNE USIP SUR ALBI ET LE MIDI-PYRENEES ... 103
A. Etat des lieux sur l'ancienne région Midi-Pyrénées : ... 103
B. Recueil de témoignages sur l'ancienne région Midi-Pyrénées ... 105
1. Initiation du recueil : ... 105
2. Méthodologie : ... 105
3. Résultats : ... 106
a) Participation au recueil de témoignage : ... 106
b) Connaissances : ... 107
c) Besoins : ... 107
(1) Evaluation globale du système régional actuel : ... 107
(2) Evaluation des délais d'admission souhaités vers des structures extérieures : ... 109
(3) Profil décrit des indications pour une possible unité intersectorielle contenante : ... 111
d) Population décrite : ... 112
e) Transferts : ... 113
(1) Généralités : ... 113
(a) Orientation générale : ... 113
(b) Les absences ou échecs des demandes de transferts : ... 114
(2) Analyse des difficultés liées aux transferts en UMD : ... 115
(a) Difficultés rencontrées lors des transferts acceptés puis réalisés vers une UMD : ... 115
(b) Absences de demande de transfert en UMD pour un patient non transféré : ... 116
(c) Absences de transfert en UMD malgré une demande réalisée : ... 116
(3) Analyse des difficultés liées aux transferts en USIP : ... 117
(a) Difficultés rencontrées lors des transferts réalisés et acceptés vers une USIP ... 117
(b) Absences de transfert en USIP malgré une demande réalisée : ... 118
(c) Absences de demandes de transfert en USIP pour un patient non transféré : ... 119
(4) Analyse des patients non transférés : ... 120

f) Clinique : 121
(1) Diagnostics : 121
(a) Echantillon total : 121
(b) Population transférée : 122
(2) Profil des difficultés : 123
(a) Echantillon total : 123
(i) Principales difficultés rencontrées : 123
(ii) Autres difficultés rencontrées : 124
(b) Population transférée et non transférée : 125
(c) Sous-population des patients transférés : 127
g) Conclusion : 129
C. Analyse des demandes d'admission à l'UMD d'Albi 130
1. Introduction : 130
2. Méthodologie : 131
3. Statistiques en fonction de l'orientation de la demande : 132
4. Statistiques en fonction du département d'origine de la demande : 132
5. Epidémiologie des patients : 133
a) Age : 133
b) Diagnostics : 133
6. Statistiques en fonction des critères d'admissions : 134
a) Dangerosité : 134
b) Prises en charge : 135
7. Conclusion : 136
D. Estimation des besoins locaux sur le secteur d'Albi 137
1. Introduction : 137
2. Fonctionnement général du Bon Sauveur d'Alby : 137
3. Résultats : 138
4. Conclusion : 139

PARTIE 3 : PROJET DE CREATION D'UNE USIP DANS LE CADRE D'UN POLE SECURISE SUR ALBI 141

I. INTRODUCTION 141
1. Genèse du Projet : 141
2. Repères Historiques : 142
II. DEROULEMENT DU PROJET DE CREATION : 143
A. Projet d'établissement et comité de pilotage : 143
B. Groupe de travail : 144
C. Réflexion sur le public, le besoin et l'impact locorégional : 144
1. Environnement : 144
a) UMD (Unités pour Malades Difficiles) : 145
b) UHSA - SMPR : 146
c) USIP (Unité de Soins Intensifs Psychiatriques) : 146
2. Du besoin au public : 147
3. Impact locorégional et restructuration locale : 148
D. Réflexion sur le fonctionnement : 149
E. Réflexion sur les besoins architecturaux : 150
1. Généralités : 150
2. Restructuration d'une unité déjà existante : 152
3. Création d'une unité neuve : 152
F. Réflexion sur l'organisation des équipes soignantes 153
G. Situation économique et financement : 155
III. PROJET DE SERVICE : 155
A. Population concernée : 155
1. Définition : 155
2. Statistiques : 156

3. Provenance : 157
B. Fonctionnement de l'USIP : 157
1. L'admission et législation : 157
2. Durée du séjour : 157
3. De la demande d'admission au transfert : 157
4. La Sortie du Patient : 158
5. Droits des Patients : 159
C. Le projet médical : 160
1. Au Regard du Patient : 160
2. Au Regard de l'Equipe : 162
a) La cohésion de l'équipe : 162
b) La formation et la recherche : 162
D. Organisation des soins : 163
1. Projet Thérapeutique Individualisé: 163
a) Le dossier du Patient : 163
b) La démarche de soins : 163
c) L'infirmier référent : 164
d) Le contrat de soins : 164
2. Les activités : 165
3. Les sorties thérapeutiques : 165
4. Le dispositif de sécurité : 165
5. Les Réunions et regroupement d'équipe : 166
6. Communication et information en direction du patient : 166
PROJECTION DANS L'AVENIR 167
CONCLUSION 169
BIBLIOGRAPHIE 171
ANNEXES 181

Liste des Figures :

FIGURE 1 : CARTE DES UMD EN 2017 45
FIGURE 2 : CARTE DES UHSA EN 2017 58
FIGURE 3 : CARTE DES USIP EN 2017 66
FIGURE 4 : PARCOURS DE SOIN DES PATIENTS DIFFICILES 77
FIGURE 5 : TRIADE DU PATIENT DIFFICILE 81

Liste des Graphiques :

GRAPHIQUE 1 : DIAGNOSTICS UMD VILLEJUIF EN 1935, 1970 ET 2010 88
GRAPHIQUE 2 : DIAGNOSTICS UMD MONTFAVET EN 1952, 1962 ET 1987 89
GRAPHIQUE 3 : DIAGNOSTICS UMD SARREGUEMINES DE 1958 A 1995 91
GRAPHIQUE 4 : DIAGNOSTICS UMD ALBI EN 2013 ET 2014 92
GRAPHIQUE 5 : EVOLUTION DU TROUBLE DE PERSONNALITE DYSSOCIALE EN UMD 94
GRAPHIQUE 6 : EVOLUTION DU TROUBLE PSYCHOTIQUE EN UMD 94
GRAPHIQUE 7 : PROFIL DES PATIENTS DIFFICILES DE L'ECHANTILLON TOTAL 124
GRAPHIQUE 8 : COMPARAISON DES PROFILS DES PATIENTS TRANSFERES ET NON TRANSFERES 126
GRAPHIQUE 9 : COMPARAISON DES PROFILS DES PATIENTS TRANSFERES EN UMD, EN USIP ET DANS D'AUTRES SERVICES 128

Liste des Tableaux :

TABLEAU 1 : CAPACITES D'ACCUEIL DES USIP 67
TABLEAU 2 : EFFECTIFS SOIGNANTS DES USIP 69
TABLEAU 3 : FONCTIONNEMENT DES USIP 70
TABLEAU 4 : CONNAISSANCE DES UNITES SECURISEES 107
TABLEAU 5 : EVALUATION DU SYSTEME DE SOIN REGIONAL 107
TABLEAU 6 : EVALUATION DU TYPE DE BESOIN 108
TABLEAU 7 : EVALUATION DU DELAI DE TRANSFERT SOUHAITE 109
TABLEAU 8 : PROFIL DU PATIENT POUR UNE UNITE TYPE USIP 111
TABLEAU 9 : DESCRIPTION DE LA POPULATION DE PATIENTS DIFFICILES 112
TABLEAU 10 : ORIENTATIONS DES PATIENTS DIFFICILES 113
TABLEAU 11 : LIENS ENTRE PATIENTS ET UNITES SECURISEES 114
TABLEAU 12 : DIFFICULTES RENCONTREES LORS DES TRANSFERTS EN UMD 115
TABLEAU 13 : JUSTIFICATIONS DES ABSENCES DE DEMANDE DE TRANSFERT EN UMD 116
TABLEAU 14 : JUSTIFICATIONS DES ABSENCES DE TRANSFERT EN UMD MALGRE LA REALISATION D'UNE DEMANDE 116
TABLEAU 15 : DIFFICULTES RENCONTRES POUR LES TRANSFERTS EN USIP 117
TABLEAU 16 : JUSTIFICATIONS DES ABSENCES DE TRANSFERT EN USIP MALGRE LA REALISATION D'UNE DEMANDE 118
TABLEAU 17 : JUSTIFICATION DES ABSENCES DE DEMANDES DE TRANSFERT EN USIP 119
TABLEAU 18 : DESCRIPTION DU SOUS-GROUPE DES PATIENTS NON TRANSFERES 120
TABLEAU 19 : DIAGNOSTICS DE L'ECHANTILLON TOTAL 121
TABLEAU 20 : DIAGNOSTICS DES PATIENTS TRANSFERES EN UMD ET EN USIP 122
TABLEAU 21 : PROFIL DES PATIENTS DIFFICILES DE L'ECHANTILLON TOTAL 123
TABLEAU 22 : AUTRES DIFFICULTES RENCONTREES CHEZ LES PATIENTS DIFFICILES 125
TABLEAU 23 : PROFIL DES PATIENTS TRANSFERES ET NON TRANSFERES 126
TABLEAU 24 : PROFIL DES PATIENTS TRANSFERES EN UMD, EN USIP OU DANS D'AUTRES SERVICES 127
TABLEAU 25 : REPARTITION DES ORIENTATIONS INDIQUEES EN FONCTION DU STATUT DE LA DEMANDE 132
TABLEAU 26 : REPARTITION DES ORIENTATIONS INDIQUEES EN FONCTION DES DEPARTEMENTS D'ORIGINES 132
TABLEAU 27 : REPARTITIONS DES ORIENTATIONS INDIQUEES EN FONCTION DES DIAGNOSTICS 133
TABLEAU 28 : REPARTITIONS DES ORIENTATIONS INDIQUEES EN FONCTION DE LA DANGEROSITE (INTENSITE ET CHRONICITE) 134
TABLEAU 29 : REPARTITIONS DES ORIENTATIONS INDIQUEES EN FONCTION DU DELAI D'AMELIORATION OU DES ECHECS DE PRISES EN CHARGE ADAPTEES 135
TABLEAU 30 : FILES ACTIVES ET NOMBRES DE SEJOURS EN 2016 SUR LES UNITES FERMEES DU BON SAUVEUR D'ALBY 138

Liste des Annexes :

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE POUR LE RECUEIL DE TEMOIGNAGES 182
ANNEXE 2 : RESULTATS COMPLEMENTAIRES DU RECUEIL DE TEMOIGNAGES 186
ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE DE L'ANALYSE DES DEMANDES D'ADMISSIONS A L'UMD D'ALBI 190
ANNEXE 4 : PLAN DE L'UNITE SAINT BERNARD (SERVICE D'ADMISSION FERME) INITIAL AVANT TRAVAUX DE RESTRUCTURATION POUR UNE TRANSFORMATION EN USIP 191
ANNEXE 5 : PLAN DE L'USIP APRES RESTRUCTURATION POSSIBLE DE L'UNITE SAINT BERNARD 192
ANNEXE 6 : ESTIMATION DES BESOINS EN TERMES DE LOCAUX ET DE SURFACE POUR LA CONSTRUCTION D'UNE USIP EN CAS DE CONSTRUCTION NEUVE 193

Liste des Abréviations :

USIP = Unité de Soins Intensifs Psychiatriques
UMD = Unité pour Malades Difficiles
UHSA = Unité Hospitalière Spécialement Aménagée
CP = Code Pénal
CMP = Centre Médico-Psychologique
CATTP = Centre Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel
HDJ = Hôpital de jour
HAD = Hospitalisation A Domicile
HL = Hospitalisation Libre
HDT = Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
HO = Hospitalisation d'Office
QPC = Questions Prioritaires de Constitutionnalité
CSM = Commission de Suivi Médical
CHS = Centre Hospitalier Spécialisé
SPDT = Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
SPDTU = Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence
SPDRE = Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat
SPI = Soins en Péril Imminent
JLD = Juge des Libertés et de la Détention
CRPA = Cercle de Réflexion et de Proposition d'Action
ARS = Agence Régionale de Santé
CH = Centre Hospitalier
EPSMD = Etablissement Public de Santé Mentale Départemental
ECT = Electro-Convulsivo-Thérapie
rTMS = Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive
tDCS = Stimulation Transcrânienne à Courant Direct
UCSA = Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires
SMPR = Services Médico-Psychologiques Régionaux
CPP = Code de Procédure Pénale
CMPR = Centres Médico-Psychologiques Régionaux
UHSI = Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales
CSP = Code de Santé Publique
DGOS = Direction Générale de l'Offre de Soin
ANDUSIP = Association Nationale des Unités de Soins Intensifs Psychiatriques
PICU = Psychiatric Intensive Care Units
LSU = Low Secure Units
NAPICU = National Association of Psychiatric Intensive Care and Low Secure Units
DGS = Direction Générale de la Santé
UPID = Unité Psychiatrique Intersectorielle Départementale
UMAP = Unité pour Malades Agités et Perturbateurs
DMS = Durée Moyenne de Séjour
ETP = Equivalent Temps Plein
USI = Unité de Soins Intensifs
CHU = Centre Hospitalier Universitaire

HAS = Haute Autorité de Santé
PCL-R = Psychopathy Check List - Revised
HCR-20 = Historical Clinical Risk - 20 items
VRAG = Violence Risk Appraisal Guide
PRS = Projet Régional de Santé
CIM 10 = Classification Internationale des Maladies, 10ème édition
DSM V = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ème édition
CAPS = Centre d'Accueil Permanent Spécialisé
RH = Ressources Humaines
DATI = Dispositifs d'Alarme pour Travailleur Isolé
AMO = Assistant à Maitrise d'Ouvrage
CRSA = Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie

Introduction :

La psychiatrie évolue depuis plusieurs dizaines d'années à travers sa clinique, ses patients mais aussi son système de soin. Les praticiens se confrontent dans leur pratique quotidienne aux patients médicaux-légaux mais aussi aux patients difficiles. Des structures plus sécurisées que les services sectoriels ont émergées depuis plus d'un siècle maintenant, avec notamment la création des Unités pour Malades Difficiles (UMD). Les dernières décennies ont aussi connu l'apparition de nouvelles unités spécialisées complémentaires, avec les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) et les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA). Chacune de ces unités a son rôle propre, mais le système est complexe, ambigu voire flou, à la fois sur son fonctionnement mais aussi sur son rôle et ses limites. Mais quelle est finalement la place du patient au sein de ce système ? Et qu'en est-il du patient difficile ?

La définition du patient difficile n'est pas claire. Elle mélange dangerosité avec troubles du comportement majeurs. Elle associe état de crise et perturbation du service. Elle intègre pharmaco-résistance et difficulté organisationnelle des soins. Alors que son statut reste imprécis, les psychiatres doivent tout de même prendre en charge ce type de patients, cumulant les difficultés, au sein de leur unité de secteur. Mais ils n'en ont généralement plus les moyens. Les praticiens se retrouvent ainsi confrontés à leurs limites mais aussi aux limites du système, avec la nécessité de transférer ces patients vers des structures plus contenantes et plus sécurisées.

Notre pratique à l'UMD d'Albi, ainsi que nos échanges avec des praticiens de tous horizons, nous ont permis de nous questionner sur ce sujet ainsi que sur nos objectifs, sur les limites de nos interventions et sur les moyens que l'on propose. Nous avons pu observer que les secteurs peuvent être en grande difficulté avec leurs patients. Cependant, malgré la nécessité d'un transfert en UMD ressentie et souhaitée par les praticiens en secteur, notre analyse à l'UMD peut être différente. Nous observons de possibles inadéquations entre la demande d'une admission en UMD et le besoin thérapeutique du patient. En réalité, ces derniers ne nécessitent pas forcément une hospitalisation en UMD de façon systématique.

Parallèlement, nous avons remarqué l'inégale répartition de l'offre de soin sur le territoire mais aussi son insuffisance. L'UMD ne peut accueillir tous les patients difficiles, puisque les places sont limitées mais surtout car les patients n'en ont pas forcément l'indication. De plus, le système de soin psychiatrique pénitentiaire, basé sur la sectorisation et les UHSA, est aussi en difficulté, et ce pour des raisons et des profils de patients similaires. Comment y remédier tout en s'appuyant sur notre savoir-faire ? Comment diversifier notre offre de soin pour subvenir à la demande des secteurs ?

Les USIP existent depuis près de 30 ans et se développent depuis plusieurs années. Elles se présentent comme le maillon manquant dans le système de soin pour accueillir ces patients, trop difficiles pour le secteur mais pas assez pour les UMD. Elles proposent principalement des soins intensifs sur une durée courte et limitée, dans de petites unités, toujours en lien avec le service d'origine des patients. Néanmoins, leur fonctionnement reste hétérogène sur le territoire, sans cadre légal défini et dépendant notamment des besoins locorégionaux. Elles se présentent, cependant, comme une solution viable, dont les bénéfices ont déjà été décrits et trouvent leur place dans le parcours de soin des patients.

Notre projet de création d'une USIP, au sein d'un pôle UMD-USIP s'inscrit donc dans cette volonté d'élargir l'offre de soin, en la diversifiant mais aussi en s'appuyant sur notre expérience et notre savoir-faire autour de la prise en charge des patients difficiles.

Ainsi, nous présenterons dans un premier temps le système de soin psychiatrique et notamment ses unités sécurisées afin d'éclaircir leur fonctionnement mais aussi leurs propres objectifs.
Une fois ce cadre posé, nous aborderons la question du "patient difficile", de sa définition théorique et pratique à son évolution.
Cela nous permettra de discuter de sa place et de ses besoins dans le système de soin.
Enfin, nous évoquerons notre projet de création d'une USIP sur Albi, y incluant nos réflexions, nos objectifs mais aussi notre projet de service.

PARTIE 1 : Etats des lieux des unités sécurisées dans le système de soin psychiatrique français

I. Les unités pour malades difficiles (UMD) :

A. Définition :

Les UMD, comme leur nom l'indique, sont des unités dédiées aux patients jugés difficiles. Historiquement, ce terme renvoie plus à une dangerosité psychiatrique importante qu'une difficulté vis-à-vis d'un trouble du comportement exacerbé.

Ce type d'unité, comme abordé précédemment, s'est développé depuis plus d'un siècle maintenant avec diverses restructurations, plusieurs créations et mise en place d'un encadrement légal évolutif au gré des politiques. Tout ceci malgré l'évolution de notre société et de notre spécialité.

Elles représentent en pratique le dernier recours pour la prise en charge des patients posant d'importantes difficultés dans leurs services sectoriels. Ces difficultés sont multiples, allant de la dangerosité psychiatrique jusqu'à la pharmaco-résistance. Ainsi, de nombreux secteurs s'appuient sur ce type d'unité, réalisant des demandes d'admission de plus en plus nombreuses dont les justifications peuvent cependant être discutables.

Elles accueillent pour une majorité des patients masculins (certaines UMD ont des lits réservés aux femmes) et ont une vocation de recrutement national.

Nous présenterons donc le fonctionnement légal des UMD avant d'apporter quelques éléments sur leur place dans le système en 2017 et sur les enjeux se jouant autour de ces unités.

B. Cadre évolutif des unités sécurisées et des UMD au sein de notre société :

1. <u>Des prémices de la psychiatrie à la proposition d'unité spéciale :</u>

a) <u>Les sombres débuts de la folie :</u>

Aussi loin où nous pouvons remonter, de l'Antiquité au Moyen-âge, notre histoire est ponctuée d'évocations aux maladies mentales. Il fallut finalement plusieurs siècles pour voir notre discipline naître, sous l'impulsion de Philippe Pinel et de Jean-Baptiste Pussin.

Durant les siècles précédents, au Moyen-âge par exemple, les "fous", comme ils pouvaient être appelés, faisaient partie intégrante des conduites déviantes telles que la sorcellerie, l'errance ou la possession [1]... En ces temps où les questions religieuses étaient au centre de la société, où la science était considérée comme obscure, les malades mentaux étaient pris en charge, pour les plus chanceux, au domicile par leurs proches. Ils y terminaient souvent attachés pour leurs éviter des blessures. Pour les autres, certains étaient exclus des Cités ou pire, ils terminaient brulés sur le bûcher au même titre que les hérétiques [1, 2].

Lors du XVIIème siècle, nous assistons à la politique du "Grand Renfermement" suite à la création des Hôpitaux Généraux qui virent le jour dans les grandes villes ou les gros bourgs. Ce changement radical fit suite à une augmentation de la misère à la fin du XVIème siècle et début du XVIIème, aggravée par des taxes royales importantes [1].

Un édit royal en 1662 ordonnait ainsi l'ouverture de ces hôpitaux dont le but était d'accueillir cette nouvelle population d'errants. Des salles y étaient réservées pour les "fous". En province, faute de moyens, deux autres types d'établissements furent créés avec les maisons de force - où l'admission se faisait sur lettre de cachet - et les dépôts de mendicité [1].

En 1785, une circulaire proposait et incitait à traiter les insensés dans des établissements spéciaux alors que deux lois, quelques années plus tard en août 1790 et juillet 1791 allaient, au contraire, recommander de les mettre sous la responsabilité des familles et des proches. La question ne sera tranchée qu'une cinquantaine d'années plus tard [1].

b) Le XIXème siècle : l'impulsion Pinel-Esquirol :

La suite de l'Histoire fut plus glorieuse avec l'avènement de la psychiatrie par Philippe Pinel. Nous ne pourrions parler succinctement de cette époque sans évoquer "La libération des insensés" par Pinel à Bicêtre, où il avait travaillé à partir de 1793 [3, 4]. Ce fut d'ailleurs là-bas qu'il rencontra pour la première fois Jean-Baptiste Pussin, à l'époque surveillant de la loge des aliénés agités, lui-même ancien pensionnaire de l'établissement [3, 4].

En 1795, Philippe Pinel poursuivit sa collaboration avec Pussin à la Salpêtrière, où il fut muté en tant que médecin chef. Il y développa son enseignement jusqu'à écrire le "Traité médico-psychologique sur l'aliénation mentale" (1801-1809) qui s'inspire du travail du surveillant, observateur et bienveillant [3, 4].

En plus des travaux de Pinel, le début du XIXème siècle sera marqué par la rédaction du Code Pénal Napoléonien en 1810 et par l'idéologie d'Esquirol [2, 4, 5].Ce dernier, élève de Pinel, arriva en 1811 à la Salpêtrière, suite au décès de Pussin [2, 4, 5]. Il reprit les travaux de son maître pour les compléter puis les dépasser. Il proposa le terme "Asile", insista sur la nécessité d'une création de "maisons consacrées au traitement des malades mentaux",

avant de devoir faire face aux administrations l'obligeant à assurer un rôle plus social que thérapeutique [3, 4, 5].

Parallèlement, le Code Pénal fut publié en 1810 avec son fameux article 64, donnant un sens juridique aux actes médico-légaux de la folie [6] :

Art 64 CP : "Il n'y a ni crime, ni délit lors que le prévenu était en état de démence au moment de l'action ou lorsqu'il aura été contraint par une force à laquelle il ne pouvait pas résister" [6].

Certains aliénistes, comme Esquirol ou Georget, sont même allés plus loin en demandant la mise en place d'expertises psychiatriques pour les affaires criminelles, afin de défendre la nécessité de soins pour les aliénés plutôt que la détention [4, 7].

c) La « Loi des Aliénés » :

L'année 1838 marque le début d'une nouvelle ère pour la psychiatrie avec la promulgation, sous le règne du Roi Louis-Philippe, de la Loi du 30 juin 1838, dite "Loi des Aliénés" [1, 4]. Cette dernière est le fruit d'un long travail des aliénistes, et notamment d'Esquirol, directement impliqué par ses positions médicales et politiques sur le sujet.

Cette loi fut la première loi à légiférer le champ de la psychiatrie, à défendre le droit des patients malades mentaux, à les orienter vers un parcours de soins ou à introduire la psychiatrie médico-légale [5]. Les patients étaient ainsi hospitalisés selon deux modes : le placement volontaire ou le placement d'office, ce dernier étant demandé soit par un tiers, soit par la préfecture [3, 4, 5]. L'organisation des soins se faisant par département, chacun ayant au moins un établissement psychiatrique [3, 4, 5]. Cette loi fut d'autant plus importante qu'elle resta en vigueur, pour sa partie essentielle, cent cinquante-deux ans jusqu'à la nouvelle loi du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation [3, 4 ,5].

Parallèlement, la question des patients psychiatriques médico-légaux commença à se poser pour certains aliénistes. Faut-il soigner les aliénés ayant commis des actes criminels dans les mêmes établissements que les aliénés non-criminels ?

d) Le début des unités spéciales :

C'est en Angleterre sous l'impulsion du Roi Georges III, victime de tentatives d'attentats par des aliénés, que l'idée commença à germer. Une section spéciale fut d'ailleurs construite en 1816 à l'asile de Bethleem [1, 2, 8].

En 1828, Georget, en se basant sur ce modèle anglo-saxon, commença à demander la création d'asiles spéciaux [1]. Au même moment, certains aliénistes dont notamment

Esquirol, Ferrus ou Pariset visitèrent les établissements pénitentiaires et comptabilisèrent une proportion importante d'aliénés parmi les détenus [4].

Suite à l'absence de mesure particulière pour les aliénés médico-légaux, le mouvement va se poursuivre avec notamment Brierre de Boismont qui, en 1846, souhaitait une maison spéciale pour les aliénés criminels car : "ils sont dangereux et troublent la tranquillité des autres malades, dont la liberté se retrouve restreinte à cause des mesures de précaution qu'exigent les aliénés criminels." [1, 2, 9]. Cet établissement "tranquilliserait les consciences" et "offrirait des garanties pour la sécurité publique" permettant ainsi d'assurer que les asiles ne finissent pas tous à ressembler à des prisons, mais qu'ils restent des hôpitaux [1, 4, 9].

Toujours en 1846, une division à l'hôpital de Bicêtre nommée "la Sûreté" fut créée et réservée aux aliénés criminels [1, 4]. Fortement critiquée, se rapprochant trop d'une prison et ne convenant pas aux aliénistes de l'époque, elle ferma en 1890 [1, 4].

A l'opposé de Brierre de Boismont et d'une majorité d'aliénistes, c'est Falret qui prit position en 1868 contre la création de services spéciaux pour aliénés criminels [1, 4, 8]. Il refusait ainsi de confondre les criminels et les aliénés dangereux et d'exclure ces derniers des autres aliénés : "à partir du moment où un criminel est reconnu comme aliéné, c'est un malade digne de sympathie et de pitié" [1, 4, 8]

2. L'ouverture de la 1ere UMD : Le « Quartier de Sûreté de Villejuif » :

a) Le débat national et politique :

Le débat sur la création des services pour aliénés criminels se poursuivit encore plusieurs années. Le 17 mai 1876, sous la direction du Dr Hurel, impliqué activement dans cette discussion nationale, un quartier spécial, pour condamnés aliénés et épileptiques, fut ouvert au sein de la maison centrale pénitentiaire de Gaillon, dans l'Eure [1, 4, 10].

Au début des années 1880, le Sénat vota un projet de loi prévoyant la création d'asiles spéciaux pour aliénés criminels, en se basant sur un projet voté en 1878 lors du congrès international de médecine mentale à Paris [1]. Le projet de loi fut rejeté par la chambre des députés estimant que les aliénés criminels devaient être considérés comme des aliénés normaux [1].

C'est en 1894 qu'Henri Colin se fit proposer la prise en charge du service médical de Gaillon, et de son quartier spécial. Il y travailla jusqu'en 1900 et y rencontra Paul Brousse, aliéniste mais aussi conseiller général de la Seine à cette époque, lors d'une visite de ce quartier annexé à la Centrale [4, 11].

Ainsi, en 1897, une commission interdisciplinaire, constituée de médecins, d'aliénistes dont Henri Colin, d'architectes ou d'administrateurs, fut nommée et chargée, par le Conseil général de la Seine, "d'étudier les questions intéressant l'hospitalisation des aliénés" [11,

12]. Henri Colin insista, avec d'autres confrères, sur les différences séparant les aliénés criminels des aliénés vicieux ou difficiles [12]. Il décrivit ces derniers durant de nombreuses interventions comme des individus à tendance perverses, avec des conduites addictives, commettant des délits plus que des crimes, comme des "fous moraux" [12]. Il sera repris par Legrain précisant "parasites, récidivistes et exploiteurs des asiles" [4].

Dès le début du XIXe siècle, le Conseil Général vota la création d'une nouvelle unité à Villejuif, qui regrouperait à la fois les aliénés criminels et vicieux, au grand damn d'H. Colin [1, 12]. Dans le même temps, en 1901, la centrale de Gaillon ferma ses portes en 1901, dix ans à peine après la fermeture de la division de Sûreté de Bicêtre [1].

b) L'ouverture du quartier sécurisé à Villejuif :

Il fallut attendre janvier 1910 pour voir les premiers bâtiments terminés et aménagés, puis mars 1910 pour y observer les premiers patients [4, 12].

Le quartier sécurisé fut, au début du moins, constitué de deux pavillons, le premier, le plus petit, pouvait accueillir 17 patients et le second, formé par deux quartiers distincts, 38 patients. Au total, le service d'Henri Colin pouvait accueillir 55 patients, uniquement des hommes [4, 12].

Paradoxalement, nous pouvons noter, à cette époque, l'absence complète de législation concernant cette unité, alors que sa création provenait d'une demande du Conseil Général de la Seine, qui obligea, pour rappel, le Dr Colin à accueillir à la fois les aliénés criminels mais aussi les aliénés vicieux, difficiles et perturbateurs. Et pour cause, les députés ne voyaient pas de raison de modifier la loi de 1838 [2].

Le quartier de sûreté de Villejuif prit le nom d'Henri Colin, deux ans après le décès de ce dernier en 1930 et se diversifia avec la création d'une petite unité de 16 lits, créée et conçue pour accueillir des femmes [2, 4].

3. Le besoin national : les autres UMD et le début de la réglementation :

Il a fallu attendre 37 ans pour voir les UMD commencer leur extension sur le territoire, avec la création de trois autres UMD, en plus de celle de Villejuif, entre 1947 et 1963 avec [1, 2, 13] :

- UMD de Montfavet (proche d'Avignon), ouverte en 1947 et ayant une capacité d'accueil de 91 lits au total, dont 25 lits pour femmes.
- UMD de Sarreguemines (en Moselle), ouverte en 1957 puis agrandie en 1959 pour une totalité de 216 lits d'hommes.

- UMD de Cadillac (proche de Bordeaux), ouverte en 1963 et ayant une capacité d'accueil de 150 lits d'hommes.

Avec la création de ces trois nouvelles UMD, ainsi que l'agrandissement de celle de Villejuif en 1933 pour les femmes, le nombre de lits total sur le territoire français était de 521 lits dans les années soixante [1, 2]. Cette capacité diminua considérablement jusqu'en 1994 pour atteindre environ 400 lits, suites aux modernisations et restructurations des UMD [1, 2].

La période d'ouverture des nouvelles UMD coïncida avec la rédaction de quelques textes réglementaires, bien que les UMD n'aient obtenu leur légitimité qu'en 1986 :

- La circulaire n°210 du 2 septembre 1946, dite "Circulaire Arthaud", qui préconisait le regroupement des patients agités et difficiles dans des unités spéciales [1, 14].

- La circulaire n°109 du 5 juin 1950 "relative aux services pour malades mentaux difficiles" préconisant l'ouverture de plus d'unités spéciales suite au constat d'une trop faible capacité d'accueil nationale. Ce texte distinguait aussi les malades difficiles en trois catégories distinctes, chacune nécessitant un type de soin adapté [1, 15] :
    - "Les malades agités" : qui en raison de leurs réactions destructrices, constituent un élément perturbateur constant dans les services où ils se trouvent placés.
    - "Les déséquilibrés anti-sociaux", médico-légaux ou non : qui présentent des troubles du comportement les rendant très difficiles à supporter pour les autres malades, sans exiger essentiellement des mesures de surveillance.
    - "Les grands déséquilibrés anti-sociaux", généralement médico-légaux : qui ont des troubles du comportement plus graves, avec possibilité de réactions criminelles, préméditées et complotées.

Ce texte ministériel poussa même sa réflexion en préconisant la création d'une structure différente pour chaque type de patient difficile dans chaque région et en précisant, pour les services de type 3, "il est évident que leur installation, pour ne point nuire à l'atmosphère générale des établissements où ils seraient créés, devrait être conçue de manière quasi-autonome, dans une construction séparée et spécialement édifiée ou aménagée à cet effet." [1, 15].

- L'instruction ministérielle du 20 janvier 1959, fixant le règlement intérieur des services spéciaux [1]. Ce texte établit l'origine géographique des malades à admettre, les modalités d'admission et de sorties, ainsi que les effectifs en personnel infirmier.

- La circulaire du 2 février 1960 "relative à la préparation du troisième plan sanitaire" évoquant des problèmes de répartition sur le territoire qui nécessiterait la création de petites unités dans l'Ouest, le Nord et le Centre de la France [4, 16].

4. La révolution psychiatrique de la seconde moitié du XXème siècle :

a) La sectorisation du système de soin :

La modernisation du système de soin psychiatrique en France reste un élément majeur et incontournable de la seconde moitié du XXème siècle en termes de santé publique. Il est ainsi impossible de reprendre l'histoire et l'évolution des UMD sans aborder, même succinctement, l'histoire de la sectorisation, véritable modernisation de notre système de soin, qui modifia considérablement l'activité des services spéciaux.

Après la seconde guerre mondiale, ayant engendrée plusieurs dizaines de milliers de morts dans les asiles psychiatriques, majoritairement par extermination ou par famine, la France s'orienta vers une position moderne, positive et humaniste pour ses malades mentaux [3, 4, 5].

C'est en 1950 que la prémisse d'une sectorisation est apparu avec Sivadon, Le Guillant et Ey qui mirent en place des centres de traitement et de réadaptation sociale, suite à des conventions avec les caisses régionales de la sécurité sociale [4, 5]. Avec la découverte contemporaine du premier neuroleptique, la pensée plus libérale des psychiatres et l'augmentation plus importante des moyens alloués à ces services, la prise en charge des patients s'en est vue profondément modifiée avec une augmentation des sorties, des entrées et des rechutes [4, 5]. D'après l'ouvrage de George M-C. et Tourne Y. : "Cette nouvelle possibilité d'action thérapeutique avec ses conséquences est à l'origine de la nécessité du secteur : seul un territoire géographique donné peut limiter les efforts."[5].

Les suites des années cinquante a marqué les essais de soins sur un territoire géographique limité, notamment à Paris [4, 5]. Le contexte socio-économique favorable et le retour de Charles De Gaulle au pouvoir en 1958, attaché à la notion de service public, renforça la conjoncture de l'époque vers une sectorisation des soins psychiatriques [4, 5].

C'est la circulaire du 15 mars 1960 qui marqua la naissance administrative du secteur [4, 17]. Suite à ce texte, chaque département fut divisé en secteur de 67000 habitants où des équipes médico-sociales assurèrent soins et suivis grâce aux structures hospitalières et extrahospitalières [4, 17]. Ces dernières ont d'ailleurs évoluée et à ce jour, nous pouvons citer par exemple les CMP (Centre Médico-Psychologique), les CATTP (Centre Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel), les HDJ (Hôpital de jour), les Centres d'Accueil Permanent, les Centres de Crise, les unités d'HAD (Hospitalisation A Domicile) ou encore les appartements thérapeutiques...etc.

Les objectifs de ce système restent précis. Ils visent à limiter les rechutes, mettre en place des soins précoces, éviter les hospitalisations inutiles ou éviter la désadaptation entraînée par l'éloignement du milieu de vie.

Ce n'est que dix années plus tard que le système de soin fut entièrement mis en place par les politiques et les administrations, faute d'impulsion concrète plus précoce [4, 5].

Et ce n'est qu'en 1986 avec le décret n°86-602 du 14 mars 1986 (paru au Journal Officiel du 19 mars 1986), relatif à la lutte contre les maladies mentales et l'organisation de la sectorisation psychiatrique, que la définition et le nom de "Secteur de psychiatrie" ont vu le jour dans l'article n°1 [18]. A noter que c'est l'article 12 de ce même décret qui a officiellement reconnu les UMD [1, 2, 18].

b) La loi du 27 juin 1990 :

La loi du 27 juin 1990, relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation, est venue réformer la loi du 30 juin 1838, plus d'un demi-siècle plus tard.

Abrogeant la "Loi des Aliénés", la loi du 27 juin 1990 a introduit de nouvelles notions avec l'hospitalisation libre (HL), l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) ou l'hospitalisation d'office (HO) [4, 19]. De plus, cette loi a accentué une nécessité cruciale : le droit des patients. Ainsi tout patient, même sous contrainte doit avoir des droits : des droits à l'information de sa situation, à la communication avec des autorités judiciaires ou administratives, à la saisie de la commission départementale des soins psychiatriques pour examiner sa situation, au conseil par un avocat ou médecin de son choix, à l'envoi ou la réception de courrier, à la consultation et à l'explication du règlement intérieur, au vote ou à la pratique de son activité religieuse ou philosophique de son choix. L'ensemble de ces droits est applicable à tout patient psychiatrique, y compris les patients en UMD (4, 19].

Initialement, cette loi avait été prévue pour quelques années seulement, afin de palier temporairement à des besoins sociétaux, politiques et juridiques urgents, et devait être réévaluée dès 1995. Par ailleurs, le Conseil Constitutionnel déclara, suite aux deux QPC (Questions Prioritaires de Constitutionnalité) des 26 novembre 2010 et 6 juin 2011, non constitutionnelles les dispositions concernant, respectivement, les hospitalisations à la demande d'un tiers et les hospitalisations d'office, si bien qu'un nouveau projet de loi devait être réfléchi [20]. A noter que le Conseil d'Etat et la Cour Européenne des droits de l'Homme ont aussi fait pression sur cette loi [20].

La rédaction d'une nouvelle loi fut un sujet très sensible, marqué par le débat autour des libertés individuelles des patients. Ce ne fut qu'en juillet 2011, soit vingt-un ans plus tard, en urgence devant l'approche de la date limite du 1er août 2011 donnée par le Conseil Constitutionnel, qu'une nouvelle loi fut votée [4, 20].

c) *Le nouveau code pénal de 1994 : l'article 122-1CP :*

Le code pénal de 1994, entré en vigueur le 1er mars 1994 et nommé "Nouveau Code Pénal" est venu remplacer le code pénal napoléonien de 1810, nommé à son tour "Code Pénal ancien". Le nouveau code pénal n'est pas une modification de l'ancien, il a été réécrit entièrement en instaurant de nouveaux principes. En ce qui concerne la psychiatrie, le changement majeur concerne bien entendu la notion d'irresponsabilité pénale.

En effet, le code pénal napoléonien de 1810 stipulait par son article 64 [21] :"Il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action ou lorsqu'il aura été contraint par une force à laquelle il ne pouvait pas résister". Ce dernier fut extrêmement critiqué sur son fond et sa forme, la formulation ne convenant ni aux experts, ni aux juristes, notamment le passage "ni crime, ni délit" laissant la possibilité d'un "non-lieu" de la part du magistrat comme s'il n'y avait jamais eu d'infraction ou encore la notion "en état de démence" qui était devenue cliniquement obsolète [4, 21].

La notion d'irresponsabilité pénale est inspirée de la Circulaire Chaumié du 12 décembre 1905 introduisant la notion de "responsabilité atténuée" sans pour autant retoucher à l'article 64 du code pénal de 1810, qui permettait ainsi d'entrevoir des états mentaux comme des circonstances atténuantes [4, 21]. De nos jours, elle est définie dans le code pénal par l'article 122-1 CP, rédigé comme tel [22] :

Article 122-1 CP : "N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.

La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime."

Cet article sera modifié très récemment par l'article 17 de la loi du 15 août 2014, rajoutant [23] :

"[...] Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état."

Cette modification très récente donne ainsi beaucoup plus d'importance à la notion de simple altération du discernement lors des expertises, puisque les peines prévues seront réduites du tiers.

d) La loi du 25 février 2008 :

Cette loi a mis fin au "non-lieu psychiatrique" dû aux déclarations d'irresponsabilité pénale. Elle vient rappeler que le juge reste le seul à décider de l'abolition du discernement, l'expert ne donnant qu'un avis technique [4, 24].

Le juge d'instruction rend "une ordonnance d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental qui précise qu'il existe des charges suffisantes établissant que l'intéressé a commis les faits qui lui sont reprochés". La chambre d'instruction, qui peut être saisie sur demande des parties, peut rendre un arrêt pour irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental tout en déclarant qu'il existe des charges suffisantes mais aussi prononcer une ou plusieurs mesures de sureté [4, 24].

Le juge d'instruction ou la chambre d'instruction peuvent ordonner une seconde expertise, obligatoirement réalisée par deux experts [4, 24].

Dans tous les cas, la partie civile peut toujours demander au tribunal correctionnel de statuer sur la responsabilité civile de la personne mise en cause [4, 24].

5. La légitimité des UMD :

a) Les textes législatifs de 1986 :

(1) Le décret n°86-602 du 14 mars 1986 :

En réalité la légitimité des UMD est arrivée quelques mois avant l'arrêté du 14 octobre 1986 définissant le règlement intérieur de ces unités. C'est le décret n°86-602 du 14 mars 1986 (parut au Journal Officiel du 19 mars 1986), relatif à la lutte contre les maladies mentales et l'organisation de la sectorisation psychiatrique, et plus particulièrement l'article 12 qui reconnut officiellement les Unités pour Malades Difficiles en leur donnant le nom d'UMD à la place des "services spéciaux pour malades difficiles"[1, 2, 18]:

"Ne font pas partie des secteurs définis à l'article 1er les unités pour malades difficiles, à vocation inter-régionale, implantées dans un centre hospitalier spécialisé et qui assurent l'hospitalisation à temps complet des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mises en œuvre que dans une unité spécifique.

Le fonctionnement de ces unités est déterminé dans les conditions fixées par les dispositions de l'article L. 328 du code de la santé publique."

(2) L'arrêté du 14 octobre 1986 :

L'assise légale des UMD sera ainsi renforcée avec l'arrêté du 14 octobre 1986 qui définira le fonctionnement de ces unités et leur règlement intérieur [25]. C'est ainsi que les modalités d'admission ou de sortie avec la Commission de Suivi Médical (CSM) ont vu le jour.

b) Le rapport Barrès Fuchs :

C'est dans un contexte de modernisation des UMD que le rapport Barres et Fuchs est sorti en septembre 1990 [1, 2, 26]. Suite à une étude du besoin "Malades Difficiles", mais aussi du fonctionnement et des structures des UMD, ce rapport émet plusieurs propositions allant dans le sens d'une réelle modernisation des unités mais aussi du système.

La première proposition amène à une réflexion sur la répartition des lits dans les différentes structures : diminution de capacités à Sarreguemines, restitution des capacités entières à Villejuif, réduction à Cadillac et transformation de lits femmes en lits hommes [26].

Par la suite, ce même rapport évoque une possible implantation d'un nouvel établissement en Bretagne ou dans le Nord de la France, afin de subvenir à des besoins loco-régionaux et d'éviter des transferts de patients vers Paris, Cadillac ou beaucoup plus loin [26].

Il recommande un travail en équipe pluridisciplinaire, en mixité, en collaboration avec les secteurs de psychiatries et des formations pour les équipes de soins et confirme la nécessité de telles structures [26].

Il suggère de plus la création d'unités intersectorielles fermées réparties sur l'ensemble du territoire afin de prendre en charge les patients perturbateurs mais ne représentant pas un état de dangerosité suffisant pour une indication de transfert en UMD [1, 26].

Enfin, Barres et Fuchs estiment qu'il y a une nécessité, en 1990, d'évaluer l'arrêté du 14 octobre 1986, faisant pourtant foi et première vraie législation des UMD, afin notamment de revoir les procédures d'entrées, de sorties et de fonctionnement des commissions de suivi [26].

c) Le rapport Massé :

Le rapport Massé est intervenu en 1992 alors que la modernisation et la restructuration des UMD est déjà en cours. Le nombre de lits est passé de 521 dans les années soixante à environ 400 en 1994 [1, 2]. Le Dr Massé, dont la mission lui a été confiée par le ministre délégué de la santé, confirma que "les unités pour malades difficiles font partie intégrante du dispositif de soins psychiatriques publics" et précisa "qui plus est, elles ont facilité l'évolution de la politique de sectorisation dans les centres hospitaliers spécialisés, en prenant en charge un nombre croissant de patients pouvant être considérés comme

perturbateurs dans les services de psychiatries générales, sans présenter pour autant un état dangereux majeur tel que l'exige l'arrêté du 14 octobre 1986, relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles." [4, 27]

Il souligna aussi, au vu du contexte de cette époque "une baisse assez importante du nombre de lits en unités pour malades difficiles [...] sans qu'aucune création de structure fermée n'est faite" [1, 27]. Il proposa ainsi un dispositif de soin complémentaire avec "la création d'unités intersectorielles fermées qui représenteraient [...] un échelon intermédiaire entre services de psychiatrie générale et unités pour malades difficiles." [4, 27]. Il poussa même son idée en prenant exemple sur une nouvelle expérience tentée à Cadillac en Gironde où un nouveau pavillon à vocation locale fut créé : "cette "unité psychiatrique intersectorielle départementale" accueille des patients hommes en placement dans une perspective de traitement de la crise". Il a décrit un peu plus en détails les indications de transferts avec, par exemple, les passages à l'acte, les fugues ou la perturbation des services, ainsi que la durée de séjour, limitée à 2 mois, dans ce service [4, 27].

En réalité, le rapport Massé, a soutenu le besoin en UMD, en soulignant les premiers effets de bords (manque de lits, indications non respectées...) et proposa la création de nouvelles unités, qui viendraient compléter le système de soin et que nous connaissons de nos jours sous le nom d'USIP (Unités de Soins Intensifs de Psychiatrie).

6. La problématique des années 2000 : entre sécurité, liberté et vulnérabilité :

a) Plan Santé-Mentale 2005/2008 :

Les médias, au centre de notre société, relayent de plus en plus dans nos ménages toute sorte d'information, passant des grandes nouvelles internationales aux faits divers. Et c'est bien ces derniers qui concernent le plus notre discipline.

En quelques minutes, nous pouvons retrouver des dizaines de faits divers durant les dernières années abordant la psychiatrie, les malades mentaux et leurs passages à l'acte. Rien que sur l'année 2007, nous pouvons répertorier quelques exemples pris au hasard parmi tant d'autres : meurtres de policiers en Haute-Garonne, cannibalisme en prison à Rouen, matricide en Gironde et agression des forces de l'ordre... etc.

Le drame de Pau en 2004 reste l'un des faits divers les plus médiatisés mais aussi l'un de ceux qui ont le plus touché l'opinion publique et notre profession. Il a peut être influencé d'autres passages à l'acte dans les années qui ont suivis et a donné une occasion aux médias de se faire entendre une fois de plus sur des drames que nous aimerions tous éviter. C'est lors de la nuit du 17 au 18 décembre 2004, qu'une aide-soignante et une infirmière dans leur

service de psychiatrie, ont été assassinées par arme blanche par un patient, non hospitalisé à ce moment précis [28].

Cet évènement marquant et traumatique fut la rampe de lancement du plan Santé Mentale 2005/2008 initié par le ministre Philippe Douste-Blazy [29]. Un mouvement d'analyse de la situation de la psychiatrie et de recommandations avait déjà été initié en 2001 par le rapport Piel-Roelandt [30]. Le plan Santé Mentale avait pour but d'améliorer la prise en charge des patients psychiatriques en élucidant certains dysfonctionnements institutionnels, en améliorant les bonnes pratiques, la prévention, les soins et en renforçant les droits et les informations aux familles. Ce plan permettait aussi un afflux important de moyens financiers pour la psychiatrie [29].

b) Les choix politiques de 2008 :

La psychiatrie n'en resta pas moins médiatique avec l'explosion de faits divers sur les années suivantes jusqu'à cette fin d'année 2008, suite au drame de Grenoble, où le Président de la République M. Sarkozy consolida un débat déjà bien ouvert [31]. Le drame de Grenoble se déroula le 12 novembre 2008 où un patient, atteint de schizophrénie, ayant fugué de son service, tua un jeune homme à l'arme blanche en pleine rue. La réaction, plus que médiatique, fut politique [31].

C'est lors d'une visite de l'hôpital psychiatrique d'Antony en région parisienne (92) que le Président de la République M. Sarkozy prononça un discours à propos de la réforme de l'hôpital psychiatrique et notamment de la prise en charge des patients à risque, jugés même dangereux [32]. Ce débat, centré sur les notions de vulnérabilité des patients (plus souvent victimes qu'agresseurs), de liberté (notion phare des Droits de l'Homme) ou encore de sécurité de la population (victime, bien que rarement, d'agressions de la part de patient), abordé à cette époque, est en fait vieux de plusieurs centaines d'années.

M. Sarkozy proposa, en plus d'un renforcement sécuritaire autour des sorties des patients hospitalisés d'office et d'une obligation de soins en ambulatoire, un budget conséquent de 70 millions d'euros au total [32]. Ce budget avait pour but d'être alloué au renforcement des structures psychiatriques, avec la création de secteurs fermés, l'aménagement des chambres d'isolement, mais surtout avec la création de quatre nouvelles UMD de quarante places chacune sur le territoire français [32]. Ce fut aussi l'occasion de relancer la réévaluation de la loi de 1990, remplacée en 2011 par une loi grandement influencée par ce discours [32].

En fait, ce fut en janvier 2008, près d'un an avant le discours du Président, et notamment suite aux recommandations des rapports Barrès-Fuchs et Massé qu'ouvrit une UMD dans le Nord-Ouest de la France avec celle de Plouguernével dans les Côtes d'Armor.

Les quatre UMD annoncées lors du discours du 2 décembre 2008 furent finalement au nombre de cinq, portant leur nombre total à 10, avec l'ouverture en 2011 des UMD de

Monestier-Merlines (Corrèze), de Bron dans le Rhône (CHS du Vinatier) et d'Albi (Tarn), puis en 2012 des UMD de Châlons-en-Champagne (Marne) et de Sotteville-lès-Rouen (Seine Maritime).

7. De 2011 à 2013 : la nouvelle législation de la psychiatrie :

a) *La législation de juillet 2011 :*

L'arrêté du 14 octobre 1986 va ainsi être remplacé par deux nouveaux textes en juillet 2011, la loi du 5 juillet 2011 complétée par le décret n°2011-847 du 18 juillet 2011.

(1) La loi du 5 juillet 2011 :

Après un demi-siècle d'attente, la psychiatrie fut réformée en 1990, avec une loi "temporaire". Il a fallu attendre vingt-un ans de plus pour voir la psychiatrie de nouveau réformée par la loi du 5 juillet 2011, relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. En effet, le gouvernement avait jusqu'au premier août 2011 pour modifier la loi, sur demande du Conseil Constitutionnel [20].

La loi du 5 juillet 2011 réforme entièrement la législation de la psychiatrie avec une modification des modes d'hospitalisation [33] :

- L'HDT est remplacée par les SPDT (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers) ou SPDTU (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence)
- L'HO est remplacée par les SPDRE (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat
- Un nouveau mode d'hospitalisation est mise en place avec le SPI (Soins en Péril Imminent) ne nécessitant ni tiers, ni intervention d'un représentant de l'état.

De plus, et comme proposé en 2008 par le Président Sarkozy, une modalité nouvelle de soins fut instaurée avec les soins ambulatoires sous contrainte faisant l'objet d'un programme de soins [32, 33]. Le JLD (Juge des Libertés) obtient aussi une place prépondérante puis qu'il intervient au quinzième jour et au sixième mois pour se prononcer sur les mesures de contraintes, il peut aussi être saisi à tout moment par le patient [33].

Les UMD vont maintenant trouver leur reconnaissance dans l'article L. 3222-3 de la loi du 5 juillet 2011 [33] :

« Art. L. 3222-3.-Les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète en application des chapitres III ou IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale peuvent être prises en charge dans une

unité pour malades difficiles lorsqu'elles présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique. « Les modalités d'admission dans une unité pour malades difficiles sont prévues par décret en Conseil d'Etat. » [33] ;

Cette loi comprend aussi des dispositions particulières pour les sorties de patients faisant l'objet soit d'une déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, soit ayant séjourné en UMD plus d'un an sur les dix dernières années [4, 33, 34]. Ces dispositions demandent, comme abordé lors du discours de 2008, la concertation d'un avis collégial, comprenant le psychiatre traitant, un membre de l'équipe de soin et un autre psychiatre ne participant pas à la prise en charge, sur demande du directeur d'établissement afin de rendre un avis motivé permettant d'éclairer le préfet, qui statuera sur la fin d'hospitalisation du patient [4, 33, 34].

(2) Le décret n°2011-847 du 18 juillet 2011 :

La loi du 5 juillet 2011 fut complétée par le décret n°2011-847 du 18 juillet 2011 introduisant la définition et le fonctionnement des UMD [34, 35].

Ce décret précise que ces unités ont une vocation interrégionale et qu'elles ne font pas partie du système de secteurs de psychiatrie générale [34, 35].

(3) L'intervention du Conseil Constitutionnel :

Le Conseil Constitutionnel a, par la suite, été saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité (QPC) à propos de la conformité des droits et libertés à propos des dispositions de la loi du 5 juillet 2011 pour les personnes reconnues pénalement irresponsables ou ayant séjournés en UMD [33, 36]. La décision n°2012-235 du 20 avril 2012 du Conseil Constitutionnel a déclaré contraire à la Constitution les dispositions particulières concernant ces patients, puisqu'elles portent atteinte au principe d'égalité devant la loi [33, 36]. A défaut d'une abrogation immédiate de ces dispositions, il a été laissé au législateur jusqu'au 1er octobre 2013 pour remédier à l'article L.3213-8 et au II de l'article L. 3211-12 [33, 36].

b) La loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions de la loi du 5 juillet 2011 :

La loi du 27 septembre 2013, intervenant dans un délai in-extremis au vu de la limite fixée au 1er octobre 2013 par le Conseil Constitutionnel, s'avéra être plus une nouvelle réforme qu'une modification de la loi de 2011 [37, 38].

Cette loi s'attaqua aux prises en charge des patients en les précisant ou en les adaptant. Elle modifia quelques détails par rapport au contexte légal des hospitalisations sous contrainte avec une intervention plus précoce du Juge des Libertés, une présence obligatoire des avocats lors des auditions, qui devront se faire dans une salle dédiée dans l'établissement de soin, et non au tribunal [37, 38].

Le changement concernant les UMD est un changement majeur. Jusqu'à présent, la loi de 2011 donnait un statut légal spécifique aux UMD, les définissants comme des services fermés où les patients y étaient transférés, sur décision préfectorale, dans un contexte de dangerosité [33]. Ce dernier point était le critère principal d'admission en UMD, sur lesquelles les services de psychiatries pouvaient s'appuyer.

L'article 26 de la QPC précise ainsi [36] :

"Considérant, en premier lieu, que l'article L. 3222-3 du code de la santé publique prévoit que les personnes soumises par le représentant de l'État à des soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète peuvent être prises en charge dans une unité pour malades difficiles lorsqu'elles « présentent pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique » ; [...] laquelle est imposée sans garanties légales suffisantes, des règles plus rigoureuses que celles applicables aux autres personnes admises en hospitalisation complète [...] ;"

Ainsi, la loi du 27 septembre 2013 a modifié le statut particulier des UMD faute de "garanties légales suffisantes" pour justifier l'hospitalisation des patients dans des conditions plus rigoureuses que dans d'autres unités de soins psychiatriques [36, 38].

Toutefois, le Conseil Constitutionnel ne remet pas en cause la nécessité de soins spécifiques à ces patients présentant un danger pour autrui, mais il estime que le législateur doit mettre en œuvre des conditions particulières constitutionnelles à la fois pour l'instauration mais aussi pour la levée des soins en UMD [36].

Suite à cette décision, le statut légal des UMD est resté flou et indéfini durant plusieurs mois. Un nouveau décret, rédigé par le Conseil d'Etat était attendu dès le mois de janvier 2014. Il devait avoir pour but la redéfinition du statut des UMD, de leurs dispositions législatives et potentiellement de leur fonctionnement. Les indications d'admission, définies historiquement par la notion de dangerosité, pourraient par exemple être amenées à changer avec ce nouveau texte. Cette dernière notion, bien que difficile à définir dans la

littérature, d'autant plus pour des patients non condamnés par la justice, n'en reste pas moins intuitive pour les équipes de soins et les psychiatres.

8. Le décret du 1er février 2016 portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 :

C'est au cours de l'année 2015 que le projet de rédaction d'un nouveau décret fut initié à l'initiative du Ministère de la Santé [39]. Après plusieurs avis consultatifs des professionnels de santé, la version officielle - le décret n°2016-94 portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 - a ainsi été publiée le 3 février 2016 au Journal Officiel [40]. Au-delà des dispositions relatives aux programmes de soin, ce décret va apporter plusieurs modifications légiférant les unités pour malades difficiles.

L'article R. 3222-1 va redéfinir les UMD [40] :

« Les unités pour malades difficiles accueillent des patients relevant de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète en application des chapitres III et IV (…) dont l'état de santé requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières.»

Les parlementaires ont ainsi voulu insister sur le caractère thérapeutique de ces unités en enlevant la notion de dangerosité de ce texte législatif. Les UMD sont depuis ce décret des unités prodiguant des soins psychiatriques intensifs avec un cadre sécurisé uniquement pour des patients hospitalisés sous contraintes en SPDRE ou des patients détenus.

Cependant, la définition des soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état est définie par les articles L. 3213-1 et L. 3213-2 rappelant respectivement que [33, 37]:

- Art. L.3213-1 : « Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public »
- Art. L. 3213-2 : « En cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical, le maire […] prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. »

Nous observons ainsi que malgré la disparition de la dangerosité dans la motivation à l'admission d'un patient en UMD, elle persiste dans la définition du patient lui-même de par son mode d'hospitalisation. De façon théorique, le patient admis en UMD ne présenterait pas de dangerosité plus importante que les patients ne nécessitant qu'une hospitalisation en secteur. La différence se situerait uniquement sur le besoin d'intensité des soins et de sécurité de l'unité.

Au-delà de la notion de dangerosité, un autre changement a pu être apporté avec ce décret avec le remplacement de la notion de « mesures de sûreté » par la notion de « mesure de sécurité ». Cette modification prône le sens du soin et de l'irresponsabilité des patients puisque la sûreté vise des actes malveillants et intentionnels alors que la sécurité reste la prévention d'actes plus accidentels et involontaires.

Le reste de ce décret portera sur plusieurs modifications du fonctionnement de l'UMD concernant notamment les admissions, la CSM ou le place du préfet que nous aborderons par la suite.

Une requête par l'association Cercle de réflexion et de proposition d'action sur la psychiatrie (CRPA) fut posée auprès du Conseil d'Etat en demandant l'annulation de ce dit-décret. Le Conseil d'Etat, dans le cadre de son arrêt du 17 mars 2017, rejeta cette requête et renforça les droits des patients hospitalisés sous contraintes en rappelant qu'ils pouvaient être assistés par leur avocat lors des Commissions de Suivi Médicales (CSM), selon l'article 6 de la loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 portant réforme de certaines professions judiciaires et juridiques [41, 42]. Jusqu'ici, les CSM se déroulaient à « huit clos médical », entre médecins de l'UMD et membres de la Commission.

C. Fonctionnement légal actuel des UMD :

Le fonctionnement actuel des UMD est régit pour une majeure partie par l'article 4 du décret n° 2016-94 du 1er février 2016 portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge [40].

Ce décret revisite les articles 5 et 6 du décret n°2011-847 du 18 juillet 2011 [35] complétant la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011. L'article L 3222-3 de cette dernière, définissant l'indication d'une admission en UMD avait notamment été suspendu via la loi du 27 septembre 2013 par le Conseil Constitutionnel, laissant un vide juridique de plusieurs mois [36]. Pour rappel, le décret du 18 juillet 2011 se basait, sans apporter de changement majeur, sur l'arrêté du 14 octobre 1986, et ses 19 articles, premier texte à fournir un règlement et un mode de fonctionnement aux UMD sur un plan national [25, 35].

A noter que certains articles du décret du 18 juillet 2011 n'ont pas été mis à jour et restent valables.

1. Indications et Recrutement :

a) Indications et statut :

L'indication principale d'une hospitalisation en UMD est définie par un état de santé qui requiert la mise en œuvre sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières [40].

Tout patient transféré vers une UMD doit être hospitalisé sous contrainte en SPDRE (Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat). Cela concerne en pratique :

- des patients admis en SPDRE.
- des détenus hospitalisés en SPDRE.
- des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux, sur décision judiciaire ou du préfet.

b) Recrutement :

Les patients proviennent, pour la majorité, des secteurs de psychiatrie générale, où ils sont déjà hospitalisés. Cependant dans certains cas, les patients peuvent provenir du milieu pénitentiaire (UHSA, SMPR ou directement de centre de détention) ou d'autres unités spécialisées comme les USIP.

Comme annoncé dans l'article 5 du décret du 18 juillet 2011, les UMD ont une vocation interrégionale.

2. Modalités d'Admission :

a) Dossier et évaluation du patient :

Les demandes d'admissions sont réalisées par un psychiatre participant à la prise en charge du patient et adressées au médecin responsable de l'UMD. C'est avec l'accord de ce dernier que le préfet, du département initial d'hospitalisation du patient, décide de l'admission par un arrêté. Il se base sur un dossier médical et administratif comprenant :

- un certificat médical détaillé établi par le psychiatre demandant l'admission en UMD, précisant le motif de la demande ainsi que tous les éléments médicaux ou médico-légaux utiles (comptes rendus d'hospitalisations, expertises psychiatriques...)
- l'accord d'un psychiatre de l'unité pour malades difficiles.
- le cas échéant, l'indication des mesures de protection des biens du patient.

Les psychiatres de l'UMD contactée peuvent se déplacer préalablement à l'admission pour venir examiner le patient dans son unité d'origine.
Il est à noter que cette possibilité n'est que rarement mise en pratique, suite au manque de disponibilité des équipes soignantes, mais aussi à cause de la distance, souvent élevée entre le lieu d'origine et l'UMD.

b) Transfert : Décision et organisation :

L'admission à l'UMD est prononcée par arrêté du préfet du département d'origine à la suite de la décision d'admission.
Le patient est informé de la décision de son transfert dans le respect de ses droits.
A noter que l'établissement de santé d'origine doit organiser à la sortie de l'UMD les conditions de poursuite des soins sans consentement, quel que soit l'établissement d'accueil.
Les transferts sont effectués par les équipes ayant en charge le patient en dehors de l'UMD Ainsi, à l'aller, ce seront les équipes de l'établissement d'origine qui effectueront le trajet et au retour, ce sera l'équipe de l'établissement accueillant le patient qui en aura la charge.

c) Cas de désaccord :

En cas d'avis défavorable et de désaccord du médecin responsable de l'UMD, le préfet de l'établissement d'origine peut saisir la Commission de Suivi Médical (CSM), qui doit statuer sur l'admission dans les plus brefs délais.

3. La CSM : Commission de Suivi Médical :

Cette commission fut créée dès l'arrêté du 14 octobre 1986 [30]. Elle a un rôle central dans le fonctionnement des UMD puisque c'est elle qui est chargée d'examiner régulièrement les dossiers des patients, de décider d'une sortie définitive d'UMD, de veiller au bon fonctionnement des unités ou encore d'intervenir en cas de litige [25, 35, 40].
Un arrêté spécifique du ministre chargé de la santé précise les conditions de fonctionnement, les cas de déport de ses membres ainsi que les montants des indemnités perçues.

a) Composition de la Commission :

La CSM existe dans chaque département d'implantation d'une UMD et est composée de quatre membres, nommés par le directeur de l'agence régionale de la santé (ARS). Parmi eux, nous retrouvons :

- Un médecin représentant l'ARS
- Trois psychiatres hospitaliers n'exerçant pas leur activité dans l'unité pour malades difficiles.

Les membres de la commission de suivi médical sont ainsi désignés pour un mandat de trois ans renouvelables (valable uniquement pour les 3 psychiatres). Ils élisent de plus un président de commission en leur sein. Ce dernier a une voix prépondérante en cas de partage égal des voix. Chaque membre bénéficie d'un suppléant, nommé dans les mêmes conditions, d'après le décret de 2011.

b) Interventions de la Commission :

Elle examine de façon systématique et au moins tous les six mois le dossier de chaque patient hospitalisé en UMD. Elle peut se saisir à tout moment de la situation d'un patient hospitalisé et peut aussi être saisie de façon légitime et à tout moment par :

- la personne hospitalisée dans l'unité, sa famille, son représentant légal ou ses proches
- les procureurs de la République des départements d'origine ou d'accueil
- les préfets des départements d'origine ou d'accueil ou, à Paris, par le préfet de police
- le psychiatre responsable de l'unité
- le médecin généraliste ou le psychiatre privé traitant le patient
- le psychiatre hospitalier responsable du secteur psychiatrique d'origine
- le directeur d'établissement où est implantée l'unité
- le directeur de l'établissement d'origine

Il est possible aux avocats des patients d'assister aux CSM suite à une décision du Conseil d'Etat [41, 42]. La CSM étant une instance médicale, les avocats n'ont cependant pas de droit interventionnel ou consultatif.

c) Rôles de la Commission :

La commission garde un rôle central dans le cursus hospitalier du patient en UMD.
Elle n'a, en soi, aucun rôle thérapeutique. Elle intervient pour statuer sur l'évolution des patients en UMD, qu'il y ait nécessité de poursuite des soins ou d'une levée de l'hospitalisation. Elle statut sur les patients en fonction de leur dossier, de leur évolution, des

certificats rédigés par le psychiatre référent ou encore suite à des entretiens cliniques. En outre, comme nous avons pu le voir précédemment, elle peut intervenir en cas de litige sur une question de transfert. Elle tiendra le même rôle en cas de litige sur une sortie avec retour dans l'établissement d'origine.
La CSM peut visiter à tout moment, dès qu'elle le juge utile, et au moins une fois par semestre l'unité pour malades difficiles. Elle a pour rôle de rédiger des comptes rendus, de ses visites ou de ses conclusions à l'examen des dossiers, qu'elle transmet à la commission départementale des soins psychiatriques, au préfet du département et, à Paris, au préfet de Police, et au Procureur de la République.

d) Changement par rapport à l'arrêté de 1986 : l'ancien article 7

Alors que le décret du 1er février 2016 (tout comme le décret du 18 juillet 2011) prévoit un examen au minimum tous les 6 mois de chaque dossier, l'arrêté du 14 octobre 1986 prévoyait, quant à lui, de par son article 7, la réunion de la commission au moins une fois par mois, dans l'établissement même [25, 35, 40]. Ce délai d'un mois ne figure plus dans le décret du 1er février 2016 [40].
Mais il est vrai que d'un point de vue pratique, ainsi qu'en raison de l'examen semestriel obligatoire, la commission continue généralement de se réunir chaque mois afin de respecter les délais.

4. Modalités de sortie :

a) Décision de sorties :

Les décisions de sorties de l'UMD sont faites par la CSM après examen de chaque dossier et entretien avec les patients concernés. Elles peuvent se faire lors des commissions systématiques programmées ou bien après saisie de la CSM de façon spécifique.
D'après le décret du 1er février 2016, dès que la CSM constate que les conditions mentionnées à l'article R. 3222-1 - à savoir un état de santé qui requiert la mise en œuvre sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières - ne sont plus remplies, elle prend la décision de levée de l'hospitalisation. Elle saisit directement le préfet du département d'implantation de l'unité, ou à Paris, le préfet de police, qui prononce par arrêté la sortie de l'unité pour malades difficiles du patient. Il en informera le préfet du département de l'établissement d'origine (signataire de l'arrêté initial d'admission) ainsi que l'établissement d'origine qui avait demandé l'admission en UMD.

b) *Modes de sortie :*

Les sorties peuvent être prononcées sous plusieurs formes :

- De la poursuite des soins sans consentement dans l'établissement de santé d'origine
- De la poursuite des soins sans consentement dans un autre établissement de santé
- D'une levée de la mesure de soin sans consentement

La plupart des sorties sont réalisées par retour dans l'établissement d'origine, décision privilégiée et permettant une continuité des soins dans le secteur psychiatrique d'origine.
En cas de sortie de détenus, le retour en détention est organisé dans un délai bref par l'équipe pénitentiaire. D'un point de vue pratique et réglementaire, la date de transfert d'un détenu ne lui ait pas communiquée précisément pour des questions de sécurité et de prévention d'évasions.

c) *Organisation de la sortie :*

C'est à l'établissement d'origine du patient d'organiser la poursuite des soins en son sein ou dans un autre établissement en cas de nécessité.
L'établissement, désigné par l'arrêté préfectoral pour accueillir le patient, devra le faire dans un délai de maximum 20 jours.
Si le préfet prononce une levée de la mesure de soin sans consentement d'une personne détenue, le retour de cette dernière en détention ou en UHSA est organisé dans des délais brefs.

d) *Changement depuis l'arrêté de 1986 :*

(1) *Article 15 et 17 de l'arrêté de 1986 :*

Deux changements sont à noter concernant les dispositions de sorties d'UMD.
La première concerne les sorties d'essais proposées dans l'article 15 de l'arrêté de 1986 qui ont disparu du décret du 17 juillet 2011, du fait d'une nouvelle législation de la psychiatrie avec la loi du 5 juillet 2011 [25, 35].
La seconde concerne une possibilité, rarement utilisée, mais qui reste intéressante à notifier. Par l'article 17 de l'arrêté de 1986, le psychiatre hospitalier responsable de l'unité pour malades difficiles pouvait proposer, dans un délai de trente jours après son admission, un retour du patient dans son établissement d'origine, s'il considérait que les indications pour un transfert en UMD n'étaient pas remplies, à savoir la notion de dangerosité et de soins adaptés nécessaires [25]. En cas de contestation par l'établissement d'origine, c'était à la

CSM de trancher sur demande du préfet [25]. Cette disposition a disparu et n'apparaît ainsi plus dans le décret du 18 juillet 2011 [35].
Ces deux dispositions ne sont pas réapparues avec le nouveau décret du 1er février 2016.

(2) Contestation à la sortie :

Il était prévu par le décret du 18 juillet 2011 que l'établissement d'origine du patient puisse contester la décision de sortie. Si tel était le cas, le préfet du département d'implantation de l'UMD, ou le préfet de police à Paris, devait saisir la CSM une nouvelle fois afin de statuer de nouveau dans les plus brefs délais sur le dossier [35].
Cet article a disparu avec le nouveau décret de 2016, ne laissant que la contestation suite au refus d'admission possible [40].

5. Aspects médico-légaux et droit des patients :

Les dispositions particulières introduites lors de la loi du 5 juillet 2011, abordées précédemment, ont été abrogées l'année suivante par le Conseil Constitutionnel [34, 36]. Néanmoins, certains aspects médico-légaux des hospitalisations sous contraintes restent en vigueur, que ce soit en secteur ou en UMD, nous parlons bien entendu des certificats médicaux obligatoires et de l'intervention du Juge des Libertés et de la Détention (JLD) [33, 37].
Ces derniers sont régis par la loi du 5 juillet 2011 corrigée par la loi du 27 septembre 2013 [33, 37].

Les droits des patients figurent dans les titres de chacune des dernières réformes de la psychiatrie, que cela soit dans la loi du 27 juin 1990, dans celle du 5 juillet 2011 ou encore celle du 27 septembre 2013. Ils ont ainsi une place centrale, voulue et définie, dans le système de soin psychiatrique, que cela soit en hospitalisation simple ou en UMD [19, 33, 37]. Dans ces dernières, les restrictions de leurs libertés individuelles sont adaptées et proportionnées à leur état mental [34].

D. En pratique : l'UMD en 2017

1. Répartition géographique et capacités des UMD :

Il existe en 2017 un total de 10 UMD réparties sur le territoire français. Leur répartition répond à des besoins nationaux et loco-régionaux, notifiés dans certains rapports comme par exemple les rapports Barrès-Fuchs de 1990 ou Massé en 1992 [26, 27, 34].

- Les UMD Historiques [34] :
    - CH Paul-Guiraud, Villejuif (64 lits, dont lits pour femmes)
    - CH de Montfavet (80 lits, dont lits pour femmes)
    - CH de Sarreguemines (144 lits)
    - CH de Cadillac (86 lits)
- Les nouvelles UMD [34] :
    - CH de Plouguernével (40 lits mixtes)
    - CH Le Vinatier, Bron (40 lits mixtes)
    - CH du pays d'Eygurande, Monestier-Merlines (40 lits)
    - CH Pierre Jamey, Albi (40 lits)
    - EPSMD de la Marne, Châlons-en-Champagne (40 lits)
    - CH du Rouvray, Sotteville-lès-Rouen (40 lits)

La capacité totale des lits en UMD en 2017 est approximativement de 614 lits sur le territoire français. Ce chiffre peut varier selon les politiques d'établissements. Concernant les femmes, pour les quatre UMD historiques, il était prévu un nombre de 40 lis au total, concentré sur deux UMD. Ce chiffre a augmenté avec l'ouverture de deux UMD mixtes (mais diminution du nombre de lits femmes dans les UMD historiques), sans pour autant définir un nombre arrêté total de lits spécifiques. La capacité totale n'a pas vocation à beaucoup changer, sauf en cas de rénovation ou restructuration interne importante.

Nous pouvons ainsi observer géographiquement une répartition de cinq UMD dans le nord et de cinq autres dans le sud (voir figure 1). Le centre de la France ne bénéficiant pas de ce genre de structure au vu d'une population moins dense et d'une proximité de certaines UMD (Monestier-Merlines, Bron ou Villejuif).

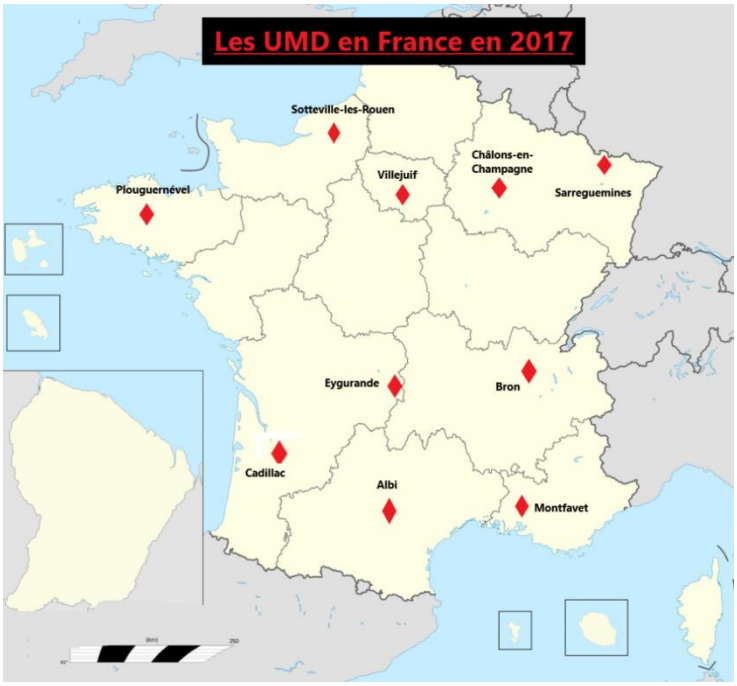


Figure 1 : Carte des UMD en 2017

2. Organisation des soins :

a) Contraintes architecturales :

L'architecture fait partie, à part entière, du processus institutionnel et thérapeutique, lors de la prise en charge de tous les patients [1]. La libéralisation de la psychiatrie a permis la création de services dits ouverts, puisque leur accès est libre, contrastant ainsi avec les unités dites fermées. Le fonctionnement de ces diverses unités, qu'elles soient de secteur ou spécialisées, est soumis à l'ergonomie, plus ou moins optimales, de leur locaux. L'UMD n'en fait pas exception, au contraire, elle en est même la première concernée.

Au-delà des contraintes sanitaires ayant entrainées des rénovations dans l'ensemble des anciennes UMD, les nouvelles unités, récemment créées, ont pu s'appuyer sur un siècle d'expérience pour parfaire le cadre dans lequel les patients difficiles seront pris en charge.

Chaque UMD a son architecture propre, bien que les derniers projets gardent de nombreuses similitudes. Nous nous limiterons ainsi aux quelques points importants dont il est nécessaire de se saisir, afin de mieux comprendre l'aspect et le fonctionnement de ces unités.

Les UMD sont en premier lieu des services fermés, accueillant des patients dangereux, sous contrainte par SPDRE ou en détention. Ils restent des établissements de soins et non carcéraux. L'ensemble de ces unités nécessite donc une structure permettant d'empêcher les fugues et de maintenir l'ensemble des patients et des soignants en sécurité [1].

Ainsi, les UMD arborent généralement un mur d'enceinte extérieur, permettant un cloisonnement complet de leur service par rapport à l'extérieur, présence du CHS (Centre Hospitalier Spécialisé) à proximité ou non.

Les unités, quant à elles, sont généralement d'une taille permettant d'accueillir une vingtaine de patients. Plusieurs lieux leurs sont dédiés :

- les parties individuelles qui concernent leurs chambres et les chambres d'isolement
- les parties communes avec des salles d'activités, une salle à manger, une cour extérieure, un espace plus social avec une cafétéria...etc.
- un espace dédié à d'autres activités telles que le sport, l'ergothérapie, le jardinage...etc.

La notion d'espace est primordiale, elle permet d'apaiser les tensions, de créer un cadre moins pesant et d'améliorer les qualités des interventions en cas d'agitation. Ainsi, les espaces communs comme la salle à manger ou les chambres peuvent être volontairement grands.

L'espace des soignants doit permettre une vision globale de l'unité ainsi qu'une intervention rapide au besoin. La vidéosurveillance, les portes fermées à clés avec alarme, la présence de sas et l'utilisation de matériaux résistants sont aussi nécessaires.

L'architecture des unités doit permettre d'instaurer un cadre thérapeutique, à la fois contenant mais permettant des soins de qualités, tout en maintenant un niveau de sécurité optimal. Telle est le défi des UMD.

b) Pluridisciplinarité des équipes :

Chaque patient bénéficie d'une prise en charge pluridisciplinaire au cours de son séjour, permettant la mise en place d'un projet de soin personnalisé [13].

Les acteurs participant à cette prise en charge varient en fonction des spécificités de chacune des UMD, mais nous pouvons y retrouver [13] :

- l'équipe médicale de psychiatrie comprenant le chef de service, les psychiatres hospitaliers et les internes en psychiatrie
- l'équipe médicale somatique comprenant les médecins généralistes, les anesthésistes participants aux ECT (Electro-convulsivo-thérapie) ou d'autres intervenants extérieurs ponctuels
- les équipes paramédicales, possiblement mixtes, comprenant cadres de santé, infirmiers, aides-soignants, agents d'accueils et agents sanitaires hospitaliers
- les équipes de psychologues
- les équipes sociales avec les assistantes sociales
- le personnel lié aux activités : ergothérapeute, psychomotricien, moniteur de sport...
- le personnel administratif

Le travail d'équipe, tenant une ligne de conduite commune, permet d'éviter tout clivage, souvent recherché par les patients [43]. Le règlement institutionnel se doit d'être suffisamment contenant pour canaliser certaines angoisses mais souple pour accompagner le soin [43].

Les équipes peuvent recevoir une formation commune autour de la gestion des crises avec des techniques de pacification des crises, d'apaisement ou bien de défense en cas d'agression physique. C'est le cas par exemple à l'UMD d'Albi où l'ensemble du personnel suit la formation "Omega", originaire du Canada.

Les patients ont aussi l'occasion de rencontrer lors de leur séjour le Juge des Libertés et de la Détention ainsi que les membres de la Commission de Suivi Médical.

c) *Le séjour :*

Deux modalités de prise en charge de patients sont repérées :

- Un dispositif de prise en charge gradué : le patient est admis à l'entrée dans une unité d'accueil, le temps de la période d'observation. Lorsque le protocole de prise en charge est défini, le patient est transféré dans une unité d'hospitalisation où il demeurera jusqu'à ce que la sortie soit envisagée. Il est alors orienté vers une troisième unité, dite de préparation à la sortie.
- Un dispositif horizontal : le patient est admis dans une unité d'hospitalisation indifférenciée où se déroulent l'évaluation initiale et la période d'observation de 3 semaines à 1 mois. A l'issue de cette période, on lui propose au sein de cette unité une prise en charge spécifique jusqu'à la sortie.

La prise en charge, bien que personnalisée, débute par une phase initiale, en chambre d'isolement, ayant pour but une observation rapprochée et une prise en charge des états de crise. Cette première phase, qui dure souvent plusieurs jours, va permettre d'établir un premier contact avec le patient, de lever les comportements violents et d'obtenir une compliance thérapeutique [4]. Le patient sera informé des modalités de son hospitalisation, du fonctionnement de l'unité et de la suite de la prise en charge [34].

La suite de la prise en charge s'effectuera dans l'unité où le patient est affecté. Elle s'organisera autour d'axes diversifiés : observations et entretiens à but clinique et diagnostique, traitement pharmacologique et interventionnel, psychothérapie, interventions des psychologues avec tests neuropsychologiques, contrats individuels adaptés au patient et à son évolution, activités thérapeutiques et prise en charge sociale [13].

La problématique spécifique des patients en UMD est axée sur leurs troubles du comportement, leur rapport à l'autre, leur dangerosité, leur agressivité et l'intensité des symptômes [13]. La prise en charge recherchera une amélioration du dialogue, de l'image de soi, une resocialisation, dans une dimension parfois éducative [13].

Le traitement repose en particulier sur la pharmacologie avec l'utilisation des psychotropes mais aussi sur des techniques plus interventionnelles avec les ECT (Electro-convulsivo-thérapie), les rTMS (Stimulation Magnétique Transcrânienne répétitive) ou la tDCS (Stimulation Transcrânienne à Courant Direct) [13]. L'utilisation de l'isolement thérapeutique est faite dans le respect des recommandations des bonnes pratiques, en évitant toute dimension punitive [13].

L'idée reçue du traitement pharmacologique en UMD est un traitement polymédicamenteux, lourds, à fortes doses [43]. La réalité est somme toute différente. Certes, il n'est pas rare de voir des traitements plus conséquents en UMD quand les situations le nécessitent, notamment en cas de pharmaco-résistance. Mais la politique thérapeutique est de s'orienter vers le traitement le plus simple possible mais le plus

efficace, sans chercher à "zombifier" le patient [1]. La monothérapie est donc privilégiée et les résultats sont souvent encourageants [1]. Cela s'explique par plusieurs éléments, assez simple. D'une part le cadre contenant et le changement de milieu des patients permettent une possible atténuation des symptômes, avec un facteur "temps" qui n'est pas un facteur limitant mais un facteur thérapeutique. D'autre part, les patients bénéficient, en secteur, de traitements de plus en plus lourds au fur et à mesure de leurs actes agressifs, des fois bien au-delà des doses thérapeutiques recommandées [1]. Au final, ils peuvent ressortir d'UMD avec un traitement moins lourd qu'à leur arrivée avec une baisse de leur agressivité mais aussi des effets secondaires [1]. Il n'est pas inutile de rappeler que les fortes sédations dues aux traitements restent mal supportées par les patients et peuvent entraîner une augmentation de l'agressivité et des passages à l'acte.

Le patient peut bénéficier de sorties de courtes durées, comme d'appels ou de visites de ses proches au sein de l'UMD, en fonction de son état clinique. Il reste bénéficiaire de ses droits les plus légitimes [13].

E. Exemple : l'UMD d'Albi au Bon Sauveur d'Alby

L'UMD Louis Crocq d'Albi est dépendante du Centre Hospitalier Pierre Jamet, lui-même appartenant à la Fondation du Bon Sauveur d'Alby. L'UMD est située en dehors de l'enceinte du centre hospitalier, à l'extérieur de la ville. Elle a ouvert ses portes en novembre 2011.

L'UMD est divisée en trois parties distinctes. La première correspond au bâtiment d'entrée accueillant l'aile administrative et l'aile des prises en charges spécialisées (cabinet d'odontologie, plateau technique avec salle de réveil pour les ECT). La seconde partie est dédiée aux soins avec deux unités accueillant 20 patients maximum chacune (avec 20 chambres individuelles, 2 chambres d'isolement) séparées par un bâtiment, d'utilisation commune, nommé "espace social" et permettant de travailler autour de la notion de sociabilité. Enfin la dernière partie est la zone d'activité avec son espace d'ergothérapie, son jardin et ses locaux pour les activités sportives.

L'UMD d'Albi ne présente pas de fonctionnement particulier ou très différent des autres UMD puisque ce dernier reste très encadré légalement.

Son bassin de recrutement reste national, cependant, la nouvelle répartition nationale des UMD peut permettre depuis quelques années la priorisation de patients plus proches géographiquement afin de maintenir plus facilement les liens familiaux ou avec les équipes des secteurs.

II. Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) :

A. Définition :

Avant d'évoquer spécifiquement les UHSA, il est nécessaire d'évoquer l'organisation générale des soins pour les détenus. Celle-ci s'organise en trois niveaux distincts, que ce soit pour les soins somatiques ou les soins psychiatriques [44] :

1. Les unités sanitaires de niveau 1 assurent les soins relevant des actes de consultations externes et ambulatoires. Elles correspondent aux UCSA ou aux SMPR dans leur fonction de consultation.
2. Les unités sanitaires de niveau 2 assurent les soins relevant des actes d'hospitalisation partielle comme les hôpitaux de jour. Cela concerne en psychiatrie les SMPR qui sont les seuls à assurer cette fonction.
3. Les unités sanitaires de niveau 3 assurent quant à elle les soins requérant une hospitalisation à temps complet. Ces unités comprennent :
   - Les UHSA
   - Les établissements de santé autorisés en psychiatrie dans le cadre d'hospitalisations régies par l'article D398 du CPP (dans l'attente de la finalisation du programme UHSA)
   - Les UMD lorsque les critères sont justifiés

Les UHSA sont des unités hospitalières implantées au sein d'un établissement de santé, sécurisées par l'administration pénitentiaire [44, 45, 46].

Elles accueillent exclusivement des personnes détenues souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant une hospitalisation complète, avec ou sans consentement [45, 46].

Elles ont pour vocation une répartition homogène sur le territoire permettant un recrutement intersectoriel [45]. Ce dernier est défini clairement par l'arrêté du 20 juillet 2010, fixant la liste des neufs UHSA de la première tranche ainsi que leur établissement de santé de rattachement et leur ressort territorial [44, 47]. Les unités étant mixtes, les patients peuvent être des hommes, femmes ou mineurs [45, 46, 48].

Les patients sont hospitalisés sous toutes formes de soins, allant des soins libres à la demande du patient au soin sous contrainte, les patients détenus bénéficiant de l'article D398 [44, 46].

Le principe général, selon l'article L3214-1 du Code de Santé Publique, est que toute hospitalisation complète d'un détenu doit être réalisée au sein d'une UHSA [44]. Quelques nuances ont cependant été ajoutées. En effet, si une hospitalisation avec le consentement

du patient devait être réalisée, elle devrait se faire uniquement dans une UHSA. Si la personne n'est pas en mesure de donner son consentement, elle sera alors hospitalisée sous contrainte soit en UHSA, soit dans une unité d'hospitalisation adaptée selon l'article D398 du CPP ou soit en UMD [44, 46]. En cas de contrainte, l'admission et la sortie sont prononcées par arrêté préfectoral [48].

Nous évoquerons successivement quelques éléments de fonctionnement de ces unités avant d'aborder leur place sur le territoire en 2017 ainsi que leurs limites.

B. Implantation des UHSA :

1. Les premières structures spécialisées pour détenus atteints de troubles mentaux :

Comme nous avons pu l'aborder précédemment lors de l'évolution institutionnelle menant vers la création des UMD, la première structure spécialisée pour accueillir des détenus atteints de troubles mentaux fut le quartier spécial à la maison centrale pénitentiaire de Gaillon. Ce dernier a été ouvert le 17 mai 1876, sous la direction du Dr Hurel, afin d'accueillir des condamnées aliénés et épileptiques [49]. La maison centrale de Gaillon ferma ses portes en 1901, tandis que le service spécial ne le fut qu'en 1906 [1, 49].

Quelques années après, le quartier sécurisé de Villejuif ouvrit ses portes en 1910, future UMD Henri Colin [1,12, 49]. En plus d'accueillir des aliénés vicieux, difficiles et perturbateurs, cette installation avait aussi pour vocation de prendre en charge des aliénés criminels. Cette institution n'avait cependant pas pour objectif d'accueillir des patients avec un statut de détenus, n'en faisant pas un établissement mixte initialement.

Par la suite, c'est en 1927 qu'une consultation, consacrée au dépistage des troubles mentaux pour les détenus entrant en détention, fut créée dans la prison cellulaire à Loos-les-Lille par les docteurs Vullien et Raviart [50].

Des Centre d'Orientation Régionaux, suite au décret du 31 mars 1936, furent créés à Fresnes, mais aussi à La Santé et à La Petite Roquette. Ces nouveaux des centres d'examens psychiatriques se confrontèrent à de lourdes résistantes de l'administration pénitentiaire pour qui « la psychiatrie fabriquent le fou et suscite la simulation » [45, 49, 50].

2. L'évolution d'après-guerre :

Suite à la seconde guerre mondiale, où bon nombre de Français, dont certains hommes politiques, ont pu connaître les conditions d'incarcérations difficiles, une réflexion fut menée autour de la prison et de ses missions.

C'est ainsi que P. Amor, directeur général de l'Administration pénitentiaire à l'époque, soutient la création d'annexes psychiatriques dans chaque établissement pénitentiaire par une réforme [45, 49, 51]. Ce fut la circulaire du 5 octobre 1950 qui mit en place ces nouvelles structures dans les prisons. Sur les 24 annexes prévues initialement, seules 14 ont fonctionné, souvent brièvement par manque de personnel [45, 49].

Par la suite, deux établissements pénitentiaires à vocation sanitaire ouvriront leurs portes avec respectivement le centre d'observation psychiatrique pénitentiaire de Château Thierry en 1950 puis le centre de réadaptation d'Haguenau en 1957 [50, 52]. Ces centres avaient pour principale vocation l'accueil des psychopathes (entité regroupant une partie importante des troubles psychiatriques de l'époque). Le centre d'Hagenau fermera en 1986 pour être transféré à Metz-Barrès la même année [50, 52].

3. L'article D398 du code de procédure pénale de 1958 :

Le Code de procédure pénale de 1958 va redéfinir la notion de soin psychiatrique en milieu carcéral par la rédaction des articles D395 à D398.

Tandis que les trois premier articles - D395, D396 et D397 - mettent en place respectivement des consultations d'hygiène mentale, des cures de désintoxication alcoolique ou encore des dépistages de troubles mentaux, c'est bien l'article D398 qui instaura de nouvelles conditions de soins [45, 49].

Cet article est une importante évolution dans la psychiatrie médico-légale. Il va rendre obligatoire l'hospitalisation complète à la place de la détention pour certains détenus atteints de troubles mentaux, permettant leur transfert en dehors d'un établissement pénitentiaire, dans un lieu de soin dédié. Actuellement, cet article permet aux détenus d'être hospitalisés en UHSA (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées), en secteur, en USIP ou en UMD [53]. Il stipule que [53] :

Article D.398 : "Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 3214-3 du code de la santé publique ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire. Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder, dans les meilleurs délais, à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 3214-1 du code de la santé publique.

Il n'est pas fait application, à leur égard, de la règle posée au second alinéa de l'article D. 394 concernant leur garde par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation."

4. Du premier CMPR à la sectorisation en milieu pénitentiaire :

a) Des CMPR au SMPR :

Le premier CMPR ou Centre Médico-Psychologique Régional fut ouvert en 1960 sous l'impulsion de P. Hivert à La Santé [45, 49, 54]. La circulaire du 30 juillet 1967 officialisa la création des CMPR qui remplaceront les annexes juridiques [49]. Trois autres centres ont ouvert rapidement leurs portes avec ceux de Lyon, Loos-les-Lille et Marseille. Le dialogue restait difficile à cette époque entre les équipes médicales et l'administration pénitentiaire, puisque cette dernière demeurait la figure d'autorité hiérarchique, rémunérant et prenant l'initiative ou non de la possibilité des consultations [49, 50].

La mise en place du secteur a ainsi modifié le déroulement des soins psychiatriques en détention, déjà introduits dans le code de procédure pénale en 1958. Suite à une expérience convaincante à Fleury-Mérogis en 1973 par le Dr Mérot, considérée comme le premier modèle de service psychiatrique en milieu pénitentiaire calqué sur le modèle sectoriel, c'est en 1977 sous l'impulsion de Simone Weill que ce système fut confirmé [45, 55, 56].

La circulaire interministérielle Santé-Justice du 28 mars 1977 mis ainsi en place, sous le modèle sectoriel, dix-sept Centre Médico-Psychologiques Régionaux (CMPR), dépendants d'un hôpital de rattachement, avec une équipe pluridisciplinaire sous l'autorité d'un chef de service [45, 49, 55, 56].

Cette circulaire fut finalement remplacée par le décret du 14 mars 1986 qui a défini les Services Médico-Psychologiques Régionaux (SMPR), en lieu et place des CMPR. Ils furent vingt-six à avoir été créés [45, 49].

Il fallut attendre l'arrêté du 14 décembre 1986 pour une plus grande précision sur les secteurs psychiatriques en milieu pénitentiaire, avec une définition de leurs missions et de leurs règlements intérieurs [55, 56, 57]. Leur fonctionnement sera détaillé par plusieurs textes législatifs les années suivantes. Leurs missions sont [56, 57] :

- dépistage des troubles psychologiques et psychiatriques
- mise en œuvre des traitements psychiatriques
- suivi psychiatrique et psychologique
- lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie
- coordination des soins

b) *Du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé :*

Les établissements n'ayant pas accès aux SMPR ont toutefois accès aux soins psychiatriques avec l'intervention d'un psychiatre, fournis par les établissements publics sectoriels, au sein des Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (UCSA), créées par la loi n°94-43 du 18 janvier 1994 [45, 56, 58].

Cette loi a eu pour objectif de confier au service public hospitalier la mission de dispenser les soins aux détenus et de leur accorder le bénéfice de la protection sociale, alors que cette mission était initialement sous la responsabilité du régime pénitentiaire [4, 45, 58].

Elle a permis de transférer la tutelle de l'ensemble des prises en charge sanitaires somatique ou psychiatrique de la population pénale du Ministère de la Justice au Ministère de la Santé [49, 50].

La circulaire du 8 décembre 1994 est venue compléter les exigences spécifiques à respecter liées au milieu pénitentiaire, tout en justifiant la nécessité d'interventions psychiatriques [45, 49].

5. Création des UHSA par la loi du 9 septembre 2002 :

Alors que le système de soin psychiatrique prévoyant les SMPR et les UCSA est en place depuis le début des années quatre-vingt-dix, les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) sont issues de la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002, via son article 48 [45].

Cette loi est arrivée dans une période de méfiance vis-à-vis de la justice, suite à plusieurs affaires difficiles relayées par les médias évoquant la surpopulation, les conditions d'incarcération difficile, les suicides ou encore les mutineries. Elle vise à une amélioration de l'efficacité de la justice en renforçant et en développant certains aspects (administratifs, matériels… etc.) [50]. Elle permet de plus une facilité d'accès aux soins médicaux et psychologiques pour les détenus [59].

L'article 48 a ainsi modifié le Code de Santé Publique, tout en créant cinq nouveaux articles (L. 3214-1 à L. 3214.5 CSP) concevant la notion d'UHSA et réglementant l'hospitalisation complète des patients en détention [50, 56].

Inspirée initialement des Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales (UHSI), les UHSA sont des unités hospitalières implantées dans un établissement de santé. L'administration pénitentiaire y assure la sécurité tandis que le personnel soignant se concentre sur sa mission de soin. Elles accueillent pour des soins psychiatriques des patients détenus avec ou sans leur consentement [45].

Leur fonctionnement est régi par la Circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2 n°2011-105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA [46, 48].

Le programme de construction de ces unités a été prévu en deux tranches, pour un total de 705 lits au sein de dix-sept unités différentes.

La première tranche prévoit un total de 440 places en neuf établissements distincts [45, 46, 48]. L'ouverture de la première UHSA a eut lieu en mai 2010 à Bron, près de Lyon, suivi de celle de Toulouse puis Nancy en 2012. La construction des autres unités s'est étalée sur plusieurs années jusqu'à la dernière prévue à Marseille en 2017. La seconde tranche prévoit 265 places en plus réparties dans huit autres unités [46, 48].

C. Fonctionnement :

Les modalités de fonctionnement des UHSA sont définies et détaillées dans la circulaire interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) [48].

1. Recrutement :

Les UHSA sont prévues pour accueillir les personnes détenus des deux sexes, souffrant de troubles psychiatriques et nécessitant de soins par hospitalisation complète avec ou sans consentement. Le motif principal d'hospitalisation ne peut être somatique.

Les détenus mineurs peuvent être accueillis dans ces unités. C'est une forme d'exception du principe pénitentiaire de séparation des mineurs et des majeurs. Néanmoins, l'UHSA, en cas de mineurs, doit mettre en place une vigilance accrue ainsi qu'un projet médical adapté (permettant un enseignement ou des formations)

Selon l'article D.50 du code de procédure pénale, les patients concernés sont les personnes hébergés par l'établissement pénitentiaire de façon continu ou de façon discontinue. Cela inclut l'ensemble des détenus incarcérés, les personnes semi-libres, les bénéficiaires de permissions de sorties ou encore les placements extérieurs avec surveillance.

2. Ressort territorial :

Le recrutement des patients est réalisé au sein d'un territoire défini par arrêté, tel un secteur géographique. Ces territoires sont des zones en rapport avec l'administration pénitentiaire et son organisation.

C’est l’arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux qui fixe les établissements de santé de rattachement des UHSA ainsi que leur ressort territorial [47].

Il est à préciser que cet arrêté prend en compte uniquement la première tranche des neuf premières UHSA. Après la construction de la seconde tranche, cet arrêté sera revu pour définir une nouvelle répartition territoriale.

Il existe deux exceptions à une hospitalisation dans l’UHSA du territoire de rattachement :

- Une absence de place, permettant une orientation sur une autre UHSA, la plus proche
- Une question de sécurité de l’unité vis-à-vis d’un regroupement de détenus à éviter dans la même enceinte.

3. Admission :

Les procédures d’admissions diffèrent en fonction du consentement du patient.

En cas de consentement du patient, c’est le médecin de l’établissement pénitentiaire qui réalise la demande d’admission. Cette dernière sera décidée par le médecin de l’UHSA, qui peut demander, selon l’état clinique, un accompagnement par des soignants durant le transfert.

Le transport est organisé par le directeur de l’établissement pénitentiaire d’origine, en lien avec le directement de l’établissement de santé.

En cas d’absence de consentement du patient, c’est de nouveau le médecin de l’établissement pénitentiaire qui réalise la demande d’admission. Il devra rédiger un certificat médical circonstancié indiquant la nécessité de l’hospitalisation sans consentement de la personne détenue. L’admission sera ensuite décidée par arrêté préfectoral, qui précisera les établissements concernés par le transfert.

Le transport sera à la charge de l’établissement de santé recevant le patient, qui l’organisera avec le personnel pénitentiaire de l’UHSA

Le certificat des 24h doit être transmis au préfet du département de l’UHSA. L’admission sera réalisée par le directeur de l'établissement de santé de l’UHSA et il transmettra le certificat des 24h au préfet du département de son unité.

4. Sortie :

De même, les procédures de sorties diffèrent en fonction du mode d'hospitalisation du patient.

En cas de consentement du patient, la prévision de sortie sera annoncée au moins 48h à l'avance par le médecin de l'UHSA au responsable pénitentiaire de l'UHSA.

En cas de non-consentement, le préfet du département de l'UHSA lèvera l'hospitalisation sans consentement, sur avis du psychiatre de l'unité. De façon similaire, ce dernier doit informer, au moins 48h à l'avance, le responsable pénitentiaire de l'UHSA afin de permettre le retour sans délai vers l'établissement pénitentiaire.

5. Fonctionnement :

Les soins prodigués sont équivalents aux autres établissements de soins. La prise en charge y est pluridisciplinaire.

Deux principes fondamentaux régissent le fonctionnement des UHSA, à savoir la primauté des soins et la double prise en charge sanitaire et pénitentiaire.

L'administration pénitentiaire, quant à elle, a son rôle propre. Elle assure la sécurisation, les transferts, le contrôle des entrées et des sorties de l'établissement. Elle peut être amenée à venir renforcer ponctuellement les équipes en cas d'agitation ou de risques de passages à l'acte sur le service [45, 46].

Les patients restent soumis aux restrictions de libertés individuelles qui leur sont imposées dans le cadre de leur incarcération. Cependant, le détenu hospitalisé reste un patient dont les droits et la dignité doivent être respectés.

Une convention spécifique à chaque UHSA est établie à leur ouverture. Elle précise une grande partie du fonctionnement de l'unité (modalités d'hospitalisation, moyens en personnels, rôles de chaque personnel, procédure d'articulations entre les différents niveaux de soins…) tout en respectant les principes généraux précités.

D. Place en 2017 sur le territoire

A la fin de l'année 2017, la première tranche de développement des UHSA sur le territoire français sera terminée [46, 58] Elle comportera 440 places au total. La dernière UHSA ouverte fut celle de Cadillac en juillet 2016. La prochaine à ouvrir sera celle de Marseille au cours de l'année 2017.

Détail de la première tranche de construction des UHSA (voir figure 2) :

- Vinatier-Bron, ouverte en mai 2010 (60 lits)
- Marchant-Toulouse, ouverte en janvier 2012 (40 lits)
- Laxou-Nancy, ouverte en mars 2012 (40 lits)
- Paul Guiraud-Villejuif, ouverte au premier semestre 2013 (60 lits)
- Régnier-Rennes, ouverte en septembre 2013 (40 lits)
- Daumezon-Orléans, ouverte en septembre 2013 (40 lits)
- Lille-Seclin, ouverte en 2013 (60 lits)
- Cadillac, ouverte en juillet 2016 (40 lits)
- Marseille, ouverture à venir courant 2017 (60 lits)

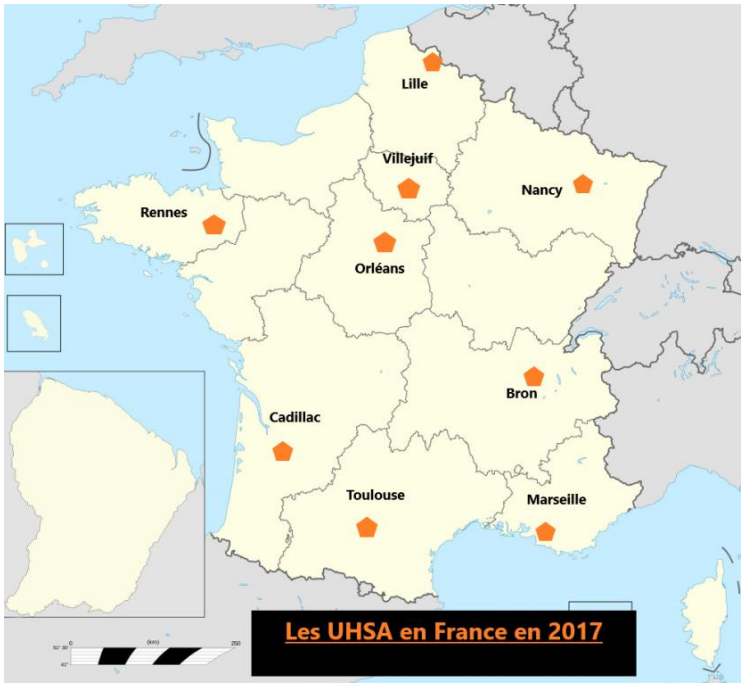


Figure 2 : Carte des UHSA en 2017

Une évaluation sera effectuée après la fin de réalisation de la première tranche de construction. Elle se basera sur trois groupes d'indicateurs : les indicateurs d'activités, les indicateurs populationnels et les indicateurs relatifs au séjour des patients détenus [48].

Les localisations des huit autres unités, de la seconde tranche, ne sont pas encore connues [46]. Il est cependant prévu la construction de 265 places supplémentaires. Au total, le système de soin pourra proposer au total de 705 places d'hospitalisation pour les détenus.

E. Exemple : UHSA de Toulouse au CH Marchant

L'UHSA de Toulouse est située sur le Centre Hospitalier Gérard Marchant, lui-même située dans le sud de l'agglomération toulousaine. Elle a ouvert ses portes en janvier 2012.

Elle se compose de deux parties distinctes. La première partie est une zone pénitentiaire où restent en poste les agents pénitentiaires. Cette zone gère notamment les entrées/sorties ainsi que la sécurité du site. La seconde partie, divisée en deux unités pouvant accueillir jusqu'à 20 patients chacune, est réservée à la mission de soin et donc au personnel médical et aux patients.

Une particularité du fonctionnement de cette UHSA reste l'absence de surveillant pénitentiaire au quotidien dans les zones de soins, ils restent en poste dans l'aile qui leur ait réservée. Ils n'interviennent sur le service qu'en cas de demande des équipes de soins, souvent pour des renforts ou pour des situations périlleuses.

L'UHSA bénéficie de chambres individuelles, de chambres d'isolement, de jardin et de zones d'activités.

Son bassin géographique de recrutement a été modifié ces derniers mois avec l'ouverture de l'UHSA de Cadillac en 2016 et sera de nouveau amené à changer avec la seconde vague de création des UHSA. Une autre UHSA sera probablement attendue sur le territoire de la nouvelle région Occitanie.

III. Les unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) :

A. Définition :

Les USIP (Unités de Soins Intensifs Psychiatriques) sont des petites unités de soins sécurisées qui proposent un cadre contenant pour des patients en crise ou présentant des troubles du comportement ne pouvant être pris en charge de façon satisfaisante dans les services de psychiatre générale [60].

Elles ont une vocation intersectorielle à visée départementale ou régionale pour la majorité [60]. Elles offrent une alternative possible et intéressante, avec un cadre contenant, à des patients dont la prise en charge en secteur n'est pas adaptée, de par l'intensité de leurs symptômes, leurs troubles majeurs du comportement ou une dangerosité envers eux-mêmes [60].

Les patients hospitalisés en USIP le sont généralement sous contrainte, en SPDRE, en SPDT ou en SPI [60, 61].

Les indications recommandées, bien que possiblement différentes en fonction des USIP et de leur fonctionnement, sont [60, 62] :

- état de crise
- troubles majeurs du comportement
- intensité des symptômes
- nécessité d'un cadre contenant

Les motifs d'admissions sont variables [60, 61] :

- décompensation aigue
- conduites hétéro ou auto-agressives
- échecs de traitement, inobservance, prise en charge ECT
- déni de la pathologie et refus de soin
- risque de fugue
- séjour de "rupture"
- pathologies associées (toxiques, troubles personnalités)

Le recrutement est réalisé dans une zone géographique définie, essentiellement proche afin d'assurer les liens avec l'équipe d'origine et la continuité des soins [60]. Les unités peuvent accueillir des patients mineurs, des femmes ou des détenus, ces critères diffèrent entre chaque USIP et de la politique locale [60, 61].

Contrairement aux UMD et aux UHSA, le fonctionnement des USIP n'est pas commun à toutes ces unités, il n'existe pas d'encadrement national ou légal. Chacune d'entre elle est autonome, avec son propre règlement intérieur, son propre fonctionnement et son propre projet médical. Cette particularité est issue de l'histoire de la création de ces unités, qui ont été construites en fonction des besoins locaux principalement afin de palier au manque du système. Ainsi certaines unités, en minorité, auront une zone de recrutement possiblement plus large (nationale), des délais d'hospitalisations pouvant être plus long ou des indications différentes. A cela se rajoute des unités qui n'ont pas la même taille ou la même architecture. Certaines se sont installées dans des locaux anciens alors que d'autres ont été construites récemment.

Toutes ces différences ont un impact sur leur fonctionnement, alors que ces unités tentent de se rassembler depuis quelques années dans un mouvement commun. La création d'une association nationale, ANDUSIP, a initialement été créée dans ce but.

B. Apparition des USIP :

1. Des origines étrangères :

Comme nous avons pu le voir précédemment, c'est au début du 19ème siècle que le premier asile pour patients atteints de trouble mentaux fut ouvert en Angleterre à Bethleem, à

Londres [1, 63]. Suite au cas William Norris, qui resta enfermé et contenu mécaniquement l'empêchant de bouger de plus de 12 pouces (environ 30cm) durant 7 ans, une enquête fut réalisée. Les psychiatres du même siècle, comme John Conolly, souhaitaient ainsi plus d'ouvertures, moins de contraintes, mais beaucoup d'hôpitaux restaient fermés [63].

Au cours du 20ème siècle, l'information des patients ainsi que l'ouverture des unités ont pu se développer [63]. En parallèle, certains psychiatres, comme Ryan, soulignaient les bénéfices thérapeutiques des unités fermées, notamment pour la minorité de patients en décompensation aigüe avec des troubles du comportement [64].

C'est en Angleterre et aux Etats-Unis que la notion de soins intensifs en psychiatrie à commencer à être décrite et publiée au début des années 1970. L'ouverture de la première Psychiatric Intensive Care Units (PICU) se réalisa à Portsmouth en 1972 [64]. En parallèle, Rachlin, en 1973, fut l'un des premiers auteurs à décrire les PICU avec l'exemple d'une unité au Bronx à New York [62, 63]. Crain et Jordan complétèrent en 1979 cette description en expliquant que cette unité admettait principalement des patients violents, « qui ne pouvaient pas être traités dans des conditions de sécurité acceptables dans une unité habituelle » [63]. Ils estimaient que ce type d'unité permettait une amélioration de la qualité des soins qui gagnaient en humanité et en respect de la dignité car « ces personnes pouvaient entrainer de par leur comportement des contre-transferts négatifs avec de la colère, du rejet ou des réactions punitives ». [63]

De façon contemporaine, le rapport Glancy pour le système anglais, en 1974, évoquait la nécessité d'unités sécurisées locorégionales pour compléter les hôpitaux psychiatriques généraux. Le rapport Butler en 1975 suggérait la création de 2000 lits sécurisés [63].

Les PICU se sont ensuite développées dans les environnements anglo-saxons. Successivement les auteurs ont décrit ce type d'unité à Salisbury en Angleterre en 1979, en Ecosse en 1981, à Adelaïde en Australie en 1985, à Edmonton au Canada en 1986 ou encore à Toronto au Canada en 1989 [62, 63]. Leur développement répondait de façon pragmatique aux besoins locaux au vu des difficultés qu'entrainait l'ouverture des services pour certains patients [60].

Au début des années 1990 au Royaume-Uni, le système montrait quelques défaillances. En effet, certains patients ne semblaient pas relever des PICU sans pour autant pouvoir être pris en charge par les services de psychiatre générale ou en ambulatoire (exemple des patients chroniques). La question se posait d'autant plus pour les patients médico-légaux dépendants de la justice [63].

Finalement, les PICU se sont organisées durant les années 1990 de façon indépendantes les unes des autres en diversifiant leurs noms, leurs orientations et leurs critères d'admission. Nous pouvons noter à cette époque l'apparition de Low Secure Units (LSU) qui sont des unités avec des durées moyennes de séjours beaucoup plus longues, jusqu'à 2ans, contrairement aux PICU initiales dont les durées de séjours ne pouvaient excéder 2 mois.

Une association nationale des soins intensifs psychiatriques fut créée, sous le nom de National Association of Psychiatric Intensive Care and Low Secure Units (NAPICU) [62, 63].

Ce fut en 2002 que des recommandations spécifiques, The National Minimum Standards, ont été rédigées dans le but de poser les principes communs à ces unités de soins intensifs tout en élaborant leurs spécificités propres [62, 63, 64].

2. Des textes fondateurs :

La possibilité de création de petites unités de soins intensifs ont été évoquées bien avant leur apparition sur le territoire français. En effet, ce sujet avait déjà été abordé durant la mise en place de la sectorisation avec la circulaire DGS /891/MS 1 du 9 mai 1974.

Cette dernière a précisé, concernant les problèmes d'équipements que « ces conditions réalisées, il convient alors d'examiner l'opportunité d'installer de petites unités de soins intensifs, pouvant éventuellement être fermées. Ce dispositif répond en effet à des besoins thérapeutiques précis ; il s'adresse notamment à des malades posant des problèmes particuliers dont l'état requiert momentanément une restructuration en espace clos mais ne justifie pas, pour autant, leur renvoi vers des services spécialisés pour malades difficiles (malades de la catégorie 3 définis par la circulaire n°109 du 5 juin 1950). De toute façon, un secteur doit disposer d'un service hospitalier tel qu'il soit pratiquement impossible de justifier le renvoi des malades les plus lourds sur d'autres formations. » [60, 64].

Nous observons ainsi qu'il était déjà envisagé que certains patients pouvaient poser des difficultés sur leurs services sectoriels sans pour autant relever des UMD

Pour rappel, la circulaire n°109 du 5 juin 1950 "relative aux services pour malades mentaux difficiles" distinguait les malades difficiles en trois catégories différentes, chacune nécessitant une prise en charge particulière. La troisième catégorie était censée être la principale indication des UMD [1, 15]:

1) "Les malades agités" : qui en raison de leurs réactions destructrices, constituent un élément perturbateur constant dans les services où ils se trouvent placés.
2) "les déséquilibrés anti-sociaux", médico-légaux ou non : qui présentent des troubles du comportement les rendant très difficiles à supporter pour les autres malades, sans exiger essentiellement des mesures de surveillance.
3) "les grands déséquilibrés anti-sociaux", généralement médico-légaux : qui ont des troubles du comportement plus graves, avec possibilité de réactions criminelles, préméditées et complotées.

Ce fut le bulletin officiel de la Planification en Santé Mentale du mois de décembre 1987 qui fut à l'origine de la création des premières unités intensives sur le territoire française [65]. En effet, ce guide méthodologique de planification avait déjà décrit le fonctionnement de ce type d'unités : « Dans chaque département au moins, une unité d'hospitalisation à temps

complet doit être conçue pour recevoir, pour des séjours limités, des patients agités et perturbateurs dont la prise en charge est provisoirement contre-indiquées dans les unités d'hospitalisation en secteurs, mais qui ne relèvent pas pour autant d'un service pour malades difficiles. » [60, 64]

Avant l'ouverture de la première unité de ce type à Cadillac en 1991, ce fut au tour du rapport Barrès-Fuchs en septembre 1990 d'abonder dans le sens d'une création de ce type de service [65]. Comme nous avons pu l'aborder précédemment, ce rapport, sorti en 1990 avec pour but une modernisation des UMD, a émis plusieurs proposition. Il a notamment suggéré la création d'unités intersectorielles fermées réparties sur l'ensemble du territoire afin de prendre en charge les patients perturbateurs mais ne représentant pas un état de dangerosité suffisant pour une indication de transfert en UMD [1].

Alors que la première Unité Psychiatrique Intersectorielle Départementale (UPID) fut ouverte en 1991 à Cadillac, le rapport Massé fut publié en 1992 [65]. Ce dernier, en prolongement du rapport Barrès-Fuchs avait été demandé par le ministre délégué de la santé dans le but d'évaluer les évolutions des UMD durant les années précédentes. Ce rapport confirma que les UMD ont nettement favorisées l'éclosion de la sectorisation en prenant en charge un nombre croissant de patients jugés perturbateurs mais insuffisamment dangereux au point de répondre aux critères d'admission de l'arrêté du 14 octobre 1986.

S'appuyant sur les textes officiels précédents et sur ses observations, le Dr Massé proposa lui-aussi un dispositif de soin complémentaire avec "la création d'unités intersectorielles fermées qui représenteraient [...] un échelon intermédiaire entre services de psychiatrie générale et unités pour malades difficiles." [4, 27]. Il compléta son rapport en prenant l'exemple de l'UPID de Cadillac, récemment créée dans ce but précis en décrivant ses indications d'admissions (troubles du comportement, passage à l'acte, fugues ou encore perturbation des services) ainsi que le fonctionnement (durée de séjour courte limitée à 2 mois) [4, 27].

Ainsi, en pointant du doigt les limites du système actuel (manques de lits en UMD, indications non respectées, augmentation des demandes), il souligna la nécessité de créer des petites unités de soins intensifs, chaînon manquant et intermédiaire entre les secteurs et les UMD.

3. Les premières unités françaises :

Alors que la prise en charge des patients difficiles ou avec une symptomatologie sévère reste compliquée dans notre système, fait souligné par plusieurs auteurs, la première unité de soins intensifs fut ouverte à Cadillac en septembre 1991 sous le nom d'Unité Psychiatrique Intersectorielle Départementale (UPID) [60, 66]. Cette création correspondait au vu du contexte à une volonté de diversification de l'offre de soin. En effet, l'UMD ne pouvait

couvrir à elle seule les trop nombreuses demandes d'admissions, pour des patients n'en ayant, en plus, pas forcément les indications [67]. En effet, les patients ne présentaient pas forcément une dangerosité majeure mais ne pouvaient cependant pas être pris en charge sur leur unité de secteur du fait de leurs troubles [65]. Nous rappelons de plus la stigmatisation importante que les patients peuvent subir suite à un séjour en UMD lors de leurs prises en charges ultérieures.

Cette nouvelle structure permettait un rapprochement avec les services de secteurs et de l'entourage des patients tout en permettant une meilleure approche des pathologies présentées [60, 66]. Comme son nom l'indique, cette unité est à vocation de recrutement local. Elle est constituée de 14 lits pour accueillir des patients venant des trois hôpitaux de la Gironde, soit 17 secteurs de psychiatrie adulte, 6 de pédopsychiatrie [60] ainsi que d'un SMPR.

La seconde unité de ce type ouvra ses portes peu de temps après Cadillac, à Nice en 1993 [62]. De nom différent, cette unité, baptisée Unité pour Malades Agités et Perturbateurs (UMAP), s'est faite selon les besoins locaux au vu de la difficulté à adresser les patients en UMD, à cause notamment de l'éloignement géographique ou du délai d'attente. Cette unité a été prévue pour offrir de meilleurs soins aux patients nécessitant un maximum de sécurité. Elle a été étudiée afin de prévenir au mieux les fugues, les évasions, les passages à l'acte en permettant une certaine liberté dans l'unité elle-même. Cela permettait de prendre en charge de façon transitoire mais dans un délai de transfert bref des patients dangereux ou perturbateurs, en s'inscrivant dans une chaîne psychiatrique thérapeutique [68].

4. L'évolution vers les USIP :

Ces structures ont été bien reconnues et bien insérées dans leur environnement et dans le système de soin. Les années suivantes ont ainsi permis le développement et la création d'autres unités de ce type sur l'ensemble du territoire. A noter la diversité des projets initiaux qui dépendaient réellement des besoins loco-régionaux (difficulté d'accès à l'UMD, soins pour les détenus, diversification de l'offre de soin…)

Le 9 août 2005, à la suite des évènements dramatiques de Pau, le ministre de la Santé Xavier Bertrand indiquait dans un discours vouloir « engager la réflexion sur la création rapide, dans les locaux existants, d'unités de type Unité pour malades agités ou perturbateurs « UMAP » ou de type USIP Ces unités fermées devraient être dotées en particulier d'équipes renforcées et d'une architecture adaptée » [60, 64]. Le cours de l'histoire voulu qu'à la suite d'autres évènements dramatiques, les décisions politiques se tournèrent vers une augmentation du nombre d'UMD en 2008 [32].

Ce n'est qu'en 2005, lors de "la première journée des unités intersectorielles fermées" que l'appellation d'USIP fut choisie pour nommer l'ensemble de ces structures, permettant une valorisation du travail des soignants, une définition plus claire avec d'avantage de visibilité et de reconnaissance [60].

Une association nationale fut aussi créée : l'ANDUSIP (Association Nationale Des USIP) [60, 68] lors de cette réunion à Lyon. Des "Journées Inter-USIP" annuelles, s'inspirant des "Journées Inter-UMD" sont depuis en place, permettant un rassemblement des équipes soignantes concernées sur l'ensemble de notre territoire.

Entre temps, d'autres unités avaient ouvert leurs portes à partir de 2003 : Eygurande, Montpellier, Pau ou encore Bron [60, 61].

Malgré l'ouverture de plusieurs UMD sur le territoire français (au nombre de 10 actuellement), d'autres USIP ont été construites dans les années 2010, permettant un élargissement concret de l'offre de soin. La principale difficulté pour ces unités, comme cela a pu être le cas en Angleterre et contrairement aux UMD, est qu'elles ne se développent que de façon indépendante, selon leur règlement intérieur propre et sans fonctionnement commun. L'objectif initial de la création de l'ANDUSIP était justement d'arriver à créer un rapprochement pour une législation commune de ces unités, ce qui n'est pas encore le cas puisque leur volonté actuelle reste de s'adapter aux besoins locorégionaux.

C. Place en 2017 sur le territoire :

En 2017, il existe officiellement 15 USIP implantées, selon un travail de thèse réalisé en 2017 réalisant un recensement des USIP sur notre territoire [69]. Nous pouvons noter l'absence de ce type d'unité en Bretagne, dans le Centre de la France, zone qui reste pauvre en établissement spécialisé de façon générale ainsi que dans notre ancienne région Midi-Pyrénées [61]. Cette dernière, nouvellement incluse dans l'Occitanie souffre la comparaison avec la partie Languedoc-Roussillon, où deux USIP existent déjà (Montpellier, Uzès). En Aquitaine, nous pouvons observer l'existence de 4 USIP (Cadillac, Pau, Montpon-Ménestrol et Eygurande).

Nous observons donc bien les inégalités de répartition sur le territoire (voir figure 3), alors que depuis près de trente ans, les auteurs sont amenés à rappeler l'intérêt de ce type d'unité intersectorielle. A noter l'existence de deux unités en Occitanie (à Saint Girons et à Nîmes) portant le nom d'USIP mais n'en ayant ni le rôle, ni le fonctionnement.

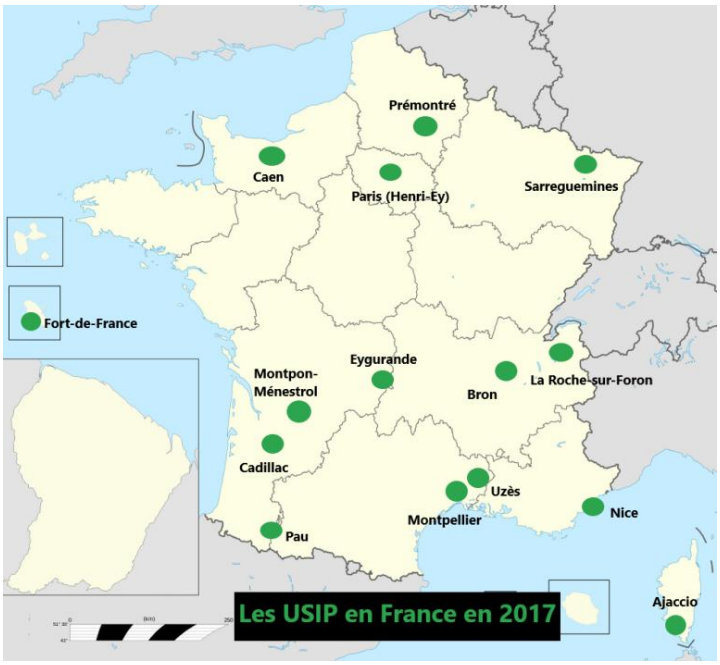


Figure 3 : Carte des USIP en 2017

- USIP de Cadillac (14 lits)
- USIP de Nice (15 lits)
- USIP d'Eygurande (10 lits)
- USIP de Bron (15 lits)
- USIP d'Ajaccio (15 lits)
- USIP de Prémontré (20 lits)
- USIP de Sarreguemines (15 lits)
- USIP de Montpon-Ménestrol (10 lits)
- USIP de Caen (4 lits)
- USIP de Fort-de-France (15 lits)
- USIP de La Roche-sur-Foron (15 lits)
- USIP d'Uzès (15 à 18 lits)
- USIP de Paris (Henri-Ey) (non précisé)
- USIP de Pau (15 lits)
- USIP de Montpellier (15 lits)

D. Disparités d'organisation et de fonctionnement des USIP :

Malgré des souhaits de fonctionnement commun, les USIP, tout comme les UMD à leur débuts, n'ont pas de cadre législatif propre, elles fonctionnent donc toutes avec leurs propres règlements intérieurs [61].

De manière générale, ce sont des petites unités fermées et sécurisées, accueillant dix à quinze patients, pour une durée d'un à deux mois, potentiellement renouvelable une à deux fois dans l'année [60, 61].

Les admissions nécessitent un accord médical de l'USIP et un engagement de reprise du patient [60, 61]. A sa sortie, le patient retourne dans son service d'origine, ou au besoin, est transféré dans un autre service spécialisé, tel que l'UMD en cas d'état dangereux [60, 61].

Les soins sont prodigués par une équipe pluridisciplinaire, dont le nombre de soignants est plus important que dans un service classique, permettant l'appellation "soins intensifs" [60, 61]. Les projets de soins sont personnalisés en fonction de chaque patient, qui bénéficieront de soins adaptés à leur psychopathologie allant des entretiens médicaux et paramédicaux, des traitements médicamenteux aux techniques plus interventionnelles (comme les ECT) jusqu'aux psychothérapies [60, 61].

L'un des atouts principaux des USIP reste la prise en charge rapide des patients, dans un délai court, contrairement au délai d'attente des UMD qui peut durer plusieurs semaines, voire plusieurs mois [60, 61]. Le turn-over fréquent de patients avec une durée moyenne de séjour (DMS) basse permet de subvenir aux besoins locaux et loco-régionaux en quelques jours.

Nous allons ainsi évoquer quelques exemples d'USIP françaises (Cadillac, Eygurande, Uzès, La Roche sur Foron, Vauclaire et Bron). Ces données ont été recueillies par téléphone lors d'entretien auprès des cadres de santé et psychiatres référents des unités concernées.

1. Capacités d'accueil en termes de lits :

Nom	capacité numéraire patients	nombre chambres d'isolement[1]	nombre chambres individuelles	nombre chambres doubles	nombre de lits réservés détenus
USIP Cadillac	14	12	12	1	0
USIP Roche sur Foron	15	3	15	0	0
USIP Bron	15	3 + 3 apaisements	12	0	0
USIP Montpellier	15 (+ 5 lits HDJ)	4	15	0	0
USIP Eygurande	10	10	10	0	2 maximums
USIP Montpon-Ménestrol	10	10	10	0	0
USIP Uzès	18 Possibilité 20	6	18	2	6

Tableau 1 : Capacités d'accueil des USIP

[1] Le "nombre de chambres d'isolement" représente le nombre de chambre d'isolement ou pouvant servir d'isolement. Certaines USIP utilisent ainsi leurs chambres individuelles en isolement si nécessaire.

Comme nous pouvons l'observer, la tendance des USIP restent à s'organiser en petites unités de 10 à 15 lits. Les USIP plus grandes, à 20 lits, se font plus rares (Uzès ou Prémontré).

La majorité des USIP fonctionne sans chambre d'isolement dédiée, ce sont les chambres individuelles des patients qui peuvent être transformables en chambre d'isolement (d'où des chiffres superposables dans le tableau entre chambres d'isolement et individuelles, à Cadillac ou Eygurande par exemple). L'architecture dépend réellement des contraintes initiales de construction. Certaines USIP ont été construites dans d'anciens bâtiments et font face à quelques limites de ce fait (Cadillac, Eygurande) alors que d'autres ont été crée récemment avec un projet architectural neuf, permettant d'optimiser les espaces et la sécurité (double accès aux chambres et aux bureaux notamment).

Cette particularité des chambres individuelles transformables en chambres d'isolements reste discutable et discutée par le contrôle des libertés. En effet, dans son rapport publié en 2016, Mme Hazan, contrôleur général des lieux de privation de libertés, émet plusieurs recommandations dont la suppression des chambres individuelles pouvant être utilisées comme chambre d'isolement [70]. Les UMD restent, au vu de leur statut, à part au niveau de cette recommandation. Il n'en est cependant pas de même pour les USIP, qui ne peuvent pas forcément s'adapter au vu de leurs anciens locaux.

Quelques USIP fonctionnent avec une, voir deux chambres doubles, permettant une évolution au sein du séjour, c'est le cas à Cadillac et à Uzès.

Enfin, l'organisation des chambres est décidée en fonction du règlement intérieur de l'unité et des indications. Ainsi, certaines USIP auront des lits réservés pour les détenus car le besoin pratique est réel, quand d'autres ne les prennent pas en charge soit car ils sont admis sur l'unité sectorielle fermée, soit car une UHSA est proche. C'est notamment le cas de Cadillac qui avait auparavant 2 lits réservés pour les détenus et qui ne le sont plus avec la création de l'UHSA sur le même établissement. C'est aussi le cas à Bron dans la ville de Lyon.

2. Dotation en termes de ressources humaines pluridisciplinaires :

Nom	Cadre	Méd	Psycho	AS	IDE	Aide S	ASH	Ergo	Psychomot	Autres
USIP Cadillac	1	0,5	0,5	0,25	16	4	2	0	0	0,50 Int + 1 Secr
USIP Roche sur Foron	1	1,7	0,9	0,2	17	4	4	0,5	0,5	0
USIP Bron	1	2,5	0	0	17 (équipe de jour)	6 (équipe de jour)	5	0	0	1 Secr
USIP Montpellier	1	2	1	0.4 à 0.5	20 à 21	6	4	0.2	Selon besoin	0.5 Med G.
USIP Eygurande	1	0,5	0,5	NR	15 (dont 3 pour la nuit)	7 (dont 3 pour la nuit)	4	NR	NR	0,2 Méd G.
USIP Montpon-Ménestrol	1	0,5	0,2	0	12 (dont 2 de nuit)	6 (dont 2 de nuit)	4	0	0	sécurité
USIP Uzès	1	1,2	0,2	0,2	21,5	0	5	0	0	X

Tableau 2 : Effectifs soignants des USIP

Légende : En termes d'ETP (Equivalent Temps Plein). Légende : Cadre = Cadre de Santé ; Psycho = Psychologue ; AS = Assistant sociale ; IDE = Infirmière diplomée d'Etat ; Aide S = Aide Soignant ; ASH = agents des services hospitaliers ; Ergo = Ergothérapeute ; Psychomot = Psychomotricien ; Int = Interne de Psychiatrie ; Secr) Secrétaire ; Med G. = médecin généraliste. NR = Non renseigné

Ce tableau résume les effectifs soignants et administratifs rattachés à chaque USIP en termes d'ETP (Equivalent Temps Plein). Ces données sont évidemment à analyser en rapport avec les capacités d'accueil des patients.

Comme nous pouvons l'observer, ces unités sont fortement dotées en termes de moyen soignant (notamment infirmiers et aide soignant). C'est d'ailleurs l'objectif de ces unités, d'avoir le personnel suffisant afin de procurer des soins intensifs. A titre de comparaison, les dotations soignantes sont proportionnellement équivalentes à ce qui est pratiqué en UMD

Les effectifs dépendent principalement du budget local alloué à l'unité, ainsi que du projet de soin. Par exemple, seule la Roche sur Foron est ici dotée de temps d'ergothérapie et de psychomotricité. Les autres USIP ont ainsi réfléchi leur projet de soin sur l'impasse de ces deux types d'interventions, afin de privilégier une autre approche possible (activité encadrée par les infirmiers et aides soignants notamment).

3. Fonctionnement général :

Nom	Durée de séjour	Recrutement géographique	Sortie
USIP Cadillac	2 mois, renouvelable 1 fois dans l'année	départemental	engagement de reprise
USIP Eygurande	2 mois, renouvelable 1 fois dans l'année	national	engagement de reprise
USIP Montpon-Ménestrol	2 mois, renouvelable 1 fois dans l'année	national	engagement de reprise
USIP Uzès	1 mois, renouvelable 1 fois à la suite	interdépartemental	engagement de reprise
USIP Roche sur Foron	1 mois, renouvelable 1 fois à la suite. Pas d'autre séjour dans l'année	régional, voir national	engagement de reprise
USIP Bron	1 mois renouvelable 1 fois dans l'année	interdépartemental	engagement de reprise
USIP Montpellier	Durée courte, pas de durée maximale	Départementale et intersectorielle	Engagement de reprise

Tableau 3 : Fonctionnement des USIP

Nous l'avions abordé précédemment, chaque USIP a son fonctionnement proche, tout en étant dans un objectif commun : le soin intensif. Ainsi, les séjours sont de 1 à 2 mois selon les unités, en général renouvelable. La majeure partie des USIP réalisent des synthèses à mi-séjours avec les équipes de secteurs pour réévaluer la situation et proposer la suite du projet (poursuite USIP, retour sur le secteur…).

Le fonctionnement des admissions n'est pas précisé dans le tableau, mais il diffère très peu d'une USIP à l'autre. Elles se font sur décision médicale suite à une demande médicale de l'unité de secteur. Des dossiers d'admissions avec un certain nombre d'éléments sont demandés (histoire de la maladie, antécédents, motifs de transferts…), ainsi qu'un engagement de reprise, voire une convention entre établissement en prévision de la sortie du patient. Cet engagement permet aux USIP de s'assurer du retour du patient dans son unité initiale afin de permettre le turn-over naturel.

La sortie du patient l'USIP se fait généralement vers l'unité qui l'a adressé. Certaines USIP, de façon exceptionnelle, peuvent réaliser une admission vers une UMD lorsque les conditions sont réunies. Généralement, le personnel de l'USIP préfère laisser ce projet de soin à l'initiative de l'unité sectorielle du patient au vu des contraintes qu'une admission en UMD pose (hospitalisation en SDRE, certificats, délai d'attente…).

L'une des différences entre les USIP réside dans leur zone de recrutement. Certaines auront un recrutement régional, voir national tout en privilégiant les demandes locales. D'autres se restreignent à garder un fonctionnement local de type départemental, voir interdépartemental avec pour mission de ne pas rompre les liens géographiques avec l'équipe de secteur ou les familles.

Enfin les indications d'admissions sont très proches, elles englobent les troubles majeurs du comportement, les périodes de crises, les symptomatologies intenses, les problématiques de fugue ou de perturbation des services, le besoin de séjour de rupture ou de fenêtre thérapeutique.

Quelques USIP peuvent avoir cependant des contre-indications, toujours en fonction du projet médical. Par exemple, l'USIP d'Eygurande ne prend pas en charge les patients présentant des déficiences intellectuelles modérées ou plus sévères. A Bron, ces derniers ne seront pas prioritaires vis-à-vis d'autres demandes plus urgentes. De son côté, celle de Montpon-Ménestrol ne prend pas en charge les troubles graves de la personnalité névrotiques. Enfin, comme nous l'avons déjà évoqué, d'autres refuseront les détenus.

E. Exemples :

Notre travail de réflexion et de création de ce type d'unité nous a amené non seulement à entrer en contact avec plusieurs USIP différentes mais aussi à en visiter quelques unes, sur des schémas très spécifiques.

Ainsi nous avons pu nous rendre sur trois USIP différentes, montrant à la fois que le besoin est réel mais aussi que le fonctionnement reste hétérogène. Nous discuterons donc des visites réalisées des USIP de Cadillac, d'Eygurande et de Montpellier.

1. USIP de Cadillac :

L'USIP de Cadillac, comme nous avons pu le voir, a été la première USIP à avoir été créée sur notre territoire national, en 1991. A l'époque, elle portait le nom d'UPID (Unité psychiatrique intersectorielle départementale).

L'USIP a été aménagée sur l'un des anciens bâtiments de l'UMD, que nous pouvons donc observer sur la photo ci-dessus. L'USIP est le petit bâtiment à étage située au centre et au fond du centre hospitalier de Cadillac. Il est entouré par les différentes unités de l'UMD de Cadillac.

Sa création, en 1991, s'appuyait sur la demande de l'UMD mais aussi des secteurs qui ont participé à ce projet d'un point de vue budgétaire. Le recrutement reste donc essentiellement départemental, au niveau de la Gironde (soit 17 secteurs adulte et 1 SMPR).

D'un point de vue architectural, cette petite unité peut accueillir 14 patients et se compose de 12 chambres individuelles et d'une chambre double pour les patients plus stables en fin de séjour. A étage, sans ascenseur, elle impose une organisation, une gestion des risques et une proximité des soignants en permanence. L'unité bénéficie de salon TV, de petites salles d'activités et d'une cour extérieure.

L'hospitalisation reste courte avec des séjours limités à 2 mois, renouvelable une fois dans l'année. Elle concerne uniquement des patients hospitalisés sous contrainte (SDT ou SDRE). Les indications principales restent les états cliniques aigus, décompensés ainsi que les patients agités, instables, désorganisés nécessitant un cadre contenant de courte durée avec une équipe renforcée. Les troubles majeurs du comportement s'inscrivant dans un cadre psychiatrique aigue y trouvent aussi leur indication. En ce qui concerne les pathologies plus chroniques, la discussion est réalisée au cas par cas selon le projet de soin et la continuité de la prise en charge. Les objectifs sont réfléchis et discutés avant toute hospitalisation afin de respecter le cadre d'une prise en charge intensive en USIP. Sans objectif clairement défini, la prise en charge en USIP n'est pas réalisée.

L'admission est réalisée sur demande du psychiatre du secteur puis sur l'accord du psychiatre de l'USIP après rédaction d'un dossier complet d'admission et d'un engagement de reprise. L'hospitalisation est donc programmée, le secteur organisant les transferts.

En termes de fonctionnement, les liens avec les secteurs sont maintenus et la sortie est préparée très tôt au cours du séjour. Une synthèse médicale avec participation du patient est réalisée au bout d'un mois, ou de la moitié du séjour. Les règles de vie sont structurantes, l'environnement contenant et le projet de soin est personnalisé.

Si l'hospitalisation en USIP n'est pas retenue, l'équipe de soin reste partenaire des soins et une réflexion est menée pour envisager d'autres perspectives thérapeutiques.

Depuis l'ouverture de l'UHSA de Cadillac (structure à l'entrée du centre-hospitalier sur la photographie ci-dessus), l'USIP n'est plus censée accueillir de patients détenus.

2. USIP d'Eygurande :

L'USIP de Monestier-Merlines située sur le Centre Hospitalier d'Eygurande a été créée en 2005. Initialement, le projet visait à la création d'une UHSA pour faciliter l'accueil des détenus des centres de détention de la région et soulager les secteurs psychiatriques. Finalement, le projet divergea pour se tourner vers la création d'une USIP, qui conserva cette mission d'accueil des détenus. Initialement, l'unité portait le nom d'UMAP (Unité pour Malades Agités et Perturbateurs). A noter la création d'une UMD aux côtés de l'USIP quelques années après.

L'USIP d'Eygurande est une petite unité de 10 lits pouvant donc accueillir 10 patients maximum. Elle accueille les détenus ainsi que les femmes. Il n'y a pas de chambre

d'isolement puisque chaque chambre individuelle est transformable en chambre d'isolement avec des doubles accès prévus (par le couloir et par la cour extérieure).

L'unité a été créée dans les anciens locaux de l'hôpital général et s'articule autour d'une cour intérieure. Le couloir des chambres est à l'écart du reste du service et demeure fermé une partie de la journée. La structure demeure très contenante sur son ensemble de par sa petite taille, contrastée par l'importance des murs pouvant entourée l'USIP et renfermant le reste du centre hospitalier.

Le projet médical reste très proche de celui de Cadillac puisqu'il s'oriente sur les états de crises et les troubles majeurs du comportement, chez des patients hospitalisés sous contraintes. L'hospitalisation des patients déficitaires est cependant restreinte, expliquée par l'absence d'apport thérapeutique suffisant sur une unité intensive de court séjour. Les hospitalisations durent 2 mois maximum, potentiellement renouvelable dans l'année.

Le fonctionnement est très structurant avec des horaires souvent établis et des activités prévues sur l'unité elle-même, encadrées par les équipes soignantes.

Le recrutement quant à lui est national, permettant à cette occasion de proposer une offre de soin aux secteurs n'ayant pas d'USIP sur leur territoire régional.

3. USI de Montpellier :

L'USI de Montpellier, située sur le CHU la Colombière, a aussi été créée au début des années 2000. Même si elle bénéficie du statut d'USIP, elle porte par ailleurs le nom d'USI (Unité de Soins Intensifs).

A l'origine, son projet médical était semblable à ce qui peut être décrit dans les autres USIP, notamment de Cadillac ou d'Eygurande. Suite à des choix internes, le projet médical a entièrement été revu au premier trimestre de l'année 2017 avec un changement des équipes de soins médicales et paramédicales.

Aujourd'hui, le projet s'articule dans le cadre d'un pôle de psychiatrie médico-légale (incluant USI mais aussi les consultations à l'UCSA) avec une orientation principale autour de l'évaluation de la dangerosité et de la prise en charge intensives de patients aigus.

Ainsi, le service, initialement de 20 lits, s'oriente maintenant vers 15 lits d'hospitalisation complète et 5 lits d'hospitalisation de jour dédiés à la mise en place d'un centre expert autour de la dangerosité. L'articulation avec les secteurs devient, de fait, essentielle.

L'USI peut accueillir des patients hospitalisés en SDRE en urgence directement de l'extérieur, sans passer initialement par le secteur. Ils bénéficient ainsi d'une évaluation de leur état clinique, de leur dangerosité et de soins intensifs jusqu'à ce que l'indication de l'USI ne soit plus d'actualité. Les patients pourront soit regagner leur secteur, soit sortir directement en dehors des murs de l'hôpital mais uniquement sur consultation et implication des

psychiatres de leur secteur, notamment dans la rédaction des certificats de levée ou de programme de soin.

La durée de séjour reste préférentiellement courte, sans limite maximum afin de respecter une certaine logique clinique et thérapeutique au niveau de la continuité des soins.

L'unité est mixte, accueillant hommes, femmes, mais aussi des mineurs de plus de 15 ans ainsi que des détenus nécessitant une prise en charge intensive urgente et ne pouvant attendre un transfert à l'UHSA plusieurs jours ou semaines après.

L'admission diffère selon les cas. En cas d'admission extérieure, l'indication sera posée par le psychiatre adresseur. En cas de mauvaise indication, le patient sera réorienté après évaluation de l'équipe de l'USI. En cas d'admission en provenance du secteur, la demande sera réalisée par le psychiatre du secteur et l'hospitalisation sera décidée sur accord médicale du médecin de l'USI, en prenant notamment en compte les objectifs de ce transfert. La sortie se fait sur décision médicale avec implication des secteurs sur l'orientation finale.

Le recrutement est essentiellement départemental au niveau de l'Hérault, d'autant que les structures sectorielles d'hospitalisation cohabitent sur le même site que l'USI permettant une proximité intéressante pour les échanges réguliers et essentiels vis à vis du fonctionnement.

D'un point de vue architectural, l'USI bénéficie de locaux qui ont été créée vers 2010 mais qui n'ont pas été spécifiquement réfléchis pour ce type de soin. En plus des 15 lits pour les patients, nous pouvons noter la présence de 4 chambres d'isolement dans un couloir dédié et proche de la salle de soin. Sans étage, la structure bénéficie de hauteurs des murs conséquentes offrant une contenance particulière, qui se reflète à l'extérieur du bâtiment.

Le projet médical est un projet récent, plutôt original et intéressant, notamment vis-à-vis de la création d'un centre expert de la dangerosité sous forme d'hôpital de jour. Il part notamment d'un besoin clinique local mais aussi de projets universitaires permettant le développement de questions sur-spécialisées et la recherche. Ce type de projet est propice aux métropoles importantes, notamment quand la question de la dangerosité locale en est devenue sociétale. Cependant, à l'échelle de villes moins grandes, plus isolées et dans un milieu plus rural, ce type de projet ne semble pas adapté.

IV. Synthèse du système de soin :

Le système de soin psychiatrique peut sembler complexe, d'autant que les indications et les rôles de chaque unité peuvent être discutables ou se recouper. Nous nous attachons donc, après une présentation exhaustive des diverses unités sécurisées, à synthétiser nos propos.

A. Rôle des diverses structures :

1. Les secteurs de psychiatries :

La psychiatrie s'organise en "secteur", prenant en charge des zones géographiques limitées. Caricaturalement, les patients en hospitalisation libre sont orientés vers des unités dites "ouvertes" tandis que les patients sous contraintes le sont vers les unités dites "fermées". Ces services fermés accueillent la majorité des patients hospitalisés sous contraintes, quelque soit leur clinique, leurs comportements ou leur pathologie. Cependant, bien que "fermés", ils ne bénéficient pas de moyens humains, matériels ou architecturaux suffisants pour assurer les prises en charge de tous leurs patients. Ils peuvent ainsi être débordés par certaines situations, nécessitant l'intervention d'autres types d'unités, potentiellement intensives et/ou sécurisées (USIP ou UMD). Les secteurs peuvent aussi accueillir des patients détenus, si le délai de transfert initial vers l'UHSA est trop long ou l'UHSA trop éloignée.

2. Les UMD (Unités pour Malades Difficiles) :

Au nombre de 10 sur le territoire national, elles proposent des prises en charges intensives, longues (de 6 à 12 mois en général) pour des patients présentant une dangerosité soutenue ou des difficultés durant leur prise en charge (résistance aux soins, intolérance aux traitements, débordement du service sectoriel) souvent couplées à des situations de passages à l'acte ou de violence. Leur fonctionnement est commun, national et réglementé par décret.

Les UMD peuvent ainsi accueillir des patients en provenance de secteurs, des USIP ou des UHSA, le retour se fait de façon générale dans le service d'origine.

3. Les UHSA (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées) :

Pendant des UHSI (Unités Hospitalières Sécurisées Interrégionales) pour le soin psychiatrique, les UHSA ne sont pas des unités de soins intensifs. Elles ont pour fonction d'être les services de psychiatries généraux sectoriels uniquement pour les détenus atteints de troubles mentaux. Elles sont cependant sécurisées et bénéficient d'équipes renforcées et formées spécifiquement.

Les UHSA reçoivent leurs patients-détenus en général en provenance des centres d'incarcération de leur zone de rattachement géographique, prévue par décret. Elles peuvent cependant recevoir des patients détenus en provenance des secteurs si le transfert n'avait pu se faire avant, faute de disponibilité.

4. Les USIP (Unités de Soins Intensifs Psychiatriques) :

Non quantifiées précisément, elles sont moins de 20 sur le territoire national. De fonctionnement plus hétérogène, non réglementé par la loi, elles se placent comme chaînon intermédiaire entre services psychiatriques sectoriels fermés et les UMD. Elles accueillent pour la plupart des patients avec des troubles du comportement majeur, des états de crises ou une symptomatologie très intense. Ces patients sont trop lourds pour des structures fermées de psychiatrie générale, mais pas assez pour être admis en UMD. Le séjour y est, contrairement aux UMD, volontairement court tout en s'appuyant sur des équipes renforcées et des structures contenantes.

Les USIP reçoivent, de façon générale, les patients en provenance des secteurs et les y renvoient en fin de séjour. Les USIP peuvent cependant orienter un patient vers une prise en charge en UMD si son état clinique le nécessite.

Une ambigüité du système se situe sur la prise en charge des patients détenus, qui peuvent dans certaines USIP y être pris en charge plutôt qu'à l'UHSA ou que sur le secteur afin de bénéficier d'une prise en charge sécurisée et adaptée.

B. Les parcours de soins :

1. Vue globale :

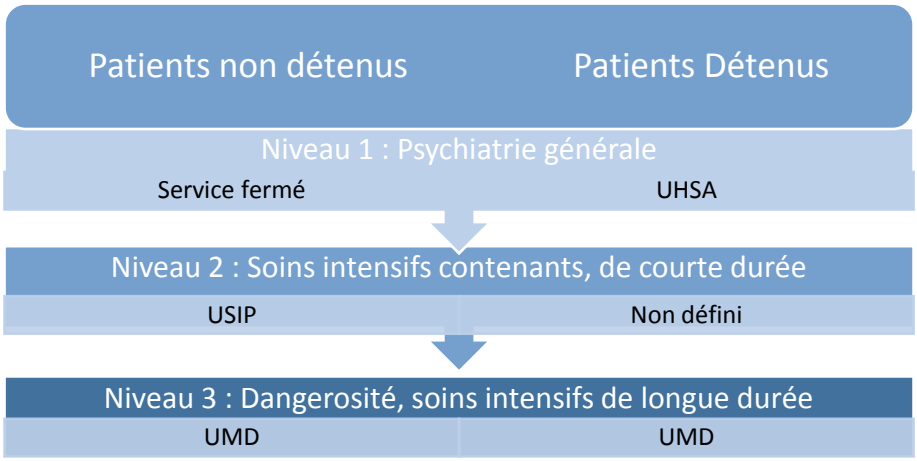


Figure 4 : Parcours de soin des patients difficiles

Le système de soin peut schématiquement être réparti en 3 niveaux distincts de prise en charge :

1) Le niveau 1 : soins psychiatriques généraux pour patients sous contraintes.
2) Le niveau 2 : soins psychiatriques intensifs, sécurisés et de courte durée pour patients sous contraintes ne relevant plus du niveau 1 (troubles majeurs du comportement, intensité des symptômes importants...)
3) Le niveau 3 : soins psychiatriques intensifs, sécurisés et de longue durée pour des patients ne relevant pas du niveau 2 (dangerosité, violence surajoutée à une prise en charge difficile...)

2. Parcours de soin des patients non-détenus :

Les patients sous contraintes sont classiquement hospitalisés sur leurs unités d'admissions sectorielles (généralement fermées), à partir des soins ambulatoires. Les possibles orientations seront définies par la clinique présentée par le patient mais aussi par les moyens à disposition de son équipe de soin. De façon caricaturale :

- en cas d'intensité des symptômes, de crise ou de troubles du comportement dépassant les moyens du service du secteur : le patient présente potentiellement les indications pour une hospitalisation en USIP, il y sera donc orienté après demande médicale. S'il n'existe pas d'USIP à proximité, le patient restera sur son unité d'admission, à moins qu'une UMD accepte une admission sans que les indications pour ce type de structure ne soient totalement remplies.

- en cas de dangerosité persistante ou d'autres difficultés liées à des violences persistantes : le patient peut présenter les indications pour une hospitalisation en UMD et il peut y être admis après une demande de transfert.

A noter la possibilité pour les patients de rester dans leur unité d'admission quelque soit la clinique qu'ils présentent. Les transferts dans d'autres structures ne sont pas systématiques et dépendent uniquement des demandes de transferts par le psychiatre référent.

3. Parcours de soin des patients détenus :

Le parcours de soin des patients détenus apporte son lot d'ambigüité comme nous avons pu l'aborder précédemment.

Le patient détenu atteint de troubles mentaux est suivi en consultation psychiatrique à l'UCSA (Unités de Consultations et de Soins Ambulatoires) de son lieu d'incarcération par un psychiatre rattaché à l'hôpital de secteur du service public, ou au SMPR par des psychiatres dédiés.

Si l'état du patient-détenu requiert une hospitalisation (avec ou sans contrainte), il sera orienté en priorité vers l'UHSA rattachée à son centre pénitentiaire. Si l'UHSA ne peut réaliser cette prise en charge (par manque de place par exemple), le psychiatre peut orienter son patient vers l'hôpital de secteur ou l'USIP la plus proche pour la réalisation d'une hospitalisation classique. Le patient pourra de nouveau être hospitalisé en UHSA si l'indication persiste et que cette dernière peut l'accueillir. Cette multiplication des structures est un réel frein à la simplification du parcours de soin des détenus, elle reste la cause de la complexité du système et la conséquence actuelle d'un manque de moyens suffisants pour la prise en charge de ces patients.

En cas de nécessité de soins intensifs sur une courte période, le patient ne bénéficie actuellement pas de structure dédiée et prévue officiellement. Ce manque est une autre des problématiques de ce parcours de soins. Les soins intensifs de courtes durées sont ainsi réalisés soit par la structure de soin initiale (UHSA, secteurs ou USIP) ou soit à l'UMD, sans que le patient ne présente finalement une réelle indication.

En cas de dangerosité psychiatrique trop importante, le patient peut être orienté de sa structure hospitalière quelle qu'elle soit (UHSA, secteurs, USIP) vers une UMD.

PARTIE 2 : Le patient difficile et sa place dans le système de soin

I. Le patient difficile : de la théorie à la pratique

La notion de « patient difficile » est une notion qui amène rapidement un questionnement autour de sa définition. Qu'est ce qu'un patient difficile ? Chaque psychiatre en aura sa propre définition. Certains évoqueront la pharmaco-résistance, d'autres des pathologies de type état limite ou psychopathique ou encore des patients dangereux. En pratique, elle changera en fonction de chaque praticien.

Dans ce chapitre, nous aborderons l'abord du patient difficile par ses racines : son rapport avec le secteur, son évolution au sein de l'UMD à travers l'évolution de la psychiatrie. Enfin, nous évoquerons quelques éléments à propos de la dangerosité des patients et du rôle qu'elle peut jouer pour les soignants.

A. Le patient difficile et sa relation aux secteurs

"La psychiatrie a les malades difficiles qu'elle mérite", tels sont les premiers mots de Senninger dans l'une de ses publications, pointant du doigt non pas le malade difficile mais l'institution le prenant en charge [71]. Mais cette dernière est-elle si responsable ?

Cujo, en 1978, a tenté de définir le terme "difficile" qualifiant les patients orientés vers les UMD comme "un terme qui recouvrait l'idée et la crainte d'un danger que le malade faisait encourir aux autres malades, aux soignants, ou encore à l'idéologie thérapeutique de l'équipe psychiatrique de secteur et à son propre narcissisme" [72].

Dès lors, le patient renvoyait une image de "danger", de "dangerosité", termes à la définition complexe qui n'ont jamais obtenu de consensus franc que ce soit des points de vues juridiques, médicaux ou sociologiques [2]. En soi, il est légitime de se poser la question de la distinction entre patient difficile, tirant directement son nom des UMD et patient dangereux, indication principale des UMD dans la législation passée et actuelle [2], d'autant que ces dernières ne sont pas les seules à prendre en charge ce type de patient.

Nous observons que les avis des divers auteurs convergent à ce sujet : l'institution, ainsi que les soignants, jouent un rôle important dans l'émergence du malade difficile, la psychopathologie du malade n'en est plus la seule cause [1, 2, 72, 71].

La sectorisation a amenée plusieurs changements dans l'organisation institutionnelle qui ont pu compliquer la situation ou tout du moins être des facteurs facilitateurs, voire précipitants, parmi lesquels [72] :

- la féminisation de la discipline avec l'instauration d'une mixité dans les équipes soignantes
- la libéralisation des hôpitaux psychiatriques avec l'ouverture de certaines unités de secteurs
- l'apparition des visites à domicile avec l'intervention psychiatrique directement chez le patient, loin des murs contenant de l'institution
- la mutation globale des établissements de soins avec un déclin des conditions de travail
- la situation ambigüe des patients hors-secteurs ou sans domicile fixe avec un enkystement de leur problématique

L'ensemble de ces aspects ont pour effet d'accroître les tensions dans les unités de soins, d'en tester les limites et de créer un "état dangereux", comme a pu le souligner Cujo : "Dans une unité de soin, la tolérance du milieu n'est compatible qu'avec une proportion très limitée de malades présentant un danger potentiel, au delà de ce seuil, il y a rupture." [72]. Et en effet, c'est souvent dans ces situations que les patients sont orientés vers un UMD, lorsque l'équipe soignante se situe dans une impasse thérapeutique et institutionnelle.

Cette analyse, en 1978, aurait pu recadrer le débat et améliorer le système, l'auteur qualifiant même ces difficultés de "maladie de jeunesse des secteurs" et proposant plusieurs solutions pour "la traiter" telles que [72] :

- « la prévention et la conduite à tenir vis-à-vis de malades difficiles est avant tout fonction du nombre et de la qualité de l'équipe psychiatrique de secteur, un effort tout particulier devrait être fait pour élargir ce qu'est une authentique psychiatrie de secteur et assurer une véritable formation des divers membres de l'équipe, psychiatres et infirmiers » ;
- « la proportion du personnel infirmier homme et femme devrait être définie : 1/3 d'hommes pour un service mixte paraît souhaitable » ;
- « des dispositions précises devraient être prises en ce qui concerne les malades hors et sans secteur » ;
- « dans chaque service d'hospitalisation, il est nécessaire de disposer d'une zone de soins où pourraient, entre autres, être gardés et soignés des malades posant un problème aigu de dangerosité ».

Malheureusement, le système chronicisa sa "maladie de jeunesse" et l'optimisme de Cujo fut rattrapé par le pragmatisme de Senninger [71].

Ce dernier définit, dès 1998, une triade de protagonistes qui influencent l'émergence du patient difficile, à savoir le malade, les soignants et l'institution [71] :

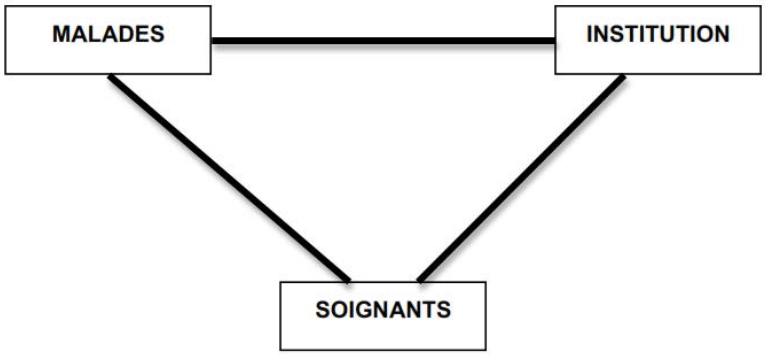


Figure 5 : Triade du patient difficile

Il publia aussi une étude dans un même temps dont le but était de confirmer l'influence de la sectorisation sur le profil des malades difficiles et de caractériser les secteurs demandant des hospitalisations en UMD [71]. Il ressortira de celle-ci, malgré quelques biais épidémiologiques, qu'au-delà de la psychopathologie du patient, les difficultés vécues par les services se portent aussi sur un manque de moyens institutionnels et humains [71]. Ces derniers se retrouvent définis comme un manque quantitatif en terme de postes, ainsi que qualitatif, les équipes soignantes étant moins formées à la pathologie et aux prises en charge en psychiatrie qu'auparavant [71].

Ces manques sont à-même de pérenniser les situations complexes dans un cercle vicieux, ayant pour conséquence une crise institutionnelle avec un sentiment général d'insécurité pour les soignants et les patients [2].

Les dernières réponses trouvées par les équipes de psychiatrie dans cette situation d'impasse, sont soit l'abandon de la prise en charge et du patient, soit le rejet du patient avec une tentative de renvoi hors de l'institution, de transfert vers un autre secteur ou en UMD [1, 71, 72]. Au final, l'impasse thérapeutique va venir ternir l'idéalisation du soin et écorcher le l'image positive qu'ont les équipes d'elles-mêmes, comme a pu le souligner Cujo [72].

Le malade difficile existera toujours, il peut se présenter sous plusieurs formes : l'agressivité, la résistance aux soins, la dangerosité institutionnelle... etc. [2, 73]. Il est à l'image de la propre conception de "malade difficile" de chaque psychiatre réalisant une demande de transfert vers une UMD [2]. Et en réalité, le malade difficile n'est que le reflet des limites des équipes de psychiatrie dans leur savoir-faire, dans les moyens dont ils disposent et dans leur narcissisme [1, 2, 72].

Il n'est pas à exclure que dans les futures années, avec l'avancée dans les domaines pharmacologique, psychothérapeutique, étiologique ou diagnostique, le malade difficile prenne une tout autre forme, autre que le patient psychotique chronique résistant aux

neuroleptiques, autre que le patient présentant un état limite grave accumulant les passages à l'acte ou bien autre que le patient détenu manifestant des troubles du comportement majeurs.

La notion de la dangerosité, quant à elle, bien qu'admise et acceptée par le Conseil Constitutionnel lors de son intervention en 2013, a été supprimée par le Conseil d'Etat des indications d'admissions en UMD, axant la législation autour de la notion de soins intensifs et de sécurité.

Il n'en reste pas moins que les secteurs doivent composer avec des patients dits difficiles dont la définition reste floue notamment en raison de l'hétérogénéité des causes. Il est de ce fait, nécessaire, de trouver des solutions afin de soutenir les secteurs et d'adapter les prises en charge des patients difficiles, quelque soient leurs profils.

B. Le patient difficile en pratique : des problématiques multiples

Dans la réalité clinique quotidienne, le patient difficile est un patient aux multiples problématiques. Il est certes le reflet des limites de soins des soignants, mais c'est aussi un patient qui se confronte à une pathologie potentiellement aggravée par d'autres facteurs.

1. Du statut aux antécédents médico-légaux :

Avant de rentrer pleinement dans le soin, chaque patient a une histoire et un vécu différent. Chaque patient arrive à l'hôpital dans un contexte spécifique, qui lui est propre. Les équipes sont confrontées non seulement à une clinique mais aussi à une histoire et à un statut. Alors que la place du soignant réside dans le soin, nous restons des êtres humains avec nos fragilités, c'est aussi ce qui donne à notre spécialité un goût si particulier et si humain.

Le patient est en général hospitalisé avec un statut. Il peut être hospitalisé avec ou sans son consentement. Il peut être adressé par un médecin libéral, le CMP ou bien par le centre de détention le plus proche, il a dans ce cas un statut de détenu hospitalisé via l'article D398 [45, 49]. Ce dernier statut peut poser d'importantes difficultés, au delà de la clinique et du traitement. Un patient détenu, provenant d'un centre d'incarcération, est une personne privée d'une partie de ses libertés individuelles, suite à une décision judiciaire. En hospitalisation sur les secteurs de psychiatrie générale, son statut ne change pas, contrairement à son environnement. Les équipes se retrouvent dans une situation qui peut leur être difficile à gérer, voir insupportable. La question des libertés des autres patients, des bénéfices secondaires que l'hospitalisation apporte au patient, la surveillance particulière induite par ce statut, sans la présence d'agent pénitentiaire, peut rendre le rôle de soin ambigu et le mettre en grande difficulté.

Parallèlement, le patient a aussi une histoire clinique et des antécédents, psychiatriques, judiciaires ou de simples passages à l'acte. Ces derniers peuvent aussi mettre en péril une alliance avec les équipes, créer un climat de rejet et des contre-transferts négatifs. Cela dépend bien entendu de chacun, en gardant à l'esprit que le soignant peut se retrouver torturé entre ses propres limites et la volonté de bien soigner.

2. La pathologie et ses comorbidités :

L'une des premières difficultés que peut rencontrer le psychiatre réside dans la pathologie elle-même. La psychiatrie reste une science évolutive conservant encore beaucoup de secrets. Il en est de même pour certaines maladies. Les patients difficiles sont des cas complexes, ayant évolués dans des environnements défavorables. Leur évolution clinique, pour une minorité probablement, peut être atypique. Le diagnostic en lui-même peut être difficile à poser ou à discuter, prenant potentiellement des mois ou des années à être arrêté. Dans ce contexte, il est ainsi difficile pour le médecin de s'attacher à un diagnostic et à une conduite thérapeutique à tenir efficace et adaptée.

En parallèle, les comportements du patient, divers et variés, peuvent engendrer des complications dans la prise en charge [74]. Les patients peuvent être hétéro ou auto-agressifs, agités, destructeurs, provocateurs, fugueurs ou bien perturbateurs. Ils peuvent consommer des toxiques complexifiant l'étiologie et la psychopathologie. Ces troubles peuvent être en lien avec la pathologie elle-même ou être rattachés à la personnalité propre du patient [75]. Cela peut être le cas par exemple pour de jeunes patients psychotiques, qui au delà de leur délire, peuvent avoir des comportements d'ordres psychopathiques, présents avant la maladie [76]. Ces comorbidités ne rendent pas services aux patients ni aux soignants qui peuvent se retrouver dans des impasses thérapeutiques franches.

Les comorbidités peuvent aussi être somatiques. Les patients en psychiatries peuvent régulièrement être atteints de troubles physiques importants, comme les pathologies épileptiques, les maladies dégénératives ou les insuffisances organiques. Ces pathologies peuvent rapidement rendre une prise en charge psychiatrique simple, en réel casse-tête pour les équipes de soins, vis à vis des soins prodigués, de la stratégie thérapeutique ou encore de l'organisation même de l'institution.

3. La dangerosité, une définition non arrêtée et difficile à évaluer :

Au delà des troubles du comportement, une autre notion peut accompagner le patient difficile. Il s'agit de la dangerosité. La dangerosité se divise en deux entités qui s’analysent séparément [75, 77] : la dangerosité criminologique, qui intéresse particulièrement les juristes et sociologues et la dangerosité psychiatrique, rattachée à notre spécialité. Cette

dernière peut faire partie intégrante de la pathologie ou peut aussi s'inscrire dans l'évolution clinique des troubles. D'après la Haute Autorité de Santé (HAS), « la dangerosité psychiatrique peut être considérée comme le risque de passage à l'acte lié à un trouble mental, et plus singulièrement au mécanisme et à la thématique de l'activité délirante » [78, 79]. Nous rappelons cependant que les individus souffrant de maladies mentales sont plus souvent victimes de violences qu'auteurs [80]. La violence elle-même dépend de facteurs spécifiques en lien avec une pathologie mentale et de facteurs non-spécifiques, retrouvés de façon commun au sein de la population [81, 82, 83, 84].

L'évaluation de la dangerosité est un sujet qui a été maintes fois abordé durant l'histoire de notre discipline. Les échelles d'évaluation ou de prédiction de la récidive ont beaucoup évolués durant les dernières décennies. Elles s'élaborent principalement à partir de facteurs historiques, cliniques et contextuelles, qui peuvent eux-mêmes évoluer au cours du temps. Ces facteurs peuvent aussi être étudiés indépendamment, comme par exemple le rôle de l'insight dans la dangerosité psychiatrique [85].

Plusieurs échelles existent donc, ayant chacune ses propres objectifs, avec par exemple : l'échelle de psychopathie de Hare (PCL-R), l'échelle des variables historiques, cliniques et de gestion du temps (HCR-20), le guide d'évaluation des risques de violence (VRAG) [86]. D'autres échelles existent aussi pour les violences d'origine sexuelle, dont les auteurs peuvent se retrouver en UMD [87]. Toutes ces échelles restent difficiles à utiliser et nécessitent souvent des formations particulières. Elles requièrent un contexte particulier et un objectif prédéfini. Elles sont principalement dynamiques (néanmoins, quelques unes sont statiques) et nécessitent des réévaluations régulières du patient pour en observer l'évolution. A ce jour, la cinquième génération d'échelle d'évaluation de la dangerosité et de la récidive, de type actuarielle, se penche sur la notion de désistance et donc sur l'analyse des facteurs protecteurs [77, 88].

4. La résistance aux soins, du traitement à la prise en charge globale

Mis à part son étiologie, ses comportements ou sa dangerosité, le patient peut devenir difficile au cours de la prise en charge, selon l'impact qu'elle peut avoir sur lui. La résistance aux soins de façon générale est un facteur important de difficulté et de faiblesse des équipes de soins. Elle englobe à la fois l'opposition aux soins, à l'alliance thérapeutique mais aussi la pharmaco-résistance [74]. Ces notions vont au delà du déni des troubles, elles vont toucher à la possibilité même de soin sur le patient et sa pathologie.

Alors que le patient difficile est lié à la limite de soin des soignants, dans ce cas c'est le patient et sa pathologie qui en posent eux-mêmes les limites. Alors que certaines stratégies peuvent aider le patient à accepter les soins, parfois seul le temps permet d'obtenir des accroches avec les patients, ce qui rend la position du soignant difficilement supportable, dans l'impuissance vis à vis des troubles.

La pharmaco-résistance peut aussi aller de pair avec l'intolérance aux traitements. Les traitements psychotropes sont pourvoyeurs d'effets secondaires importants, souvent gênants parfois d'une gravité extrême, comme les agranulocytoses, les syndromes sérotoninergiques ou encore les syndromes malins aux neuroleptiques. Ces complications complexifient les prises en charge, initialement déjà peu simples. Elles font perdre des possibilités thérapeutiques, souvent salvatrices, aux patients ou aux soignants, leurs renvoyant de nouveau cet état d'impuissance vis à vis du patient difficile.

5. Conclusion :

Comme nous pouvons le voir, le patient difficile est réellement multifactoriel. Les difficultés le définissant prennent en compte les possibilités cliniques et thérapeutiques des soignants, des institutions ainsi que leurs limites. Il est ainsi logique qu'un patient difficile ne sera pas le même pour plusieurs praticiens différents, chacun ayant son propre vécu et sa propre expérience dans son domaine.

C. Evolution du profil diagnostique des patients en UMD et sectorisation

Les patients difficiles sont, historiquement pour les cas les plus complexes, orientés vers les UMD. Comme nous avons pu le voir la relation entre secteur et patient difficile reste étroite. Il est ainsi intéressant d'observer l'impact de l'évolution de notre système sur le malade difficile, et donc logique d'utiliser le modèle des UMD pour l'observer.

Le profil des patients en UMD n'a pas été toujours celui d'aujourd'hui, bien au contraire, la répartition nosographique était bien différente au siècle dernier. Cette évolution s'inscrit de façon globale dans la métamorphose qu'a pu subir la psychiatrie au cours de son histoire, entre progrès pharmacologique, modifications législatives et surtout évolution du système de soin avec mise en place de la sectorisation.

L'analyse du profil des patients en UMD et de son évolution, sujets longuement abordés dans diverses publications, nécessite un travail sur les quatre UMD historiques, à savoir Villejuif, Montfavet, Sarreguemines et Cadillac. Elles sont les seules structures permettant d'avoir un recul temporel suffisant afin d'analyser convenablement les résultats. Nous pouvons néanmoins prendre exemple sur des UMD récentes, type l'UMD d'Albi pour évoquer les profils diagnostics des patients actuels.

Ce chapitre se limitera à énoncer quelques études pointant du doigt l'évolution du profil des patients. Nous n'aborderons ainsi, et de façon volontaire pour plus de clarté, que l'évolution des diagnostics étiologiques principaux des patients de sexe masculin au fil du temps. Des études plus poussées ont permis l'analyse d'autres facteurs tel que le sexe féminin, l'âge, la situation socio-économique, les motifs d'admissions, les comorbidités, les durées d'hospitalisations ou encore les établissements d'origines.

Cette analyse n'a pas l'ambition d'être une étude exhaustive du profil des patients en UMD, d'autres travaux doivent y être employés, néanmoins, elle apporte quelques éléments de compréhension par rapport à nos patients et à notre système de soin. Les éléments rapportés proviennent de la littérature et se confrontent notamment aux différences nosographiques des époques.

Nous aborderons cette évolution au travers de plusieurs UMD, en nous intéressant tout particulièrement aux changements liés à la mise en place de la sectorisation, entre 1970 et 1980.

En avant-propos, nous rappelons qu'historiquement l'UMD de Villejuif fut la première à ouvrir ses portes en 1910, suivie des UMD de Montfavet (1947), Sarreguemines (1957) et Cadillac (1963). Les autres UMD se sont développées lors du début de 21ème siècle.

1. Les études par UMD :

a) UMD Villejuif :

En 1912, Henri Colin, décrit dans son article paru dans les Annales Médico-Psychologiques, les trois types de patients présent à l'époque dans son quartier de sûreté à Villejuif [4, 12] :

- « les habitués des asiles, malades à internements et à condamnations multiples, comprenant les débiles moraux, les alcooliques transitoires, les épileptiques et les hystériques à attaques rares » ;
- « les alcooliques et les épileptiques vrais à réactions dangereuses et violentes » ;
- « les malades délirants qui, sous l'influence de leurs tendances impulsives et dangereuses, se sont laissés aller à commettre des crimes » ou « aliénés criminels ».

Ce type de population est resté similaire durant une vingtaine d'année.

Le Dr Azoulay Marion effectua son travail de thèse autour de la population des malades admis à l'UMD de Villejuif. Elle étudia particulièrement les différences entre les populations séjournant en 1935, 1970 et 2010.

En 1935, toujours dans l'UMD Henri Colin, les patients présentaient, sur un total de 14 Dossiers [4] (cf. graphique 1) :

- Personnalité dyssociale : 42.9%
- Délires paranoïaques : 28.6 %
- Retard Mental : 14.3%
- Alcoolo-dépendance : 7.1%
- Schizophrénie paranoïde (ancienne démence précoce) : 7.1%

Nous pouvons ainsi voir que la personnalité dyssociale représente près de la moitié de la population en UMD à cette époque, alors que le schizophrène paranoïde était quant à lui très minoritaire. A noter que seule l'UMD de Villejuif était ouverte à cette période.

Les travaux du Dr Azoulay ont mit en évidence, sur 39 dossiers, une nouvelle répartition au cours de l'année 1970 [4] (cf. graphique 1) :

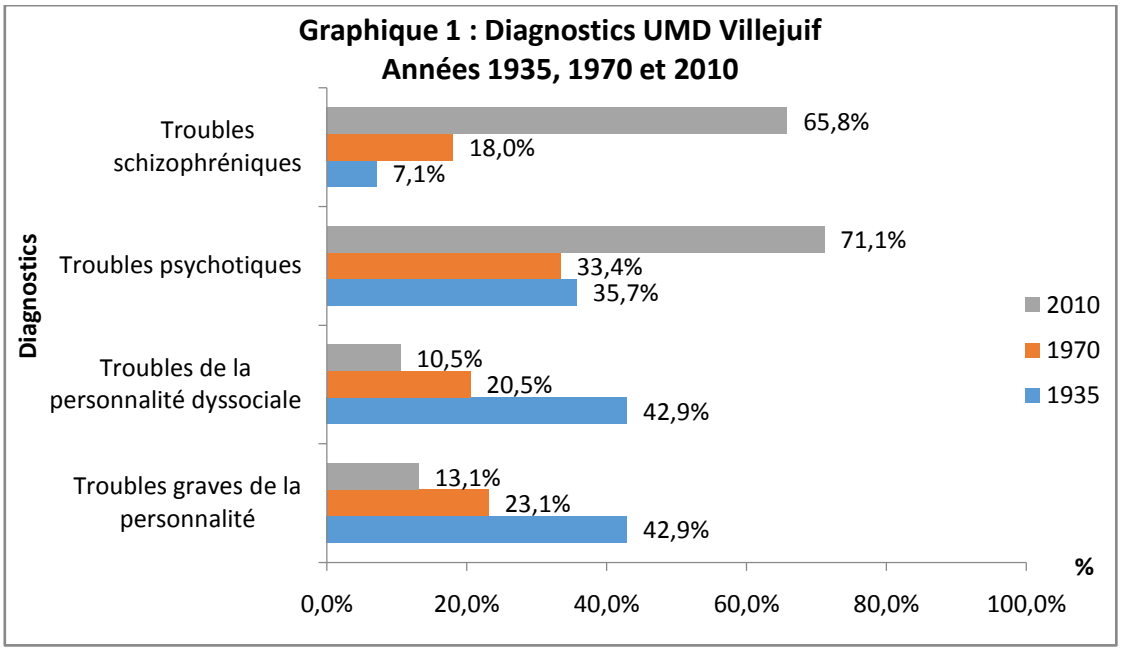
- Les pathologies psychiatriques graves du développement : 25.7%
- Les troubles de la personnalité : 23.1%
    - dont la personnalité dyssociale : 20.5%
- Les troubles psychotiques du registre schizophrénique : 18%
    - dont la forme paranoïde 12.8%
- Les délires chroniques non-schizophréniques : 15.4%
    - dont la forme paranoïaque 12.8%
- Les troubles de l'humeur : 5.1%
- L'épilepsie : 2.6%

La principale tendance réside dans la baisse de la prévalence de la personnalité dyssociale. Le changement de nosographie peut cependant fortement influer sur ces chiffres.

Pour confirmer cette dynamique, ses travaux vont apporter des résultats plus récents, datant de 2010 [4] (cf. graphique 1) :

- Troubles psychotiques schizophréniques : 65.8%
    - dont la forme paranoïde : 15.8%
- Troubles personnalité : 13.1%
    - dont la personnalité dyssociale : 10.5%
- Troubles graves du développement : 7.9%
- Dépressions : 7.9%
- Délires non schizophréniques : 5.3%

Ces éléments confirment une tendance observable : la diminution du nombre de trouble de la personnalité dyssociale au profit de l'augmentation du nombre de patient psychotique.



Graphique 1 : Diagnostics UMD Villejuif en 1935, 1970 et 2010

La thèse d'Andrieux-Lafay a permis l'étude des 927 cas ayant séjournés sur l'établissement entre 1954 et 1974. A défaut de permettre l'observation d'une évolution concrète au cours des vingt ans, cette étude aux résultats longitudinaux donna néanmoins un aperçu des patients de cette époque [4, 8] :

- déséquilibres psychiques, personnalités psychopathiques : 24,4%
- psychoses schizophréniques : 13,7%
- troubles du comportement chez des débiles : 8,3%
- délires chroniques non schizophréniques : 7,2%
- troubles mentaux de l'alcoolisme : 6,9%
- troubles du caractère et comportements symptomatiques d'épilepsies : 5,9%
- paranoïa, personnalités paranoïaques, paranoïa sensitive : 5,5%
- bouffées délirantes, épisodes délirants : 5,5%
- Autres : états dépressifs non mélancoliques 3,5%, simulations 3,2%, autres troubles du caractère et du comportement 2,9%, psychoses maniaco-dépressives 2,7%, personnalités perverses 2,4%, psychoses carcérales 2,3%, toxicomanies 0,8%, démences 0,5%.

b) *Montfavet :*

La population de l'établissement de Montfavet fut ainsi observée et analysée par Albernhe et coll. dans "Evolution de la population dangereuse d'un service psychiatrique de sureté"

sur une quarantaine d'années de 1947 à 1987 [89].Il y nota qu'en 1952, les patients présentaient [4, 89] (cf. graphique 2) :

- Schizophrénie : 35.8%
- Autres délires chroniques : 11.2%
- Psychopathie : 26.8%

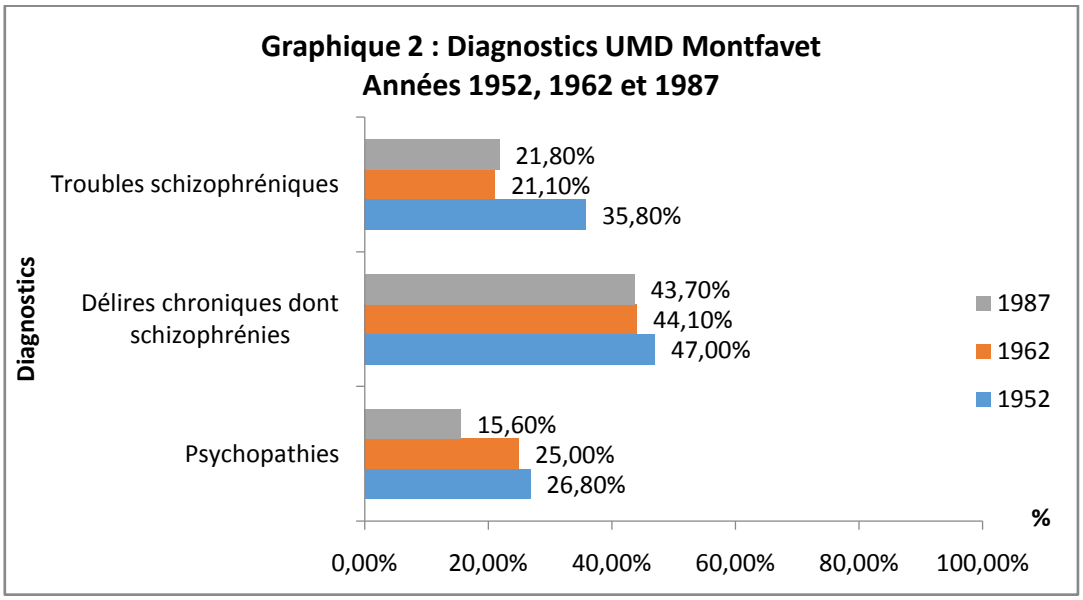
Alors qu'en 1962 [4, 89] (cf. graphique 2) :

- Schizophrénie : 21.1%
- Autres délires chroniques : 23%
- Psychopathie : 25%

Lors de cette étude, l'auteur révèle une augmentation importante du taux de patients présentant une psychopathie au début des années soixante-dix avec un pic s'élevant à 42.1% en 1975 [4, 89] alors que ce chiffre semblait encore stable, vers 25%, une quinzaine d'année auparavant.

Les derniers résultats de l'étude d'Albernhe datent de 1987. A cette date, la répartition nosographique a déjà radicalement changée à Montfavet [4, 89] (cf. graphique 2):

- Délires chroniques : 43.7%
  - dont schizophrénie : 21.8%
- Psychopathies : 15.6%



Graphique 2 : Diagnostics UMD Montfavet en 1952, 1962 et 1987

Nous pouvons donc déjà observer la prémisse d'une tendance à la diminution des troubles de personnalité psychopathique au sein des UMD au cours de années quatre-vingt.

c) *Sarreguemines :*

Concernant l'établissement de Sarreguemines, plusieurs auteurs ont pu se succéder afin d'analyser leurs populations.

En 1958, Rappart rapporta [1, 4] (cf. graphique 3):

- "Immaturations" (oligophrénies et déséquilibres psychopathiques) : 63%
- Psychoses : 37%

En 1963, Viret, à son tour, décrivit des statistiques presque superposables avec [1, 4] (cf. graphique 3) :

- Oligophrènes : 32%
- Psychopathes (ou Trouble de personnalité dyssociale[2]) : 29%
- Délires chroniques : 24%
- Autres pathologies (névroses, épilepsies ou bien troubles de l'humeur) : 15%

Defranoux publia une étude longitudinale sur dix ans de 1978 à 1988, comparable à la tendance du début des années soixante-dix, il y notifiait des proportions telles que [1, 4, 90]:

- Pathologies psychotiques : 46%
  - dont trouble schizophrénique : 28%
  - dont délire paranoïaque : 12%
- Psychopathies : 34%

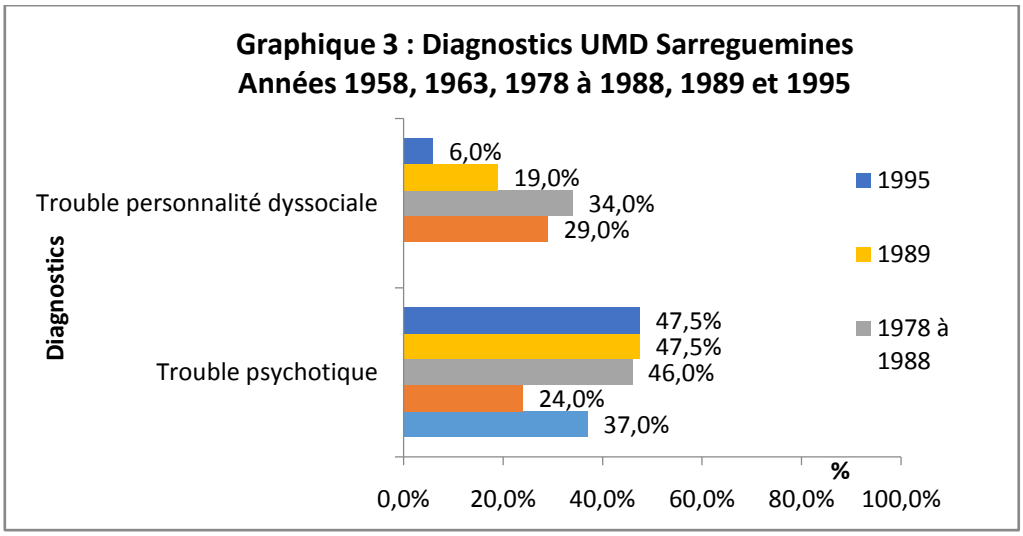
La diminution du nombre de psychopathes entre-aperçue dans l'évolution de Montfavet va être superposable à Sarreguemines puisqu'en 1989, il a été observé [4, 91] (cf. graphique 3) :

- Pathologies psychotiques : 47.5%
- Psychopathie : 19%

Et cette réduction va se confirmer et se renforcer après les années quatre-vingt-dix, puisqu'en 1995 la répartition étudiée est [4, 91] (cf. graphique 3) :

- Pathologies psychotiques : 47.5%
- Psychopathie : 6%

[2] Nous considérons le diagnostic de "Psychopathie", défini dans les anciennes classifications, comme équivalent au "Trouble de personnalité dyssociale" de la classification internationale CIM-10.



Graphique 3 : Diagnostics UMD Sarreguemines de 1958 à 1995

d) *A Cadillac :*

Benezech réalisa et publia en 1977 une enquête sur la population qu'il a pu accueillir dans son établissement de 1967 à 1976 à Cadillac. Parmi les 547 sujets placés d'office, il y observa des proportions semblables à celles retrouvées à Montfavet à la même époque avec [92] :

- Psychopathes : 40.5%
- Psychotiques : 28%
  - dont 14,8% de schizophrénies
  - dont 11% de délires non schizophréniques
  - dont 2.1% de psychoses aigues
- Patients présentant un retard mental : 16.4%
- Patients présentant un éthylisme chronique : 6.7%
- Patients épileptiques : 4.8%
- Autres : pyromanes, névrosés, déments et pervers sexuels

e) *Etude Nationale dans le cadre du rapport Barrès-Fuchs :*

En 1989, une enquête nationale dans l'ensemble des UMD fut réalisée [26]. Les chiffres suivent la dynamique présentée dans ce chapitre. En effet, la répartition retrouvée est superposable à celle des UMD [26]:

- Troubles psychotiques : 61%
  - dont schizophrénie : 46%
- Psychopathie : 21%
- Déficience mentale : 10%

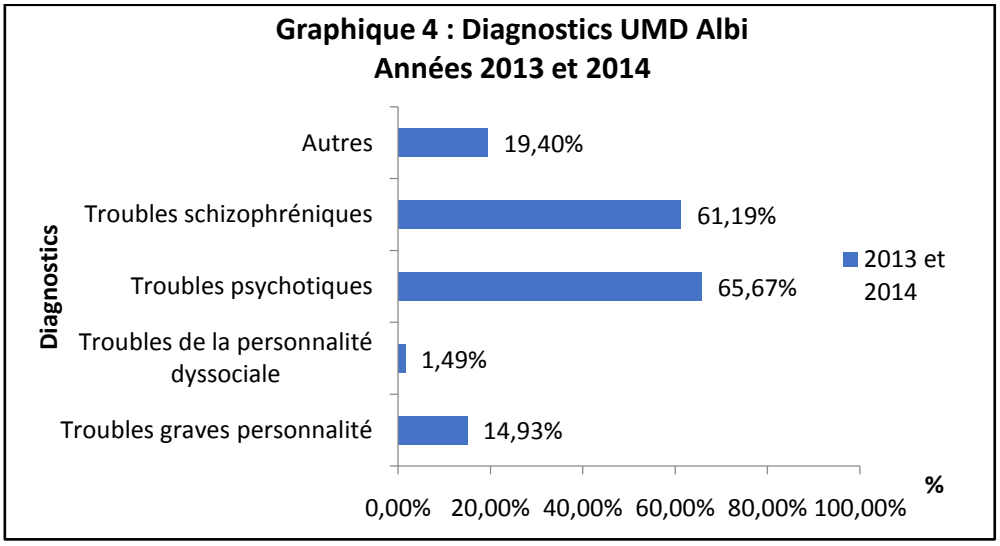
f) *Albi :*

Contrairement à l'époque précédant la mise en place de la sectorisation, nous pouvons appuyer nos observations sur des données récentes concernant à la fois les anciennes UMD mais aussi des UMD nouvellement créées. C'est le cas de l'UMD d'Albi, ouverte fin 2011 et dépendante de la Fondation Bon Sauveur, dans le Tarn (81).

Ci-dessous sont ainsi présentés les diagnostics principaux, côtés par la CIM 10, des patients admis dans cet établissement sur une période très récente de 2 ans, de 2013 à 2014 inclus. Ces données concernent un total de 67 patients, dont l'un ayant bénéficié de deux hospitalisations différentes (patient souffrant d'un trouble de personnalité borderline).

Nous retrouvons ainsi (cf. graphique 4) :

- Troubles psychotiques : 44 cas (soit 65.7%)
  - dont troubles psychotiques schizophrénique : 41 cas (soit 61.19%)
  - dont schizophrénie paranoïde : 33 cas (soit 49.3%)
- Troubles de personnalité : 10 cas (soit 14.9%)
  - dont troubles de personnalité dyssociale : 1 cas (soit 1.5%)
  - dont troubles de personnalité borderline : 2 cas (soit 3%)
  - dont troubles de personnalité paranoïaque : 2 cas (soit 3%)
- Retard mental : 7 cas (soit 10.5%)
- Troubles de l'humeur : 2 cas (soit 3%)
- Trouble du développement : 2 cas (soit 3%)
- Syndrome génétique : 2 cas (soit 3%)



Graphique 4 : Diagnostics UMD Albi en 2013 et 2014

Le profil diagnostic des patients entrevu à Albi depuis son ouverture en est presque caricatural. Nous observons ainsi une proportion importante, proche de la moitié, de

patients souffrants de schizophrénie de forme paranoïde. Le chiffre des troubles psychotiques dans leur globalité en est même superposable à celui retrouvé en 2010 à l'UMD de Villejuif.

A l'inverse, la tendance à la diminution des troubles de personnalité psychopathique est aussi visible parmi les admissions faites à Albi, un unique cas a été répertorié sur les années 2013 et 2014. L'ensemble de troubles de personnalités spécifiés ou non spécifiés reste de l'ordre de 15%, confirmant la tendance entrevue cette fois encore, à Villejuif en 2010.

2. Discussion :

Ces études montrent dans un premier temps que la répartition des diagnostics principaux des patients en UMD est semblable selon les époques entre les divers établissements. Deux tendances se dessinent.

La première est que sur la période s'étendant de 1950 à 1970, les proportions diagnostiques restent plutôt stables avec un taux fluctuant de psychopathie entre 20 et 30% alors que les patients présentant un délire chronique oscillent entre 30 et 40%.

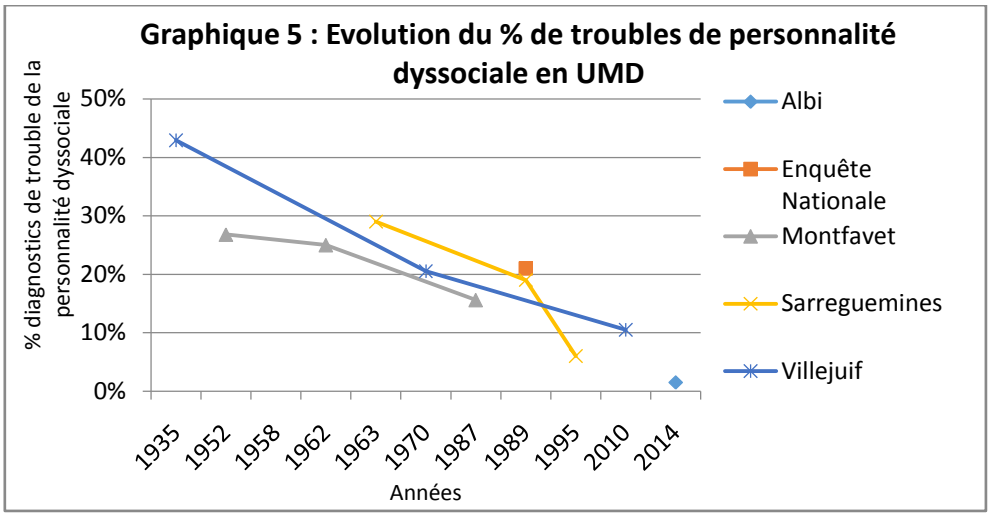
La seconde est la présence d'une accentuation des admissions de patients psychopathes en UMD entre 1970 et 1975 avec des taux pouvant dépasser les 40%.

Nous allons observer par la suite que ce processus va s'inverser et prendre une autre dimension de par le bouleversement de l'organisation de la psychiatrie publique.

En effet, la sectorisation, malgré son introduction politique en 1960, n'a été effective qu'à partir des années soixante-dix. Il a fallu attendre quelques années supplémentaires pour commencer à observer les changements provoqués par ce nouveau système sur la pratique des psychiatres et sur l'utilisation des services spécialisés.

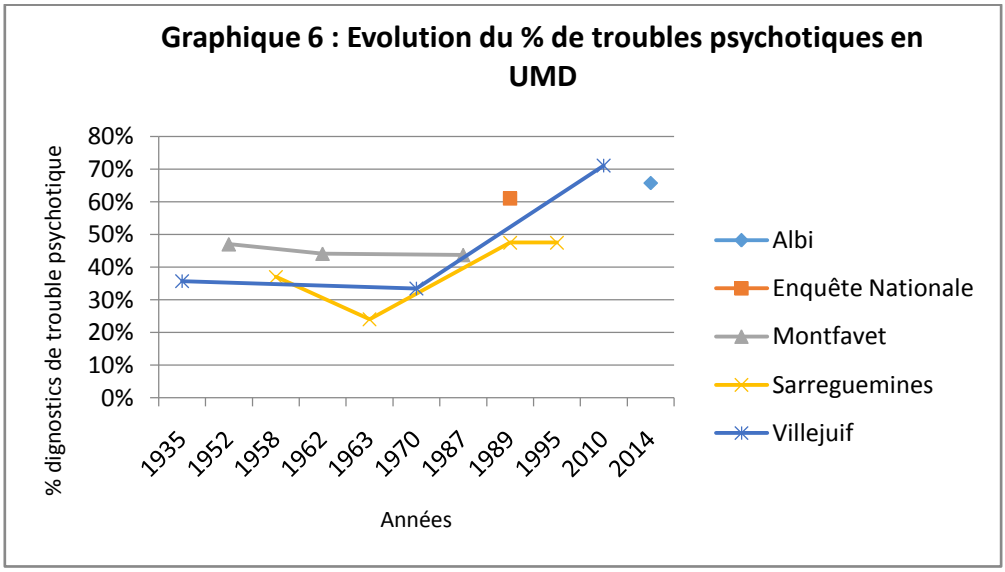
Nous pouvons ainsi observer de par l'ensemble de ces résultats l'existence d'un changement du profil type des patients hospitalisés en unité pour malades difficiles, en tout cas au niveau de leur profil diagnostique.

Avant la sectorisation, comme a pu le décrire Senninger, le patient difficile "peut être décrit de façon caricaturale comme un malade présentant une personnalité antisociale, doté d'un lourd passé s'alimentant de délits et d'incarcérations multiples [1]. Il poursuit sa réflexion en complétant "qu'après le développement de la sectorisation, le malade difficile se métamorphose et devient le schizophrène paranoïde, puissamment déstructuré et résistant à la thérapeutique" [1]. Cette réflexion se confirme et la dynamique s'accentue ces dernières années comme nous pouvons l'observer sur les chiffres des UMD de Villejuif en 2010 (cf. graphique 1)) et d'Albi en 2013/2014 (cf. graphique 4) :



Graphique 5 : Evolution du trouble de personnalité dyssociale en UMD

Ce premier graphique retrace la dynamique évolutive, au sein des UMD des patients atteints de troubles de personnalités dyssociales. Nous observons en effet un déclin net de la représentation de ce diagnostic passant d'une fourchette entre 25 et 45% avant les années 1970 à une fourchette entre 2 et 20% par la suite (cf. graphique 5).



Graphique 6 : Evolution du trouble psychotique en UMD

Ce second graphique vient compléter le premier en distinguant une dynamique évolutive croissante du taux de troubles psychotiques dans les UMD avec un pourcentage relativement stable autour des 40% jusqu'aux années 1980 qui évolua pour s'approcher des 70% (cf. graphique 6).

Concernant les patients atteints de troubles schizophréniques, la dynamique de croissance est assez nette, les données de l'enquête nationale de 1989 dans le cadre du rapport Barrès-Fuchs et celles de l'UMD d'Albi, plus récentes, confirment l'évolution perçue au sein de l'UMD de Villejuif avec un taux de patients schizophrènes multiplié au moins par trois [26]. Il est par ailleurs probable que les données des autres UMD se rapprochent de ces résultats.

Le peu de données concernant les schizophrènes de forme paranoïde nous empêchent cependant de réaliser ce type de courbes. Il serait cependant intéressant de comparer les données sur une échelle nationale afin de confirmer la dynamique entrevue par des auteurs, comme Senninger, des années soixante-dix aux années quatre-vingt-dix [1].

Toutefois, il serait trop simple de conclure si hâtivement sur de tels résultats. En effet, l'analyse seule du diagnostic principal des patients hospitalisés en UMD reste une donnée limitée qui dépend d'autres facteurs, chacun pouvant se transformer en possibles biais.

L'un de ceux-ci peut être la modalité d'admission en UMD, en effet, c'est le médecin responsable de la structure qui accepte les demandes de transferts. Ce biais de sélection peut être pointé du doigt : les patients dyssociaux étant habituellement peu hospitalisés dans les structures de soins, l'UMD a-t-elle un fonctionnement différent ? Il en est de même pour les patients déficitaires dont les admissions peuvent être limitées, du fait des prises en charges plus lourdes.

De plus, comme a pu le préciser le Dr Azoulay, les motifs d'admission en UMD ont changé au cours des dernières décennies, où l'internement après expertise médico-légale et non-lieu étaient des indications privilégiées. D'après son étude, ces indications ont cependant disparu à notre époque sur l'UMD de Villejuif. Elle fait ainsi le lien entre une évolution des pratiques expertales vis-à-vis des troubles de personnalités dyssociales, qui sont de plus en plus responsabilisés, et la diminution à la fois de ce motif d'admission mais aussi de ce type de profil en UMD [4]. Elle argumente ce changement par le développement parallèle des SMPR mais aussi l'évolution de la notion de responsabilité atténuée [72]. Des études complémentaires devraient être réalisées pour pouvoir s'étendre sur le sujet avec l'analyse de tout le domaine expertal.

La question des comorbidités et des diagnostics secondaires se pose aussi. En effet, les demandes d'admission en UMD sont généralement motivées par des troubles du comportement se rajoutant à la pathologie principale. Les patients peuvent ainsi présenter des comportements d'ordre psychopathique, en plus de leur pathologie principale, qu'elle soit d'origine psychotique ou non. Ainsi, l'analyse du seul diagnostic principal est très limitative car elle ne peut pas prendre en compte ce type de comorbidités, pouvant être à l'origine même des difficultés sur les secteurs. Nous devons, par exemple, prendre du recul sur les données retrouvées sur l'UMD d'Albi en 2013 et 2014 - moins de 2% de patients présentaient un trouble de personnalité dyssociale - de par les effectifs faibles mais surtout de par cette caractéristique clinique des patients difficiles.

Enfin, d'un point de vue théorique et historique, nous devons aussi souligner que la nosographie a aussi fortement évoluée, entraînant un possible biais dans la comparaison des diverses époques.

Nous ne pouvons donc réaliser une analyse complète des patients orientés vers une UMD sans prendre en compte la pathologie principale mais aussi les motifs d'admissions, les diagnostics secondaires et les comorbidités associées.

L'ensemble de ces études nous permettraient d'avoir un aperçu plus clair, plus exhaustif du patient difficile, véritable caricature des difficultés rencontrées des secteurs mais aussi d'un changement de pratiques et de mentalité dans notre discipline. Nous pouvons cependant continuer à nous questionner sur la place du secteur dans le paysage clinique du patient difficile.

II. Les limites du système de soin actuel :

A. Le secteur et le malade difficile : enjeux et limites :

Il n'est pas question dans ce titre de remettre en question l'utilité et l'importance des secteurs. Depuis quarante ans, les secteurs ont révolutionné la psychiatrie. Entre modernisation, libéralisation, mixité et proximité des équipes, la psychiatrie a gagné en humanité ce qu'elle a perdu en préjugés. Mais tout système, aussi nécessaire soit-il, présente des limites, le secteur n'en fait pas exception.

Le secteur n'a ni les moyens, ni les compétences pour prendre en charge la totalité de la psychiatrie. Le malade difficile en est l'illustration même.

Il a déjà la possibilité d'orienter des patients présentant des pathologies spécifiques, mettant soit en difficulté les équipes de soins, soit en péril le bon rétablissement du patient ou des autres patients. C'est ainsi que les services de psycho-gériatrie, d'addictologie ou les UHSA ont vu le jour.

Le système reste sous pression constante de par notamment des demandes d'hospitalisations toujours importantes. Bien que les moyens économiques diminuent en psychiatrie, la tendance reste à un développement des prises en charges ambulatoires et à une ouverture des services [60]. Ces évolutions redéfinissent les contours de l'intervention du secteur. Par effet de bord, l'autre tendance est à la limitation des moyens en hospitalisations complètes, certains secteurs devant même fermer des lits.

Ce développement peut devenir préjudiciable pour les secteurs, et la psychiatrie de manière générale, puisqu'il ne permet pas une prise en charge adéquate des patients présentant des symptômes d'une intensité importante, des troubles du comportement majeur ou une dangerosité pour eux-mêmes ou autrui [60].

La généralisation des soins et la mission de proximité dévolues aux secteurs créaient ainsi une limite dans leurs compétences, spontanée et non souhaitée. La conséquence la plus directe est l'apparition du malade difficile au profil actuel. Il nécessite du temps, des moyens humains et matériaux. Ce sont trois aspects précieux en secteur, mais qui sont insuffisants à l'heure actuelle pour ce type de patient [71]. Cela confronte les équipes sectorielles à leur limite et donc à entrevoir un certain transfert de compétence, presque inéluctable, vers d'autres type de services et notamment les UMD ou les USIP.

De même que les services de médecines bénéficiant de services de réanimation ou de services de soins intensifs, la psychiatrie nécessite aussi ce type de service à visée intensive permettant une complémentarité dans l'offre de soins.

Comme a pu en discuter Senninger, "le système de santé mentale deviendrait pyramidal avec des soins de base dévolus aux secteurs psychiatriques qui pourraient solliciter en cas de besoin, des services spécialisés, notamment les unités pour malades difficiles" [1]. Cette citation en est même d'autant plus vraie à notre époque. Les secteurs se retrouvent régulièrement en difficulté avec certains patients, qu'ils essayent d'orienter sur d'autres structures, comme les UMD ou les USIP. Il est nécessaire d'envisager des solutions pour améliorer les prises en charge de ces patients difficiles, dont l'indication en UMD n'est pas systématique.

B. Enjeux et limites des UMD dans le système de soin :

Les enjeux des UMD sont étroitement liés aux limites du système de soin. Ces institutions perdurent depuis plus d'un siècle dans notre société, cela montre à quel point elles restent importantes dans la pratique de notre spécialité. Au-delà des considérations juridiques et politiques, l'UMD reste nécessaire puisqu'elle complète le système de soin, en apportant son domaine de compétence propre dans des situations particulières.

Elles ont un rôle spécifique dans notre système actuel. Elles restent la seule voie de recours envisagée pour un grand nombre de patients jugés « difficiles ». Elles disposent de moyens, d'expérience et de savoir-faire plus importants pour la prise en charge de ces patients qui dépassent les capacités thérapeutiques des secteurs.

A l'origine, les UMD étaient conçues pour les patients médico-légaux, l'évolution du système a amené les UMD à prendre en charge les patients les plus dangereux. L'année dernière, un nouveau décret est venu réformer la législation des UMD avec des modifications de leur fonctionnement mais aussi de l'indication. Ainsi, le législateur n'évoque plus « d'état présentant un danger pour autrui tels que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne peuvent être mis en œuvre que dans une unité spécifique » mais « d'un état de santé qui requiert la mise en œuvre de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières ».

En réalité, la dangerosité n'a pas été contestée par le Conseil Constitutionnel comme nous l'avons vu précédemment. Cependant, cette notion étant trop sujette à controverse, elle a donc été ôtée de la définition, axant les UMD vers des unités de soins intensifs et sécurisés. Alors que la dangerosité est soulignée de façon indirecte par le statut SDRE des patients concernés, dangerosité normalement insuffisante pour justifiée une admission en UMD, elle est peut être implicitement plus importante dans la notion de sécurité rajoutée. De plus, le décret oriente le concept d'UMD vers une unité de soins intensifs. Cela interroge, de la place réelle des UMD ou des USIP dans le système de soins, ont-elles finalement le même rôle ?

Dans tous les cas, les UMD doivent avoir un rôle de service spécialisé pour des indications précises – par exemples la dangerosité ? La résistance aux soins ? - et non un service annexe des secteurs [2, 93]. Elles ne peuvent pas non plus admettre tous les patients nécessitant des soins intensifs, au vu du nombre de places limitées sur le territoire, ce n'est pas leur rôle. Alors que le système de soin peut se montrer opaque, ce type de réforme peut accentuer l'ambigüité autour des indications concernant les diverses unités sécurisées.

Depuis l'instauration de la sectorisation, les UMD sont saturées en demande d'admission venant des secteurs. Ces demandes restent très hétérogènes quant aux motifs d'admission et au respect des indications d'hospitalisation en UMD. Régulièrement, bien que justifiées vis-à-vis de la complexité des patients et l'impossibilité de prise en charge sur le secteur, certaines demandes ne respectent pas les indications théoriques à cause d'une dangerosité non majeure, ou très aigue dans le temps. Il peut s'agir de patients avec des troubles du comportement majeurs, une intensité importante des symptômes ou des difficultés à gérer l'hospitalisation de par une perturbation du service, des fugues ou une absence de compliance. Il en va de même pour les patients détenus en provenance de l'UHSA.

Mais de façon pratique, que doit choisir le psychiatre de l'UMD, avec des places limitées, entre accueillir un patient médico-légal ayant réalisé un passage à l'acte grave et un patient en phase aigue mais très perturbateur ? Les deux patients nécessitent des soins intensifs, et potentiellement un cadre sécurisé, qui admettre en priorité sur l'UMD ?

Tel est l'enjeu des psychiatres des UMD, qui ont bien conscience des difficultés rencontrées par leurs collègues de secteurs.

Les UMD sont au nombre de dix sur le territoire français, dont la moitié datant de moins de 10 ans. Il n'est à ce jour pas prévu de construction de nouvelles UMD, ni d'augmentation du nombre de lits, malgré des listes d'attentes qui ont tendance à s'allonger. Ceci est d'autant plus vrai pour les femmes, dont les places sont encore plus limitées. La nouvelle répartition géographique des UMD sur le territoire français permet une gestion des admissions plus locorégionale, permettant des transferts vers des UMD plus proches des secteurs d'origines. Le but initial était de maintenir un lien entre les services ou avec les familles, et donc de faciliter les soins.

La limite majeure du système des UMD reste donc ce nombre de place total limité sur le territoire, ne pouvant absorber l'ensemble des demandes actuelles. Il n'est pas étonnant de

voir quelques lits utilisés sur du long terme pour des patients présentant une dangerosité importante qui se maintient dans le temps et dont l'amélioration reste friable. Le risque direct est l'augmentation des délais d'admission ainsi que de ponctuelles erreurs de recrutement (des patients n'ayant pas l'indication d'UMD). A noter que les hospitalisations urgentes pour des cas graves (dangerosité majeure, passage à l'acte médico-légal) sont priorisées et les délais d'admission en sont logiquement raccourcis.

L'hospitalisation en UMD présente une seconde particularité à ne pas sous-estimer : la stigmatisation des patients. Au-delà de la dimension d'appréhension des équipes de soins en présence d'un patient ayant un antécédent d'hospitalisation en UMD, c'est aussi le risque de rejet qui est en jeu. Par prolongation, qu'en est-il des patients admis en UMD, qui ne nécessitaient pas spécifiquement ce type de soins, mais qui en ressortent quand même avec cette étiquette ?

Des solutions doivent ainsi être trouvées pour que les UMD puissent se concentrer sur leur mission principale : des hospitalisations sécurisées et intensives longues pour des patients en présentant un besoin clinique et thérapeutique évident.

La solution, proposée déjà depuis plus de vingt ans, par une majorité d'auteurs, réside dans la création d'unités intersectorielles interdépartementales ou régionales : les USIP, qui ont pour but de jouer un rôle intermédiaire et qui seraient probablement plus adaptées pour ces patients orientés vers les UMD mais refusés pour cause d'indication insuffisante.

A l'avenir, une redéfinition nette des rôles est à prévoir entre les UMD et les USIP. La différence est plutôt claire, les deux unités ayant leur objectifs propres, mais l'absence de consensus national autour des USIP ainsi que la nouvelle définition des UMD peuvent apporter une confusion quant aux indications. A cela se rajoute l'inégale répartition de ces unités sur le territoire. Au final, ces deux structures sont vouées à fonctionner ensemble, de façon complémentaire, permettant une bonne répartition des soins intensifs de psychiatrie.

C. Enjeux et limites du système de soin pénitentiaire psychiatrique :

Les enjeux du système de soin psychiatrique à destination des patients détenus sont complexes. La création de l'UHSA en complément du maintien des structures ambulatoires a pour objectif de proposer une offre de soins large, complète et adaptée à la problématique des patients détenus. Cependant, avec son développement actuel, la solution qu'elle propose semble insuffisante aux besoins de son champ d'intervention.

Depuis la mise en place de la sectorisation en milieu pénitentiaire, les services hospitaliers ont connu régulièrement plusieurs problématiques institutionnelles dans le cadre des prises en charge de détenus. En effet, leur statut complexifie leur prise en charge dans un milieu psychiatrique classique à cause de la dualité répression/soin qui l'entoure [94].

Le risque de fugue important, l'accès à une sociabilité (téléphone par exemple) interdite en détention et potentiellement l'agressivité dont peut faire preuve ce type de patient, ne permettent pas une prise en charge optimale puisqu'impactant directement les modalités de séjours. L'hospitalisation du patient se déroule en général en isolement continu, réalisé par défaut d'autres solutions viables [94]. Les antécédents légaux, voire médico-légaux peuvent entraîner une certaine appréhension des équipes allant jusqu'à un possible rejet. C'est dans un contexte de malaise, de pression des équipes sectorielles et de nécessité d'une amélioration des prises en charges que les UHSA furent créées [94].

A noter que certains hôpitaux psychiatriques ont tenté de résoudre ces difficultés vis à vis détenus par des solutions locorégionales, comme la construction d'USIP par exemple, permettant des prises en charge plus adaptées à la fois sur le plan thérapeutique, sur la logique de soin mais aussi sur la contenance et la sécurité.

L'arrivée des UHSA dans le système de soin est une réelle avancée, répondant à un besoin concret. Mais forte de son succès, l'UHSA commence déjà à entrevoir des problématiques de gestion. En raison notamment de la chronicité des troubles des patients qu'elle peut accueillir ou du nombre important de sollicitation pour des hospitalisations, les UHSA ne peuvent actuellement pas absorber l'ensemble de demandes qui lui son adressées.

De plus, le système de soin est dans l'obligation d'accueillir en urgence les patients sous contrainte. En pratique quand ils ne peuvent être directement admis à l'UHSA, ces derniers sont généralement transférés dans d'autres structures, par défaut, comme le secteur en chambres d'isolement, ou en USIP. Ces recours ont plusieurs conséquences. La première est le délai d'attente important (possiblement de plusieurs semaines) avant un séjour à l'UHSA pour une hospitalisation libre, laissant le patient en souffrance dans un milieu inadapté voire hostile, pouvant aggraver ses troubles. La seconde conséquence est une utilisation détournée du système de soin, portant atteinte à l'organisation des services et aux prises en charge des patients sur d'autres structures, notamment le secteur.

Les prochaines années vont voir l'ouverture de nouvelles structures, augmentant la capacité d'accueil des UHSA sur tout le territoire, mais cela sera-t-il suffisant pour être en adéquation avec les besoins en santé mentale des patients détenus, mais aussi avec la politique économique actuelle de notre société ? Nous rappelons que les UHSA ont un budget de fonctionnement élevé avec la gestion à la fois d'une équipe sanitaire renforcée mais aussi d'une équipe de surveillance pénitentiaire.

Un rapprochement peut être déjà imaginé avec Cujo qui parlait de "la maladie de jeunesse des secteurs" en référence au nombre élevé de demandes et à la liste d'attente des UMD augmentant [72]. Ici aussi, nous pourrions parler de "maladie de jeunesse du secteur pénitentiaire" ou même de "maladie de jeunesse des UHSA", en espérant que l'augmentation du nombre de lits d'accueil puisse être la solution. Ce ne fut pas le cas avec les UMD qui croulent toujours sous un nombre de demande d'admission croissant.

Au rythme actuel, il est à craindre une attente prolongée pour un transfert en UHSA ayant pour conséquences des choix pratiques discutables. Les secteurs sont amenés de nouveau à prendre les patients détenus dans leurs services, avec l'utilisation prolongée des mesures d'isolement, alors que les UHSA ont été mises en place pour justement palier à ce problème. Cette question a d'ailleurs pu être reprise par certains parlementaires auprès de la Ministre de la Santé [95]. D'autres questions comme la suffisance des capacités totales prévues pour le nombre de détenus souffrant de troubles mentaux ont pu aussi se poser au Sénat [96]. D'autres choix, beaucoup plus grave, peuvent aussi être imaginables comme la transformation de soins libres à la demande du patient en soins sous contraintes afin d'accélérer l'admission, allant de ce fait à l'encontre même des bases légales de protection des droits des patients.

Sur un autre versant, les UHSA peuvent aussi montrer leur limite dans leurs capacités de prises en charge. Pour rappel, leur place et leur rôle dans le système de soin équivaut à un service d'hospitalisation d'admission classique sur un hôpital de secteur. Les UHSA peuvent se retrouver régulièrement en difficulté avec les patients présentant des troubles du comportement importants ou une symptomatologie très aigue. Ne pouvant assurer la prise en charge de ce type de patient, elles les orientent vers les UMD, structure permettant de prodiguer des soins intensifs en milieu sécurisé. Cependant, ces patients admis à l'UMD en provenance de l'UHSA ne présentent pas systématiquement les critères d'admission nécessaires à l'UMD. En pratique, ils bénéficient souvent d'une prise en charge de courte durée puisque leur état ne requiert pas les moyens d'une UMD sur du long terme. Ces patients sont ainsi décrits comme difficiles, sans l'être suffisamment pour l'UMD.

Ainsi, une seconde problématique émerge dans la mission des UHSA et du système de soin psychiatrique pénitentiaire, quels soins proposer aux patients dont l'intensité de la clinique ou des comportements dépasse les moyens des UHSA ? Il n'existe pas de structure intermédiaire entre UMD et UHSA, permettant d'offrir des soins intensifs sécurisés sur de courtes périodes. D'ailleurs, les USIP, qui n'ont de statut légal spécifique, ne sont actuellement pas prévues officiellement dans la boucle du système de soins des détenus. Leur rôle se cantonne à des décisions locales de gestion des hospitalisations urgentes, en lieu et place des UHSA.

Les enjeux des UHSA ne se jouent donc pas uniquement par rapport aux détenus, mais se jouent par rapport au système de soin entier car elles ont finalement des rapports avec le milieu pénitentiaire en premier lieu, mais aussi avec les secteurs, les UMD, les USIP, le système judiciaire et expertal. Ce ne sera qu'en résolvant cette équation complexe que le système se bonifiera : comment avoir moins de patients psychiatriques en détention ? Comment gérer les patients chroniques détenus ? Comment gérer les situations de crises psychiatriques ou la dangerosité ? Comment éviter les hospitalisations en secteur ? Comment, en réalité, simplifier le système tout en le rendant efficace ?

Toutes ces questions sont à étudier en profondeur pour améliorer le système et en faire bénéficier les patients.

D. Enjeux et limites des USIP dans le système de soin :

La place des USIP dans le système de soin reste hétérogène et complexe. La reconnaissance légale et l'unification nationale sous un fonctionnement commun reste l'enjeu majeur actuel pour ce type d'unité. Sur une échelle plus locale et plus clinique, les USIP adaptent surtout leur rôle aux besoins loco-régionaux.

Le délai d'admission relativement rapide et le recrutement intersectoriel locorégional permet aux USIP d'obtenir leur propre spécificité mais aussi d'être une solution alternative aux transferts en UMD, et ce pour plusieurs raisons [61] :

- UMD trop éloignée
- délai de transfert en UMD trop important
- indications non conformes à un transfert en UMD de par la pathologie, la dangerosité faible ou le statut (femme, mineur)

Au-delà d'être un palier intermédiaire entre secteurs et UMD, les USIP remplissent surtout un rôle de proximité, dépendant notamment des enjeux médicaux et politiques locaux. En effet, les USIP sont implantées dans des régions n'ayant pas les mêmes moyens : certaines ont une UMD à proximité, d'autres une UHSA. D'autres encore se retrouvent comme seuls services spécialisés de leur zone géographique [61]. Elles adaptent toutes leur fonctionnement en fonction des besoins locaux, présents ou futurs [61]. C'est la conséquence d'une absence de cadre législatif spécifique.

Par exemple, certaines USIP se retrouveront ainsi utilisée comme unité spécifique pour des patients en crise lorsqu'une UMD et une UHSA sont déjà présentes. D'autres serviront de "système tampon" pour les patients dangereux en l'absence d'UMD ou pour les détenus en l'absence d'UHSA, certaines remplissant l'ensemble des rôles. L'USIP peut ainsi remplir un rôle qui ne devrait pas être le sien, accentuant l'incompréhension et la méconnaissance de ce type d'unité.

Bien que leur idéologie de soins soit proche, il est ainsi difficile, entre enjeux locaux et absence de cadre législatif réglementant ces unités, d'avoir une ligne de conduite commune sur leur rôle, leur recrutement ou leur fonctionnement. Malgré ceci, les USIP se présentent comme un chaînon manquant du système. Depuis plus de vingt ans, l'expérience de ce type d'unité montre qu'elles restent une solution d'avenir qui mériterait d'être développée de façon plus homogène sur notre territoire [26, 27, 61]. Elles auront probablement un rôle important à jouer dans l'avenir, au vu des limites présentées par le système actuel, dont l'évolution reste insuffisante pour les patients difficiles.

Dans les institutions, l'expansion de ce type d'unité se confronte aussi au narcissisme des équipes. En effet, comme nous le verrons, certains psychiatres peuvent se positionner contre la création de ce type d'unités, prétextant que leurs compétences suffisent à prendre

en charge ce type de patients, que c'est le rôle des unités sectorielles fermées et qu'autant un transfert en UMD peut être justifié, autant ce n'est pas le cas pour les USIP. Cet argumentaire reste valable en théorie. Mais il se confronte aux moyens pratiques, cliniques et économiques actuels, ainsi qu'à la définition même du patient difficile. Comme nous avons pu le discuter, la modernisation de nos secteurs, son orientation plus ambulatoire leurs font perdre des moyens et des compétences qui leurs seraient nécessaire pour ce type de patient.

Nous pouvons donc nous demander ce qu'est réellement le patient difficile ? Pourquoi ne peut-il pas être, en pratique, pris en charge sur les unités sectorielles qui sont initialement prévues pour cela ? Et en réalité, comment se positionne les équipes par rapport à eux ? Que faire s'ils ont plusieurs patients difficiles en même temps ?

Les absences d'encadrement légal, de fonctionnement commun, de politique spécifique de santé pour ces patients ou les choix politico-économiques restent un frein important pour leur évolution, renforçant la complexité du système. Cependant, le système de soin souffre d'un manque de solution pour les patients difficiles qui ne peuvent ni être pris en charge sur le secteur, ni être absorbé par les UMD. Les USIP ont leur place dans le système de soin, mais elles doivent continuer à se développer et à affirmer leur rôle aux côtés des autres unités sécurisées, pour notamment lever le brouillard sur le fonctionnement global du système de soin.

III. Le besoin loco-régional d'une USIP sur Albi et le Midi-Pyrénées

A. Etat des lieux sur l'ancienne région Midi-Pyrénées :

Le Midi-Pyrénées est l'une des anciennes régions françaises. Il rassemblait un ensemble de huit départements, ce qui faisait de cette région la plus grande de France : Ariège, Aveyron, Gers, Haute Garonne, Haute Pyrénées, Lot, Tarn, Tarn-et-Garonne. Il a finalement fusionné administrativement pour former l'Occitanie.

La psychiatrie générale est organisée sous forme de secteur psychiatrique géographique sur l'ensemble de la région. Lors des derniers PRS (Projet Régional de Santé) de la région Occitanie, il a été spécifié par l'ARS (Agence Régionale de Santé) que le Midi-Pyrénées disposait de moyens plus importants sur ses secteurs que le Languedoc-Roussillon, et par conséquent, que les moyens devaient s'équilibrer.

Concernant le système pénitentiaire, le Midi-Pyrénées comporte des centres de détention, des maisons d'arrêt, une centrale pénitentiaire à Lannemezan (à noter que le département du Gers ne comporte aucune prison). Pour les soins psychiatriques, elle bénéficie d'UCSA dans chaque centre carcéral, de deux SMPR à Muret et Seysses dans le sud de Toulouse ainsi

que d'une UHSA sur l'hôpital spécialisé G. Marchant de Toulouse. Cette dernière a ouvert ses portes en janvier 2012 et bénéficie de deux unités de 20 lits chacune. Nous ne notons pas la présence d'UHSA sur le Languedoc-Roussillon, qui bénéficie cependant d'un SMPR (Perpignan).

Il existe de plus une UMD récente, qui a ouvert ses portes en novembre 2011, se situant à Albi (Tarn 81) sur la fondation du Bon Sauveur d'Alby, situé à environ 80km au nord-est de Toulouse. Elle est constituée de deux unités de 20 lits chacune, à recrutement national. La nouvelle répartition nationale des UMD permet cependant à l'UMD d'Albi de privilégier, tant que cela se peut, des admissions en provenance de sa région d'implantation. Elle n'accueille cependant que des patients de sexe masculin. Il n'existe pas d'UMD dans le reste de la région Occitanie. Cette UMD reçoit plusieurs centaines de demandes d'admissions par an, de la France entière, pour moins de 40 admissions dans l'année, elle ne peut donc pas gérer l'ensemble des demandes qui lui sont faites, qu'elles soient de bonnes indications ou non.

Le Midi-Pyrénées ne dispose d'aucune USIP sur son territoire. Il est cependant utile de préciser qu'un service à Saint-Girons porte le nom d'USIP mais, qu'en pratique, il a la fonction d'une unité d'admission intersectorielle locale pour les patients sous contraintes. Elle n'a donc pas de statut d'USIP, comme nous avons pu le définir précédemment. Il est important de noter que le Languedoc-Roussillon bénéficie de la présence de deux véritables USIP sur son territoire (Montpellier et Uzès), une troisième existerait à Nîmes mais son statut n'est pas reconnu actuellement.

Alors que l'ARS met en avant une distribution inégale des moyens entre les deux moitiés de l'Occitanie, en faveur du Midi-Pyrénées, il est important de préciser que ce dernier ne bénéficie d'aucune USIP contrairement à la moitié-Est de notre nouvelle région. Ainsi, nous pouvons observer une inadéquation des moyens en unités intensives locales sur le Midi-Pyrénées, contrairement à l'ancienne région montpelliéraine. Nous ne pouvons non plus contrebalancer la présence d'USIP d'un côté avec la présence d'une UMD de l'autre, ces deux unités ayant des projets de soin différents.

Enfin, nous rappellerons que les différents secteurs du Midi-Pyrénées peuvent rencontrer des difficultés dans la gestion des patients difficiles au sein d'un système qui peut montrer certaines limites, comme nous avons pu le présenter précédemment. Il était ainsi logique d'entamer une démarche de recueil de témoignages auprès des professionnels des secteurs pour nous confronter à leur vécu.

B. Recueil de témoignages sur l'ancienne région Midi-Pyrénées

1. Initiation du recueil :

Suite à nos récentes observations sur l'UMD d'Albi, des demandes d'admissions mais aussi des problématiques perçues, nous souhaitions comprendre les difficultés rencontrées par nos confrères du Midi-Pyrénées pour les patients qu'ils considèrent comme difficiles. Nous avions conscience de la possible insuffisance du système actuel, mais notre hypothèse ne pouvait être généralisée au vu de la place si particulière de l'UMD.

Nous avons ainsi réalisé une enquête sous forme de recueil de témoignage dans l'ensemble de notre ancienne région.

2. Méthodologie :

Le recueil de témoignage fut réalisé de septembre 2015 à novembre 2015 sous la forme d'entretiens téléphoniques auprès d'un médecin référent de chaque service d'admission de la région, sectoriel ou intersectoriel, accueillant des patients hospitalisés sous contraintes.

L'enquête fut effectuée par la même personne, un interne de psychiatrie. Ce dernier s'occupait de la prise de rendez-vous et des entretiens téléphoniques avec les interlocuteurs référents. Il expliquait en amont le sujet de son appel lors de la prise de rendez-vous, à savoir "une enquête sur les patients difficiles des services d'admissions et leurs orientations depuis 2012". Cette date fut choisie en corrélation avec l'ouverture de plusieurs UMD sur notre territoire, dont l'UMD d'Albi, qui a pu modifier le management des soins par les psychiatres de la région.

Les psychiatres cibles n'avaient pas accès au questionnaire par écrit avant ou pendant l'entretien, tout se déroulait de façon strictement orale. La non-utilisation du dossier des patients cités était privilégiée afin d'éviter un allongement trop important du temps de chaque entretien. Ces derniers avaient une durée comprise entre 15 à 50 minutes en fonction des interlocuteurs et de la masse d'information à traiter.

Cette méthodologie fut privilégiée afin de s'appuyer avant tout sur l'impact mnésique des patients sur leurs médecins référents. Cela permit d'aborder les patients leurs posant le plus de difficultés, éliminant ainsi, le plus possible, les patients non-difficiles qui pouvaient être pris en charge dans leur secteur, sans transfert.

Le choix des appels téléphoniques sans accès au questionnaire s'explique par la volonté d'avoir un maximum de retour sur cette enquête dans un temps court ; l'envoi d'une lettre avec le questionnaire et l'attente de réponse par écrit étant jugés insuffisants en termes de taux de participation et d'égalité dans la qualité des réponses.

Notre but était principalement d'obtenir un recueil de témoignage sur un échantillon de ces patients difficiles rencontrés par nos confrères, en se prémunissant de quelques limites possibles grâce au choix de l'année 2012. Une étude complète sur la population entière des patients difficiles de la région ne pu être envisagée de par l'importance du travail à effectuer et du temps à consacrer (recherche dans les archives de tous les secteurs de la région...). De même, le choix d'une année précise, sans préparation ni utilisation systématique des dossiers médicaux, aurait rendu le travail de réponse difficile.

Le questionnaire (cf. annexes) se compose en trois parties distinctes à savoir :

- une première partie générale sur les connaissances du psychiatre interlocuteur sur les diverses structures spécialisées avec lesquelles il peut être amené à travailler et sur l'épidémiologie des patients difficiles
- une seconde partie plus spécifique sur les patients difficiles dont il se souvient depuis 2012 abordant les diagnostics, les difficultés rencontrées ou encore les transferts demandés, réalisés ou avortés.
- une troisième et dernière partie plus générale sur les besoins institutionnels que le psychiatre interrogé pourrait éprouver.

Après recueil des résultats, nous n'avons effectué que des analyses descriptives. Les analyses statistiques ne semblaient pas indiquées au vu des biais méthodologiques et des faibles effectifs. Nous avons préféré décrire et commenter ces résultats pour amener plus de valeur à notre recueil qu'une analyse comparative statistique peu recevable.

Un total de 25 services fut contacté sur la région Midi-Pyrénées, sur l'ensemble des départements, incluant les services d'admissions admettant des patients sous contraintes :

- sectoriels ou intersectoriels
- ouverts, semi-ouverts ou fermés
- universitaires spécialisés

Un seul médecin référent ou ayant une activité dans le service fut interrogé, sans être obligatoirement le chef de pôle ou de service.

A noter qu'à l'époque du recueil, l'Occitanie n'existait pas encore.

3. Résultats :

a) Participation au recueil de témoignage :

Parmi ces 25 services, 23 services furent consultés, les 2 derniers ne souhaitant pas participer à cette enquête.

Parmi les 23 psychiatres interrogés, 18 le furent comme prévu par le protocole au téléphone. Les 5 autres (les 4 UF du CHU et Albi) furent interrogés en face à face lors d'un entretien, en respectant strictement le même questionnaire.

Nous nous limiterons dans la suite des résultats à la prise en compte des réponses des 23 psychiatres ayant acceptés de répondre.

b) Connaissances :

	Nombre	%
Connaissance des USIP	16	69,57%
Connaissance des UMD	23	100,00%
Connaissance des UHSA	20	86,96%

Tableau 4 : Connaissance des unités sécurisées

Un total de 7 psychiatres sur les 23 interrogés (environ 30%) n'avaient pas connaissance des USIP au moment de l'enquête (englobant les psychiatries n'ayant pas connaissance de leur existence ainsi que ceux n'en connaissant que le nom sans en connaître les pratiques, les objectifs ou les modalités d'admission/séjour). Les 16 psychiatres (70%) ayant connaissance des USIP ont pu soutenir avoir connaissance de ces unités ainsi que d'un minimum de leur fonctionnement ou indications. L'ensemble des psychiatres interrogés avaient connaissance des UMD. A noter que 3 psychiatres n'avaient pas connaissance des UHSA sur les 23 interrogés.

c) Besoins :

(1) Evaluation globale du système régional actuel :

	Nombres	%
Système régional actuel insuffisant	20	86,96%
Système régional actuel suffisant	3	13,04%
Total	23	100,00%

Tableau 5 : Evaluation du système de soin régional

Sur les 23 psychiatres interrogés, 20 (87%) estiment que le système actuel est insuffisant dans la pratique, pour la prise en charge des patients difficiles.

Il est intéressant de noter que parmi les 3 psychiatres évoquant l'absence de besoin sur le Midi-Pyrénées, au moins 2 d'entre eux ont eu recours à un transfert dans une structure contenante (type USIP) extérieure à la région pour l'un de leur patient au cours des dernières années. Cette donnée renforce l'idée d'une insuffisance sur notre ancienne région.

Type de besoin	Nombres
Besoin global de lits en unités contenante	16
• *Unités intersectorielles type USIP*	*11*
• *Plus de place en UMD*	*6*
• *Plus de place pour patiente femme difficile*	*3*
• *Plus de place en UHSA*	*2*
Besoin de structure d'accueil pour chroniques et/ou déficitaires	5

Tableau 6 : Evaluation du type de besoin

Sur les 20 psychiatres à évoquer un besoin supplémentaire, 13 ont nommé un besoin unique (unité contenante ou structure d'accueil pour chronique et/ou déficitaire) et 7 d'entre eux un double besoin, d'où le total de 27 réponses.

Ainsi, 16 psychiatres, estimant le système insuffisant, évoquent un besoin en lits dans des unités plus contenantes que les services d'admissions fermés classiques.

Parmi ces derniers, le besoin en unités intersectorielles fermées et contenantes est décrit chez 11 psychiatres. La description que les psychiatres font de ce type d'unité fait référence aux unités de type USIP existantes sur d'autres régions françaises (unité intersectorielle, contenante, sécurisée, pour des indications précises)

De plus, pour 6 d'entre eux, il existe une nécessité d'augmenter le nombre de places en UMD sur la région, afin notamment de réduire les délais d'admission longs avec lesquels ils étaient en difficulté dans leur expérience pratique. Nous pouvons nous questionner sur le bienfondé de cette demande. Est-ce que l'augmentation du nombre de places en UMD permettrait de régler la difficulté du délai ?

Le délai est la conséquence directe du nombre important de demandes de transferts, dont certaines ne sont pas adaptées aux objectifs de l'UMD. De plus, les besoins de transferts en urgence pourraient probablement être assurés par des unités plus réactives et plus adaptées, de type USIP. Nous pouvons donc nous demander si l'USIP ne pourrait ainsi pas être une solution plus appropriée pour ces psychiatres demandeurs, en gardant à l'esprit que la clinique reste l'élément principal définissant la prise en charge à adoptée.

D'autres relatent un besoin en lits pour patients difficiles de sexe féminin. Aucune structure contenante et sécurisée sur la région ne peut les accueillir de façon spécifique, d'où de grandes difficultés d'orientation et de prise en charge dans leurs services d'admission. Ils sont 3 psychiatres à souligner ce point.

Concernant l'UHSA, ils sont une minorité, soit 2 psychiatres, à envisager une augmentation des places dans cette structure.

Enfin, 5 psychiatres évoquent un besoin en structure d'accueil pour les patients dits chroniques (patients présentant une pathologie chronique et enkystée, notamment des psychoses où la stabilité de leur état ne peut leur permettre de vivre en dehors des institutions) ou déficitaires (patients présentant des déficiences intellectuelles, possiblement surajoutées à d'autres pathologies, entravant leur autonomie et pouvant entraîner des troubles du comportement). En effet, ces derniers ont tendance à engendrer des problèmes au niveau du projet de soin, de l'organisation du service ou de la cohabitation avec d'autres patients.

(2) Evaluation des délais d'admission souhaités vers des structures extérieures :

Pour chaque souhait (soit 27 réponses pour les 20 psychiatres), nous avons ensuite demandé aux psychiatres le délai entre la demande et le transfert qu'il serait raisonnable d'attendre vers d'autres structures.

Délai	< 1 semaine	< 15 jours	< 1 mois	< 2 mois
Besoin en unités contenantes	**5**	**10**	**6**	**1**
• *unités USIP*	*2*	*5*	*4*	*0*
• *lits UMD*	*0*	*5*	*1*	*0*
• *lits femme difficile*	*1*	*0*	*1*	*1*
• *lits UHSA*	*2*	*0*	*0*	*0*
Besoin en structure pour chroniques/déficitaires	**0**	**1**	**1**	**3**
Total	5	11	7	4

Tableau 7 : Evaluation du délai de transfert souhaité

Près des deux tiers (16 psychiatres) sont en demande d'une prise en charge rapide (en 15 jours maximum) de leurs patients difficiles (5 dans la 1ère semaine et 11 dans la quinzaine).

Concernant les structures contenantes (USIP, UMD, UHSA), la volonté des psychiatres serait de transférer leurs patients à la suite de leur demande dans la semaine voire dans les 15 jours pour la grande majorité d'entre eux (15 sur 22 réponses). Au total, le transfert est souhaité avant la fin du 1er mois pour 21 cas sur les 22 possibles.

De façon plus spécifique, les transferts après demande en unités intersectorielles type USIP seraient souhaités à 1 semaine pour 2 demandes sur 11, à 15 jours pour 5 demandes et à 1 mois pour 4 demandes. Cette demande semble plutôt cohérente vis-à-vis du fonctionnement de ce type d'unité et du profil des patients à orienter.

Concernant les transferts en UMD, ils seraient souhaités à 15 jours maximum pour 5 cas sur 6 et à 1 mois pour le dernier cas. Les délais ici présentés, difficilement généralisable sur les UMD, semblent proches de ceux qui sont souhaités pour les unités de type USIP. Deux hypothèses peuvent expliquer cette tendance. La première reste la difficulté importante des psychiatres avec les patients orientables en UMD, d'où une volonté manifeste de réaliser un transfert rapidement. La seconde peut être un amalgame entre les indications d'UMD et d'USIP, renforcée par l'absence d'USIP sur notre territoire local.

Pour les femmes difficiles, le délai de transfert dans une unité plus contenante (USIP ou UMD) est plus hétérogène avec des délais souhaités allant de moins d'1 semaine à moins de 2 mois.

Enfin concernant l'UHSA, les souhaits de psychiatres évoquant ce besoin seraient de réaliser un transfert dans la semaine suivant la demande d'admission. Ce chiffre respecte la logique de fonctionnement de l'UHSA, qui est censée être la structure hospitalière accueillant les détenus.

A propos des structures d'accueil pour patients chroniques ou déficitaires, les psychiatres envisagent des délais moins urgents allant de 15 jours à 2 mois. Les indications ne sont pas les mêmes que pour les unités contenantes et ne correspondent pas au même degré d'urgence.

(3) Profil décrit des indications pour une possible unité intersectorielle contenante :

Nous avons ensuite étudié les indications envisagées par les praticiens, sous forme de question ouverte, pour un transfert dans une unité intersectorielle type USIP, s'il y en existait une. Les items cités sont reproduits dans le tableau suivant :

Pathologies :	Nombres :
Délirant persistant	1
Etat maniaque persistant	1
Retard mentaux/oligophrénie	3
Troubles psycho-organiques	1
Statut du patient :	
Femme	3
Difficile	3
Clinique :	
Troubles majeurs du comportement	1
Violence	2
Hétéro-agressivité	1
Agitation	2
Dangerosité	2
Intensité importante des symptômes	1
Soins :	
Nécessité d'un cadre contenant	4
Résistance au traitement	5
Isolement continu sur l'unité	1
PEC intensive	1
Accompagnement autour de PEC difficile	1
Institutionnel :	
Risque de fugue	1
Séjour de rupture	1

Tableau 8 : Profil du patient pour une unité type USIP

Les réponses restent très hétérogènes, se coupant souvent avec des termes potentiellement différents. Cette description reprend cependant le profil imaginable du patient difficile en secteur : à savoir un patient, homme ou femme, avec des troubles majeurs du comportement, possiblement hétéro-agressif, violent, agité, fugueur voire dangereux. Il

présenterait une pathologie potentiellement résistante nécessitant à la fois un cadre contenant et des mesures particulières comme de l'isolement et de la contention. Il nécessiterait une prise en charge intensive et adaptée à son état clinique. La possibilité de séjour de rupture pour soulager une équipe de soin en souffrance par rapport à l'intensité du tableau clinique rentre dans les possibles indications.

Au final, on se rapproche du profil et des indications énoncées dans la littérature depuis plus de vingt ans, notamment celle du Dr Le Bihan (Cadillac) à propos des USIP [60].

d) Population décrite :

	Chiffres	% pop. totale	Nombre/service
Patients difficiles	107	100,00%	4,65
Femmes	19	17,76%	0,83
Mineurs	10	9,35%	0,43
Détenus	2	1,87%	0,09

Tableau 9 : Description de la population de patients difficiles

Un total de 107 patients jugés « difficiles » par les psychiatres fut récolté. Cela représente une moyenne de 4.65 patients par service interrogé sur une période de 3 à 4 ans et donc 1 à 2 patients par an par service interrogé. Cette moyenne se confronte à la méthodologie de l'étude mais aussi aux habitudes des services. Les 107 patients rentrent dans un recueil de témoignage et ne peuvent être la description exacte de cette population sur cette période. D'autres patients auraient probablement pu être décrits, augmentant la moyenne annuelle par service, mais ne l'ont pas été suite aux choix méthodologiques.

Parmi eux, nous notons 19 femmes (près de 18 % de la population décrite) et environ 10 patients mineurs. Les détenus restent très minoritaires et ne sont que 2.

e) *Transferts :*

(1) Généralités :

(a) Orientation générale :

Statut du transfert	Chiffres	% pop. générale	% pop. transférée
Non transféré	27	25,23%	
Transféré	80	74,77%	100,00%
Transféré en UMD	43	40,19%	53,75%
Transféré en USIP	14	13,08%	17,50%
Transféré en UHSA	1	0,93%	1,25%
Transféré dans un autre service	43	40,19%	53,75%
- Transféré sur le même secteur	6	5,61%	7,50%
- Transféré sur un autre secteur	24	22,43%	30,00%

Tableau 10 : Orientations des patients difficiles

Sur l'ensemble des 107 patients présentés, 80 patients furent l'objet d'un transfert en dehors de leur service d'admission d'origine. Nous précisons que les patients ont pu être transférés plusieurs fois dans des services différents (transfert en UMD ainsi qu'en USIP, transfert en UMD ainsi que dans un autre service de secteur… etc...)

En nous intéressant plus spécifiquement à la sous-population des patients transférés, ils sont 43 à avoir été transférés vers une UMD tandis que seulement 14 le furent vers une USIP. Ce résultat est le reflet de notre système de soin loco-régional avec la présence d'une UMD mais pas d'USIP proche. Cela rejoint aussi la méconnaissance de ce type de structure, renforçant la difficulté à transfert en USIP.

Nous observons aussi que plus de la moitié des patients transférés, soit 43 aussi, ont pu l'être sur un autre service que leur service d'admission sectoriel, afin probablement de repenser le projet de soin. Minoritairement, seul un transfert à l'UHSA a été rapporté, ce qui reste logique au vu du peu de patients détenus présentés.

Enfin, nous notons qu'ils sont un total de 27 patients à ne pas avoir été transféré en dehors de leur service d'admission malgré les grandes difficultés que présentait leur prise en charge.

(b) Les absences ou échecs des demandes de transferts :

Nous distinguons trois groupes distincts dans les résultats :

- Les patients transférés : « Transférés en »
- Les patients non-transférés malgré une demande de transfert dans une unité spécialisée : « Echec Demandes »
- Les patients non-transferés sans réalisation d'une demande de transfert dans une unité spécialisée « Absence Demande »

	Chiffres
Transférés en UMD	43
Transférés en USIP	14
Transférés en UHSA	1
	Chiffres
Echec Demandes UMD	10
Echec Demandes USIP	5
Echec Demandes UHSA	0
	Chiffres
Absence Demande UMD	54
Absence Demande USIP	88
Absence Demande UHSA	106

Tableau 11 : Liens entre patients et unités sécurisées

Sur les 107 patients, 14 ont été transférés en USIP suite à une demande acceptée. Ils ont été 93 à ne pas avoir été transférés en USIP incluant 5 échecs de transferts en USIP malgré la réalisation d'une demande et 88 patients suite à une absence de demande initiale de transfert. Ces chiffres confirment la tendance initialement observée sur la non-utilisation de ce type d'unité. Il sera important d'en comprendre les causes exactes.

Concernant les transferts en UMD, 43 patients y ont été admis. Sur les 64 patients non transférés en UMD, ils ont été 10 suite à une demande d'admission refusée et 54 suite à l'absence de demande d'admission en UMD. Nous rappelons qu'une demande en UMD n'est pas anodine, elle est le fruit d'un travail de réflexion du psychiatre et de son équipe autour d'une situation difficile, souvent dans l'impasse. L'analyse plus détaillée des raisons des

absences de transfert semble être importante pour mieux comprendre le besoin des équipes de soins.

Enfin, concernant les transferts en UHSA, nous ne notons qu'un seul transfert en UHSA et aucun refus de l'UHSA malgré une demande. L'absence de transfert vers cette unité s'explique par le peu de détenus rencontrés et donc l'absence de demande initiale.

(2) Analyse des difficultés liées aux transferts en UMD :

Nous rappelons que la population décrite se répartit en trois groupes distincts vis-à-vis des UMD.

1) Les patients ayant effectué un transfert en UMD, à savoir 43 patients.
2) Les patients n'ayant pas effectué de séjour en UMD et n'ayant pas eu de demande de transfert réalisée, à savoir 54 patients.
3) Les patients n'ayant pas effectué de séjour en UMD malgré une demande de transfert en UMD réalisée, à savoir 10 patients.

(a) Difficultés rencontrées lors des transferts acceptés puis réalisés vers une UMD :

Difficultés rencontrées lors des transferts en UMD	Chiffres
Nombres de transferts en UMD	43
Nombre de difficultés lors des transferts en UMD	18
• Délai • Lourdeur administrative • Indication • Eloignement • Autre	15 3 0 2 1

Tableau 12 : Difficultés rencontrées lors des transferts en UMD

Sur l'ensemble des 43 transferts en UMD, les psychiatres ont rencontrés des difficultés dans 18 transferts. Ils ont pu nommés plusieurs types de difficultés lors des transferts.

Le délai d'admission est la difficulté la plus souvent nommée pour un total de 15 transferts sur les 43 mentionnés. Le délai est ainsi la principale difficulté pour les psychiatres lors de la réalisation des transferts vers les UMD.
Les autres difficultés - lourdeur administrative, éloignement géographique, autre (annonce du transfert au patient) - représentent de façon globale le tiers des causes des difficultés rencontrées.

(b) Absences de demande de transfert en UMD pour un patient non transféré :

Justification des absences de demande de transfert en UMD	Chiffres
Nombre total d'absences de demande en UMD	54
• Indication • Méconnaissance • Eloignement • Autre	44 2 3 9

Tableau 13 : Justifications des absences de demande de transfert en UMD

Sur les 107 patients présentés, nous observons un total de 54 patients non-transférés en UMD n'ayant pas fait l'objet d'une demande de transfert dans ce type d'unité. D'après les psychiatres interrogés, les raisons en sont principalement un défaut d'indication. Cette justification est retrouvée pour 44 cas.

Une méconnaissance de la structure est évoquée pour 2 cas et un éloignement des UMD dans 3 cas. D'autres motifs ont pu été évoqués dans 9 cas, rassemblant divers motifs : amélioration du patient, absence de SPDRE, transfert en UMD non envisagé par l'équipe et transfert vers une autre structure notamment.

Nous pouvons nous questionner sur les possibilités restantes de prise en charge pour ces patients. Est-ce l'absence d'indication en UMD sous-entend qu'une prise en charge classique en secteur est suffisante ? Ou est-ce que ces patients ont néanmoins besoin d'une prise en charge intensive, au vu de la difficulté de leur état, mais moins lourde qu'en UMD ? Ces questions se posent aussi vis-à-vis d'autres exemples comme l'absence de SPDRE, le souhait de l'équipe de ne pas réaliser ce type de transfert... etc.

(c) Absences de transfert en UMD malgré une demande réalisée :

Justification des absences de transfert malgré une demande en UMD	Chiffre
Nombre total d'absence de transfert malgré une demande en UMD	10
• Indication • Femme • Mineur • Délai • Eloignement • Pas de réponse	5 3 0 6 1 1

Tableau 14 : Justifications des absences de transfert en UMD malgré la réalisation d'une demande

Seulement 10 patients ne sont pas allés en UMD malgré la réalisation d'une demande de transfert vers celles-ci. Plusieurs motifs différents ont pu être évoqués par patient.

Au total, le défaut d'indication à un transfert en UMD est évoqué pour 5 patients tandis que des délais d'attente trop importants sont invoqués pour 6 patients.

De plus, certaines UMD ne pouvant accueillir de femmes, nous retrouvons ainsi 3 transferts avortés pour ce motif. L'éloignement reste minoritaire avec seulement 1 exemple justifiant le non transfert. A noter que l'un des psychiatres interrogés n'a pu donner de réponse pour l'un des patients présenté.

Comme précédemment, nous pouvons nous interrogés sur la suite des prises en charge pour ce type de patient. Alors qu'une demande en UMD reste exceptionnelle pour les psychiatres, témoignant de leurs limites, qu'elles sont leurs solutions si l'UMD n'est pas envisageable ?

(3) Analyse des difficultés liées aux transferts en USIP :

La population étudiée totale, de 107 patients, se répartie en trois groupes distincts.

1) Les patients ayant effectué un transfert en USIP, à savoir 14 patients.
2) Les patients n'ayant pas été transférés en USIP et n'ayant pas eu de demande de transferts réalisée, à savoir 88 patients.
3) Les patients n'ayant pas été transférés en USIP malgré une demande de transfert en UMD réalisée, à savoir 5 patients.

(a) Difficultés rencontrées lors des transferts réalisés et acceptés vers une USIP

Difficultés rencontrées pour USIP	Chiffres
Nombre total de transfert en USIP	14
Nombre total de difficultés	6
• Délai	3
• Lourdeur administrative	0
• Indication	2
• Eloignement	1
• Femme	1
• Mineur	0
• Autre	2

Tableau 15 : Difficultés rencontres pour les transferts en USIP

Seuls 14 patients ont été transférés en USIP, dont 6 pour lesquels les psychiatres annoncent avoir rencontrés des difficultés.

Elles peuvent être liées au délai de transfert trop important, énoncé dans la moitié des cas. L'indication, l'éloignement ou le statut de femme ont aussi pu poser quelques obstacles lors de certains transferts. D'autres difficultés ont pu être exposées pour le transfert comme des difficultés à l'annonce du transfert au patient ou bien le diagnostic du patient (retard mental).

Nous observons ici des difficultés qui ne devraient pas avoir lieu d'être en cas d'USIP proche, notamment les difficultés de délai, d'éloignement ou le sexe féminin. Quant aux indications, certaines USIP ont réalisé des choix dans leur projet pouvant expliquer des obstacles lors des transferts. Nous rappelons que peu d'USIP recrutent de façon nationale et qu'il reste ainsi difficile pour les psychiatres du Midi-Pyrénées d'y adresser des patients.

(b) Absences de transfert en USIP malgré une demande réalisée :

Justification des absences de transfert malgré une demande en USIP	Chiffre
Nombre total d'absence de transfert malgré une demande en USIP	5
• Indication • Femme • Mineur • Délai • Eloignement • Autre (pas de réponse)	3 0 0 2 1 1

Tableau 16 : Justifications des absences de transfert en USIP malgré la réalisation d'une demande

Il n'y a, parmi notre échantillon, que 5 patients n'ayant pas eu de transfert en USIP malgré une demande réalisée. Les causes évoquées sont un problème d'indication (3 cas), de délai (2 cas) ou d'éloignement (1 cas). Pour l'un des patients, le psychiatre ne se souvenait plus du motif de l'absence de transfert.

Ces difficultés se recoupent avec celles rencontrées malgré la réalisation du transfert et s'expliquent à la fois par les choix médicaux des USIP mais aussi par l'absence de ce type de structure localement.

(c) Absences de demandes de transfert en USIP pour un patient non transféré :

Justification des absences de demande de transfert en USIP	Chiffres
Nombre total d'absence de demande de transfert en USIP	88
• Indication	44
• Méconnaissance	34
• Eloignement	8
• Autre	6

Tableau 17 : Justification des absences de demandes de transfert en USIP

Un grand nombre de patient, 88 au total (soit 82% de l'échantillon total), n'ont pas été transférés en USIP et n'ont pas fait l'objet de demandes de transfert dans ce type d'unité. Nous rappelons que les réponses étaient multiples mais qu'en cas de méconnaissance annoncée, elle ne pouvait être qu'unique.

Les causes principales sont un défaut d'indication dans 44 cas mais aussi une totale méconnaissance de la structure dans 34 cas (soit près de 78 patients). L'éloignement apparait être une raison suffisante dans 8 cas. Enfin d'autres raisons ont pu être évoquées comme une amélioration du patient, un manque de lien avec ce type de structure, un transfert sur un autre structure ou un transfert non envisagé…etc..

Ces données sont importantes à souligner. La méconnaissance signalée ici est directement en lien avec celles que les psychiatres ont annoncées en début de questionnaires (7 psychiatres sur 23 n'avaient pas connaissance de ce type d'unité). Combien de patients auraient finalement pu avoir l'indication et le bénéfice de ce type de prise en charge, avortée par manque du système ?

Il serait aussi opportun de se questionner sur les défauts d'indication qui justifient une grande partie des non-demandes. Sont-elles liées à des patients présentant une réelle indication d'UMD, à des patients n'ayant pas besoin de soins intensifs ou est ce que l'inexpérience dans l'utilisation des USIP y joue un rôle ?

(4) Analyse des patients non transférés :

Population			Chiffres
Patients non transférés totaux			27
Rapport à l'UMD	Patients non transférés avec une demande de transfert en UMD		3
	Motif	*Indications*	*2*
		Sexe féminin	*1*
	Patients non transférés sans demande de transfert en UMD		24
	Motif	*Indications*	*20*
		Méconnaissance	*1*
		Eloignement	*1*
		Autre	*2*
Rapport à l'USIP	Patients non transférés avec demande de transfert en USIP		0
	Patients non transférés sans demande de transfert en USIP		27
	Motif	*Indications*	*9*
		Méconnaissance	*15*
		Eloignement	*1*
		Autre	*2*

Tableau 18 : Description du sous-groupe des patients non transférés

Le tableau ci-dessus représente l'ensemble des patients non transférés, avec respectivement les causes de leurs échecs ou de leurs absences de demandes de transferts.

Concernant les UMD, seuls 3 patients, parmi ce sous-groupe de 27 patients, n'ont pas été transférés à l'UMD malgré la demande du psychiatre référent, pour deux motifs principaux : soit le sexe féminin, soit l'indication de l'UMD en elle-même.

Ils furent au nombre de 24 à ne pas avoir eu de demande de transfert en UMD. Il est logique de retrouver, sur l'ensemble de ce groupe, que le motif principal est un défaut d'indication pour 20 d'entre eux. Nous retrouvons en minorité d'autres raisons possibles à savoir la méconnaissance de l'UMD, l'éloignement, l'amélioration du patient avant le transfert ou encore une poursuite de tentatives d'essais thérapeutiques.

Concernant les USIP, aucun patient, sur les 27 patients concernés, n'a fait l'objet d'une demande de transfert en USIP. Parmi les raisons évoquées, deux d'entres elles sont majoritaires à savoir la méconnaissance de la structure pour 15 patients et le manque d'indication pour 9 autres patients. Les autres motifs restent plus rares : l'éloignement de l'USIP, des liens à tenir avec les équipes…

Encore une fois, nous observons bien ce phénomène de méconnaissance et de non-indication, réelle ou supposée, vis-à-vis des USIP, qui se juxtapose aux non-indications d'un

transfert en UMD. Quelle est ainsi la place et le profil de ces patients, jugés difficiles pour les équipes de secteurs, mais pour lesquels un transfert n'a pas été envisagé ?

f) Clinique :

(1) Diagnostics :

Le recueil a permis de réunir les diagnostics principaux de chaque patient présenté par le psychiatre interlocuteur. Les diagnostics secondaires ou comorbidités n'ont pas été demandé directement, du fait de l'impossibilité d'obtenir des résultats corrects sans accès au dossier.

Nous décrirons successivement les diagnostics de la population totale puis des sous-groupes UMD et USIP. Nous nous contenterons d'une simple description, au vu des faibles effectifs et de l'absence d'utilisation de grille de cotation (CIM 10, DSM V) au vu de la méthodologie du recueil de témoignages.

(a) Echantillon total :

Diagnostic	Population Générale	
	Chiffres	% pop générale
- Psychose	69	64,49%
Schizophrénique	53	49,53%
Psychose non schizophrénique	13	12,15%
Episode psychotique aigu	3	2,80%
- Trouble humeur	3	2,80%
- Trouble développement	9	8,41%
- Retard Mental	4	3,74%
- Troubles personnalités	15	14,02%
Trouble perso dyssociale	6	5,61%
Trouble perso borderline	7	6,54%
Trouble perso schizotypique	1	0,93%
Trouble perso paranoïaque	0	0,00%
Trouble perso histrionique	1	0,93%
- Trouble neurologique	4	3,74%
Epilepsie	2	1,87%
Korsakoff	1	0,93%
Démence post traumatique	1	0,93%
- Non établi	3	2,80%
Total	107	100,00%

Tableau 19 : Diagnostics de l'échantillon total

Sur l'ensemble des patients présentés, nous observons ainsi une grande majorité de patients présentant une psychose (69 patients, 64.5%) notamment schizophrénique (53 patients, 49.5%). Les troubles de personnalité restent la seconde entité principale (15 patients, 14%) avec principalement des troubles de personnalité dyssociale ou borderline.

Parallèlement, nous observons moins de patients avec un trouble du développement (9 patients, soit moins de 10%). Les troubles de l'humeur, les retards mentaux ou encore les troubles d'origine neurologique restent minoritaires. Seuls 3 patients n'avaient pas de diagnostic établi d'après les psychiatres interrogés. Il est intéressant de noter l'absence totale parmi la population de trouble de la personnalité de type paranoïaque.

(b) Population transférée :

Diagnostics	Transfert en UMD		Transféré en USIP	
	Chiffres	%	Chiffres	%
- Psychose	32	74,42%	9	64,29%
SCZ	*24*	*55,81%*	*8*	*57,14%*
Psychose non SCZ	*7*	*16,28%*	*1*	*7,14%*
BDA	*1*	*2,33%*	*0*	*0,00%*
- Trouble humeur	0	0,00%	1	7,14%
- Trouble développement	2	4,65%	1	7,14%
- Retard Mental	2	4,65%	0	0,00%
- Trouble personnalité	6	13,95%	3	21,43%
T. pers dyssociale	*1*	*2,33%*	*2*	*14,29%*
T. pers borderline	*4*	*9,30%*	*1*	*7,14%*
T. pers schizotypique	*1*	*2,33%*	*0*	*0,00%*
T. pers paranoïaque	*0*	*0,00%*	*0*	*0,00%*
T. pers histrionique	*0*	*0,00%*	*0*	*0,00%*
- Trouble neurologique	0	0,00%	0	0,00%
- Non établi	1	2,33%	0	0,00%
Total	43	100,00%	14	100,00%

Tableau 20 : Diagnostics des patients transférés en UMD et en USIP

Concernant les patients hospitalisés en UMD (43 patients), nous observons des chiffres d'ordres similaires à ce qui a pu être publié dans la littérature depuis l'instauration de la sectorisation. Ainsi, il a été décrit près de 32 patients psychotiques (près de 75%), dont environ 24 patients atteints de schizophrénie (56%), et seulement 6 patients souffrant de troubles graves de la personnalité (soit moins de 14%). Parmi ces derniers, nous observons notamment des patients avec un trouble de personnalité de type borderline (4 patients) et très peu de patients dyssociaux (1 patient unique). Les patients présentant des troubles du développement ou un retard mental restent minoritaires.

Concernant les patients hospitalisés en USIP (14 patient), nous retrouvons une typologie de patients légèrement différente de celle en UMD. Nous notons principalement des psychoses et des troubles graves de la personnalité pour 12 patients (soit environ 85%). Cependant, les troubles graves de personnalité semblent être plus représentés qu'en UMD avec 21.43% de la population, dont une majorité de patients dyssociaux (14.29%), contrairement à la population d'UMD. A l'inverse, les troubles psychotiques le seraient moins (64.29% en USIP pour 74.42% en UMD). A noter la présence minoritaire de patient souffrant de trouble de l'humeur et de trouble de développement parmi ce groupe.

(2) Profil des difficultés :

(a) Echantillon total :

(i) Principales difficultés rencontrées :

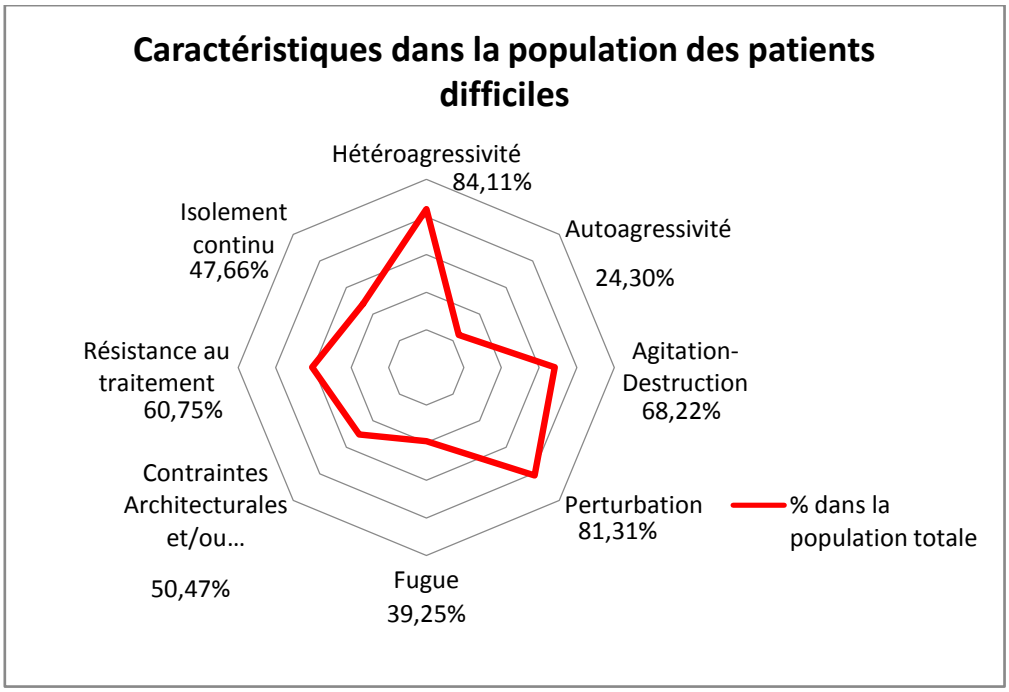
Les psychiatres ont été invités à décrire les difficultés qu'ils rencontraient avec leurs patients difficiles.

	Population Totale	
	Présence	%
Hétéro-agressivité	90	84,11%
Auto-agressivité	26	24,30%
Agitation-Destruction	73	68,22%
Perturbation	87	81,31%
Fugue	42	39,25%
Contraintes Architecturales et/ou Organisationnelles	54	50,47%
Résistance au traitement	65	60,75%
Isolement continu	51	47,66%

Tableau 21 : Profil des patients difficiles de l'échantillon total

Les patients difficiles ont été décrits plus souvent hétéro-agressifs (90 patients, soit 84.11%) qu'auto-agressifs (26 patients, soit 24.30%). Des états d'agitation voir des comportements de destructions ont été décrits chez 73 patients. Les praticiens ont rapporté que 87 patients furent à l'origine de perturbation des services. Il y a eu 42 patients qui ont pu poser des difficultés liées à des fugues alors que des problèmes liés aux contraintes architecturales et/ou organisationnelles sont décrits pour 54 cas. Enfin, nous notons que 65 patients ont présenté une résistance au traitement et que 51 ont nécessité un isolement continu sur plusieurs jours consécutifs voire semaines, compliquant la prise en charge.

Ce profil caractérise donc, au travers de la population décrite, le patient difficile de la région Midi-Pyrénées.



Graphique 7 : Profil des patients difficiles de l'échantillon total

Nous nous attarderons à décrire ces difficultés pour chacune des sous-populations selon les transferts ou les diagnostics dans les prochains paragraphes.

(ii) Autres difficultés rencontrées :

Lors de l'entretien téléphonique, les psychiatres avaient la possibilité de rajouter de façon ouverte des difficultés qui avaient pu les marquer lors de la prise en charge de leurs patients.

Difficultés autres rencontrées et spécifiées	Nombre patients
Social et Juridique	
Facteurs sociaux et réinsertion sociale	9
Relation avec la famille	4
Prise en charge juridique	2
Mise sous SPDRE	1
Clinique et comportemental	
Toxiques (addictions, alcool, tabac…)	13
Sexualité (antécédent agression ou conduites sexuelles…)	8
Clinique délire (type délire, intensité délire)	6
Dangerosité	5
Antécédents d'homicide	4
Pauvreté intellectuelle	4

Difficultés autres rencontrées et spécifiées	Nombre patients
Clinique et comportemental (suite)	
Comportements pervers, psychopathiques	2
Impulsivité et intolérance à la frustration	2
Somatique	5
Incurie	1
Difficulté diagnostique	2
Harcèlement juridique et médical	2
Thérapeutique et institutionnel	
Défaut de compliance	14
Intolérance médicamenteuse	3
Limite thérapeutique	1
Difficulté d'orientation	5
Absence de possibilité de séjour de rupture	2
Isolement avant transfert	1

Tableau 22 : Autres difficultés rencontrées chez les patients difficiles

Les chiffres indiqués sont le nombre de patients pour lesquels les items ont été décrits.

Cette liste représente des obstacles réguliers rencontrés sur l'ensemble des patients de secteur. Elles ne sont pas forcément spécifique des patients difficiles mais peuvent être des caractéristiques rendant la prise en charge laborieuse, se surajoutant aux critères précédents. Au-delà des difficultés de prise en charge sociale et juridique, ce sont surtout des difficultés cliniques et thérapeutiques qui ressortent de cette enquête.

Les toxiques, les troubles du comportement sexuel et la dangerosité générale du patient sont prédominants. De même que les difficultés à obtenir un traitement efficace, soit par manque de compliance, soit par intolérance, rendent les prises en charge compliquées. Enfin, il est fait mention de difficulté à cause du manque d'orientation pour ces patients, voir même d'absence de possibilité de séjour de rupture pour soulager l'équipe de secteur.

Il est possible que ces chiffres puissent être sous-estimés (toxiques par exemple) et il aurait ainsi été intéressant de rechercher systématiquement certains items pour en analyser l'impact réel.

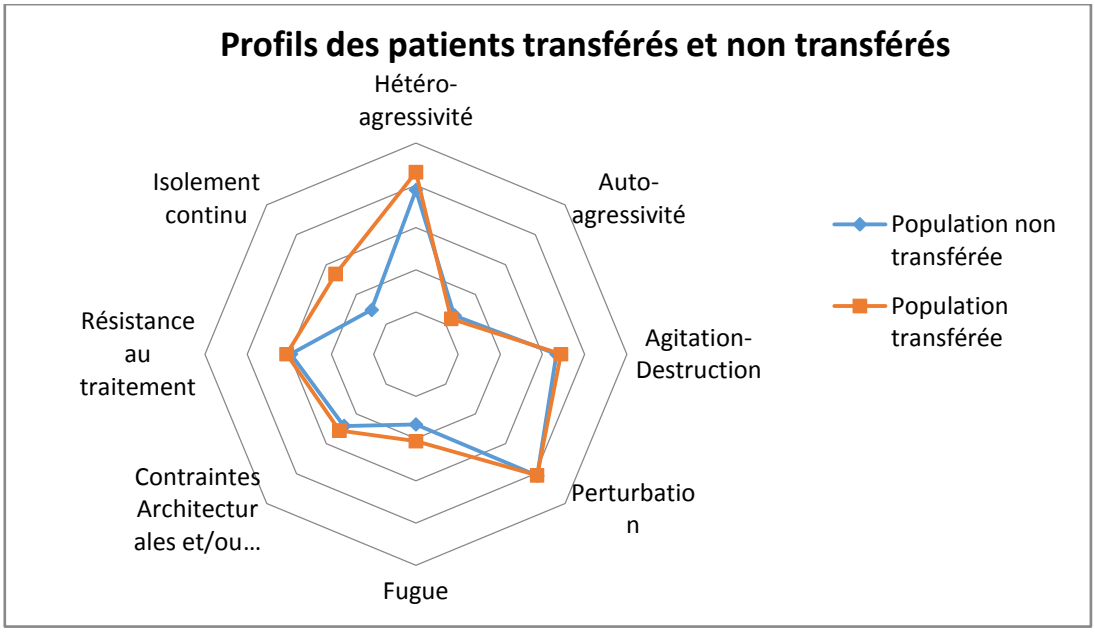
(b) Population transférée et non transférée :

Nous nous intéressons maintenant aux sous-populations des patients transférés et des patients non transférés. Nous n'avons pas effectué de comparaison statistique puisque cela n'aurait que peu de valeur au vu des faibles effectifs et de la différence du nombre de

patients entre ces deux groupes. Nous avons tout de même réalisé une description des résultats permettant d'apporter quelques éléments de réflexions supplémentaires.

Patients transférés	Population transférée		Population non transférée	
Total	Total = 80 patients		Total = 27 patients	
Caractéristiques	Présence	%	Présence	%
Hétéro-agressivité	69	86,25%	21	77,78%
Auto-agressivité	19	23,75%	7	25,93%
Agitation-Destruction	55	68,75%	18	66,67%
Perturbation	65	81,25%	22	81,48%
Fugue	33	41,25%	9	33,33%
Contraintes Architecturales et/ou Organisationnelles	41	51,25%	13	48,15%
Résistance au traitement	49	61,25%	16	59,26%
Isolement continu	43	53,75%	8	29,63%

Tableau 23 : Profil des patients transférés et non transférés



Graphique 8 : Comparaison des profils des patients transférés et non transférés

Ces deux sous-groupes ont un profil de difficultés posées relativement superposables à une exception non négligeable près. En effet, les patients transférés ont présenté durant leur prise en charge d'avantages de difficultés liées à des isolements continus et prolongés sur plusieurs jours voir semaines que les patients non transférés avec respectivement des taux de 53.75% versus 29.63%.

Nous pourrions ainsi nous questionner sur les facteurs entraînant une demande de transfert dans un autre service que le service initial sectoriel. L'isolement est une décision

thérapeutique censée rester exceptionnelle et la plus courte possible dans le temps d'après les dernières recommandations du contrôleur des lieux de privation de libertés [70]. Ainsi, les mesures d'isolements prolongées pourraient être le témoin principal de mise en échec des soins proposés par les équipes sectorielles, entraînant de ce fait, des transferts sur d'autres unités extérieures.

Deux autres caractéristiques présentent une différence, moins nette, entre ces deux sous-groupes. Il s'agit de l'hétéro-agressivité et des fugues qui sont plus souvent présentes chez les patients transférés.

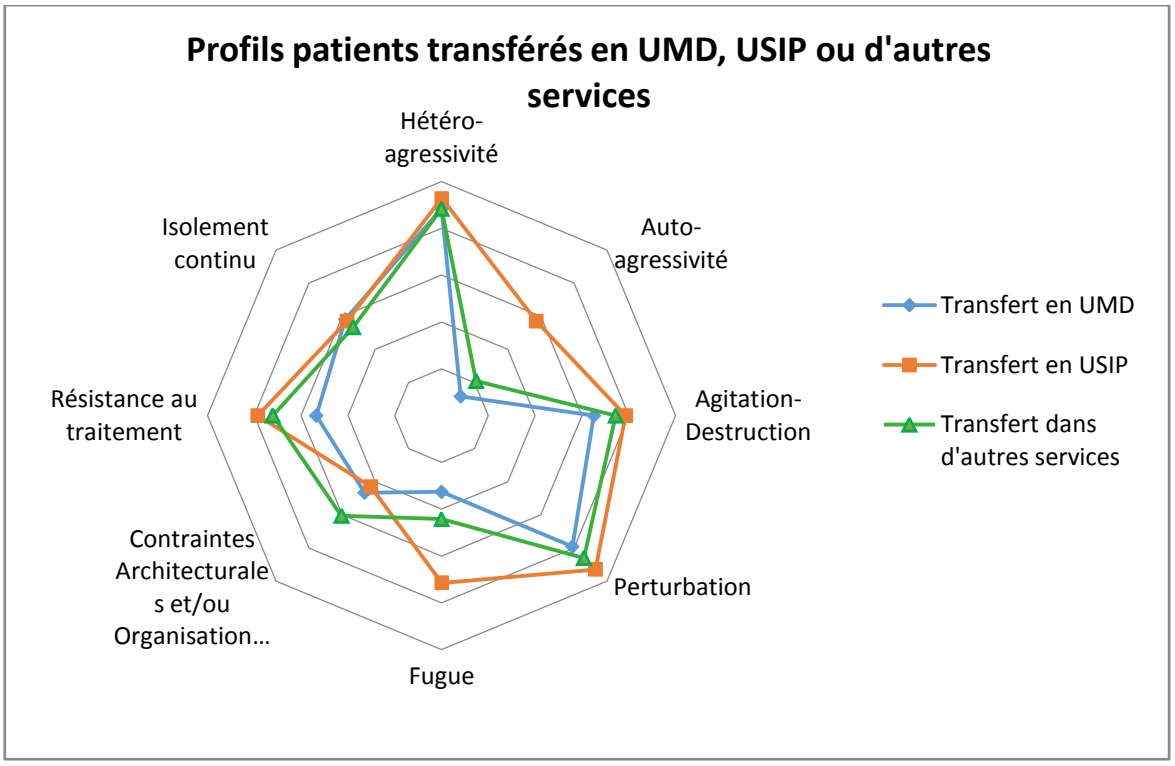
(c) Sous-population des patients transférés :

La population des patients transférés reste hétérogène puisque les patients ont plusieurs orientations différentes (UMD, USIP, Autres services, voir UHSA). De nouveau, nous allons décrire ces sous-groupes, sans comparaison statistique pour le manque de valeur que cette analyse apporterait. Nous nous abstiendrons de décrire le groupe des patients transférés à l'UHSA au vu de l'effectif minimal (1 patient).

Nous précisons que les patients transférés dans un type de service ont aussi pu être transférés dans d'autres services pour des raisons de besoins thérapeutiques et de parcours de soins, d'où un nombre inadéquat entre la population totale initiale (80 patients) et les trois sous-groupes (100 patients). De plus, ces sous groupes sont de tailles différentes, notamment pour l'USIP, regroupant seulement 14 patients. Ce sont des arguments supplémentaires expliquant l'impossibilité de réaliser une analyse statistique entre ces groupes au vu des recoupements évidents.

Patients transférés	Transfert en UMD		Transfert en USIP		Transfert Autres Services	
Total	Total = 43 patients		Total = 14 patients		Total = 43 patients	
Caractéristiques	Présence	%	Présence	%	Présence	%
Hétéro-agressivité	38	88,37%	13	92,86%	38	88,37%
Auto-agressivité	5	11,63%	8	57,14%	9	20,93%
Agitation-Destruction	28	65,12%	11	78,57%	32	74,42%
Perturbation	34	79,07%	13	92,86%	37	86,05%
Fugue	14	32,56%	10	71,43%	19	44,19%
Contraintes Architecturales et/ou Organisationnelles	20	46,51%	6	42,86%	26	60,47%
Résistance au traitement	23	53,49%	11	78,57%	31	72,09%
Isolement continu	25	58,14%	8	57,14%	23	53,49%

Tableau 24 : Profil des patients transférés en UMD, en USIP ou dans d'autres services



Graphique 9 : Comparaison des profils des patients transférés en UMD, en USIP et dans d'autres services

Comme nous l'évoquions, la population des patients transférés est hétérogène, ces trois sous-groupes ayant d'importantes différences de profil entre eux.

Concernant l'hétéro-agressivité, ces groupes dont très semblables avec un taux aux environ des 90%, majoré pour les patients transférés en USIP.

La première différence principale se situe au niveau des difficultés liées à l'auto-agressivité. Nous observons que les patients sont plus souvent auto-agressifs dans le sous-groupe des patients transférés en USIP (8 patients, 57%) qu'en UMD (5 patients, 12%) ou dans d'autres services (9 patients, 21%). Cette différence peut s'expliquer par les indications des USIP qui restent les états de crises incluant donc les états de crises suicidaires nécessitant pour certains plus de moyens qu'en secteur. Les chiffres d'auto-agressivité pour le sous-groupe UMD sont relativement bas, cela se justifie par l'indication principale du transfert dans ce type d'unité qui reste la dangerosité, envers autrui principalement (les transferts sont souvent initiés suite à des passages à l'acte hétéro-agressifs).

Concernant les comportements d'agitation-destruction ou la perturbation du service, les trois sous-groupes restent proches, avec toujours une plus grande prévalence chez les patients transférés en USIP. Ces deux types de difficultés se retrouvent plus souvent chez des patients en crise avec des troubles du comportement majeurs (indication principale des USIP), et généralement moins chez le psychotique résistant et dangereux ayant effectué un passage à l'acte hétéro-agressif et souvent mis en isolement (indication principale des UMD).

La seconde différence majeure se situe au niveau des problématiques de fugues, toujours plus présente chez les patients transférés en USIP. Ces comportements sont, comme la perturbation des services ou l'agitation, en général liés à des difficultés de contenance sur le service ou des troubles du comportement ponctuels. Il est ainsi logique que les USIP en soient la principale indication, contrairement aux UMD ou même aux autres services (qui présenteront la même difficulté que le service initial).

Les contraintes architecturales et/ou organisationnelles sont davantage représentées dans le sous-groupe des transferts vers d'autres unités. Cette difficulté, liée directement aux moyens des secteurs, peut entraîner au quotidien des transferts sur d'autres unités (faute de place, antécédent d'agressivité envers un soignant ou un patient, pas d'accès à l'isolement...).

Les résultats concernant la résistance au traitement posent question. En effet, les chiffres de résistance au traitement sont moins élevés chez les patients transférés en UMD que dans les autres sous-groupes. Ces scores reflètent la logique et le parcours de soins théoriques du patient. En effet, la résistance au traitement est censée être une mission des secteurs, voir des CHU, et non une mission des UMD ayant un rôle plutôt lié à la dangerosité. A contrario, la pratique et la description des patients en UMD tend à montrer que la majorité des demandes d'admission est liée à une inefficacité des traitements, voire une résistance aux soins, en plus des éléments de violence. En effet, la résistance au traitement et aux soins est souvent un gage d'hospitalisation longue, élément précieux en UMD, considérée comme le dernier maillon dans les prises en charges de patient, que les autres services n'ont pas. Nous pourrions notamment nous poser la question de la place de la résistance aux soins dans la décision de transfert en UMD ? Est ce un critère de choix pour les équipes de secteurs ?

Enfin, les mesures d'isolement prolongé dans le temps restent superposables dans les trois groupes, avec une plus grande prévalence en UMD.

g) Conclusion :

Cette enquête de besoin, malgré quelques biais évident, de sélection ou mnésique au vu de la méthodologie choisie, a le mérite de regrouper plusieurs témoignages de psychiatres de secteur évoquant leurs patients difficiles sur l'ensemble du Midi-Pyrénées. Cela ne reste qu'une sous-estimation de la réalité pratique.

Nous observons bien que les USIP sont à la fois peu connues par nos praticiens mais aussi peu utilisées, contrairement à l'UMD. Ce phénomène est principalement du à l'inexistence de ce type d'unité contenante dans le Midi-Pyrénées. Nous avons bien vu, selon les descriptions réalisées que les chiffres de méconnaissances de ces unités sont élevés, à la fois dans la connaissance même des USIP (un tiers des psychiatres interrogés n'en ayant pas connaissance) mais aussi dans la justification des absences de demandes (34 non-demandes

sur 88 sont liées à une méconnaissance, alors que le patient serait potentiellement une indication à un transfert). Et nous n'évoquons pas les difficultés liées à l'éloignement réel des USIP, absente de notre ancienne région Midi-Pyrénées.

Les psychiatres estiment presque unanimement que le système de soin est insuffisant, souhaitant pour la majorité une unité contenante intersectorielle afin de les soutenir dans la prise en charge des patients difficiles, incluant notamment les femmes. Ces dernières ne peuvent d'ailleurs pas bénéficier d'une hospitalisation sur l'UMD d'Albi qui ne prend en charge que des hommes. Cette absence de mixité est le cas pour six UMD sur dix, rendant la prise en charge des femmes difficiles encore plus laborieuse pour les services éloignés de ces UMD.

Nous observons aussi une demande importante d'augmentation du nombre de lit en UMD, souhait souvent lié aux difficultés de délais décrits précédemment. Comme nous le verrons par la suite, il serait contre-productif d'augmenter le nombre de lits en UMD puisque les délais d'attentes importants sont notamment liés aux patients mal-orientés mais admis en UMD. La nécessité d'unité de type USIP reste dans ce cas la solution de choix afin de prendre en charge les patients difficiles n'ayant pas leur place en UMD. Cela permettrait d'alléger les listes d'attentes en UMD, tout en proposant une solution adaptée au patient.

Au-delà du sexe des patients, ce sont aussi leur profil, ainsi que les délais d'admissions qui font la différence entre hospitalisation en UMD et en USIP. Ces dernières permettraient un délai d'admission plus réactif pour des patients dont la prise en charge en secteur se retrouve dans l'impasse.

Une analyse des demandes d'admission à l'UMD d'Albi pourrait probablement renforcer l'hypothèse que l'USIP, au-delà d'une idéologie, est un besoin réel.

C. Analyse des demandes d'admission à l'UMD d'Albi

1. Introduction :

Notre hypothèse d'un besoin d'une USIP sur notre territoire, renforcée par les témoignages des praticiens exerçant dans les secteurs proches de notre UMD, nécessitait une analyse des dossiers nous parvenant dans le cadre de demandes de transferts. Alors que ces dernières sont très nombreuses, d'augmentation croissante, il est légitime de se demander si elles correspondent toutes à une orientation en UMD. Il est tout aussi légitime de se questionner sur les dossiers que nous avions déjà reçus et de nous questionner sur l'orientation que nous aurions pu proposer en cas de présence des deux structures, UMD et USIP, sur notre établissement.

Une analyse des demandes d'admission, à l'UMD d'Albi, originaires du Midi-Pyrénées pour l'année 2016 a donc été réalisée en janvier 2017 dans ce cadre.

2. Méthodologie :

Les demandes, originaires des secteurs du Midi-Pyrénées sur l'année 2016, ont toutes été réévaluées, de façon rétrospective, indépendamment de leur orientation initiale par l'un des psychiatres de l'UMD d'Albi.

L'un des premiers objectif était la désignation d'une nouvelle indication d'hospitalisation : en UMD à Albi, en USIP à Albi (si une USIP existait) ou dans un autre type de service.

D'autres facteurs ont été analysés à la lecture des demandes : la dangerosité (intensité et chronicité), la potentielle durée d'amélioration, les échecs multiples de prises en charge adaptées ainsi que l'expérience du praticien à l'UMD (décidant l'orientation finale). Ces items ont été choisis dans notre méthodologie suite aux divers entretiens réalisés avec des chefs de services d'UMD ou d'USIP, qui ont tous évoqués principalement ces trois types de critères pour orienter leurs choix d'admissions dans les propres unités.

Ces facteurs ont été évalués sur l'avis subjectif du psychiatre lecteur. Il n'a pas été possible, au vu de la méthodologie, du possible manque d'information dans les écrits et des définitions floues de certains items, d'utiliser des échelles standardisées d'évaluation. C'est notamment le cas pour la dangerosité, dont les échelles sont principalement utilisées de façon prospective pour évaluer l'évolution des patients concernés.

Nous avons ainsi évalués 31 dossiers concernant les patients du Midi-Pyrénées orientés vers l'UMD d'Albi en 2016. Les dossiers dont la demande d'admission est antérieure à l'année 2016 n'ont pas été pris en considération dans cette enquête.

Ces 31 dossiers incluent :

- Les patients actuellement hospitalisés sur l'UMD d'Albi. (mais admis en 2016)
- Les patients qui ont bénéficié d'une hospitalisation (en 2016) mais qui en sont sortis.
- Les patients en attente d'une hospitalisation sur l'UMD, dont le dossier a été accepté (en 2016).
- Les patients dont la demande d'admission a été refusée
- Les patients qui ont été admis ailleurs qu'à l'UMD d'Albi

3. Statistiques en fonction de l'orientation de la demande :

Patients	Indication UMD	Indication USIP	Total
Hospitalisation en cours	5	**4**	9
Sortie	0	**6**	6
En attente	4	2	6
Refusé	0	5	5
Ailleurs	1	4	5
Total	10 (32.3%)	**21 (67.7%)**	31 (100%)

Tableau 25 : Répartition des orientations indiquées en fonction du statut de la demande

A noter : concernant les 6 **patients sortis** en 2016, **la DMS est de 108,33 jours (soit 3,5 mois)** par patient.

Sur l'ensemble des 31 patients adressés vers l'UMD d'Albi, pour une admission au vu des difficultés qu'ils posaient dans leur service initial, 21 patients (soit 67.7 %) auraient pu avoir une orientation en USIP, alors que 10 de ces patients (soit 32.3 %) avaient initialement une réelle indication d'UMD.

Il est à noter que le groupe des patients qui ont été hospitalisés à l'UMD d'Albi et qui en sont sortis sur cette même année 2016 (DMS inférieure à 4 mois) auraient pu avoir une indication USIP. De même, près de la moitié des patients actuellement hospitalisés (4 patients sur 9) auraient pu être orientés dans un premier temps vers une USIP s'il y en avait une, tout comme le tiers des dossiers en attente d'admission (2 patients sur 6).

Concernant les dossiers refusés ou admis ailleurs, ils sont presque unanimement d'orientation USIP plutôt qu'UMD (9 patients sur 10).

4. Statistiques en fonction du département d'origine de la demande :

Département	Ville	Indication UMD	Indication USIP	Total
9	St Girons	0	0	0
12	Rodez	0	2	2
31	Toulouse	6	12	**18**
32	Auch	0	1	1
46	Leyme	1	1	2
65	Lannemezan	0	1	1
81	Albi	2	0	2
82	Montauban	1	4	**5**
Total		10	21	31

Tableau 26 : Répartition des orientations indiquées en fonction des départements d'origines

Nous nous sommes de plus intéressés à la répartition géographique des demandes d'admissions. En effet, 18 de ces demandes (soit 58.1%) proviennent de la Haute-Garonne (Toulouse avec CH Marchant dont UHSA, CHU Purpan et SMPR). Avec 5 patients (16.1%), le Tarn-et-Garonne (Montauban) est le second département le plus demandeur d'admission en UMD sur l'année 2016.

Concernant Toulouse et ses 18 patients, 12 d'entre eux (66 %) auraient pu avoir une orientation en USIP plutôt qu'en UMD, c'est l'inverse pour seulement 6 d'entre eux (33 %). Cela aurait respectivement représenté plus de la moitié des potentielles orientations de la région en USIP et en UMD.

Seul le CH d'Albi a adressé des patients ayant des indications d'UMD non discutables. Ce fait s'explique probablement car l'UMD se situant sur Albi, les indications et pratiques de l'UMD, sur leur propre centre hospitalier, sont plus familières aux praticiens locaux, leur permettant d'éviter des demandes moins justifiées.

5. Epidémiologie des patients :

a) Age :

Au jour de la demande de transfert, la moyenne d'âge des 31 patients adressés à l'UMD en 2016 et originaire du Midi-Pyrénées est de 34.15 ans.

Concernant les patients ayant une orientation possible en USIP, la moyenne d'âge est de 33.98 ans alors que pour une possible orientation en UMD, elle est de 34.52 ans.

b) Diagnostics :

Diagnostics	UMD	USIP	Total
	Chiffres	Chiffres	Chiffres
Schizophrénie	5	13	18
Autre psychose	1	2	3
Episode Psychotique Aigu	0	1	1
Trouble schizo-affectif	0	1	1
Retard Mental	1	1	2
Trbl de la perso. psychopathique	0	1	1
Trouble de l'humeur	0	1	1
Catatonie	1	0	1
TDAH	1	0	1
Non précisé	1	1	2
Total	10	21	31

Tableau 27 : Répartitions des orientations indiquées en fonction des diagnostics

Concernant les patients ayant une orientation UMD, ils sont la moitié, soit 5 sur 10, à avoir une pathologie de type schizophrénique. Nous notons 1 patient présentant une psychose chronique et 1 patient avec un retard mental. Les autres diagnostics de cette population restent plus variables et très spécifique : Catatonie, Trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDHA) ou encore diagnostic non précisé ou non défini.

Concernant les patients ayant une orientation USIP, ils sont cette fois plus de la moitié à avoir une pathologie de type schizophrénique, soit 13 sur 21). Nous notons d'autres troubles psychotiques chroniques ou aigus avec un total de 4 patients. La population rassemble aussi un patient avec un retard mental, un patient avec une personnalité de type psychopathique et un patient présentant un trouble de l'humeur. Enfin, pour un patient, le diagnostic est aussi resté non précisé ou non défini.

6. Statistiques en fonction des critères d'admissions :

a) Dangerosité :

Pour chaque demande d'admission, le psychiatre de l'UMD devait coter la dangerosité supposée du patient, indication principale des UMD, à travers la description clinique du psychiatre adresseur. Cette cotation ne se faisait que par son analyse personnelle subjective sans utilisation d'échelle standardisée, impossible à utiliser en pratique du fait de l'absence de courrier standardisé préconçu en amont.

Ainsi la dangerosité devait être cotée de par son intensité (faible, moyenne, importante ou majeure) et de par sa chronicité (aigüe allant de quelques jours à quelque semaines ou chronique allant de quelques mois à plusieurs années).

Orientation			UMD	USIP	Total
Dangerosité	Majeure	Aigue	0	0	0
		Chronique	2	0	2
	Importante	Aigue	0	2	2
		Chronique	4	0	4
	Moyenne	Aigue	0	1	1
		Chronique	2	10	12
	Faible	Aigue	0	3	3
		Chronique	2	5	7
Total			10	21	31

Tableau 28 : Répartitions des orientations indiquées en fonction de la dangerosité (intensité et chronicité)

Nous observons trois groupes distincts :

- Les patient présentant une dangerosité plutôt aigue, due souvent à une situation de crise clinique d'apparition récente. Ces derniers auraient tendance à relever plutôt d'une USIP que d'une UMD (6 patients sur 6).

- Les patients présentant une dangerosité majeure ou importante prolongée, généralement des patients ayant réalisé des passages à l'acte médico-légaux ou graves et dont l'état clinique perdure dans le temps. Ceux-ci relèvent logiquement de l'UMD permettant une prise en charge intensive, contenante et d'une durée suffisante (6 patients sur 6).

- Et enfin les patients présentant une dangerosité prolongée moins importante, d'intensité moyenne ou faible (19 patients). Pour eux, l'orientation principale est l'USIP (15 patients) mais l'UMD peut être indiquée dans certains cas particuliers (pathologies déficitaires chroniques, besoin d'un plateau technique, pharmaco-résistance...), notamment quand il y a nécessité d'obtenir un séjour d'une durée plus longue qu'en USIP (4 patients).

b) Prises en charge :

Enfin, nous nous sommes intéressés à deux autres items qui sont l'évaluation du potentiel délai d'amélioration (court, long, ne se prononce pas) ainsi que l'évaluation des échecs multiples de prises en charges adaptées (oui, non, ne se prononce pas).

Orientation		UMD 10 demandes	USIP 21 demandes
Délai	Court	0	10
	Long	9	1
	NSP	1	10
Echecs	Oui	4	12
	Non	0	2
	NSP	6	7

Tableau 29 : Répartitions des orientations indiquées en fonction du délai d'amélioration ou des échecs de prises en charge adaptées

Nous pouvoir observer que lorsque le délai d'amélioration de l'état clinique et de la dangerosité du patient semble long (9 patients sur 10 orientations UMD), il est plutôt orienté vers une UMD, contrairement aux USIP où justement, l'orientation privilégie des délais potentiels plus court (10 patients sur 21 orientation USIP).

Les échecs de prises en charges répétées et adaptées sont non négligeables pour les deux types d'orientation (4 sur 10 pour les UMD et 12 sur 21 pour les USIP) mais ces chiffres se confrontent à l'indécision du psychiatre cotant les demandes d'admissions (6 sur 10 pour

l'UMD et 7 sur 21 pour l'USIP). En effet, au delà du manque d'exhaustivité des courriers d'admission pour évaluer cet item, c'est notamment la définition de "prises en charges adaptées" qui peut être questionnée. Est-ce la tentative de l'ensemble des thérapeutiques disponibles et indiquées (clozapine, électro-convulsivo-thérapie, rTMS...) ? Chaque secteur ne disposant pas des mêmes moyens qu'ailleurs, et encore moins qu'en UMD, il est légitime de se confronter à des difficultés quant à l'évaluation des prises en charges déjà mises en places.

Alors que ces deux items peuvent jouer dans la décision d'une orientation en UMD ou en USIP, nous observons qu'il est déjà difficile pour un psychiatre, devant une demande d'admission, d'évaluer ces critères systématiquement.

Sur 31 demandes, le psychiatre ne peut évaluer le délai potentiel d'amélioration dans 11 cas avec ce seul courrier en sa possession. Concernant les échecs répétés de prises en charge adaptées, il ne peut se prononcer dans 13 cas sur les 31 possibles.

En effet, les demandes d'admissions n'étant pas systématiquement exhaustives, certaines situations ne peuvent être analysées, elles nécessitent d'ailleurs des compléments d'informations téléphoniques des psychiatres des secteurs. Il est de plus difficile de jauger ce genre de critères alors qu'ils dépendent de la clinique des patients, des prises en charges en place et de leur environnement. La psychiatrie reste une spécialité complexe où l'évaluation se fait au cas par cas et où l'évolution reste réservée, non certaine.

7. Conclusion :

Nous nous apercevons qu'en définitive, une majorité des patients adressés en UMD n'en ont pas réellement l'indication. Cette tendance se retrouve que le patient ait été hospitalisé sur l'UMD, qu'il en soit sorti, qu'il attende l'admission ou qu'il ait été refusé ou admis ailleurs. Un chiffre résume bien ce fait, c'est la DMS des patients sortis en 2016, qui est de moins de 4 mois, loin des 6 à 12 mois de durée moyenne de prise en charge en UMD. Ce biais de sélection peut s'expliquer simplement par le système de soin psychiatrique déployé au niveau locorégional. L'absence de solution pour ces patients, évalués comme difficiles mais pas assez pour être admis en UMD, reste délétère pour eux, mais aussi pour les soignants ou même le fonctionnement de l'UMD.

Une USIP sur le territoire locorégional permettrait de drainer cette demande, sans stigmatiser le patient, en soulageant les équipes de soins mais surtout en répondant de manière adaptée au secteur. De plus, cela permettrait d'alléger l'UMD qui pourrait ainsi se concentrer sur sa mission principale, à savoir la prise en charge des patients difficiles et dangereux nécessitant une prise en charge longue et sécurisée

Cette analyse, réalisée au sein de l'UMD d'Albi, apporte ainsi quelques éléments supplémentaires pour valider notre hypothèse. Cependant, elle se confronte elle-aussi, à

quelques limites méthodologiques. Bien que le choix d'un psychiatre de l'UMD pour la réalisation de cette analyse semblait nécessaire pour s'appuyer sur un praticien d'expérience dans ce domaine, sa lecture et son analyse restaient subjectives, se basant sur son propre ressenti, sa propre expérience et sans l'utilisation d'échelle d'évaluation standardisée. Notre objectif était de maintenir, au plus près de la réalité, le fonctionnement d'admission de l'UMD. Il pourrait d'ailleurs être intéressant à l'avenir de travailler sur l'élaboration de demandes d'admissions plus standardisées ainsi que d'échelles permettant l'évaluation de l'état clinique du patient et de son orientation idéale.

D. Estimation des besoins locaux sur le secteur d'Albi

1. Introduction :

Pour compléter notre faisceau d'argument, nous avons interrogé de façon spécifique les deux psychiatres référents des unités fermées sur le secteur d'Albi sur une estimation du nombre de patients qui auraient pu avoir recourt à des soins intensifs si une USIP proche existait.

Ce travail a été effectué lors d'un entretien avec les psychiatres avec la liste des patients hospitalisés sur l'année 2016 sur les unités fermées intra-hospitalières du Bon Sauveur d'Alby.

Les psychiatres n'avaient toujours pas accès au dossier et se basaient uniquement sur leurs mémoires des états cliniques et des prises en charge effectuée. Cette méthodologie reste une limite importante à l'intérêt de ces données qui, malgré qu'elles soient discutables, gardent un sens, vis à vis du fonctionnement actuel mais aussi du possible fonctionnement intra-hospitalier local à venir.

2. Fonctionnement général du Bon Sauveur d'Alby :

Le Bon Sauveur d'Alby fonctionne avec deux unités intersectorielles fermées (respectivement nommée Unité Saint Bernard et Unités Saint Jean) permettant de subvenir aux besoins des trois secteurs. Chaque unité bénéficie de son psychiatre référent. Les admissions sont réalisées par une unité d'urgence psychiatrique sur site nommée le CAPS qui a pour mission la réalisation de consultation psychiatrique mais aussi d'hospitalisation sur une unité de petite taille avec chambre d'isolement. Par la suite, les patients sont sortants ou transférés sur des unités plus adaptées après décision d'hospitalisation.

D'ordre contextuel, il est important de notifier quelques chiffres de fonctionnement globaux des deux unités fermées intersectorielles :

Unités	File active 2016 = Nombre de patients différents	Nombre de séjours en 2016 = Nombre d'hospitalisations différentes
Saint Bernard	155	198
Saint Jean	134	205
Total	251	376

Tableau 30 : Files actives et nombres de séjours en 2016 sur les unités fermées du Bon Sauveur d'Alby

Comme nous pouvons le décrire, l'unité Saint Bernard a accueilli 155 patients différents sur l'ensemble de l'année 2016. Ces 155 patients ont bénéficiés au total de 198 hospitalisations différentes, chaque patient pouvant être hospitalisé plusieurs fois. De même, l'unité Saint Jean a accueilli 134 patients pour 205 hospitalisations en 2016. Chaque patient a pu être hospitalisé sur les deux unités différentes sur un même séjour ou une autre hospitalisation. Au total, les unités fermées ont donc accueillies 251 patients pour 376 hospitalisations distinctes.

Nous observons donc que 38 patients ont pu séjourner sur les deux unités différentes et que 27 patients ont été transférés d'une unité sur l'autre lors d'un même séjour. Nous n'évoquons cependant pas les patients de ces unités ayant été transférés dans d'autres unités (notamment des transferts sur le service des urgences pour bénéficier d'un cadre plus contenant de prise en charge en cas de crise).

3. Résultats :

Lors de l'entretien avec les deux psychiatres concernés, nous avons donc pu répertorier deux groupes distincts de patients qui auraient pu bénéficier d'une unité intensive sécurisée et plus contenante pour des soins de courte durée.

- Groupe des patients détenus :

Ils ont été au nombre de 18 au total sur l'année 2016, hospitalisés sur les unités fermées. La prise en charge des détenus, comme nous avons pu l'aborder précédemment, reste difficile sur les services sectoriels ou intersectoriels. Les bénéfices secondaires et les failles potentielles de sécurité sur les services, entraînent les équipes à réaliser des prises en charges inadaptées, souvent en lien avec un maintien de mesures continues d'isolement sur plusieurs jours, sans indication clinique réelle. Ce groupe de patient, de par son statut, a

ainsi été considéré comme patient potentiel pour une hospitalisation en USIP afin d'améliorer la qualité des soins prodiguée.

- Groupe des patients non détenus :

Les deux psychiatres interrogés ont mentionné pas moins de 22 patients sur l'année 2016 qui de par l'intensité de leur clinique ou de leur comportement auraient pu nécessiter une hospitalisation en soins intensifs psychiatriques, si ce type d'unité avait été proche. Parmi ces 22 patients, 2 d'entre eux ont par ailleurs été hospitalisés en UMD, réduisant les potentielles indications d'USIP à 20 patients. Dans ce groupe de patients, nous pouvons noter la présence de 12 femmes pour 8 hommes. L'une des patientes a par ailleurs nécessité plusieurs hospitalisations consécutives sur les deux services et a été nommées par les deux psychiatres. La durée des hospitalisations est très hétérogène pouvant être d'une quinzaine de jour jusqu'à près d'une année entière.

Au total, les psychiatres des unités intersectorielles accueillant des patients sous contraintes estiment que la présence d'une USIP locale aurait pu permettre la prise en charge de près de 40 patients (38 patients si l'on ôte les patients transférés en UMD, mais qui auraient pu bénéficier d'une hospitalisation en USIP de façon plus réactive) en 2016 pour des soins intensifs de courtes durées. Ce chiffre inclue les patients sous contraintes de tout type et les patients détenus.

4. Conclusion :

Cette quantité de 38 patients est à discuter en corrélation avec la file active globale de 251 patients. Les psychiatres ont ainsi jugés que 38 de leurs patients auraient pu nécessiter une demande d'admission sur une unité de soins intensives de type USIP. Cela ne veut pas dire que l'admission aurait été décidée, ni que la demande aurait été réalisée. Mais ces 38 patients ont pu, sur des périodes de temps plus ou moins courtes, avoir un état clinique nécessitant des soins intensifs tout en mettant en difficulté l'unité sur laquelle ils avaient été hospitalisés. Une analyse individuelle de chaque cas serait nécessaire pour discuter de ces orientations mais ce besoin ne peut être convenablement réalisé que par une analyse prospective des états cliniques des patients avec des critères spécifiques bien définis.

Au delà de la quantification même des patients nécessitants une hospitalisation en USIP, c'est aussi le fonctionnement local qui permet de juger de la situation. Il n'est pas rare, que les unités intersectorielles fermées transfèrent les patients en crise avec des états d'agitation et d'agressivité importante dans d'autres services, dont la vocation n'est justement pas d'accueillir ce type de prise en charge. Cela peut par exemple être le cas avec

les services des urgences psychiatriques, plus petits, plus contenants avec des chambres d'isolements, alors que ce n'est pas leur mission.

En effet, l'organisation des unités est mise à mal par l'hétérogénéité de ses missions et les contraintes des moyens mis en place. Il est difficile pour ce type de service de prendre en charge des patients détenus en même temps que des patients en crise, avec les problématiques de mixité et d'ouverture vers l'extérieur pour les patients plus stables. Les services peuvent se retrouver débordés avec quatre ou cinq hospitalisations difficiles où la présence soignante reste limitée comme les moyens contenants.

Alors que le Bon Sauveur d'Alby devrait modifier le fonctionnement de l'organisation de ses soins, l'idée d'un besoin en USIP parait cohérente, ne serait-ce qu'au niveau local. Elle permettrait d'alléger les services d'admissions fermés pour patients sous contraintes tout apportant un outil supplémentaire pour améliorer la prise en charge des patients difficiles concernés.

PARTIE 3 : Projet de création d'une USIP dans le cadre d'un pôle sécurisé sur Albi

I. Introduction

1. Genèse du Projet :

L'idée du projet de création d'une Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) repose sur plusieurs constations, issues de la pratique quotidienne à l'UMD d'Albi et de situations régulièrement rencontrées au sein de l'établissement.

En ce qui concerne l'UMD Louis Crocq, depuis son ouverture il y a un peu plus de cinq ans, celle-ci voit le nombre de demandes d'admission croître régulièrement (188 en 2015, 277 en 2016), ce qui nous contraint à établir des priorités en terme de sévérité et en tenant compte de la situation géographique. Nous devons toutefois nous interroger sur cette augmentation. Les nuances sémantiques entre l'arrêté du 14 octobre 1986 et le décret de février 2016, concernant la définition des Unités pour Malades Difficiles et les critères d'admission, n'expliquent pas ce changement. Quant au nombre de lits d'UMD sur le territoire national, il est stable depuis plusieurs années et, s'il a connu des fluctuations dans les décennies précédentes, il est revenu, en 2016, à un niveau comparable à celui que l'on a connu trente ans plus tôt (0,95 lits pour 100 000 habitants). Les principaux diagnostics restent les mêmes depuis plusieurs dizaines d'années, il serait bien sûr plus difficile de les comparer à ceux recensés à l'ouverture de la première unité, Henri COLLIN, en 1910, la nosographie ayant fortement évolué. Le patient admis en UMD reste celui qui combine une pathologie mentale résistante aux thérapeutiques courantes et des troubles sévères du comportement. En revanche, l'environnement a évolué : la double contrainte pesant sur la psychiatrie en terme de sécurité et de respect des droits des patients n'a jamais été aussi élevée, tandis que la psychiatrie générale s'oriente vers le développement de l'ambulatoire, la réduction du nombre de lits d'hospitalisation, et que par ailleurs les métiers de la santé se féminisent et la tolérance vis à vis de la violence se réduit.

L'augmentation du nombre de demandes nous a conduits à analyser sur plusieurs années celles qui nous étaient adressées, il en ressort qu'un grand nombre d'indications relèverait de structures plus légères et plus réactives qu'une UMD, comme une Unité de Soins Intensifs en Psychiatrie, ce type de structure ayant vu le jour dans les années 90 d'après le même constat établi par l'UMD de Cadillac. Cette nécessité apparaît d'autant plus marquée que, comme nous l'observions plus haut, la psychiatrie générale s'oriente de plus en plus vers la prise en charge ambulatoire, les unités d'hospitalisation s'efforcent de respecter la liberté d'aller et venir des patients et sont parfois moins bien outillées pour gérer des situations

caractérisées par des comportements perturbateurs et violents. De fait, sur Albi, il arrive fréquemment que les patients accueillis au Centre d'Accueil Permanent Spécialisé (CAPS), y restent hospitalisés plusieurs jours, le temps que leur comportement devienne compatible avec une orientation vers les services d'admission fermés. Le cas de la population féminine a également attiré notre attention, certaines patientes hospitalisées dans notre établissement ayant présenté des troubles sévères du comportement sans pour autant trouver de place dans des unités de soins intensifs en psychiatrie puisqu'il n'en n'existait pas dans la région Midi-Pyrénées et que seulement quatre UMD sur dix accueillent des femmes. Par ailleurs, la question de la prise en charge des patients détenus se pose régulièrement ; ils représentent une part importante de la population accueillie dans notre UMD, les services adresseurs les gardant généralement en isolement avant qu'ils n'arrivent chez nous, par mesure de sécurité faute de locaux adaptés pour les accueillir.

De surcroît l'UHSA n'est pas en mesure d'admettre les patients détenus dans des délais de plusieurs semaines, et par ailleurs nous demande souvent d'accueillir des patients en raison de l'importance de leurs troubles du comportement. Au sein du CHS Pierre Jamet, nous avons reçu des patients en provenance du milieu carcéral dont les troubles du comportement ont dépassé les capacités de gestion de nos unités fermées. Ces éléments nous ont conduits à mener une réflexion sur le parcours de soins du patient détenu, dans le cadre du projet d'établissement. Une USIP associée à l'UMD dans un pôle de soins sécurisés et intensifs, intégrant les consultations à l'UCSA, permettrait de donner une plus grande continuité dans leur prise en charge.

Un troisième point concerne le souci de faire bénéficier à une population spécifique plus large, des moyens de l'UMD tant sur le plan technique avec notamment de l'Unité de stimulation cérébrale (ECT, rTMS, tDCS, remédiation cognitive) qu'en terme de savoir-faire dans la prise en compte des situations de violence et d'agressivité, mais aussi de développer la formation dans ce domaine aussi bien auprès des soignants que dans l'accueil des internes intéressés par la psychiatrie médico-légale.

Nous avons donc proposé la création d'une USIP de 15 lits, chaînon manquant entre secteur et UMD, permettant d'étoffer l'offre de soin sur le territoire régional, notamment dans sa partie Ouest, l'Occitanie disposant déjà de deux USIP situées dans sa partie Est, Albi occupant une place géographique centrale au sein de la nouvelle région.

2. Repères Historiques :

La création de petites unités de soins intensifs psychiatriques avait déjà été abordée durant la mise en place de la sectorisation avec la circulaire DGS /891/MS 1 du 9 mai 1974.

C'est le bulletin officiel de la Planification en Santé Mentale, dans sa parution de décembre 1987, qui fut à l'origine de la création des premières unités intensives sur le territoire français.

En effet, ce guide méthodologique de planification avait déjà décrit le fonctionnement de ce type d'unités : « Dans chaque département au moins, une unité d'hospitalisation à temps complet doit être conçue pour recevoir, pour des séjours limités, des patients agités et perturbateurs dont la prise en charge est provisoirement contre-indiquée dans les unités d'hospitalisation des secteurs, mais qui ne relèvent pas pour autant d'un service pour malades difficiles. »

Deux autres rapports confirmaient l'intérêt de ce type d'unité. Le rapport Barrès-Fuchs en 1990 faisait déjà le lien entre un système de soin insuffisant et un besoin en unité de soins intensifs intermédiaire. Le rapport Massé en 1992 allait dans le même sens, tout en s'appuyant sur la première expérience en place à Cadillac depuis 1991.

En effet, c'est à Cadillac que fut construite la première unité de soin intensif, initialement nommée UPID. La seconde unité du même type, à Nice en 1993, pris le nom d'UMAP. Les unités suivantes ont ouvert leurs portes à partir de 2003 dans des contextes très divers : besoin local pour les patients perturbateurs, prise en charge des détenus, inaccessibilité des UMD, etc. Ce n'est qu'en 2005, avec la création de l'association ANDUSIP, que ces unités décidèrent d'un nom commun : les USIP.

Contrairement aux UMD, les USIP ne bénéficient pas d'un cadre réglementaire commun. Chacune possède sa propre organisation et son propre règlement intérieur, bien que la majorité de ces unités ait un fonctionnement semblable.

À l'étranger, des unités sécurisées, d'appellations diverses et à des degrés variables, se sont notamment développées en Europe et aux États-Unis (sous le nom de PICU : Psychiatric Intensive Care Units). En Norvège, Vaaler a aussi montré une efficacité supérieure des unités spécialisées dans la prise en charge des comportements associés à la violence [97].

II. Déroulement du projet de création :

A. Projet d'établissement et comité de pilotage :

Le projet de création de l'USIP s'inscrit dans le projet d'établissement du Bon Sauveur 2017-2021, soumis au comité de pilotage.

L'USIP fait partie intégrante de la refonte de l'offre d'hospitalisation pour les patients hospitalisés sans consentement avec en parallèle une réorganisation des structures fermées.

Chaque projet a pu bénéficier d'un groupe de travail spécifique afin d'étoffer les offres de soins.

B. Groupe de travail :

Le groupe de travail concernant la création de l'USIP a été créé suite à un appel à candidature au sein de la Fondation du Bon Sauveur. L'hétérogénéité des participants fut nécessaire au bon déroulement de ce travail. Nous pouvions répertorier : un médecin chef de pôle, un interne en psychiatre, un cadre de pôle, un cadre de proximité, des infirmiers de l'UMD et des secteurs, du personnel administratif (coordinatrice des projets, directrice des services financiers, responsable des services techniques).

Les réunions du groupe de travail ont débuté au mois de janvier 2017 sur une fréquence initiale de 2 réunions mensuelles, rapidement réduites à 1 réunion mensuelle plus quelques sous-groupes de travail sur des sujets spécifiques (architecture, besoin en ressources humaines, projet médical...).

Les objectifs du groupe de travail sont multiples :

- définition du public concerné
- étude de besoin et d'impact
- ressources humaines et organisation des équipes
- projet architectural
- projet médical
- financement
- inscription dans les projets plus globaux : PRS (Projet Régional de Santé) et Projet d'Etablissement 2017-2021.

C. Réflexion sur le public, le besoin et l'impact locorégional :

1. Environnement :

L'USIP s'intègre dans un dispositif de soins comprenant le secteur psychiatrique et des services spécialisés comme les UHSA et les UMD. Il est utile de rappeler les missions respectives de ces services pour permettre des prises en charge mieux adaptées.

a) UMD (Unités pour Malades Difficiles) :

Il existe dix UMD en France :

- Les UMD Historiques :
  - CH Paul-Guiraud, Villejuif (76 lits dont lits pour femmes)
  - CH de Montfavet (80 lits dont lits pour femmes)
  - CH de Sarreguemines (160 lits)
  - CH de Cadillac (86 lits)

- Les nouvelles UMD :
  - CH de Plouguernével (40 lits)
  - CH Le Vinatier, Bron (40 lits dont lits pour femmes)
  - CH du pays d'Eygurande, Monestier-Merlines (40 lits dont lits pour femmes)
  - CH Pierre Jamet, Albi (40 lits)
  - EPSMD de la Marne, Châlons-en-Champagne (40 lits)
  - CH du Rouvray, Sotteville-lès-Rouen (40 lits)

L'Occitanie bénéficie de la présence d'une UMD à Albi (81). D'autres UMD se situent dans les trois régions adjacentes (Cadillac, Eygurande, Montfavet et Bron).

Des rencontres avec les équipes soignantes de ces UMD, nous ont permis de relever quelques points clefs.

Deux modalités de prise en charge de patients sont repérées :

- Un dispositif de prise en charge gradué : le patient est admis à l'entrée dans une unité d'accueil, le temps de la période d'observation. Lorsque le protocole de prise en charge est défini, le patient est transféré dans une unité d'hospitalisation où il demeurera jusqu'à ce que la sortie soit envisagée. Il est alors orienté vers une troisième unité, dite de préparation à la sortie.
- Un dispositif horizontal : le patient est admis dans une unité d'hospitalisation indifférenciée où se déroulent l'évaluation initiale et la période d'observation de 3 semaines à 1 mois. A l'issue de cette période, on lui propose au sein de cette unité une prise en charge spécifique jusqu'à la sortie.

Elles disposent de nombreux ateliers (ergothérapie, activités sportives, cafétéria, etc.) comme autant d'espaces de socialisation et de thérapie médiatisée. Ceux-ci sont généralement dédiés aux unités de l'UMD. Mais des partages avec les autres services sont aussi envisagés suivant l'état des patients.

Elles établissent régulièrement un travail de lien avec le service de provenance du patient dans l'objectif de suivre son évolution, de préparer son retour et ainsi de favoriser la continuité de l'accompagnement du patient.

b) *UHSA - SMPR :*

Prévues par la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002, les UHSA viennent compléter le dispositif des SMPR. Initialement destinées à prendre en charge l'ensemble des hospitalisations pour troubles mentaux des personnes détenues, avec ou sans consentement, elles ont été confrontées à la nécessité de s'appuyer sur la psychiatrie de secteur et certaines unités spécialisées, comme les UMD ou les USIP. Elles se présentent matériellement sous la forme d'un bâtiment dédié, au sein de l'enceinte hospitalière, répondant à des normes de sécurité intérieure renforcées et dans une enceinte surveillée par l'administration pénitentiaire.

Dans la région Midi-Pyrénées, l'ouverture, début 2012, d'une UHSA au CHS Gérard Marchant de Toulouse, rattachée au SMPR a permis d'orienter les patients suivant les indications propres à chaque service. L'UMD accueille les patients présentant un état de dangerosité lié à leur état mental, l'UHSA reçoit les patients incarcérés justifiant une hospitalisation pour des troubles mentaux mais nécessitant des mesures de sûreté liées à leur statut pénitentiaire.

c) *USIP (Unité de Soins Intensifs Psychiatriques) :*

Les unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) proposent un cadre contenant pour des patients présentant des troubles importants du comportement ne pouvant être pris en charge de façon satisfaisante dans les services de psychiatrie générale. La provenance des patients est intersectorielle, correspondant à un territoire de santé ou par convention entre les établissements de soins. La durée de séjour est souvent limitée à deux ou trois mois. Les unités sont généralement de petits tailles, de 10 à 15 lits, pouvant être plus grande jusqu'à 20 lits.

Leur nombre sur le territoire national ne dépasserait pas la vingtaine. Leur recensement est difficile puisqu'elles n'ont pas de reconnaissance légale et que leur fonctionnement diffère. Il existe 2 USIP sur la moitié Est de l'Occitanie (ancien Languedoc-Roussillon), mais aucune sur sa partie Ouest (ancien Midi-Pyrénées). Nous pouvons nommer :

- USIP de Cadillac (14 lits)
- USIP de Nice (15 lits)
- USIP d'Eygurande (10 lits)
- USIP de Bron (15 lits)
- USIP d'Ajaccio (15 lits)
- USIP de Prémontré (20 lits)
- USIP de Sarreguemines (15 lits)
- USIP du Vauclaire (10 lits)
- USIP de Caen (4 lits)
- USIP de Fort-de-France (15 lits)
- USIP La Roche-sur-Foron (15 lits)
- USIP d'Uzès (15 à 18 lits)
- USIP de Paris (Henri-Ey) (non précisé)
- USIP de Pau (15 lits)
- USI de Montpellier (15 lits)

2. Du besoin au public :

Soutenu par la pratique de la psychiatrie en secteur, par les témoignages des psychiatres des autres établissements ainsi que par une analyse des demandes d'admission à l'UMD, le projet de création d'une USIP est considéré comme un réel besoin au vu du contexte politique et économique actuel. L'USIP aurait ainsi pour but de répondre à une demande récurrente de lits contenants, intensifs et réactifs pour des patients n'ayant pas une indication d'UMD mais dépassant les possibilités du secteur.

Cependant, la création de l'USIP ne peut se réfléchir sans aborder la question de l'offre de soin en service fermé sur les secteurs pris en charge par le Bon Sauveur.

Le projet d'établissement prévoit une restructuration complète de l'offre de soin avec une diminution du nombre de lits à but sectoriel sur le Bon Sauveur. Ces lits, considérés comme surnuméraires par rapport à la moyenne régionale voire nationale, sont une réalité à intégrer dans un schéma organisationnel plus large.

D'un point de vue local, le projet d'établissement prévoit une diminution des lits en filière ouverte mais aussi en filière fermée, tout en réinstaurant une sectorisation de cette dernière. L'USIP n'a pas à vocation de remplacer les lits, voués à disparaitre, de la filière fermée. L'organisation des soins locaux doit rester pérenne malgré cette contrainte. Elle a pour vocation d'élargir l'offre de soin, tout en gardant un impact positif.

La définition du public concerné reste la question centrale : à qui se s'adresse l'USIP ? Que ce soit au niveau local ou au niveau régional ?

La réflexion de cette unité se base initialement sur trois constats, précédemment discuté et analysé :

- le premier constat concerne les patients de la filière fermée dépassant les possibilités de leur service. Cela concerne les patients jugés difficiles nécessitant des soins intensifs mais aussi les patients détenus dont la prise en charge sur le service fermé reste discutable (isolement prolongé, accès à des objets interdits en détention, place vis à vis des patients non détenus, stigmatisation des équipes soignantes, délai trop important avant un transfert en UHSA surtout si hospitalisation avec consentement...)
- le second constat concerne les demandes d'admission en UMD. Il y a trop de demandes d'admission sur l'UMD d'Albi, venant notamment de la région Midi-Pyrénées, qui n'ont pas de franche indication d'hospitalisation en UMD. Ces demandes sont cependant faites dans un contexte de grande difficulté des secteurs. Ce trop-plein de demandes a pour conséquences de possibles mauvaises orientations, voire d'éventuels allongements de délais.
- le troisième constat fait surtout part des délais d'attente pour tout type de patients, qu'ils soient perturbateurs, dangereux, détenus ou en crise. L'UMD, au vu de sa lourdeur administrative et de sa spécificité, ne peut prendre en charge tous les

patients en urgence alors que les services sectoriels en font la demande. Une solution tampon est nécessaire, ainsi qu'une adaptation du parcours de soin.

Le public concerné par l'USIP sur Albi, bien qu'hétérogène, se limiterait à certaines indications, déjà décrits dans la littérature :

- patients non détenus présentant un état de crise ou des troubles du comportement majeurs dont la prise en charge en service d'admission sectoriel est dépassée mais ne nécessitant pas un transfert en UMD
- patients présentant un état de dangerosité avec passage à l'acte médico-légal et nécessitant une hospitalisation en milieu contenant dans un délai urgent, dans le cas où l'UMD ne pourrait répondre à ce besoin.
- patients détenus, plutôt d'origine locale, nécessitant une hospitalisation urgente avec ou sans consentement, leur permettant une prise en charge adaptée d'un point de vue thérapeutique mais aussi contextuelle.
- le recrutement de l'USIP est ainsi mixte, peut concerner les mineurs ainsi que les détenus. Cela concerne les patients hospitalisés sous contrainte uniquement dont article 122-1 et article D398.

Les indications de transfert en USIP ne sont pas formalisées à certains types de diagnostics. C'est la difficulté de la prise en charge qui reste le principal pourvoyeur de transfert.

3. Impact locorégional et restructuration locale :

La diminution du nombre de lit, la création de l'USIP, et donc plus globalement la réorganisation des soins psychiatriques, auront un impact non négligeable sur les prises en charge. Alors que la filière fermée tournait jusqu'à présent avec deux unités intersectorielles de 22 lits chacune, le projet d'établissement prévoit la fermeture d'une unité entière, remplacée par une répartition proportionnelle des lits sur les trois différents secteurs locaux. L'enjeu principal reste la poursuite de la prise en charge de la file active réelle avec une offre de soin réduite.

D'un point de vue pratique, la filière fermée ne devrait plus avoir à prendre en charge les patients détenus locaux, ni les patients nécessitant une prise en charge plus lourde et plus intensive (pendant une durée ponctuelle). A l'opposé, la nouvelle organisation sectorielle devrait permettre à chaque secteur de gérer ses propres hospitalisations sous contrainte, et notamment les programmes de soins qui n'ont pas à vocation d'être hospitalisé systématiquement en filière fermée. Ainsi la filière fermée se retrouverait alléger des prises en charges les plus contraignantes, permettant une diminution de leur file active spécifique mais aussi une plus grande facilité et disponibilité aux soins pour les autres patients.

Se surajoutant à ce manque de lit, c'est une unité d'admission, type lits-portes dont la durée de séjour reste courte et limitée dans le temps (quelques jours), qui sera créée dans le but de compléter cette offre de soin. Elle permettra une prise en charge des hospitalisations courtes, une meilleure orientation et réflexion sur le parcours de soin à prévoir et une certaine réactivité à l'admission classique venant de l'ambulatoire.

Il ne faut cependant pas rester dans l'utopie. Cette décentralisation des soins vers l'USIP et la filière ouverte, voire ambulatoire, reste un défi de taille. La filière ouverte et ambulatoire devra elle-même modifier son organisation afin d'accueillir de nouveaux patients, avec moins de lits et plus de demandes.

L'objectif de cette refonte reste une modernisation et une réactivité de la psychiatrie générale adulte avec une orientation plus ambulatoire malgré la création d'une USIP. Ceci impactera aussi sur le management des soins des patients réputés plus "chroniques", actuellement hospitalisés au long cours sur les services d'admissions. Cela permettra justement aux autres équipes de se focaliser sur des soins classiques de psychiatrie générale.

Au niveau régional, l'impact reste corrélé au besoin et à l'objectif de l'installation d'une USIP sur Albi. Les secteurs régionaux auront accès à une offre de soin plus large, et surtout plus proche, pour les patients leur posant des difficultés. Cela permettra aux équipes de modifier le parcours de soins avec une structure adaptée à leur patient difficile tout en préservant les prises en charges des autres patients. L'impact est donc double : accès proche et réactif d'une USIP mais aussi recentralisation de l'UMD sur sa mission initiale, avec amélioration des délais d'admission.

D. Réflexion sur le fonctionnement :

Le fonctionnement de l'USIP sera abordé plus spécifiquement dans le projet de soin et le projet médical. Nous précisons que les USIP n'ont pas de cadre légal spécifique autre que la législation encadrant la psychiatrie générale.

Le groupe de travail a cependant permis la réflexion autour de certains points clés :

La durée de séjour en USIP sera de 2 mois maximum, renouvelable une fois dans l'année. Les soins restent des soins intensifs sur une durée courte. Le choix du renouvellement dans l'année offre deux possibilités : la première de ré-hospitaliser le patient au cours de l'année en cas de nouvelles aggravations de son état clinique, la seconde de prolonger de quelques semaines une hospitalisation en USIP qui semble bénéfique ou nécessaire dans des cas exceptionnels. Il faut avant tout privilégier une logique autour de la clinique et de la thérapeutique. Il serait paradoxal de rigidifier un système dont la souplesse serait bénéfique pour le patient. Cependant, l'USIP doit se prémunir des limites des prises en charge qu'elle peut proposer tout en sauvegardant ses objectifs initiaux (réactivité, proximité et soins intensifs)

L'USIP sera composée de 15 lits à vocation loco-régionale. Hormis 1 ou 2 lits réservés pour l'hospitalisation des détenus au niveau du nord département du Tarn, les autres lits seront intersectoriels. L'unité ne peut accueillir plus de 15 patients maximum. Aucune admission ne peut se faire sur un lit quel qu'il soit sans que le patient ait sa propre chambre.

Le recrutement privilégié se fera sur les secteurs de l'ancienne région Midi-Pyrénées, puisque l'autre moitié de l'Occitanie bénéficie déjà de plusieurs structures de ce type. Enfin, l'USIP se réserve la possibilité d'un lit disponible pour les situations très urgentes.

Les admissions se font uniquement sur décision médicale, ainsi que les sorties. Les établissements demandeurs signent un engagement de reprise ou une convention avec l'établissement de l'USIP dans le but d'assurer la suite des soins dans l'unité sectorielle et de poursuivre l'activité de l'USIP.

L'un des objectifs du séjour en USIP reste le travail en collaboration avec le service d'origine d'où un maintien des liens durant le séjour avec des synthèses programmées entre équipes. Cette logique est poursuivie en cas de nécessité d'hospitalisation ailleurs qu'en secteur après l'USIP, en effet c'est au secteur d'entreprendre les choix dans la prise en charge future avec recommandation ou non de l'USIP.

E. Réflexion sur les besoins architecturaux :

1. Généralités :

La qualité des soins psychiatriques dépend non seulement des équipes et de leurs moyens mais aussi de l'architecture des services où les patients sont accueillis et soignés. Les services sécurisés de psychiatrie n'en font pas exception, bien au contraire. Ils doivent allier l'utile à l'agréable afin de soutenir la prise en charge humaine des patients.

Une USIP a donc plusieurs nécessités architecturelles afin d'être optimale :

- elle doit être simple et fonctionnelle pour les équipes et les patients. Sa fonctionnalité prend en compte les spécificités du séjour de chaque patient ainsi que les aléas potentiels.
- elle doit être contenante afin de permettre aux patients de s'apaiser à minima par la structure institutionnelle.
- elle doit être sécurisée pour les patients afin d'éviter un ensemble de risques définis (risque de fugue, sécurité pour les patients détenus, risque de blessures lors d'agitation ou passages à l'acte...) mais aussi pour les soignants pour leur permettre d'exercer leur métier dans des conditions optimales. Cela inclus par exemple les doubles entrées dans les bureaux ou chambres, la vision sur l'unité ou encore les dispositifs d'alarme pour travailleurs isolés (DATI)... Cette sécurité passe par des mesures spécifiques comme des espaces de grandes superficies (par exemple pour la

salle à manger pourvoyeuse de tension importante lors des rassemblements). Cela passe aussi par une sécurité extérieure empêchant les fugues et contrôlant les entrées.

- elle doit rester un minimum agréable pour le patient permettant de respecter sa dignité tout en évitant une image structurelle trop carcérale.

Au final, l'USIP doit se résumer à être une petite unité avec de grands espaces, tout en évitant toute contrainte potentiellement dangereuse (espaces clos ou de petites superficies, couloirs biscornus...). Il ne faut pas négliger que tout patient peut décompenser durant son séjour à n'importe quel moment au vu de son état clinique aigu. Chaque lieu (des salles communes, aux bureaux, en passant par les chambres ou les couloirs) se doit d'être optimisé pour faciliter les prises en charges des états d'agitation tout en protégeant patients et soignants.

Une estimation des besoins sur l'USIP a été réalisée par un sous-groupe de travail spécifique. Elle prend en compte le besoin en nombre de pièces ainsi que les surfaces minimales (cf. Annexes). Globalement, les besoins architecturels ont été réfléchis en prenant en compte notre expérience sur les services de secteurs mais aussi sur l'UMD d'Albi dont l'architecture a montré de nombreux aspects positifs.

Enfin, le projet global va dépendre d'un autre facteur important : la localisation. Sur le Bon Sauveur d'Alby, il existait deux possibilités pour la création de l'USIP : construire dans une ancienne unité fermée, loin de l'UMD ou construire du neuf et potentiellement proche de l'UMD. Ce facteur déterminant est un choix budgétaire important.

La première solution a pour principal avantage de récupérer une ancienne unité et de ne réaliser que des travaux de rénovation et d'adaptation. L'unité Saint Bernard du Bon Sauveur d'Alby étant une unité globalement fonctionnelle, les changements nécessaires auraient été mineurs sur la structure même du l'unité. A contrario, cette localisation, éloignée de l'UMD, ne permet pas de profiter de la proximité de cette dernière et des avantages que cela comporte. Enfin, même si l’unité reste fonctionnelle, sa restructuration ne peut être optimale.

La création de l'USIP aux côtés de l'UMD permettant la naissance d'un pôle de psychiatrie sécurisé sur un lieu unique a l'avantage de pouvoir partager plusieurs éléments communs déjà en place sur l'UMD : murs sécurisés, espace ergothérapie, équipe de renfort, plateau technique interventionnel et de stimulation cérébrale (ECT, rTMS, tDCS) ainsi que le personnel réorganisé dans une vision de pôle.

La différence reste essentiellement économique puisque la seconde solution est celle qui présente le plus d'avantages en terme d'organisation et d'architecture, d'autant plus si nous rajoutons une vision à long terme. La première est cependant moins couteuse.

2. Restructuration d'une unité déjà existante :

Un premier jet de restructuration de l'unité Saint Bernard a été réalisé dès le début du groupe de travail permettant d'entrevoir cette possibilité. Le service garderait son aspect initial avec une organisation des bâtiments autour d'une grande cour centrale.

La partie nuit serait entièrement rénovée permettant un passage de 22 lits à 15 lits, prévoyant notamment des doubles accès aux chambres pour des mesures de sécurité (sur le modèle de l'UMD). Cette partie serait séparée du reste du service par un accès pouvant être fermé, permettant aux patients de ne pas s'isoler constamment dans leurs chambres. Proche de ce couloir, la salle de soin infirmière (incluant pharmacie, salle de soin, salle de repos et PC infirmier) serait entièrement réaménagée et agrandie avec l'utilisation de verrière optimisant la surveillance de l'ensemble du service et de la cour. Les deux chambres d'isolement fermées et la chambre d'apaisement ouverte seraient respectivement rénovées et créées proches de la salle de soin, pour améliorer surveillance et réactivité.

Les salles d'activités déjà existantes garderaient leur fonction initiale (ping-pong, baby-foot, salon pour la télévision). La salle à manger, d'origine très grande, serait transformée en salles d'activités pour de l'ergothérapie, du sport ou de la psychomotricité. La présence de ce type de salle sur l'USIP permet notamment d'éviter des transferts de patients en dehors de l'unité, et d'éviter des contraintes organisationnelles des équipes ou des risques de fugue.

La salle à manger, quant à elle, serait créée à part en récupérant d'anciens locaux, juxtaposés à l'ancien service Saint Bernard. Elle aurait pour but de rester grande et fonctionnelle permettant de se prémunir des problématiques consécutives à des agitations lors des regroupements de patients.

Enfin, les salles annexes (bureaux d'entretiens, salle de réunion, bureaux spécifique, vestiaires, salle de visite pour les familles) seraient aménagées dans la dernière aile du service déjà existante et prévoyant déjà ce type de salles.

Des plans sont disponibles en annexes.

3. Création d'une unité neuve :

La création d'une unité neuve, aux côté de l'UMD, est la solution actuellement choisie pour la création de l'USIP. Cette proximité permettrait d'avoir une dynamique de pôle sur un même site avec possibilité de mutualisation des moyens. La mise en commun de certaines professions, des équipes de renfort, du plateau technique ou du plateau d'ergothérapie de l'UMD permettrait une possible réduction des coûts mais aussi un dynamisme autre qu'une séparation complète des unités.

La construction d'une USIP permet aussi de se prémunir de contraintes architecturales d'un service déjà existant et à rénover. L'optimisation des espaces et des prises en charges, en adéquation avec le projet médical en serait le moteur principal.

Lors du groupe de travail dédié, nous avons pu poser les besoins exacts en terme de salles, de bureaux et de surface, toujours en s'appuyant sur nos pratiques en secteur et à l'UMD.

L'USIP se découperait en plusieurs parties :

- une partie plus administrative avec les bureaux personnels voire le secrétariat et salle de réunion.
- une partie nuit avec les chambres des patients et les chambres d'isolement.
- une partie jour avec les salles communes, les salles d'activités, la cour extérieure ou encore la chambre d'apaisement ouverte à tous en fonction des besoins.
- une partie soignante avec la pharmacie, la salle de soin, la salle de flash, l'office et le PC infirmier permettant une surveillance de l'unité. Elle se situerait à proximité des chambres d'isolement et d'apaisement.

L'USIP serait située aux côtés de l'UMD dans l'enceinte même des murs extérieurs, afin de faciliter les accès soignants et patients aux diverses parties mutualisées.

L'accord municipal reste primordial au vu de ce type de construction. Il n'y a d'ailleurs, à ce jour, aucun refus de la part de la mairie locale suite à la présentation de notre projet.

Enfin, le du projet de construction débute par des appels d'offres consécutifs pour les AMO (Assistant à Maitrise d'Ouvrage) puis pour les architectes et entreprises de constructions, après établissement d'un cahier des charges exhaustif. Le plan final de l'unité sera discuté avec les divers professionnels concernés, de santé ou du bâtiment.

F. Réflexion sur l'organisation des équipes soignantes

L'organisation des ressources humaines est essentiellement liée aux besoins mais aussi aux limites économiques et budgétaires.

Les USIP, comme pour les UMD, sont des unités de soins intensifs, nécessitant un ratio soignants/patients plus important que dans un service fermé classique. Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires.

La création du projet de l'USIP se fait initialement au détriment de la fermeture d'une unité d'admission fermée. L'objectif budgétaire initial était de fonctionner à moyens constants, en gardant les moyens humains du service d'admission pour les basculer sur l'USIP.

L'organisation du personnel soignant devait être réfléchie en prenant en compte plusieurs éléments :

- le rôle et la mission de chaque corps de métier
- le besoin ou non de certains types de soins au vu de la spécificité des soins intensifs de courte durée
- l'organisation autour des plateaux techniques et spécifiques (plateau technique de l'UMD, pôle ergothérapie...)
- type de roulement, plus ou moins consommateur en personnel
- le lieu d'implantation de l'USIP, soit aux côtés de l'UMD, soit aux côtés des services sectoriels.

Le nombre total de soignants ne peut se faire qu'en calculant initialement les besoins soignants par poste de travail. Notre souhait restait de nous rapprocher un maximum du ratio soignants/patients pouvant être proposé à l'UMD et permettant la mise en place d'un projet de soin intensif adapté.

Ainsi, l'organisation de soin initiale choisie s'oriente vers (pour 15 patients maximum) :

- postes du matin : 2 infirmiers + 2 aides-soignants
- postes d'après-midi : 2 infirmiers + 2 aides-soignants
- postes de journée : 1 infirmier
- postes de nuit : 1 infirmier + 1 aide-soignant

Ce schéma permet d'incorporer d'avantages d'aides-soignants sur les équipes, permettant aux infirmiers de se recentrer sur leur mission initiale. C'est un fonctionnement calqué sur le modèle de l'UMD qui a montré ses bénéfices. Les temps d'agents de services hospitaliers (ASH) seront remodelés pour mieux convenir à l'organisation de ce type de service.

Concernant les ETP des autres soignants, la réflexion se porte d'avantage vers l'organisation de pôle, notamment à des fins de permanences des soins. Alors qu'il est prévu qu'un ETP complet médical (potentiellement divisé en deux, voire agrémenté d'un interne en psychiatre) soit le plus adapté pour une unité de psychiatrie intensive de 15 lits, il est nécessaire de distribuer correctement les ETP des autres intervenants.

Le temps d'intervention de la psychologue était minimal sur l'unité d'admission fermée, il est ainsi nécessaire de l'augmenter pour améliorer l'évaluation et la prise en charge psychothérapeutique des patients hospitalisés, même sur un temps court, et pour permettre à la psychologue de participer aux réunions institutionnelles.

Le temps médical du médecin généraliste va dépendre de la restructuration du Bon Sauveur d'Alby. Il doit cependant être organisé en corrélation avec le temps de médecin généraliste sur l'UMD, toujours dans une logique de pôle. L'idéal reste d'avoir un ETP complet pour le pôle UMD-USIP (soit 55 lits d'hospitalisation).

Cette logique persiste quand l'on évoque les secrétaires, les assistantes-sociales, dont les permanences doivent être assurées au sein du pôle entier.

G. Situation économique et financement :

Le financement de ce type d'unité reste la question centrale de ce type de projet. Elle régule les possibilités de construction ou de ressources humaines. Le Bon Sauveur d'Alby bénéficie d'un budget dédié pour le projet d'établissement global et pour ce type d'entreprise. Néanmoins, un projet de ce type reste difficile à instaurer et à maintenir en place sans financement dédié extérieur.

L'inscription au PRS (Projet Régional de Santé) dépendant de l'ARS (Agence Régionale de Santé) de l'Occitanie et de la CRSA (Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie) reste une possibilité dans l'obtention de financements régionaux.

En effet, l'USIP a une vocation de recrutement régional, ou tout du moins interdépartemental (ancienne région Midi-Pyrénées). Elle ne peut fonctionner de cette façon qu'avec l'aval de l'ARS, qui décide elle-même des financements dédiés aux missions spécialisées et en dehors du territoire local, en fonction des besoins régionaux.

III. Projet de Service :

A. Population concernée :

1. Définition :

La première USIP (anciennement UPID) à Cadillac s'inscrivait déjà en tant que chaînon manquant dans le système de soin, entre secteur d'admission fermé et UMD. Ces unités sont dotées d'une équipe renforcée et d'une architecture adaptée à la prise en charge des patients agités et perturbateurs, leur fonctionnement est plus souple que celui des UMD, la durée de séjour limitée dans le temps.

La littérature décrit les principales indications de ce type d'unité. Il s'agit avant tout de patients présentant des troubles du comportement majeurs ne permettant pas d'organiser la prise en charge en secteur sans risquer de mettre celui-ci en grande difficulté. Cela inclut les états de crise avec une intensité des symptômes particulièrement importante ou des patients perturbateurs/fugueurs nécessitant un cadre contenant. Les troubles ne doivent pas justifier *a priori* la lourdeur d'une prise en charge en UMD.

Les USIP accueillent des patients des deux sexes, hétéros ou auto-agressifs. Le délai d'admission, contrairement aux UMD, est volontairement court avec des possibilités d'hospitalisation en urgence permettant une réactivité en lien avec la proximité des secteurs. La question de la dangerosité peut aussi être évaluée en USIP dans le cadre d'un

contexte psychiatrique aigu, l'orientation finale pouvant amener à une indication d'UMD en fonction de l'évolution clinique.

2. Statistiques :

Le besoin locorégional reste difficile à quantifier de façon exacte, d'une part vis à vis du nombre de CH(S) concernés, d'autre part du fait de l'absence de structure de type USIP sur notre territoire proche. La méconnaissance ou l'éloignement de ce type d'unité entraîne nécessairement la non-prise en compte de cette option lorsque l'on interroge des psychiatres de secteur. Nous avons effectué plusieurs analyses pour argumenter le besoin en USIP dont un recueil de témoignages sur le Midi-Pyrénées ainsi qu'une analyse des demandes d'admission à l'UMD d'Albi.

Sur les 23 psychiatres du Midi-Pyrénées interrogés, ils ne sont que 16 à connaître les USIP et ils sont 20 à considérer le système de soin actuel (sans USIP) insuffisant pour la prise en charge de leurs patients difficiles. Sur ces 20 praticiens, 16 souhaitent une augmentation de lits en unités contenantes sur notre ancienne région. Ils évoquent principalement un besoin en unité contenante intersectorielle de type USIP, un besoin de lits pour des patients difficiles de sexe féminin ou encore une solution pour transférer leurs patients plus rapidement qu'en UMD (proposant des délais d'attente de plusieurs semaines voire plusieurs mois).

Concernant l'analyse des demandes d'admission à l'UMD d'Albi, nous avons effectué une relecture de celles reçues en 2016, en provenance des services du Midi-Pyrénées. Sur les 31 demandes, seules 10 présentaient les critères souhaités pour une admission en UMD. Les 21 autres demandes auraient ainsi pu relever d'une orientation en USIP. Nous observons bien dans ces demandes que les indications en UMD concernent plutôt des patients présentant une dangerosité importante voire majeure mais qui s'inscrit dans le temps, contrairement aux orientations USIP où l'état clinique peut être intense mais avec un caractère plus aigu.

Enfin, la littérature nous offre quelques chiffres sur la nosographie des patients en USIP [65]. En 2002, l'USIP de Cadillac a dénombré en moyenne 36.4% de patients schizophrènes, 16.9% de troubles de la personnalité et 16.9% de troubles envahissants du développement. D'autres pathologies, de prévalence moins importante, ont aussi été retrouvées (troubles schizo-affectifs, substances psycho-actives, troubles bipolaires, retard mentaux). En 2014 et 2015, les troubles psychotiques (schizophrénie, troubles schizo-affectifs, autres troubles délirants) y représentaient respectivement 50 et 60% des patients. Ces chiffres sont en adéquation avec ceux recensés dans la population des patients difficiles, souvent décrite en UMD.

3. Provenance :

Le recrutement est régional mais pourrait recevoir préférentiellement les patients de l'ancienne région Midi-Pyrénées, la partie est de l'Occitanie étant déjà équipée de deux USIP. Les patients proviennent des CH(S) régionaux et des services pénitentiaires locaux. Il peut aussi s'agir de patients médico-légaux qu'il conviendra de rattacher au CHS d'origine avant l'admission.

B. Fonctionnement de l'USIP :

L'USIP n'a pas de fonctionnement spécifique encadré par la loi. Les unités sont soumises au cadre légal général de la psychiatrie.

1. L'admission et législation :

L'admission d'un patient sur l'USIP peut se référer aux textes légaux suivants :

- Loi du 5 juillet 2011
- Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013
- L'article D.398 du code de procédure pénale, l'article 3214-1 du CSP
- L'article 706-135 du code de procédure pénale
- Circulaire interministérielle N°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012

2. Durée du séjour :

La durée de séjour en USIP est courte. De principe, elle ne peut excéder 2 mois. Les patients peuvent bénéficier d'un séjour renouvelable une fois dans l'année, potentiellement de manière consécutive afin de maintenir une logique clinique et thérapeutique.

3. De la demande d'admission au transfert :

Le médecin adresseur contacte le médecin responsable de l'USIP et envoie un courrier explicatif justifiant la demande de transfert. En fonction de cette demande, le médecin responsable de l'USIP donne un accord de principe, transmet le dossier d'admission et établit une estimation de la date d'admission sous réserve de la réception du dossier, lequel contiendra un engagement de reprise. On peut envisager également de signer une

convention avec les établissements adresseurs. L'accueil du patient est assujetti à l'exhaustivité du dossier.

Le dossier d'admission se compose de :

- courrier initial de demande
- certificats détaillés : mesures de contraintes, situations
- dossier administratif
- dossier médical
- accord du médecin de l'USIP
- engagement de reprise/convention entre établissements

Les patients admis en USIP sont nécessairement hospitalisés sous contrainte, SPDT, SPPI ou SDRE. L'admission de ces patients peut se faire dans les suites administratives prises par le Préfet (SPDRE) après l'application de l'article L 122-1 al.1 du Code Pénal ou de l'article D 398 du CPP.

Le transfert du malade est pris en charge, à l'aller comme au retour, par l'établissement demandeur.

4. La Sortie du Patient :

La sortie du patient est une décision médicale du médecin référent de l'USIP. Elle intervient soit au bout de la durée maximum de prise en charge du patient, soit avant si le patient ne nécessite plus de soins en USIP.

Cette décision s'appuie sur l'évaluation pluridisciplinaire du patient.

Lors de sa sortie, le patient est ré-adressé à son service d'origine avec une obligation de reprise, conformément à l'engagement de reprise ou la convention entre établissements. En cas d'orientation vers une UMD, c'est au service d'origine d'en réaliser la demande.

Le retour est préparé avec le service d'origine et annoncé suffisamment tôt pour fixer la date et l'organisation de la sortie.

De plus, l'admission dans une USIP ne fait pas obstacle à l'autorisation de sorties accompagnées de courte durée, pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires, prévues à l'article L.3211-11-1 du CSP. Cependant, l'hospitalisation en USIP est une hospitalisation courte où le patient bénéfice de soins intensifs. L'état clinique des patients ne permet généralement pas la réalisation de ce type de sorties, qui restent l'un des objectifs et projets de soins des services sectoriels.

5. Droits des Patients :

En USIP, les patients gardent les mêmes droits que lors de toute hospitalisation dans un service de psychiatrie générale.

Les droits des patients hospitalisés furent développés dans la loi du 27 juin 1990 succédant à celle du 30 juin 1938, puis celle du 4 mars 2002 (information sur l'état de santé, accès aux données personnelles de santé, respect de la dignité et de la vie privée, secret des informations personnelles de santé, désignation d'une personne de confiance). La Loi du 5 juillet 2011 et les décrets n°2011-846 et 2011-847 du 18 juillet 2011 introduisent des modifications importantes, l'intervention du Juge des Libertés y constitue le changement le plus marquant. Dans son article L.3211-3, non modifié dans la loi de 2013, il est souligné la nécessité d'adapter les restrictions des libertés à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis, suivant ce qui apparaît nécessaire et proportionné. Elle y rappelle l'obligation d'informer le patient des décisions de maintien des soins en le mettant à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à son état. Le patient doit connaître les raisons qui motivent les décisions, sa situation juridique, ses droits, les voies de recours et les garanties qui lui sont offertes en application de l'article L.3211-12-1. L'avis de cette personne sur les modalités de soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

Enfin, le patient dispose du droit :

- De communiquer avec le représentant de l'État dans le département ou son représentant, le président du tribunal de grande instance ou son délégué, le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et le maire de la commune ou son représentant
- De saisir la commission départementale des soins psychiatriques et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ;
- De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;
- D'émettre ou de recevoir des courriers ;
- De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;
- D'exercer son droit de vote ;
- De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 5°, 7° et 8°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

La Loi du 26 janvier 2016, de modernisation de notre système de santé définit les conditions qui entourent les mesures de contention et d'isolement. Des recommandations ont par ailleurs été énoncées par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté et l'HAS.

C. Le projet médical :

1. Au Regard du Patient :

Le projet est centré sur la notion de crise et de troubles majeurs du comportement.

L'objectif est double. Il passe par une stabilisation de l'état psychique du patient et par un changement de position, de la contrainte à la contractualisation, afin de lui permettre de modifier son mode relationnel.

Il repose sur une évaluation :

- méthodique
- pluridisciplinaire : elle engage médecins, psychologues, infirmiers, aides soignants, assistant social, psychomotriciens, voir ergothérapeute. etc...
- multidimensionnelle : elle intègre les données d'une clinique psychiatrique affinée, de facteurs historiques, pré-disposants, contextuels.

Cette évaluation détermine un projet thérapeutique. La stratégie thérapeutique est définie en début de séjour. Elle est soumise à des réévaluations régulières, prenant en compte la pathologie mentale, les troubles cognitifs et relationnels, les facteurs pré-disposants (éducatifs, sociaux...). Elle vise à réduire et à apaiser les symptômes et l'agressivité à travers les soins proposés, tout en cherchant à valoriser les investissements (activités...) et les modes relationnels les mieux adaptés.

Elle utilise une large palette de soins :

- le cadre institutionnel rigoureux, structurant et soutenant
- la psychothérapie (cognitivo-comportementale, elle intègre des approches systémiques et psycho-dynamiques, elle peut aussi passer par une médiatisation)
- la chimiothérapie
- la chambre d'apaisement, ouverte, permettant aux patients de s'y rendre ponctuellement, à leur demande ou à celle de l'équipe, afin d'apaiser des moments de tensions psychiques intenses, sans pour autant devoir utiliser les chambres d'isolement.
- les chambres d'isolements, fermées, permettant de sécuriser des situations à risques de passages à l'acte hétéro ou auto-agressif. Elles permettent d'évaluer les risques tout en permettant des soins intensifs individuels et rapprochés.

- une unité de stimulation cérébrale : électroconvulsivothérapie, stimulation magnétique transcrânienne, stimulation cérébrale à courant direct, remédiation cognitive, d'utilisation commune avec l'UMD
- les activités encadrées par les équipes soignantes, pluridisciplinaires, dont la psychomotricité, les activités physiques, la relaxation, l'ergothérapie etc...

Il se déploie en trois phases, d'une durée totale de 2 mois :

- L'admission : l'accueil du patient, solennel et individualisé, se fait par le cadre de proximité du service qui pose le cadre institutionnel. Une première évaluation faite par le médecin et son équipe, elle permet de poser les bases de la prise en charge thérapeutique. Cette évaluation s'appuie sur les éléments du dossier et ceux issus des contacts avec le médecin adresseur et l'équipe accompagnatrice lors de l'arrivée du patient. Le temps de l'admission vise également à établir un lien thérapeutique avec le patient. Si l'état clinique du patient le justifie, le médecin décidera de le placer en en chambre d'isolement. La mesure d'isolement ne sera en aucun cas une mesure d'exclusion, il s'agit d'un lieu permettant d'évaluer le patient et le risque pour les autres ou pour lui-même dans de meilleures conditions de sécurité, il faudra utiliser ce temps pour inciter le patient à réfléchir sur ce qui nous à conduit à recourir à une telle mesure.
- Le séjour thérapeutique : Le traitement se met en place progressivement, d'abord individuel, il intègre ensuite la participation aux activités du service en fonction de son état clinique, laquelle renseigne l'équipe sur les capacités relationnelles et opératoires du patient dans des situations variées. Cette évolution doit aussi donner au patient des repères dans sa progression. L'ensemble des outils de l'USIP lui sera proposé en fonction de son besoin clinique, l'objectif étant un retour à un état clinique permettant la poursuite des soins sur le service d'admission d'origine.
- La préparation à la sortie : La durée du séjour étant courte, elle se conçoit très tôt, dans le maintien des liens avec l'équipe d'origine. Une première synthèse avec l'équipe est réalisée de façon systématique au bout d'un mois de prise en charge. D'autres contacts sont réalisés les semaines suivantes pour préparer la sortie et organiser le transfert. La sortie de l'USIP peut faire l'objet de recommandations sur la prise en charge du patient ou sur son orientation potentielle (demande d'UMD à réaliser par le secteur par exemple).

Le passage d'une étape à l'autre tient compte de l'évolution clinique du patient mais chaque phase se prolonge dans la suivante. Ainsi, l'évaluation initiale doit être revue à la lumière de l'observation du patient placé en situation nouvelle et notamment en interaction avec les autres (activités, sociabilité, etc.)

Il s'articule avec le service d'origine : Un travail de lien régulier avec l'unité de provenance du patient permet de ne pas assimiler l'admission en USIP à un rejet du patient. Il conditionne également la qualité du retour dans le service adresseur.

Il intègre la relation avec les familles : Celle-ci vise à maintenir les liens du patient, tenir compte de la dimension systémique, favoriser la réinsertion et donner lieu à une prise en charge spécifique en cas de drame familial.

2. Au Regard de l'Equipe :

Deux thèmes nous paraissent essentiels : la nécessité de maintenir une grande cohésion dans l'équipe et l'importance de la formation

a) La cohésion de l'équipe :

Quelque soit sa pathologie, le patient est confronté à un cadre strict et rigoureux qu'il peut chercher à attaquer en visant notamment la cohésion de l'équipe. De plus, les processus transférentiels gagnent ici à être diffusés sur une équipe. Cela pose la question de l'infirmier référent qui doit partager ses missions. En effet, si pour des raisons d'efficacité et de lien thérapeutique, l'option de la référence infirmière a été retenue, elle porte sur le dossier du patient tandis qu'au quotidien il faut considérer que toute l'équipe soignante et notamment infirmière est référente de chaque patient, en ce sens que chacun doit connaître sa problématique et pouvoir rendre compte de sa prise en charge. Par ailleurs, les réunions porteront non seulement sur les caractéristiques des patients mais aussi sur les interactions avec l'équipe et chaque attitude ou comportement au sein du personnel, chaque parole ou vécu doit pouvoir être analysé ensemble. En effet ceux-ci peuvent témoigner de phénomènes contre-transférentiels qui nous renseignent sur le fonctionnement du patient, sa relation aux autres, et permet de prévenir les dysfonctionnements relationnels et les actes de violence susceptibles d'en découler. Les situations difficiles pourront être suivies d'une intervention psychologique et faire l'objet de réunions de retour post-évènement.

b) La formation et la recherche :

La formation est un élément central dans le fonctionnement de l'USIP. Nécessaire à la prise en charge de patients particulièrement difficiles, elle doit permettre à chacun d'améliorer sa compréhension du patient et de participer aux soins suivant le domaine qui est le sien. L'analyse des pratiques est tout aussi nécessaire à une remise en question permanente.

Cette formation s'appuiera sur des ressources extérieures et portera notamment sur la question de la violence et sur les techniques de soins. Cependant, il est nécessaire de développer une formation permanente interne, qui impliquera chaque membre de l'équipe jusqu'aux stagiaires eux-mêmes. Ainsi, un temps sera consacré régulièrement, environ chaque mois, à un exposé portant sur un aspect de la problématique de l'USIP. Nous

pourrons également porter à contribution nos partenaires, et notamment le CHU, l'Université ou encore les différentes écoles. L'objectif est de créer un lieu d'échanges et de réflexion permanente, de fédérer les équipes autour d'un projet commun et de maintenir la motivation du personnel.

Cette formation s'accompagnera d'actions de recherche. L'USIP doit tenter de devenir un centre de ressources et d'expertise, au sein du pôle UMD-USIP.

D. Organisation des soins :

L'USIP est composée d'une unité de soins de 15 lits, mixtes, suivant un dispositif organisationnel horizontal. L'USIP s'inscrit dans le cadre d'un pôle UMD-USIP, localisée sur le même lieu géographique. Elles disposeront en commun de la zone d'activités et de thérapie médiatisée ainsi que du plateau technique à l'UMD.

1. Projet Thérapeutique Individualisé:

Le projet thérapeutique individualisé est le fruit d'une construction commune dans le cadre thérapeutique défini par le psychiatre référent. Il appartient à la mission même des soignants de rechercher l'adhésion du patient à son projet, de définir ses besoins, d'appréhender ses difficultés, d'élaborer un diagnostic et d'envisager une stratégie de soins qui sera régulièrement évaluée. Ce projet tente de mobiliser et de développer les ressources du patient, en l'aidant à prendre conscience de ses troubles du comportement et de ce qui les sous-tend, de façon à modifier son mode relationnel et à exprimer autrement sa souffrance éventuelle.

a) Le dossier du Patient :

Le projet thérapeutique individualisé s'inscrit dans le dossier patient informatisé. C'est un document unique vers lequel convergent l'information et l'activité de chacun, en complémentarité. Il est centré sur le projet de soin individualisé du patient.

b) La démarche de soins :

La démarche de soins et les transmissions ciblées font partie du projet de soins individualisés. Elles permettent la continuité des soins entre les professionnels et la cohésion dans la prise en charge du patient. Les réunions de synthèse hebdomadaires permettent l'évaluation et le réajustement des actions de soins au regard des objectifs définis dans le

projet de soins individualisés et de l'évolution du comportement du patient. L'analyse régulière des pratiques permet aux professionnels de se décentrer des situations et de confronter les éléments d'observation à la théorie, afin d'élaborer des hypothèses cliniques.

Les objectifs de soins porteront sur l'amélioration clinique du patient, sa prise de conscience des troubles, son appropriation du soin. Il s'agira, pour l'équipe soignante, de prévenir les situations de violence, le cas échéant d'y faire face en restant attaché à la dimension thérapeutique. Il conviendra de rechercher les facteurs précipitants, de proposer des comportements alternatifs, d'instaurer le respect des règles de vie, de soi et des autres. C'est en lien avec la démarche de soins que le règlement intérieur transmis au patient fixera des repères et des limites propices à l'amélioration des relations avec l'entourage.

c) L'infirmier référent :

L'infirmier référent est un soignant identifié par l'équipe de l'unité de soins et celle du service d'origine. Il est le pivot du soin, garant du suivi et de la cohérence du projet de soin individualisé, mais jamais seul à tenir cette responsabilité. La notion d'équipe, la responsabilité individuelle et collective restent fondamentales pour assurer la réalisation des soins individualisés.

Il favorisera la continuité de la prise en charge à travers le lien entre les professionnels, l'USIP et le service d'origine du patient et la famille

d) Le contrat de soins :

Ce « contrat » prend ici une valeur particulière. En effet, par définition, le comportement du patient à l'origine de l'admission traduit une rupture du lien thérapeutique le plaçant, lui et le service qui nous l'adresse, dans une impasse thérapeutique. Chacun risque de se figer dans des positions qui se renforcent mutuellement, celles de l'agression et de la contrainte. L'USIP doit aider le patient à prendre conscience de ses troubles, de la pathologie sous-jacente, des facteurs qui y contribuent, afin de devenir partie prenante de la prise en charge thérapeutique. Le principe du contrat de soins constitue donc un élément clef présenté très tôt au patient de façon à sortir ensemble de l'impasse thérapeutique, mais la contractualisation elle-même ne s'impose pas, elle nécessite d'un côté le temps de l'évaluation et de l'autre celui de son appropriation.

Le psychiatre référent et le patient s'accordent alors sur des objectifs de soins connus et partagés par l'ensemble de l'équipe soignante, ainsi que sur les moyens à mettre en œuvre.

2. Les activités :

Les activités proposées couvrent plusieurs domaines : ergothérapie, thérapie médiatisée, activités physiques et sportives, psychomotricité, etc. Elles sont mises en place sur prescription médicale. Leur planification et la structuration des groupes permettent une rotation des patients propice au maintien d'un climat social serein.

Ces activités peuvent être pratiquées dans les salles d'activité au sein de l'unité, dans celles du pôle USIP-UMD, voire dans d'autres zones de l'établissement. Elles sont réalisées et encadrées par les soignants de l'unité, potentiellement soutenu par des soignants spécialisés (psychomotriciens...).

3. Les sorties thérapeutiques :

Sous la forme de sorties de courte durée (article L3211-11-1 du Code de la Santé Publique), elles ont pour but l'évaluation du patient dans un environnement autre que l'USIP. Situées en fin de prise en charge, elles peuvent se faire sous la forme d'un repas à l'extérieur, d'un accompagnement en ville ou autre. Elles restent exceptionnelles au vu de la durée courte du séjour, du motif d'admission lié au besoin de soins intensifs.

4. Le dispositif de sécurité :

Chaque membre du personnel est formé à la gestion de crise et de violence.

Dans le cadre de la prévention et de la gestion des situations de violence un dispositif de renfort est organisé pour chaque poste de travail par l'encadrement.

Chaque professionnel dispose d'un système d'appel et de localisation (DATI). Ce dispositif, géré depuis le « PC » (24 heures sur 24), permet d'être rapidement repéré et à tout moment, de faire appel à l'équipe de renfort.

Les mesures de sécurité s'appliquent également à toute la logistique (ménage, livraisons, etc.…), et sont organisées en dehors de la présence des patients sauf cas exceptionnels.

Des modalités d'accès et de sorties à l'Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) de la Fondation du Bon Sauveur d'Alby seront définies pour les personnels de la Fondation du Bon Sauveur et les prestataires de service. Une procédure « Accès et sorties de l'USIP des personnels et des prestataires de service » sera d'ailleurs spécialement créée.

5. Les Réunions et regroupement d'équipe :

Plusieurs réunions de travails sont prévues au sein du service, à la fois pour améliorer le fonctionnement de l'unité mais aussi pour perfectionner la pratique et le savoir-faire des intervenants :

- Réunions de synthèse : l'équipe pluridisciplinaire se réunit pour élaborer le projet thérapeutique de chaque patient, puis pour le réévaluer afin d'apporter les ajustements nécessaires.
- Réunions flashs : Points pluri-hebdomadaires pour suivre au plus près l'état du patient, échanger au sein de l'équipe et ajuster la stratégie thérapeutique
- Réunion de fonctionnement : ouverte à toute l'équipe, c'est un espace de réflexion sur le fonctionnement dans l'inter-professionnalité. Elle permet d'évaluer notre façon de travailler et d'apporter les modifications nécessaires par consensus d'équipe pour une meilleure qualité des soins. L'ordre du jour est établi par avance et d'accès libre à l'ensemble des personnels ; un compte-rendu est rédigé après chaque réunion.
- Synthèses avec les équipes des établissements d'origines du patient : ces réunions permettent à l'admission de travailler sur les bases du projet de soin, à mi-séjour de réaliser une synthèse tout en renouvelant le projet de soin et en fin de séjour de préparer la sortie.
- Réunions de retour post-évènement : ces réunions permettent de faire un état des lieux avec une lecture critique des situations de violence sur l'unité. Elles supposent la révision du fonctionnement, de la sécurité mais aussi la réflexion autour de la problématique liée au patient à ce moment présent (facteur déclenchant... etc...)
- Représentation au conseil de service.
- Formation interne, dont cours cliniques réguliers et analyses pratiques

6. Communication et information en direction du patient :

Le patient bénéficie des droits à l'information sur son état mais aussi sur le fonctionnement du service. Par exemple, il lui sera proposé :

- Présentation du service, remise du livret d'accueil,
- Présentation de la charte du patient hospitalisé,
- Règlement intérieur de l'USIP,
- Mise en œuvre du projet de soin individualisé,
- Bilan de synthèse et préparation à la sortie
- Groupe de paroles,
- Information sur le passage de l'aumônerie.

PROJECTION DANS L'AVENIR

La création d'une nouvelle USIP sur notre région va redéfinir l'organisation des soins psychiatriques pour les secteurs concernés, notamment les secteurs du Midi-Pyrénées, puisque le Languedoc-Roussillon bénéficie déjà de ce type de structure. L'ouverture de cette unité devrait avoir lieu vers les années 2020/2021.

Le premier impact sera principalement local puisque la création de l'USIP s'inscrit dans le cadre du nouveau projet d'établissement du Bon Sauveur d'Alby. Alors que les secteurs d'hospitalisations albigeois observeront une diminution du nombre de lits sur leurs unités d'hospitalisations classiques, ouvertes ou fermées, ils pourront cependant s'appuyer sur une nouvelle possibilité d'orientation pour leurs patients. Les détenus, habituellement hospitalisés sur les secteurs à défaut de place sur l'UHSA, seront à l'avenir orientés vers l'USIP. Cela permettra d'améliorer la prise en charge qui leur est proposée, en évitant des situations qui peuvent s'avérer inadaptées à leur état clinique et à leur statut. Les unités d'hospitalisations classiques sectorielles ne devraient ainsi plus avoir de patients détenus hospitalisés en urgence en leur sein. De plus, les praticiens exerçant sur les unités d'admissions pour patients sous contraintes pourront aussi s'appuyer sur une unité de soin intensive réactive pour les patients difficiles et admissibles au vu de leur état clinique.

Le second impact, toujours local, s'inscrira dans un fonctionnement de pôle avec l'UMD d'Albi. En effet, comme nous avons pu le voir, l'UMD d'Albi reçoit de nombreuses demandes en provenance de sa région d'implantation (ou en l'occurrence du Midi-Pyrénées). Certaines de ces sollicitations, une majorité d'ailleurs, pourraient finalement être des orientations vers une USIP dans un premier temps, plutôt que vers une UMD, plus lourde et dont les indications sont logiquement plus restreintes. Avec l'ouverture d'une USIP, l'UMD aura ainsi la possibilité à la fois de se recentrer sur sa mission initiale et privilégiée mais pourra en complément guider les secteurs demandeurs en leur proposant une solution plus adaptée pour leurs patients. Chaque unité aura son propre rôle à jouer auprès des patients qui leurs sont adressés.

A l'échelon régional, ou plus précisément au niveau de la moitié ouest (Midi-Pyrénées) de notre nouvelle région, de nombreux secteurs et hôpitaux spécialisés seront impactés positivement. Comme pour les secteurs albigeois, ils auront accès à cette diversification de l'offre de soins pour leurs patients difficiles dans un secteur géographique proche, contrairement aux possibilités antérieures, où le patient pouvait être transféré dans une USIP, mais dans une région plus éloignée. Au delà même du transfert de ces patients, les équipes de soins pourront aussi s'appuyer sur les équipes du futur pôle UMD-USIP de leur région, pour obtenir des avis consultatoires sur les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien, au niveau clinique ou thérapeutique.

Concernant la filière de soins des détenus, alors qu'au niveau local l'organisation semble être définie, nous envisageons l'ouverture de discussions avec nos confrères de l'UHSA de

l'hôpital Marchant à Toulouse, pour travailler ensemble sur le parcours de soin du patient difficile. En effet, comme nous avons pu en discuter dans ce travail, l'UHSA, malgré ses moyens, peut se retrouver en difficulté quand les patients présentent des états cliniques très intenses avec des troubles du comportement majeurs. En pratique, la solution actuellement privilégiée reste le transfert en UMD. A l'avenir, une orientation en USIP en première intention, si cette dernière est indiquée, pourrait être proposée aux équipes de soins de l'UHSA, plutôt qu'un transfert en UMD. Cependant, ce système pourrait trouver sa limite dans les dispositions légales d'organisation des soins pénitentiaires, encadrant précisément les possibilités de soins ou de transferts pour les patients détenus. En effet, l'USIP n'ayant pas d'existence légale, les textes de lois ne lui prévoient actuellement pas de place spécifique.

L'USIP d'Albi n'a pas à vocation de prendre la place du secteur. Elle reste une unité de soins intensifs qui s'inscrit dans le parcours du soin du patient de façon ponctuelle quand les indications sont remplies. L'objectif n'est pas de créer une structure d'accueil des patients nécessitant des séjours de ruptures, il sera important pour les équipes de l'USIP de maintenir les objectifs de soins envisagés à la création de l'unité.

En terme de zone de recrutement géographique, les moyens de l'USIP, qui reste une petite unité de 15 lits, pourrait être insuffisants pour subvenir aux besoins de l'ensemble du Midi-Pyrénées. Nous nous gardons la possibilité de redéfinir notre zone d'intervention en fonction des besoins que nous analyserons après l'ouverture de l'unité. Une autre USIP pourrait ainsi être nécessaire afin de conserver une offre de soin équilibrée et proche sur l'ensemble de la région Occitanie ; elle pourrait ainsi trouver sa place dans un département à l'opposé du Tarn et d'Albi, selon bien évidemment le besoin et les moyens.

Alors que notre objectif reste de proposer sur notre région une offre de soin adaptée et viable pour les patients, détenus ou non, cette question reste valable sur l'ensemble du territoire français. Comme nous avons pu le voir, il existe déjà de nombreuses USIP dans divers départements, dont certaines ont ouverts au cours des dernières années. Ce système a montré son utilité en France, comme à l'étranger, permettant d'espérer une généralisation de ces unités sur l'ensemble du territoire et la rédaction d'un cadre légal commun. Cette dernière semble nécessaire pour officialiser et simplifier le fonctionnement de ces unités, aux yeux des secteurs, des unités sécurisées mais avant tout des patients et de leur famille.

Un temps sera consacré à la rencontre des secteurs pour tisser des liens, nécessaires à la bonne marche du système, mais surtout pour leur expliquer le rôle et le fonctionnement de cette nouvelle unité.

Enfin, l'USIP aura aussi un objectif de formation et de recherche, aux côtés de l'UMD, afin de toujours améliorer les connaissances cliniques et thérapeutiques mais aussi le savoir-faire des équipes de soins psychiatriques. Le rapprochement avec d'autres unités de ce type ou des CHU (Centres Hospitaliers Universitaires), notamment le CHU de Purpan à Toulouse, seront favorisées pour parfaire ce travail et atteindre ces objectifs.

CONCLUSION

L'inscription du patient difficile dans le système de soin actuel n'est pas encore résolue. Les pistes de travail sont réelles et encourageantes, sans pour autant résoudre l'ensemble de la problématique. Il existera toujours des patients difficiles, dont les prises en charges dépasseront nos capacités, nous confrontant ainsi directement à nos propres limites. L'humilité reste ainsi un point essentiel dans notre spécialité, notamment lorsque nous prenons en charge ce type de patient.

Cependant, nous espérons que la création d'une nouvelle USIP sur notre région permette à la fois de soutenir les unités psychiatriques sécurisées déjà existantes, pour qu'elles puissent se focaliser sur leurs missions propres, mais aussi d'offrir aux secteurs une solution réactive et proche pour ces patients, testant chaque jour la robustesse de nos équipes. Il sera ainsi primordial d'étudier l'impact de cette nouvelle structure sur les patients, les soignants mais aussi sur le système de soin du Midi-Pyrénées.

Alors que l'association nationale des USIP, créée il y a plus de 10 ans, n'a toujours pas obtenu de législation commune encadrant le fonctionnement de ces unités, il est logique de songer que l'avenir reste incertain. Cette vision est confortée par l'histoire de la psychiatrie lorsque l'on évoque les soixante-seize années d'attente avant la mise en place d'un règlement pour les UMD ou les évolutions budgétaires de notre discipline. Néanmoins, l'apport bénéfique, que ce type d'unité peut amener, renforce l'idée que la société devrait logiquement suivre l'évolution de notre spécialité, en renforçant les aménagements positifs du système, comme cela peut être le cas avec le développement des structures ambulatoires lors de ces dernières années.

Cependant deux sujets de réflexion, se recoupant mutuellement, restent essentiels. Il s'agit de la question des indications d'orientation dans une unité sécurisée, mais surtout de l'interrogation sur la place de ce type d'unité dans le système de soin.

Alors que les indications peuvent paraître évidentes en théorie, la complexité de la clinique psychiatrique peut amener des ambigüités importantes. C'est par exemple le cas de la dangerosité. Elle a bénéficié de nombreux écrits et recherches sur le sujet, et ce dans plusieurs domaines, juridiques, sociologiques ou psychiatriques, sans pour autant permettre de l'éclaircir, la simplifier ou la quantifier.

Par extension, les difficultés de choix d'orientation des patients s'imposent aux praticiens, comme ils s'imposent aux unités sécurisées. Nous rappelons que cette notion de dangerosité a disparue de la définition des UMD depuis plus d'un an. Ces dernières sont devenues, à proprement parler, des unités de soins intensifs, mais qui gardent implicitement leur place pour les patients dangereux. Ce changement renforce le flou sur la distinction entre UMD et USIP ; d'autant plus que les USIP ne bénéficient pas encore de statut légal spécifique et que leurs fonctionnements sont très hétérogènes sur le territoire national, n'aidant pas à la reconnaissance de ce système.

Ainsi, nous pouvons nous demander quel est le rôle attendu des unités sécurisées ? Quelle est la place du patient difficile dans le système de soin ?

Il est primordial pour les patients, que l'offre de soin soit la plus complète possible permettant des prises en charge adaptée en fonction de l'état clinique perçu. Un travail sur la clarification et le rôle de chacune des unités sécurisées doit être réalisé. Les USIP ont leur place dans le système, mais elles doivent y rester, en respectant leur rôle et leur mission. Il est nécessaire de garder à l'esprit qu'une USIP est une unité réactive de soins intensifs psychiatriques de courte durée, pour des patients en présentant l'indication ponctuellement. Elles ne doivent pas s'y soustraire, ni jouer le rôle de secteur, d'UHSA ou d'UMD.

Définir le patient difficile ainsi que le système de soin dans lequel il évolue, tout en soutenant les secteurs psychiatriques, restent des priorités dans l'avenir, pour améliorer le pronostic et l'état de santé de ces patients. C'est aussi cela le rôle des unités sécurisées.

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

E. SERRANO

5.09.2017

Vu le président du jury

Professeur Christophe ARBUS
Professeur des Universités - Praticien Hospitalier
SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE
ET PSYCHOLOGIE MÉDICALE
CHU TOULOUSE - 330, avenue de Grande-Bretagne
TSA 70034 - 31059 TOULOUSE CEDEX 9
N° FINESS : 31 002 507 7 - N° RPPS : 10002909538

30/08/17.

BIBLIOGRAPHIE

1. Senninger JL, Fontaa V. Les unités pour malades difficiles. Observatoire de la violence psychiatrique. Paris : Heures de France; 1994.

2. Kottler C, Gouyon J, Senninger JL et Robbe G. Unités pour malades difficiles. Encycl Méd Chir (Elsevier Masson, Paris), Psychiatrie, 37-952-A-10,1998, 5p.

3. Hochmann J. Histoire de la psychiatrie. Que sais-je ? Réimpression de la première édition. Paris : Presses Universitaires de France; 2004.

4. Azoulay M. Cent ans de prise en charge à l'unité pour malades difficiles Henri Colin : Quelles évolutions? Quelles perspectives ? [Thèse]. Paris : Université Paris-Diderot - Paris 7; 2012. 339 p.

5. George MC, Tourne Y. Le secteur psychiatrique. Que sais-je ? Première édition. Paris : Presses Universitaires de France; 1994.

6. Code Pénal de 1810, article 64 (abrogé par Loi n°92-1336 du 16 décembre 1992).
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006490631&cidTexte=LEGITEXT000006071029&dateTexte=19940228

7. Lanteri-Laura G. Pathologie mentale et droit pénal : un regard rétrospectif. J Fr Psychiatr. 2001/02;13:29-31.

8. Andrieux-Lafaye ED. Evolution de la population masculine d'un service de sureté : Le Service Henri Colin de l'Hôpital Psychiatrique de Villejuif (1954-1974). [Thèse]. Paris : Université Paris Val de Marne - Créteil; 1976. 94 p.

9. Brierre de Boismont A. De la nécessité de créer un établissement spécial pour les aliénés vagabonds et criminels. Ann Méd Psychol. 1846; 08:118-21

10. Hurel PA. Le quartier des condamnés aliénés annexé à la maison centrale de Gaillon, E. Donnaud; 1877.

11. Fau-Vincenti V. Le concept « d'aliéné difficile » à la source des UMD. Santé mentale; Janv 2011, 154:14-17

12. Colin H. Le quartier de sûreté de Villejuif (aliénés criminels, vicieux, difficiles, habitués des asiles). Ann Méd Psychol. 1912; 02:370-391

13. Le Bihan P. Les Unités pour malades difficiles. In : Senon JL, Jonas C, Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Issy-les-Moulineaux : Elssevier Masson SAS; 2013. p. 39-42

14. Circulaire N° 210 relative à la réorganisation de l'assistance psychiatrique, 2 Sept 1946.

15. Circulaire ministérielle n°109 du 5 juin 1950 relative aux services pour malades mentaux difficiles, 5 Juin 1950.

16. Circulaire relative à la préparation du troisième plan d'équipement sanitaire (années 63 et suivantes), 2 Fév 1960.

17. Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. 15 Mar 1960.

18. Décret n° 86-602 du 14 Mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique (abrogé par le décret du 26 juillet 2005).
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000522452&categorieLien=cid

19. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation (1). Paris : JORF. 30 Juin 1990;150:7664 (Version initiale du 27 Juin 1990).
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000349384&categorieLien=id

20. Senon JL, Jonas C, Voyer M. Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 « relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » Ann Méd Psychol. Avr 2012; 170(3):211-215

21. Cordier B. Irresponsabilité psychiatrique de l'article 122-1 du nouveau code pénal. Encycl Méd Chir (Elsevier Masson, Paris), Psychiatrie, F37-902-A-10,1998, 2p.

22. Nouveau Code Pénal du 1er Mars 1994, article 122-1 (version consolidée au 21 Juin 2010).
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20100629

23. Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales (1), article 17. Paris : JORF. 17 Août 2014;0189:13647
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029362502&dateTexte=20150831

24. Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental (1).
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000018162705

25. Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles.
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006072816&

26. Barres M, Fuchs D. Les Unités pour malades difficiles. Paris : Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale; Sept 1990.

27. Masse G. La psychiatrie ouverte. Une dynamique nouvelle en santé mentale. Rapport au ministre de la Santé. Rennes : ENSP, 1992.

28. Bordier J. La psychose de Pau. Express [Internet]. Janv 2005 [consulté le 30 Août 2015].
Disponible sur :
http://www.lexpress.fr/actualite/societe/justice/la-psychose-de-pau_487455.html

29. Douste-Blazy P. Plan Santé Mentale 2005-2008. Paris : Ministère de la Santé et de la protection Sociale. Fév 2005.
Disponible sur :
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

30. Piel E, Roelandt JL. De la Psychiatrie vers la Santé Mentale. Paris : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Juil 2001.

31. Prieur C. La psychiatrie française va de plus en plus mal. Le Monde [Internet]. 20 Nov 2008, mis à jour le 02 Déc 2008 [consulté le 30 Août 2015].
Disponible sur :
http://www.lemonde.fr/societe/article/2008/11/20/la-psychiatrie-francaise-va-de-plus-en-plus-mal_1120942_3224.html

32. Sarkozy N. Déclaration de M. Nicolas Sarkozy, Président de la République, sur la réforme de l'hôpital psychiatrique, notamment la prise en charge des patients à risque. Antony. 2 Déc 2008.
Disponible sur :
http://discours.vie-publique.fr/notices/087003805.html

33. Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Paris : JORF. 6 Juil 2011;0155(1):11705 (version initiale du 5 Juil 2011)
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024312722&dateTexte&categorieLien=id

34. Le Bihan P, Salvetti M, Bénézech M. Application de la loi du 5 juillet 2011 en Unité pour malades difficiles. Ann Méd Psychol. 2012; 170:714-719

35. Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Paris : JORF. 19 Juil 2011;0165(7):12375 (Version initiale modifiée le 1 Août 2011).
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024374063&dateTexte=20150831

36. Conseil Constitutionnel. Décision n°2012-235 QPC du 20 avril 2012. Paris: JORF. 21 Avr 2012; 78:7194.
Disponible sur :
http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2012/2012-235-qpc/decision-n-2012-235-qpc-du-20-avril-2012.105519.html

37. Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (1). Paris : JORF. 29 Sept 2013;0227:16230.
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2013/9/27/AFSX1317654L/jo#JORFSCTA000027996637

38. Tamburini S. Une nouvelle loi sur la psychiatrie... qui en annonce une autre. Macsf [Internet]. Paris : Macsf. 15/10/2013.
Disponible sur :
https://www.macsf.fr/vous-informer/organisation-des-soins/relation-patient-soignant/nouvelle-loi-sur-la-psychiatrie.html

39. Cordier Caroline. Un nouveau projet de décret réglemente le fonctionnement des UMD privées de statut législatif. Hospimedia [en ligne]. 19 Nov 2015 [consulté 23 nov 2015]. Disponibilité sur Internet :
http://abonnes.hospimedia.fr/articles/

40. Décret n° 2016-94 du 1er février 2016 portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Paris : JORF n°0028 du 3 février 2016, texte n° 20.
Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/2/1/AFSH1521148D/jo/texte

41. Conseil d'Etat. Arrêt du 17 mars 2017 n°397774. Paris : 17 mars 2017.
Disponible sur :
http://bo-npa.fr/sites/default/files/article-files/ce_17mars_397774.pdf

42. Loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 portant réforme de certaines professions judiciaires et juridiques.
Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006068396#LEGIARTI000006902799

43. Russick M. Unité pour malades difficiles et ritualisations. Souffles. Jan 2013; 206:1-17.

44. Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de la Justice. Circulaire interministérielle N°DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Paris : le 30 oct 2012.
Disponible sur :
http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2012/11/cir_36019.pdf

45. Senon JL, Manzanera C. Organisation et articulation des soins dans le champ médico-légal entre psychiatrie publique et justice. In : Senon JL, Lopez G, Cario R et al. Psychocriminologie. Paris: Dunod; 2012. p.211-45

46. Laurencin G. Organisations des soins psychiatriques en milieu pénitentiaire. In : Senon JL, Jonas C, Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson SAS; 2013. p. 27-34

47. Arrêté du 20 juillet 2010 relatif au ressort territorial des unités spécialement aménagées destinées à l'accueil des personnes incarcérées souffrant de troubles mentaux. Paris : JORF n°0175 du 31 juillet 2010, texte n°28.
Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022630490&dateTexte=&categorieLien=id

48. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-mer, des Collectivités territoriales et de l'Immigration, Ministère de la Justice et des Libertés. Circulaire Interministérielle DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Paris : le 18 Mar 2011.
Disponible sur :
http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2011/11-05/ste_20110005_0100_0076.pdf

49. Manzanera C, Senon JL. Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire : organisation, moyens, psychopathologies et réponses thérapeutiques Ann Mé Psychol. 2004 ; 162 : 686–699

50. Haegeman N. Création de l'Unité d'Hospitalisation Spécialement Aménagée de Nancy. Nancy : Université de Lorraine ; 2012. 257p.

51. Amor P. Rapport devant le conseil supérieur de l'administration pénitentiaire. Séance du 30 juillet 1946.

52. Basse F, Basse E, Muller C, Paniel A. La maison centrale sanitaire de Metz. Soins Psychiatr. 1990 ; 116-117:38-41

53. Code de procédure pénale, article D398 (Version du 29 Déc 2010).
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006071154&idArticle=LEGIARTI000006516294&dateTexte=&categorieLien=cid

54. Hivert P. Psychiatrie en milieu carcéral. Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), psychiatrie, 37-889-A-10, 1982 ; 1-6

55. Michel L, Brahmy B. Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire. Guides professionnels de santé mentale. Paris : Heures de France, 2005.

56. Baron-Laforet S et Brahmy B. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Psychiatrie, 37-953-A-10, 1998, 9p.

57. Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=45AD69244AFB85713BFF585D0DEC1BF7.tpdila11v_3?cidTexte=LEGITEXT000006072823&dateTexte=29990101

58. Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, Chapitre II.
Disponible sur :
http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000728979

59. Loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002. Article 48.
Disponible sur :
https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000775140

60. Le Bihan P, Pagès C, Naudet JB, Esfandi D, Roure L, Weiss P. Places des unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) dans le dispositif de soins. Ann Méd Psychol. 2009;167:143-147

61. Barbier S. Présentation des USIP. Journée Inter-USIP. 3 Juin 2015; France, Lyon, CH Le Vinatier. Présentation sous format vidéo.

62. Le Bihan P, Esfandi D, Pagès C, Thébault S, Naudet JB. Les unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) : expériences françaises et internationales. Médecine & Droit. 2009 ; 138-145

63. Beer MD, Pereira S, Paton C. Psychiatric Intensive Care. Second Edition. Cambridge : Cambridge university press ; 2008.

64. Ragonnet L. Etats des lieux des unités de soins intensifs psychiatriques en France. Caen : Université de Caen ; 2009. 121p.

65. Le Bihan P, Benazzouz M, Floris E, Gerard H. L'unité psychiatrique intersectorielle départementale : l'expérience d'une unité de soin contenante en Gironde. Inf Psychiatr. 2005;81:243-253

66. Bouchard JP, Babin H, Lapaquellerie B, Gerard H. La prise en charge des patients perturbateurs ou le difficile compromis entre politique, le secteur et le mythe de l'enfermement. Synapse. 1993 ; 101.

67. Gerard H, Dupain-Jourdain N, Delaunay V. La prise en charge des patients « perturbateurs » ou le difficile compromis entre politique de secteur et le mythe de l'enfermement. Inf Psychiatr. 1993;69(7). 4p.

68. Caperan R. A propos d'une unité de malades agités et perturbateurs (UMAP) Synergie institutionnelle. Inf Psychiatr. 1997;73(6):535-545

69. Deguillaume A. Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques en France : Étude descriptive sur leurs missions, leurs modalités de prise en charge et leur intégration dans le réseau de soin. Bordeaux : Université de Bordeaux ; 2017.

70. Hazam A, Le contrôleur général des lieux de privation de libertés. Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Dalloz. 2016. 122p.

71. Senninger JL, Fischer D. Le malade difficile, victime de la sectorisation psychiatrique. Nervure, Déc 1997/Jan 1998; X(9):23-27

72. Cujo P, Desseigne J, Horassius M, Koechlin P. Le secteur et les maladies difficiles. Inf. psychiatr. Fév 1978; 54(2):127-33

73. Gerard H, Gaussares C. L'unité pour malades difficiles : quelle place, quel devenir dans la mouvance de la "psychiatrie au tournant ?" Inf. psychiatr. 1988;64:291-96

74. Vacheron MN. Prise en charge au long cours des états psychotiques complexes ou difficiles. Enchéphale. 2009;5:S155-S159

75. Senon JL. Troubles de la personnalité et psychiatrie face au courant d'insécurité de la société : de la nécessité de penser le champ du soin face aux peurs collectives. Inf Psychiatr. 2008;84(3):214-247

76. HAS, Ministère de la Santé et des Solidarités. Audition publique : prise en charge de la psychopathie. Rapport d'orientation. Paris : Mai 2006. 67 p.

77. Senon JL, Jonas C. Expertise psychiatrique pénale. EMC – Psychiatrie 2017 ;14(3) :1-10 [Article 37-902-A-10]

78. Burgelin JF. Santé, justice et dangerosité : pour une meilleure prévention de la récidive. Rapport de la commission santé-justice. Paris : Juil 2005. 193 p.

79. HAS. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant une schizophrénie ou des troubles de l'humeur. Synthèse bibliographique. Paris : Décembre 2010. 202p.

80. Voyer M. Dangerosité et maladie mentale. In : Senon JL, Jonas C, Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Issy-les-Moulineaux : Elssevier Masson SAS; 2013. p. 369-376

81. Senon JL, Manzanera C, Dubreucq JL. Violence et troubles mentaux. In : Senon JL, Lopez G, Cario R et al. Psychocriminologie. Paris: Dunod; 2012. p.211-45

82. Weiss P, Arques V. Image de la violence dans un hôpital psychiatrique : pour un projet d'unité de soins et surveillance intensive. Synapse. 2001;181:21-26

83. Senon JL, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? L'Information Psychiatrique. 2006 ; 82(8):645-652

84. Bordas R, Bui E, Very E, Rodgers R, Schmitt L. Predicting inpatient violence in a Psychiatric Emergency Service using a French version of the Brøset-Violence-Checklist: a prospective cohort study. 7th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. 19-22 Oct 2011 ; Prague. 12:205-211

85. Bonnet S, et al. Insight et dangerosité psychiatrique : revue de la littérature. Encéphale (2016), http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2016.01.010

86. Lafleur V, Auclair N, Léveillée S, Millaud F. L'utilisation des instruments d'évaluation du risque de violence. In : Senon JL, Jonas C, Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Issy-les-Moulineaux : Elssevier Masson SAS; 2013. p. 355-360

87. Barrata A, Senninger JL, Aroudj S. Les auteurs de violences sexuelles en unité pour malades difficiles. Ann Med Psycho. 2013;171:513-517

88. Senon JL, Voyer M, Davignon G. Evaluation de la dangerosité : données historiques et contextuelles. In : In : Senon JL, Jonas C, Voyer M. Psychiatrie légale et criminologie clinique. Issy-les-Moulineaux : Elssevier Masson SAS; 2013. P.349-353

89. Albernhe T, Dextreit J, Amic F., Merlin L. Evolution de la population dangereuse d'un service psychiatrique de sûreté. Psychol. Méd. 1990; 14:1487-90

90. Defranoux L, Huck F, Senninger JL. Réflexions à propos des unités pour malades difficiles. Rev. fr. psychiatr, Avr 1989;7(4):40-5

91. Triebsch F, Sébille A, Horrach P, Bujon-Pinard P, Weisse C. Le concept de malade difficile face aux évolutions récentes de la psychiatrie. Synapse. Déc1996, 131:29-32

92. Benezech M, Vankeirsbick D, Addad M, Bourgeois M. Les malades mentaux difficiles et/ou dangereux. Enquête criminologique sur 547 sujets placés d'office de 1967 à 1976 au service de sûreté de Cadillac. Ann Méd Psychol. 1977; 2(4):641-75

93. Kottler C, Gouyon J. UMD Mode d'emploi, Forensic, 1997;15:3-11

94. Bodon-Bruzel M. Psychiatrie en milieu pénitentiaire. EMC - Psychiatrie 2013;10(1):1-17 [Article 37-953-A-10].

95. Fraysse J. Question N° 707, Question publiée au JO de l'assemblée nationale. Le : 10/07/2012. Page : 4295
Disponible sur :
http://questions.assemblee-nationale.fr/q14/14-707QE.htm

96. Garriaud-Maylam J. Question N°26213, question publiée dans le JO du Sénat. Le : 08/02/2007. Page : 277
Disponible sur :
https://www.senat.fr/basile/visio.do?id=qSEQ070226213&idtable=q179555&_nu=26213&rch=qs&de=20070205&au=20070216&dp=20+ans&radio=deau&aff=sep&tri=dd&off=0&afd=ppr&afd=ppl&afd=pjl&afd=cvn

97. Vaaler AE, Morken G, Flovig JC, Iversen VC, Linaker OM. Effets of a psychiatric intensive care unit in an acute psychiatric departement. Nord J Psychiatry. 2006; 60:144-149

ANNEXES

Listes des annexes :

1) Questionnaire pour le recueil de témoignage
2) Résultats complémentaires du recueil de témoignage
3) Questionnaire de l'analyse des demandes d'admissions à l'UMD d'Albi
4) Plan de l'unité Saint Bernard (service admission fermé) initial avant travaux de restructuration pour une transformation en USIP
5) Plan de l'USIP après restructuration possible de l'unité Saint Bernard
6) Estimation des besoins en termes de locaux et de surface pour la construction d'une USIP en cas de construction neuve

Annexe 1 : Questionnaire pour le recueil de témoignages

Recueil de témoignage pour le projet USIP
Recueil téléphonique

CADRE DE LA THESE

Enquête de besoin concernant la prise en charge des patients difficiles dans les services sectoriels

INTERLOCUTEURS

Chef de service, médecin référent ou médecin exerçant dans des services sectoriels ou intersectoriels fermés, voire ouverts (accueillant des patients sous contrainte).
Région : Midi-Pyrénées.

PRESENTATION

Interne en psychiatrie, expérience en secteurs, expérience à l'UMD, recueil témoignage sur les patients difficiles, retour sur les expériences et besoins régionaux dans les 5 dernières années.

QUESTIONNAIRE

1) Connaissez-vous bien les trois structures suivantes : UHSA, USIP, UMD ? *(oui/non, pour chaque structure)*

   - UHSA
   - USIP
   - UMD

2) Avez-vous déjà eu dans votre service des patients mettant en grande difficulté vous-même ou vos équipes de soins depuis 2012 ? *(oui/non)*

   a) **Si oui**, combien de patients ? *(chiffres)*
   b) Quel était le nombre de femmes? *(chiffres)*
   c) Quel était le nombre de mineurs ? *(chiffres)*
   d) Quel était le nombre de détenus ? *(chiffres)*

3) Quelles étaient les difficultés rencontrées ? (*oui/non, spécifiez pour chacun des cas et pour chaque patient)*

- Hétéro-agressivité?
- Auto-agressivité ?
- Agitation-destruction ?
- Perturbation du service ?
- Fugue ?
- Contrainte architecturale et/ou organisationnelle ? (ouvert, semi-ouvert, seul service du CHS pour un patient ciblant un membre du perso, etc.)
- Résistance au traitement ?
- Isolement continu (sur plusieurs jours voire semaines) ?
- Autres ? *(à préciser)*

4) Quelles étaient les pathologies principales diagnostiquées de ces patients ? *(oui/non spécifiez pour chacun des cas et pour chaque patient)*

- Psychose schizophrénique ?
- Psychose non schizophrénique ?
- Episode psychotique aigu ?
- Trouble de l'humeur ?
- Trouble du développement ?
- Retard mental ?
- Trouble de la personnalité dyssociale ?
- Trouble de la personnalité borderline ?
- Trouble de la personnalité paranoïaque ?
- Autre ? *(à préciser)*

5) Avez-vous transféré ces patients/patientes ? (*oui/non*, précisez pour chaque patient) *(Répondre ensuite pour chaque patient : oui/non pour chaque structure et les questions suivantes en découlant)*

- **Si oui :**

a) Est-ce vers une UMD ? *(oui/non, pour chaque patient transféré)*

- **Si oui,** avez-vous rencontré des difficultés ? *(oui/non, puis spécifiez pour chacun des cas)*
  - Mineur
  - Femme
  - Eloignement
  - Indication
  - Délai
  - Lourdeur administrative
  - Autre *(à préciser)*

b) Est-ce vers une USIP ? *(oui/non, pour chaque patient transféré)*

- **Si oui,** avez-vous rencontré des difficultés ? *(oui/non, puis spécifiez pour chacun des cas)*
  - Mineur
  - Femme
  - Eloignement
  - Indication
  - Délai
  - Lourdeur Administrative
  - Autre *(à préciser)*

c) Est-ce vers une UHSA ? *(oui/non, pour chaque patient transféré)*

- **Si oui,** avez-vous rencontré des difficultés ? *(oui/non, puis spécifiez pour chacun des cas)*
  - Mineur
  - Femme
  - Eloignement
  - Indication
  - Délai
  - Lourdeur Administrative
  - Autre *(à préciser)*

d) Est-ce vers un autre service : *(oui/non, pour chaque patient transféré)*

- Lequel ?

- **Si non :**

a) Avez-vous réalisé une demande de transfert en UMD : *(oui/non, spécifiez pour chacun des cas)*

- **Si non**, pourquoi ? (oui/non)
  - indication,
  - méconnaissance de la structure,
  - éloignement,
  - autre *(à préciser)*

- **Si oui**, quel est le motif d'absence de transfert en UMD ? (oui/non)
  - indication,
  - femme non admise,
  - mineur non admis,
  - délai trop long
  - éloignement
  - autre *(à préciser)*

b) Avez-vous réalisé une demande de transfert en USIP ? *(oui/non, spécifiez pour chacun des cas)*

- **Si non**, pourquoi ? (oui/non, *spécifiez pour chacun des cas*)
  - indication,
  - méconnaissance de la structure
  - éloignement,
  - autre *(à préciser)*

- **Si oui**, quel est le motif d'absence de transfert en USIP ? (oui/non, *spécifiez pour chacun des cas*)
  - indication,
  - femme non admise,
  - mineur non admis,
  - délai trop long
  - éloignement
  - autre *(à préciser)*

c) Avez-vous réalisé une demande de transfert en UHSA : *(oui/non, spécifiez pour chacun des cas)*

- **Si non**, pourquoi : (oui/non, *spécifiez pour chacun des cas*)
  - indication,
  - méconnaissance de la structure,
  - éloignement,
  - autre *(à préciser)*

- **Si oui**, quel est le motif d'absence de transfert en UHSA : (oui/non, *spécifiez pour chacun des cas*)
  - indication,
  - femme non admise,
  - mineur non admis,
  - délai trop long
  - éloignement
  - autre *(à préciser)*

6) Le système actuel (UMD et UHSA en plus des secteurs) est-elle suffisant pour vos besoins ? *(oui/non, spécifiez pour chacun des cas)*

a) **Si non**, de quoi auriez-vous besoin au niveau locorégional ? *(ouverte)*
b) Pour quelles indications ? *(ouverte)*
c) Dans quel délai raisonnable après votre demande ? *(1 seule réponse)*
- Inférieur à 1 semaine ?
- De 1 semaines à 15 jours ?
- Moins d'1 mois ?
- Moins de 2 mois ?

7) Est ce que la prise en charge des patients compliqués et difficiles a pu faire partie de débats/d'idée dans vos projets d'établissements anciens ou actuels ? *(oui/non)*

8) Seriez-vous intéressés par des formations, pour l'ensemble des équipes soignantes, autour de la prise en charge des patients difficiles ou perturbateurs ? (oui/non)

Annexe 2 : Résultats complémentaires du recueil de témoignages

Discussion dans les projets d'établissements locaux :

De plus, nous avons souhaité voir si les institutions s'attachaient à réfléchir dans leurs projets d'établissements à des solutions concernant ces patients et les difficultés qu'ils posent dans leur service :

Projet d'établissement	Nombres	%
Abordé	12	52,17%
Non abordé	10	43,48%
Non répondu	1	4,35%
Total	23	100,00%

Selon les 23 psychiatres de structures différentes, ils sont un peu plus de la moitié à évoquer une réflexion ancienne ou actuelle pour ce type de patient dans leur projet d'établissement.

Besoin de formation :

Besoin de Formation	Nombres	%
Intéressé	22	95,65%
Non Intéressé	1	4,35%

Sur les 23 psychiatres de secteurs différents interrogés, 22 semblent intéressés par la mise en place de formation spécifique autour des patients difficiles pour leurs équipes de soins, médicales ou paramédicales.

Profil des patients : Corrélation diagnostics - caractéristiques des difficultés rencontrées :

Nous avons cherché à observer les caractéristiques des patients en fonction du diagnostic annoncé par le psychiatre du service interrogé. Ces résultats descriptifs nous ont permis de comparer la population des patients difficiles présentant un trouble psychotiques (majorité des patients) des autres patients.

- Caractéristiques des patients psychotiques :

Diagnostics	**Psychose schizophrénique**	**Psychose chronique non schizophrénique**	**Episode psychotique aigu**
Total	53 patients	13 patients	3 patients
Type	Chiffres	Chiffres	Chiffres
Hétéro-agressivité	45	12	0
Auto-agressivité	14	2	0
Agitation-Destruction	33	9	1
Perturbation	39	10	2
Fugue	22	5	1
Contraintes Architecturales et/ou Organisationnelles	23	9	2
Résistance au traitement	37	7	1
Isolement continu	27	7	1

- Caractéristiques des patients atteintes de troubles graves de la personnalité :

Diagnostics	**Personnalité dyssociale**	**Personnalité borderline**	**Personnalité histrionique**	**Personnalité schizotypique**	**Personnalité paranoïaque**
Total	6 patients	7 patients	1 patient	1 patient	0 patient
Type	Chiffres	Chiffres	Chiffres	Chiffres	Chiffres
Hétéro-agressivité	4	7	1	1	0
Auto-agressivité	2	3	0	0	0
Agitation-Destruction	6	6	1	0	0
Perturbation	5	7	1	1	0
Fugue	1	4	0	0	0
Contraintes Architecturales et/ou Organisationnelles	4	4	1	0	0
Résistance au traitement	3	4	0	0	0
Isolement continu	5	3	1	0	0

- Caractéristiques des patients atteints de troubles de l'humeur, de troubles du développement ou de retard mental :

Diagnostics	**Trouble Humeur**	**Trouble du développement**	**Retard Mental**
Total	3 patients	9 patients	4 patients
Type	Chiffres	Chiffres	Chiffres
Hétéro-agressivité	2	9	3
Auto-agressivité	1	3	0
Agitation-Destruction	2	8	3
Perturbation	3	8	4
Fugue	1	4	0
Contraintes Architecturales et/ou Organisationnelles	1	6	2
Résistance au traitement	2	4	2
Isolement continu	0	4	2

- Caractéristiques des patients atteints de troubles d'origine neurologiques :

Diagnostics	**Epilepsie**	**Démence post-traumatique**	**Korsakoff**
Total	2 patients	1 patient	1 patient
Type	Chiffres	Chiffres	Chiffres
Hétéro-agressivité	2	1	1
Auto-agressivité	1	0	0
Agitation-Destruction	1	1	0
Perturbation	2	1	1
Fugue	0	1	0
Contraintes Architecturales et/ou Organisationnelles	0	0	0
Résistance au traitement	2	0	0
Isolement continu	1	0	0

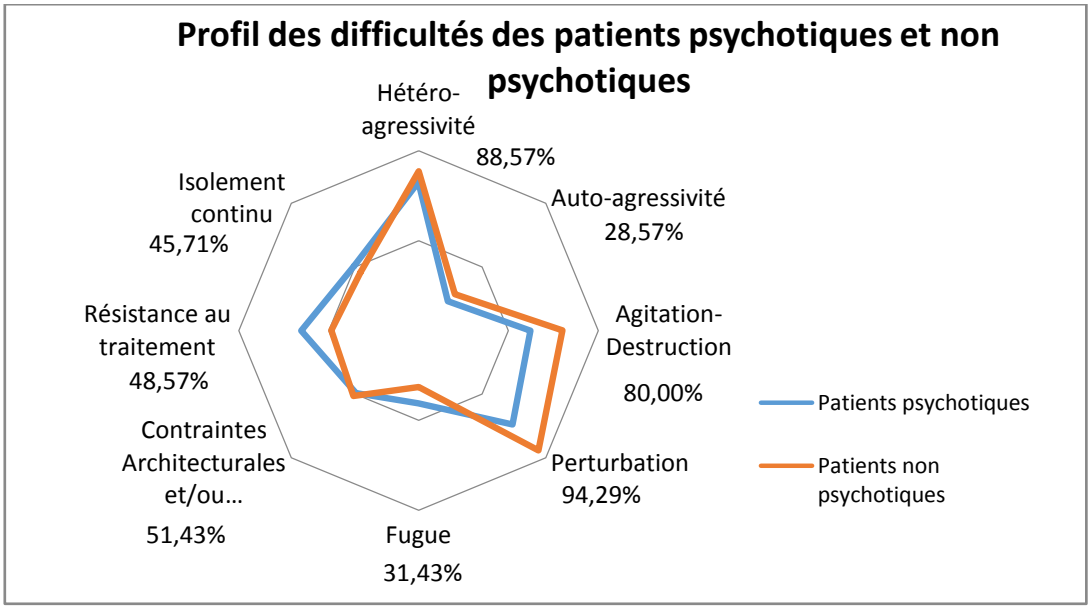
- Comparaison du profil des patients psychotiques et du profil des patients non psychotiques :

Le groupe des patients psychotiques inclue les psychoses chroniques et aigues, à savoir 69 patients.

Le groupe des patients non psychotiques inclue l'ensemble des autres diagnostics, à savoir 35 patients. Ces derniers présentent majoritairement un trouble de personnalité (16 patients, soit 45.7% du groupe) mais aussi des troubles du développement (9 patients, soit 25.71% du groupe), des troubles de l'humeur (3 patients), des retards mentaux (4 patients) ou des troubles organiques (4 patients). Les trois patients sans diagnostic ne sont pas inclus dans cette analyse.

Diagnostic	**Psychotique**		**Non psychotique**	
Nombre patient	Total = 69		Total = 35	
Type	Présence	%	Présence	%
Hétéro-agressivité	57	82,61%	31	88,57%
Auto-agressivité	16	23,19%	10	28,57%
Agitation-Destruction	43	62,32%	28	80,00%
Perturbation	51	73,91%	33	94,29%
Fugue	28	40,58%	11	31,43%
Contraintes Architecturales et/ou Organisationnelles	34	49,28%	18	51,43%
Résistance au traitement	45	65,22%	17	48,57%
Isolement continu	35	50,72%	16	45,71%

Ainsi, nous observons que les patients non psychotiques sont plus souvent perturbateurs (94.29%) que les patients psychotiques (73.91%). Nous pourrions ajouter que les patients non psychotiques sont presque tous annoncés comme perturbateurs du fonctionnement de leur service au vu du taux retrouvé lors du recueil (33 patients sur 35, soit 94.29% du groupe). Nous pouvons de plus mettre en avant que les patients non psychotiques présentent plus souvent des états d'agitation et de destruction que les patients psychotiques (80% versus 62.32%)



Annexe 3 : Questionnaire de l'analyse des demandes d'admissions à l'UMD d'Albi

ANALYSE DES DEMANDES D'ADMISSIONS 2016 – UMD ALBI

Le patient :

Numéro de la demande (identification) :

Date de naissance :

Statut juridique :

Diagnostic principal :

La demande :

Date de la demande :

Motif de transfert selon la demande :

Département et service demandeur :

Evaluation globale : *(entourer l'item correspondant)*

Evaluation de la dangerosité :

- Intensité : *majeure* *importante* *moyenne* *faible* *NSP*
- Chronicité : *aigue/ponctuelle* *chronique/permanente* *NSP*

Délai potentiel d'amélioration : *< 2 mois* *> 2 mois* *NSP*

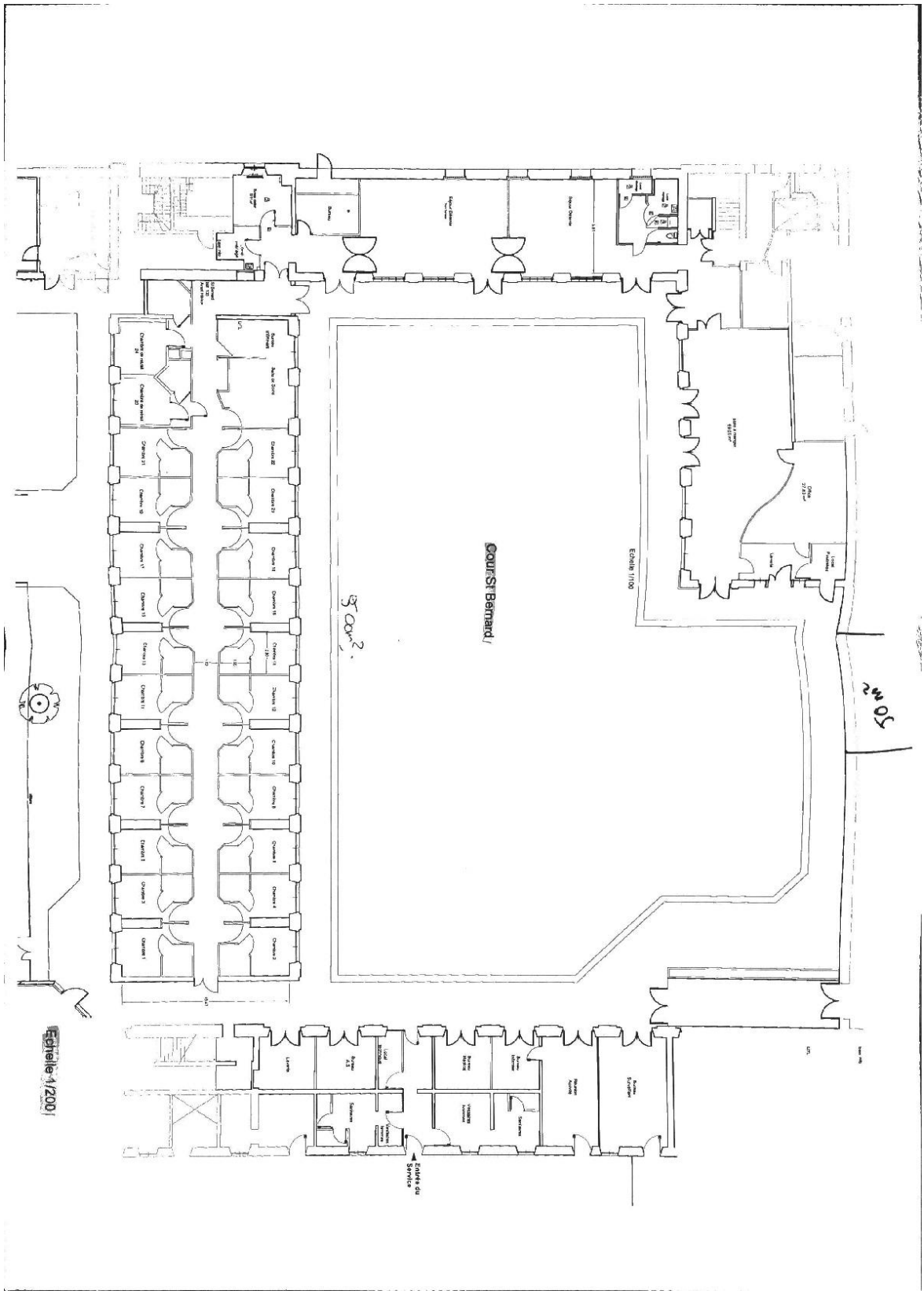
Eches multiples de PEC adaptées : *oui* *non* *NSP*

Orientation indiquée : *(entourer l'item correspondant)*

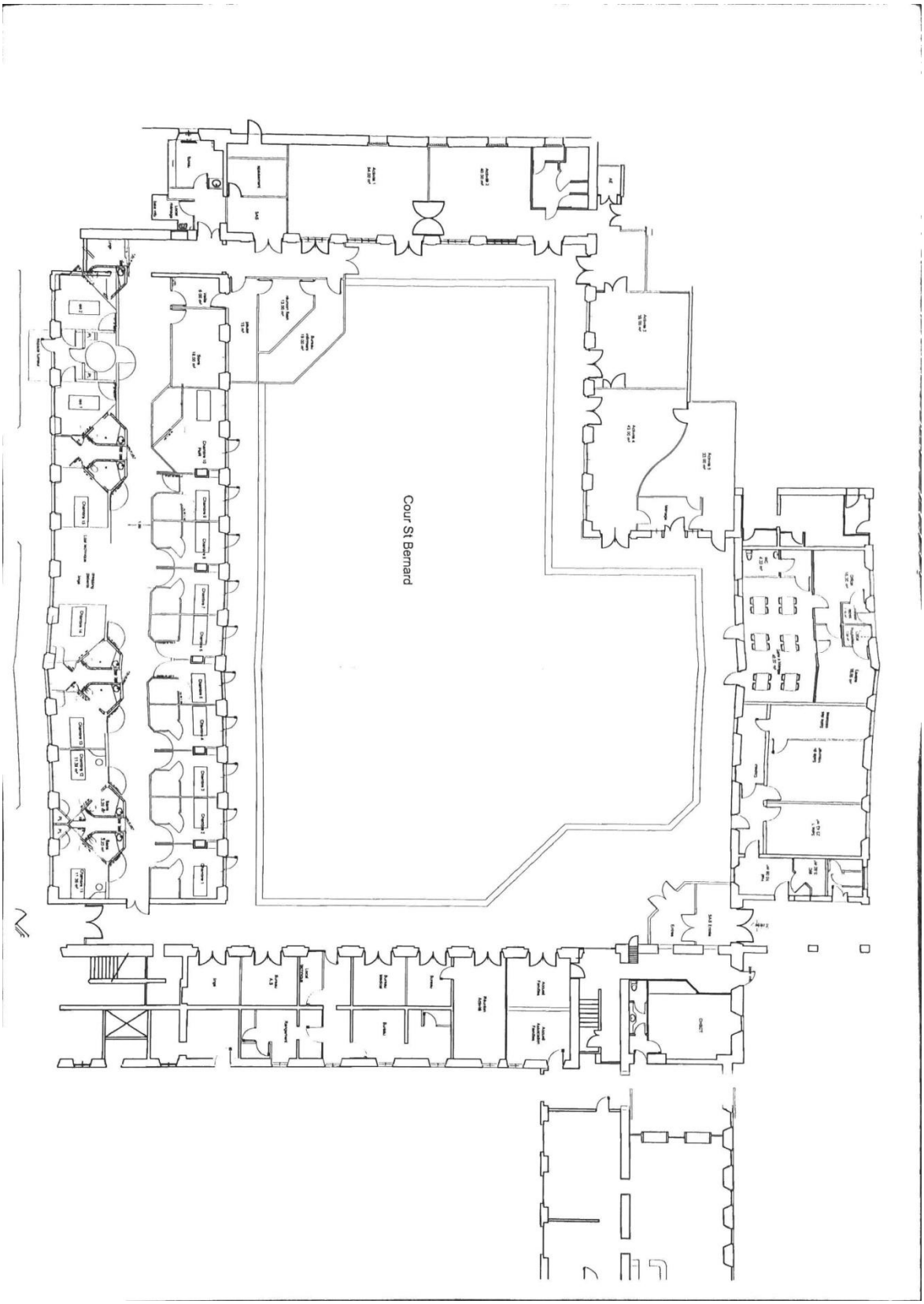
⇨ Indication UMD : *oui* *non*

⇨ Indication USIP : *oui* *non*

Annexe 4 : Plan de l'unité Saint Bernard (service d'admission fermé) initial avant travaux de restructuration pour une transformation en USIP



Annexe 5 : Plan de l'USIP après restructuration possible de l'unité Saint Bernard



Annexe 6 : Estimation des besoins en termes de locaux et de surface pour la construction d'une USIP en cas de construction neuve

Estimation des besoins suites réunion du 10 mars 2017

Désignation	surface	nomb	total	€/m²	total TDC
chambre 15+2 iso y compris sanitaire et rangement et double accès	18	17	306		
local linge	10	1	10		
rangement et LT	10	2	20		
S de soins + pharmacie	15+10	1	25		
pièce d'apaisement	15	1	15		
réunion	20	1	20		
surveillance	15	1	15		
bureaux que pour le personnel : 1 psychiatre, 1 interne, 1 psychologue, 1 AS, 1 cadre de l'unité , 1 secrétaire	12	6	72		
bureaux d'entretien polyvalent avec les patients : 1 infirmier, 1 médical 1 AS	12	3	36		
local pause	12	1	12		
vestiaires	15	2	30		
accueil famille et sanitaire	15	1	15		
Circulation			50		
Salle à manger	30	1	30		
office propre et sale	30	1	30		
local déchets	10	1	10		
salle TV	15	2	30		
salle polyvalente	15	1	15		
local ménage	10	1	10		
sanitaires	7	2	14		
archives UMD/USIP			15		
Circulations 25%			195		
TOTAL SU			975		
TOTAL Surface plancher			1121,25	3 000,00 €	3 363 750,00 €
Surface utile avec circulation par patient			65,00		
Pour info à l'UMD :					
la surface utile d'une unité de soins y compris circulation par unité par patient est de 62 m²					
la surface avec l'administration, plateau technique et les chambre est de 72 m² /patient					
la surface avec unitée de vie, administration , plâteau technique espace social et ergo est de 94 m² / patient					

The place of secure psychiatric units for the difficult patient: Creation of a Psychiatric Intensive Care Unit (PICU) in Albi

In France, three types of secure psychiatric units initially offer a sectorial care service. French high security wards "UMD" are secure intensive care units for difficult, mostly dangerous patients. Specially adapted hospitals units "UHSA" are general psychiatry units for incarcerated patients. Psychiatric Intensive Care Units "USIP" (PICU) are small, reactive and secure intersectorized units that enable short-term intensive care. They serve as a middle ground between sector services and UMD, for patients with an intermediate profile. This care system seems satisfactory, but it has some limitations. These units are unequally distributed on the territory, resulting in a degree of ambiguity in their mission, without however answering for all the needs. This hypothesis was confirmed by our personal experience with clinical practice in the Albi's UMD and our interactions with local and regional sectors. While these sectors benefit from the presence of a UMD and a UHSA on their territory, they may suffer from the lack of a PICU for patients with severe and acute symptoms. The creation of such a unit seems necessary in order to complete the local care service and improve the management of difficult patients. The project of creating a PICU in Albi, alongside the UMD, is part of the hospital's project, the Bon Sauveur d'Alby. This new unit should enable the UMD, sector services and patients to enjoy a local and regional care system better suited to their needs.

Keywords: Secure units ; UMD; USIP; PICU ; UHSA; psychiatric sector; difficult patient; project of creating ;

La place des unités sécurisées psychiatriques pour le patient difficile : Création d'une Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) à Albi

En France, les trois types d'unités sécurisées de psychiatrie complètent une offre de soin initialement sectorielle. Les Unités pour Malades Difficiles (UMD) sont des unités sécurisées de soins intensifs pour des patients difficiles, principalement dangereux. Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) sont des unités de psychiatrie générale sécurisées pour les patients en détention. Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) sont de petites unités intersectorielles réactives et sécurisées permettant la mise en place de soins intensifs de courte durée. Elles se présentent comme le chaînon manquant entre les services sectoriels et les UMD, pour des patients au profil intermédiaire. Ce système de soin semble satisfaisant, mais il présente certaines limites. L'inégale répartition de ces unités sur le territoire apporte une certaine ambiguïté sur leur mission, sans pour autant répondre à toutes les demandes. Notre pratique clinique à l'UMD d'Albi et nos échanges avec les secteurs locorégionaux ont confirmé cette hypothèse. Alors que ces derniers bénéficient de la présence d'une UMD et d'une UHSA sur leur territoire, ils peuvent souffrir du manque d'une USIP pour des patients dont la symptomatologie aiguë reste sévère. La création d'une unité de ce type nous semble nécessaire afin de compléter l'offre de soin et d'améliorer la prise en charge des patients difficiles. Le projet de création d'une USIP sur Albi, aux côtés de l'UMD, s'inscrit dans le projet d'établissement du Bon Sauveur d'Alby. Cette nouvelle unité devrait permettre à l'UMD, aux secteurs et aux patients difficiles de profiter d'un système de soins locorégional plus adapté à leurs besoins.

Mots-clés : Unités sécurisées ; UMD ; USIP ; UHSA ; secteur psychiatrique ; patient difficile ; projet de création ;

MICHAUD Dorian 2017 TOU3 1582

La place des unités sécurisées psychiatriques pour le patient difficile : Création d'une Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) à Albi

RESUME EN FRANÇAIS :

En France, les trois types d'unités sécurisées de psychiatrie complètent une offre de soin initialement sectorielle. Les Unités pour Malades Difficiles (UMD) sont des unités sécurisées de soins intensifs pour des patients difficiles, principalement dangereux. Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) sont des unités de psychiatrie générale sécurisées pour les patients en détention. Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) sont de petites unités intersectorielles réactives et sécurisées permettant la mise en place de soins intensifs de courte durée. Elles se présentent comme le chaînon manquant entre les services sectoriels et les UMD, pour des patients au profil intermédiaire. Ce système de soin semble satisfaisant, mais il présente certaines limites. L'inégale répartition de ces unités sur le territoire apporte une certaine ambiguïté sur leur mission, sans pour autant répondre à toutes les demandes. Notre pratique clinique à l'UMD d'Albi et nos échanges avec les secteurs locorégionaux ont confirmé cette hypothèse. Alors que ces derniers bénéficient de la présence d'une UMD et d'une UHSA sur leur territoire, ils peuvent souffrir du manque d'une USIP pour des patients dont la symptomatologie aiguë reste sévère. La création d'une unité de ce type nous semble nécessaire afin de compléter l'offre de soin et d'améliorer la prise en charge des patients difficiles. Le projet de création d'une USIP sur Albi, aux côtés de l'UMD, s'inscrit dans le projet d'établissement du Bon Sauveur d'Alby. Cette nouvelle unité devrait permettre à l'UMD, aux secteurs et aux patients difficiles de profiter d'un système de soins locorégional plus adapté à leurs besoins.

TITRE EN ANGLAIS :

The place of secure psychiatric units for the difficult patient: Creation of a Psychiatric Intensive Care Unit (PICU) in Albi

---

MOTS-CLÉS : Unités sécurisées ; UMD ; USIP ; UHSA ; secteur psychiatrique ; patient difficile ; projet de création ;

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Olivier TELLIER