

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

Antoine Deguillaume

► **To cite this version:**

Antoine Deguillaume. 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 . Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01676733

HAL Id: dumas-01676733

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01676733>

Submitted on 6 Jan 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année 2017

Thèse n° 3182

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 10 octobre 2017

Antoine DEGUILLAUME

Né le 18 Août 1986 à Aurillac

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

Directeur de thèse

Monsieur le Docteur Patrick LE BIHAN

Jury

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, Président

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Juge

Madame le Professeur Marie TOURNIER, Juge

Madame le Docteur Emmanuelle FLORIS, Juge

Monsieur le Professeur Emmanuel POULET, Rapporteur

Remerciement

À notre Président,

Monsieur le Professeur Manuel Bouvard, qui m'a sauvé d'une spécialité à laquelle je n'étais pas destiné et m'a permis de m'épanouir pleinement dans mon domaine. Encore merci pour vos conseils, vos enseignements et votre bienveillance.

À nos membres du jury,

Mme le Professeur Marie Tournier et Mr le Professeur Bruno Auizerate, que je connais peu mais qui, j'en suis sûr, sauront évaluer ce travail avec la rigueur et la justesse qui les caractérisent.

À notre rapporteur,

Mr le Professeur Emmanuel Poulet, qui aura la bienveillance d'accepter à la dernière minute de me lire.

À notre directeur de thèse,

Mr le Docteur Patrick Le Bihan, qui a modifié en profondeur ma vision de la maladie mentale voire même de la psychiatrie en général, et qui m'aura accompagné par-delà les océans dans la rédaction de cette thèse.

À notre juge et invitée,

Mme le Docteur Emmanuelle Floris, que je ne remercierai jamais assez pour l'année que j'ai passé à ses côtés, pour la confiance qu'elle m'a accordé et pour les

responsabilités qu'elle m'a donné. Nos longues discussions sur le balcon à côté de la salle de réunion me manqueront.

À tous les médecins,

ayant bien voulu participer à cette étude, encore merci pour votre participation, je ne manquerai pas de vous envoyer un exemplaire.

À mon grand-père,

Mr le Docteur Jean Deguillaume, qui de là où il est, me regarde sûrement d'une manière à la fois tendre et sérieuse, se remémorant probablement ses débuts en tant que médecin des écoles où il était amené régulièrement à déjeuner sur l'hôpital psychiatrique de Saint-Alban en compagnie du Dr François Tosquelles.

À ma grand-mère,

Colette Deguillaume, que je ne remercierai jamais assez pour son soutien indéfectible à toutes les périodes de ma vie, qui m'aura communiqué l'amour des Arts et la bienveillance en toute circonstance.

À mes parents,

Mme et Mr les Docteurs Claudine et Pierre Deguillaume, qui m'ont protégé de beaucoup de difficultés tout au long de ma vie et m'ont permis d'être ici devant vous. Et ceci malgré, un fils trop indépendant pour être facile à vivre et des opinions très différentes sur de nombreux points.

Aux amis du début et à mon frère,

qui sont toujours là aujourd'hui, sans qui mes études n'auraient pas eu la même saveur, et sans qui je n'aurais jamais compris qu'un bon médecin est un médecin qui vit.

Aux amis girondins,

et particulièrement ceux de l'USIP, de l'UMD et du service Pinel qui auront rendu ces deux années à Bordeaux inoubliables et qui m'impressionneront toujours par l'émulation qu'ils ont su créer autour du soin.

Et enfin, à Naëlle

qui malgré un internat chaotique, une instabilité incessante et des déménagements à répétition, m'a toujours accompagnée et soutenue. Qui aura eu le mérite de s'intéresser à un domaine qui lui était complètement étranger et qui n'aura jamais perdu son sourire même dans les moments les plus difficiles.

Liste des abréviations

ANDUSIP : Association Nationale Des Unités de Soins Intensifs
Psychiatriques

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de libertés

CMP : Centre Médico-Psychologique

CSI : Chambre de Soin Intensif

DROM : Départements et régions d'Outre-Mer

ECT : Electro-Convulsivo Thérapie

ESAT : Établissement et Service d'Aide par le Travail

ESPIC : Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif

HDJ : Hôpital De Jour

ICU : Intensive Care Unit

IDSP : Infirmier De Secteur Psychiatrique

MHA : Mental Health Act

NHS : National Health Service

NMS : National Minimal Standarts

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PICU : Psychiatric Intensive Care Unit

SMTc : Stimulation Magnétique Trans-Crânienne

SPDRE : Soins Psychiatriques sur décision d'un Représentant de l'État

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPDTU : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers d'Urgence

STAT : Short-Term Assessment and Treatment Unit

TOM : Territoire d'Outre-Mer

UMAP : Unité pour Malades Agités et Perturbateurs

UMD : Unité pour Malades Difficiles

UPID : Unité Psychiatrique Intersectorielle Départementale

USIP : Unité de Soins Intensifs Psychiatriques

Table des matières

Introduction.....	10
Partie I : Revue de la littérature.....	12
1. Données sur la psychiatrie hospitalière en France.....	12
1.1. Difficultés de la psychiatrie à gérer les problèmes de violences.....	12
1.2. Evolution des structures de soins en psychiatrie générale.....	13
1.2.1. Un modèle asilaire en fin de vie.....	13
1.2.2. La modernisation du système de soins : la naissance de la sectorisation psychiatrique.....	14
1.2.3. Le secteur psychiatrique moderne.....	14
1.2.4. L'article 69 de la loi santé du 26 janvier 2016 : une mise à plat législative de la sectorisation.....	15
1.3. Du « Malade dangereux » au « malade difficile » : l'évolution des UMD et leurs limites.....	16
1.3.1. Des hôpitaux de sûreté aux UMD.....	16
1.3.2. Objectifs de l'UMD et encadrement légal.....	17
1.3.2.1. Modalités d'admission des patients en UMD.....	18
1.3.2.2. Modalités de prise en charges des patients en UMD.....	19
1.3.2.3. Commission de suivi médicale et modalités de sortie.....	19
1.3.3. Evolution des indications et des profils patients hospitalisés en UMD.....	21
1.3.4. saturation des demandes et limites des UMD.....	22
1.4. La nécessité de structures intermédiaires : le contexte de création des Unités de soins intensifs psychiatriques en France.....	23
1.5. Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques : quelle définition ?.....	25
2. Expériences internationales.....	26
2.1. Le soin intensif psychiatrique dans le monde : le modèle anglo-saxon.....	27
2.1.1. États-Unis.....	27
2.1.1.1. Offre de soins.....	27
2.1.1.2. Modalités et critères d'admission.....	28
2.1.2. Royaume-Uni.....	29
2.1.2.1. Offre de soins.....	29
2.1.3. Australie.....	29
2.1.3.1. Offre de soins.....	30
2.1.3.2. Critères d'admission et mode d'hospitalisation.....	30
2.1.4. Nouvelle-Zélande.....	31
2.1.5. Canada.....	32
2.1.5.1. Offre de soins.....	32
2.1.5.2. Orientation du soin et critères d'admission.....	33
2.2. Autres modèles de soin intensif psychiatrique à l'étranger.....	34
2.2.1. Suède.....	34
2.2.2. Norvège.....	34
2.2.3. Slovénie.....	35
2.3. Les recommandations du « National Minimum Standard for PICU ».....	35
2.3.1. Définitions.....	35
2.3.2. critères d'admission.....	36
2.3.3. Objectif et principales interventions.....	38

2.3.4. Équipes soignantes et pluriprofessionnalité.....	39
2.3.5. Environnement Architectural.....	39
2.3.6. Les autres types de « PICU's » : vers une diversification du soin intensif psychiatrique ?.....	40
2.3.7. Autres thématiques abordées.....	41
2.4. Modalités du soin, profil des populations hospitalisées et efficience du soin en « PICU ».....	42
2.4.1. Modalités du soin.....	42
2.4.2. Profil des patients hospitalisés en « PICU ».....	43
2.4.3. Efficience du soin.....	45
3. Fonctionnement et activité d'une USIP en France : l'exemple de L'USIP de Cadillac.....	47
3.1. Introduction.....	47
3.2. Présentation.....	47
3.2.1. Architecture des locaux.....	48
3.2.2. Démographie médicale et paramédicale.....	48
3.3. Provenance des patients.....	49
3.4. Modalité d'admission.....	49
3.4.1. Validation médicale et transfert sur l'USIP.....	49
3.4.2. Mode d'hospitalisation.....	50
3.5. Critères d'admission.....	50
3.6. Pathologies et caractéristiques des populations hospitalisées.....	51
3.6.1. Age et sexe des patients.....	51
3.6.2. Pathologies psychiatriques.....	51
3.6.3. Profil type du patient hospitalisé à l'USIP.....	52
3.7. le séjour.....	52
3.7.1. Le déroulement du séjour.....	52
3.8. les traitements.....	53
3.8.1. Les traitements pharmacologiques.....	53
3.8.2. L'isolement et la contention.....	54
3.8.3. Autres types de traitements et soins.....	55
3.9. Relation aux services d'origines et continuité des soins.....	56
3.10. Sortie.....	56
3.11. Droits des patients.....	56
Partie II : Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques en France : étude des moyens, des pratiques et de leur intégration dans le système de soin.....	58
1. Introduction.....	58
2. Matériels et méthode.....	59
3. Résultats.....	60
3.1. Informations contextuelles et géographiques.....	62
3.1.1. Répartition géographique.....	62
3.1.2. Structures de soins et structures périphériques régionales.....	63

3.1.3. Projet de soin, contexte et année de création.....	63
3.1.4. Bassin de recrutement et offres de soins.....	64
3.2. Architecture.....	66
3.2.1. Dimension, nombre de lits et parties communes.....	66
3.2.2. Chambres d'isolement et de soins intensifs.....	66
3.2.3. Caméras de surveillance.....	66
3.3. Effectif médical et para-médical.....	67
3.3.1. Effectifs para-médicaux.....	67
3.3.2. Effectifs médicaux.....	67
3.3.3. Effectif des autres intervenants.....	69
3.4. Indications d'hospitalisation et leurs fréquences.....	69
3.4.1. Priorité d'admission selon l'indication.....	69
3.4.1.1. Indications « Urgentes ».....	70
3.4.1.2. Indications « Prioritaires ».....	70
3.4.1.3. Indications « Non-prioritaires ».....	70
3.4.1.4. Indications « Récusées ».....	71
3.4.2. Fréquence de demande d'admission selon l'indication.....	72
3.4.2.1. Indications « Très fréquentes ».....	72
3.4.2.2. Indications « Fréquentes ».....	72
3.4.2.3. Indications « Peu fréquentes ».....	72
3.4.2.4. Indications « Rares ».....	73
3.5. Modalités d'admission.....	73
3.5.1. Provenance des patients.....	73
3.5.2. Mode d'hospitalisation.....	74
3.5.3. Âge et sexe.....	74
3.5.4. Conditions d'admission.....	74
3.5.5. Cas particulier des patients détenus hospitalisés dans le cadre de l'article D398 du Code de procédure pénal.....	75
3.6. Modalité séjour.....	75
3.6.1. Durée de séjour.....	75
3.6.2. Activités thérapeutiques et soins délivrés.....	75
3.7. Modalités de sortie.....	76
3.8. Évènements indésirables graves.....	76
4. Discussions.....	76
4.1. Les missions de l'USIP.....	76
4.1.1. Rôle de l'USIP.....	76
4.1.2. Les indications.....	77
4.2. La place des USIP dans le réseau de soin.....	79
4.2.1. La nécessité de répondre à des besoins locaux.....	79
4.2.2. Un groupe hétérogène quant au recrutement des patients.....	80
4.3. les modalités de prise en charges en USIP.....	81
4.3.1. Un environnement fermé et sécurisé.....	81
4.3.2. Des moyens humains renforcés.....	83
4.3.3. Activités thérapeutiques et étayage institutionnel.....	85
4.4. Les perspectives pour le soin intensif psychiatrique en France.....	86
5. Conclusion.....	88

Introduction

La psychiatrie française a connu de nombreux changements dans ses pratiques durant la deuxième partie du XX^e siècle. La fin du modèle asilaire, le développement des médicaments psychotropes, l'ouverture de la psychiatrie vers l'extérieur et l'intégration des personnes souffrant de troubles mentaux dans la société à travers la politique de sectorisation, en sont les principales mutations. Elle s'est aussi fortement transformée pour réduire les durées d'hospitalisation et mettre en place des soins ambulatoires. Si cette évolution nous apparaît aujourd'hui comme légitime et garante d'une certaine humanisation du soin psychiatrique, elle montre aussi ses limites pour certains profils de patients. En effet, une part significative de malades se montre réfractaire à ce type de soin. Manque de repères, manque de structuration, manque d'attention et manque de guidance pour des troubles parfois graves du comportement dans un milieu trop ouvert sont souvent responsables d'une incapacité à favoriser le bon rétablissement de certains malades. Ces patients considérés comme « agités et perturbateurs » se retrouvent alors dans un environnement délétère le plus souvent au fond d'une chambre d'isolement pouvant alimenter des idées de persécution. Pour subvenir aux besoins de ces patients, un autre type de soin, héritier des hôpitaux de sûreté, existait déjà au travers des Unités pour Malades Difficiles (UMD). Leur mission était de permettre l'accueil des patients les plus lourds, présentant des comportements violents répétés, chimiorésistants, parfois auteurs d'actes médico-légaux graves et ceci pour des durées plus ou moins prolongées. Cependant, et nous le verrons au cours de cet écrit, les UMD montreront rapidement leurs limites par une lourdeur administrative, un faible nombre de lits, une saturation des demandes d'admission et des prises en charge trop longues. Avec des délais d'attente pouvant aller jusqu'à six mois, l'UMD ne peut se permettre de répondre à des demandes urgentes ou à des situations critiques. De ce constat naîtront en France différentes réflexions sur des réponses adaptées à la souffrance de ces patients, à la frontière entre les services de psychiatrie générale et l'UMD, en situation de crise aiguë, souvent agités, parfois violents et mettant en péril leur avenir et leur santé au sein d'un réseau de soin qui tend à les rejeter.

En parallèle de cela, outre-Atlantique et outre-Manche, apparaissent à partir de 1970, de petites unités d'une quinzaine de lits dont la mission est l'accueil sur une durée brève de patients particulièrement symptomatiques et souvent auteurs de perturbations sévères au sein de leur unité d'origine. Elles prennent le nom d'Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (« Psychiatric Intensive Care Units » en anglais ou PICU). À travers ce nom, elles font référence aux différentes unités de soins intensifs que l'on rencontre dans la médecine somatique et se veulent calibrées sur les mêmes critères, à savoir la prise en charge en urgence d'un état de crise associée à des soins et une surveillance rapprochés ; ceci dans un environnement dédié et avec une durée de prise en charge brève. Elles se diffuseront largement par la suite notamment en Grande-Bretagne.

Indépendamment des pays anglo-saxons, naissent en France à partir de 1990, deux structures : « l'Unité Psychiatrique Intersectorielle Départementale » (UPID) de Cadillac et « l'Unité pour Malades Agités et Perturbateurs » (UMAP) de Nice. Elles sont le fruit de longues réflexions et d'initiatives personnelles pour répondre à ces malades trop symptomatiques pour le secteur et insuffisamment symptomatiques pour l'UMD. Elles poseront certaines bases du soin intensif psychiatrique « à la française » et serviront d'inspiration pour les autres unités à venir.

Au début des années 2000, les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP) vont prendre leur essor et se multiplier. Ce développement du soin intensif sur le territoire semble cependant ne répondre qu'à des besoins locaux sans coordination nationale réelle et sans consensus sur la notion de soin intensif psychiatrique.

Peu de travaux ont tenté d'établir une synthèse, ou en tout cas une vue d'ensemble de ce que sont les USIP en France et encore moins de ce qu'elles devraient être. À travers ce travail, nous avons tenté d'obtenir cette vision d'ensemble, de comprendre les raisons d'être de chacune de ces unités au sein de son réseau de soins, de mettre en avant les points communs et les différences, d'en faire la critique et enfin peut être d'aboutir à des conclusions utiles à tous.

Pour cela, notre travail se scindera en deux parties : une revue de la littérature et une étude épidémiologique transversale. La revue de la littérature

s'intéressera aux conditions ayant amené au développement des USIP recensées en France et étudiera les pratiques du soin intensif psychiatrique à l'international et en France. La seconde partie via une enquête, tentera de faire un état des lieux des USIP en France. Cela en étudiant l'intégration dans le réseau de soins, le fonctionnement et les modalités de prises en charge de chaque USIP recensées sur le territoire.

Partie I : Revue de la littérature

1. Données sur la psychiatrie hospitalière en France

Dans cette première partie nous allons tenter de comprendre comment l'idée d'un soin intermédiaire contenant et cadrant s'est imposée dans les réflexions autour de la gestion des patients souffrants de troubles mentaux les plus symptomatiques. Pour cela 3 axes nous sont apparus comme essentiels. Le premier s'intéressera à la violence dans les milieux psychiatriques et sa gestion par les acteurs de soin depuis la fin du modèle asilaire. Le second introduira les grands changements liés à la politique de sectorisation des soins psychiatriques. Et enfin nous étudierons les Unités pour Malades Difficiles, héritières des hôpitaux de sûreté et dédiées à la gestion de la dangerosité psychiatrique. Ces 3 axes nous amèneront par la suite à une réflexion propre sur le modèle des USIP et les manques qu'elles sont censées combler dans le réseau de soin.

1.1. Difficultés de la psychiatrie à gérer les problèmes de violences

La seconde moitié du XX^e siècle a fait évoluer les soins psychiatriques selon une prise en charge de plus en plus diversifiée et de plus en plus ambulatoire, permettant aux malades d'avoir accès à des soins sur l'extérieur et propres à leurs difficultés (CMP, HDJ, CATTP, ESAT...). Les objectifs pour le malade étaient d'être hospitalisé le moins souvent possible et de se réintégrer à la société en se soignant dans son environnement d'origine ceci pour des raisons économiques et d'humanisation du soin. Ce changement de paradigme obligeait le malade à pouvoir

évoluer dans des services de plus en plus ouverts. Les patients incapables de s'adapter à ces nouveaux soins se retrouvaient dans l'impasse ou rejetés, étaient orientés vers les UMD. La raison principale statuant sur cette orientation était et reste encore de nos jours la violence.

La violence en milieu psychiatrique reste un sujet toujours très discuté. Initialement pourtant, la violence d'origine psychiatrique faisait partie intégrante de la vie institutionnelle et « l'asile » s'accommodait finalement de cet état de fait. Avec la réforme des soins psychiatriques amorcée dès 1960 (1,2), les patients auteurs de violences ont été stigmatisés et la gestion de leurs comportements, de par un système devenu inadapté pour eux, s'est vu compromise. Au final, la violence est devenue de moins en moins bien tolérée par les acteurs de soins, rendant la prise en charge difficile voire périlleuse.

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer cette moindre tolérance à la violence ou l'incapacité à la gérer, les hypothèses les plus courantes sont la féminisation importante des équipes infirmières, les sous-effectifs, les locaux inadaptés, la disparition du diplôme spécifique d'infirmier de secteur psychiatrique (IDSP), la moindre tolérance des équipes, l'ouverture des unités de soins...(3)

1.2. Évolution des structures de soins en psychiatrie générale

La seconde moitié du XXe siècle a vu s'opérer une véritable révolution du soin psychiatrique : l'ouverture des hôpitaux vers l'extérieur et la sectorisation psychiatrique.

1.2.1. Un modèle asilaire en fin de vie

Jusqu'à la fin de la Seconde Guerre Mondiale, la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux suivait un modèle instauré par Pinel et Esquirol plus d'un siècle auparavant. La doctrine de l'époque visait à soustraire le malade de son environnement, considéré comme source de son désordre, et à l'accueillir dans un lieu où ses troubles pourraient être pris en charge. Ce modèle était isolationniste, soignants et patients vivant dans un même lieu, l'asile reproduisant ainsi une petite société avec une hiérarchie bien définie.

Le soin asilaire avait par ailleurs de nombreux défauts, notamment l'absence de traitement efficace, cette volonté d'isoler le malade du reste de la société et des durées de séjours importantes ; cela avait pour conséquence une surpopulation asilaire majeure.

Ce sera la Seconde Guerre Mondiale, à travers la famine et la déportation des patients qui donnera le coup de grâce à ce modèle et permettra l'émergence d'un courant de pensée plus humaniste et moderne.

1.2.2. La modernisation du système de soins : la naissance de la sectorisation psychiatrique

La création du secteur psychiatrique est née d'une triple conjonction : une modification de la pensée psychiatrique de l'époque qui se voulait plus humaniste et plus ouverte, l'invention des premiers neuroleptiques, grande révolution thérapeutique, et une volonté politique forte de réformer le système de soins psychiatriques et de lui octroyer des moyens financiers conséquents.

La circulaire du 15 mars 1960, relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, officialise la naissance administrative du secteur psychiatrique. Suite à cela, la France a été divisée en secteur de 67 000 habitants, chacun de ces secteurs devant délivrer à ces 67 000 habitants des soins intra et extra-hospitaliers indifféremment de leur pathologie (1).

1.2.3. Le secteur psychiatrique moderne

Malgré sa création en 1960, la psychiatrie de secteur ne s'est montrée que pleinement opérationnelle que durant les années 1980 et présente désormais une certaine maturité. Hormis le secteur intra-hospitalier qui reste essentiel pour la gestion des patients en crise, le secteur extra-hospitalier s'est fortement développé pour permettre aux patients un maintien sur l'extérieur. On retrouve dans cet arsenal thérapeutique différentes structures telles que : les Centres Médico-Psychologiques (CMP), les Centres Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP), les Hôpitaux de Jour (HDJ), les Centres d'Accueil Permanent, les Centres de Crise, les Hospitalisations à Domicile (HAD) ou encore les appartements thérapeutiques. L'ensemble de ces structures ont toutes le même objectif : favoriser le maintien du

patient dans son environnement, limiter les rechutes et les hospitalisations inutiles. En parallèle, beaucoup d'unités de soins se sont ouvertes, permettant la libre circulation des personnes.

Ce système malgré des carences et un manque de moyens de plus en plus patent, reste encore le plus adapté à une majorité de patients. Cependant, certains malades s'y montrent résistants et ne trouvent pas leur place dans ce système de soins trop ouvert. Ils sont souvent mis en marge du soin, la violence, la résistance au traitement ou encore des tendances à perturber l'équilibre de vie d'un service étant à la fois cause et conséquence de leur état.

1.2.4. L'article 69 de la loi santé du 26 janvier 2016 : une mise à plat législative de la sectorisation

Malgré une certaine ancienneté dans la pratique et l'existence de quelques circulaires orientant le soin psychiatrique, ce n'est qu'avec la Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé que la sectorisation se montre encadrée sur le plan légal (4).

L'article 69 s'intéressant aux soins psychiatriques s'intègre dans un vaste projet de loi de 227 articles. Ce projet de loi intègre de nombreuses réformes comme celle du tiers payant généralisé ou encore le maillage des soins somatiques et psychiatriques à travers le groupement hospitalier de territoire (GHT) (4)

L'article 69 vise quant à lui à l'élaboration d'un projet territorial de santé mentale. Ce projet comprend « des missions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale » et fait intervenir « des acteurs diversifiés intervenant dans ces domaines, notamment les établissements de santé autorisés en psychiatrie, des médecins libéraux, des psychologues et l'ensemble des acteurs de la prévention, du logement, de l'hébergement et de l'insertion ». L'établissement de ce projet se veut à l'initiative des professionnels et des établissements travaillant dans le champ de la santé mentale ; Cependant en l'absence d'initiative de la part de ces derniers, il incombe au directeur de l'Agence Régionale de santé (ARS) de mettre en place les mesures nécessaires à la mise en œuvre du projet (4).

Au lieu de reprendre à son compte les découpages de secteur déjà effectué par le passé, l'article 69 invite à repenser le découpage territorial du soin

psychiatrique en établissant au préalable un « diagnostic territorial partagé » tenant compte, entre autre, des caractéristiques socio-démographiques et de l'ensemble des ressources à disposition. Sont d'ailleurs invitées dans cette réflexion les structures sociales et médico-sociales absentes jusqu'alors dans le découpage des secteurs.

Par la suite, devra se mettre en place une « coordination territoriale de second niveau » afin de répondre aux besoins du « diagnostic territorial partagé ». Ceci amenant *in fine* à la répartition et à la définition de missions de santé propres à chaque acteur de soin sur le territoire. La loi permet aussi aux différents établissements de se regrouper en « communauté psychiatrique de territoire », insistant là encore sur une répartition géographique des soins et leur coordination.

Il est important de noter que cette loi se veut orientée vers l'extérieur de l'hôpital à travers les soins ambulatoires et de proximité. Elle insiste notamment sur la nécessité de l'accès au logement ainsi que sur le maintien du patient au sein d'un logement. On constate par ailleurs que la question du soin en intra-hospitalier est peu présente dans l'article et qu'elle n'introduit pas d'orientation particulière sur sa gestion.

1.3. Du « malade dangereux » au « malade difficile » : l'évolution des UMD et leurs limites

1.3.1. Des hôpitaux de sûreté aux UMD

La gestion des malades « dangereux » n'est pas un débat nouveau, au XIX^e siècle déjà plusieurs auteurs s'interrogent sur la création d'unités spéciales dans les asiles pour accueillir des malades criminels et de nombreux politiques tentent de légiférer sans succès sur le statut de ces patients.

C'est en 1910, après plusieurs tentatives de création de structures spécialisées pour aliénés criminels, qu'ouvre le quartier sécurisé de Villejuif. Cette unité de 55 lits sous la responsabilité d'Henri Colin avait pour objectif l'accueil à la fois « d'aliénés criminels » mais aussi « d'aliénés vicieux, difficiles et perturbateurs ». Le service se diversifiera en 1930 avec l'ouverture d'une unité pour femme de 16 lits (5).

Par la suite, 3 autres structures similaires ouvriront en France :

– l'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.

– l'UMD de Sarreguemines (en Moselle), ouverte en 1957 puis agrandie en 1959 pour une totalité de 216 lits d'hommes.

– l'UMD de Cadillac (proche de Bordeaux), ouverte en 1963 et ayant une capacité d'accueil initiale de 150 lits d'hommes (5).

L'ouverture de ces structures permettra une capacité d'accueil sur le territoire de 521 lits au début des années 60 ; Ce nombre diminuera en 1994 à 400 lits en raison de la restructuration de ces hôpitaux (5).

Il faudra attendre le début des années 2000 et la médiatisation de quelques évènements dramatiques impliquant des patients souffrant de troubles mentaux pour que l'offre de soins se développe. En janvier 2008 s'ouvrira l'UMD de Plouguernevel sur les Côtes d'Armor. En parallèle de cela, le 2 décembre 2008, à la suite d'un discours présidentiel, sera annoncé la création de 5 UMD supplémentaires, portant ainsi le nombre d'UMD à 10 :

- Ainsi, l'année 2011 verra l'ouverture de :

- l'UMD de Monestier-Merlines (Corrèze),

- l'UMD de Bron dans le Rhône (CHS du Vinatier)

- l'UMD d'Albi (Tarn)

- Et 2012 l'ouverture de :

- l'UMD de Châlons-en-Champagne (Marne)

- l'UMD de Sotteville-lès-Rouen (Seine Maritime)

1.3.2. Objectifs de l'UMD et encadrement légal

C'est en 1950 avec la circulaire 109 du 5 juin 1950 que les spécificités de l'UMD sont reconnues par l'État. Ces dernières ont donc pour objectif l'accueil de 3 catégories de patients :

– « 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 par 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. »

Par la suite plusieurs décrets et circulaires viendront affiner le rôle des UMD. Citons particulièrement, le décret n° 86-602 du 14 mars 1986, relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, qui reconnaît officiellement les « unités pour malades difficiles » et l'arrêté du 14 octobre 1986 indiquant les modalités d'admission et de sortie des UMD ainsi que la mise en place de la commission du suivi médical. C'est cependant au travers du décret du 1^{er} février 2016 portant sur l'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 que sont désormais régies les UMD. Ce décret prévoit que les UMD accueillent des patients nécessitant des protocoles de soins intensifs et des mesures de sûreté particulières (6).

1.3.2.1. Modalités d'admission des patients en UMD

Le séjour au sein d'une UMD ne peut être envisagé qu'à la suite d'une décision préfectorale au travers d'un arrêté préfectoral émis par le département d'origine du patient. Trois cas de figure sont à envisager :

– Les patients hospitalisés en SPDRE

– Les détenus admis en SPDRE D398

– Les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques suite à des déclarations d'irresponsabilité pénale pour cause de troubles mentaux, sur décision judiciaire ou du préfet.

Les modalités d'admission sont par ailleurs fixées par les articles R. 3222-2 et R. 3222-3 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. Notons par ailleurs 3 notions importantes (6):

– C'est au préfet de prendre la décision de transfert du patient en UMD, ainsi que son maintien et sa sortie.

– Cette décision est prise en fonction du dossier médical qui doit s'accompagner « d'un certificat médical détaillé établi par le psychiatre de l'établissement demandant l'admission, précisant les motifs de la demande d'hospitalisation dans l'unité pour malades difficiles, ainsi que, le cas échéant, les expertises psychiatriques dont le patient a fait l'objet ».

– Le transfert en UMD ne peut être envisagé qu'avec l'accord du médecin responsable de l'UMD. En cas de litige, c'est au préfet que revient la décision finale.

1.3.2.2. Modalités de prise en charge des patients en UMD

Le séjour du patient s'organise autour d'une hospitalisation à temps complet et souvent pour une durée de plusieurs mois voire davantage. La prise en charge s'effectue au travers d'un projet de soins personnalisé et comprend différents axes : entretiens et observations pour analyse clinique et diagnostique, traitement pharmacologique, psychothérapies de soutien ou plus structurées : contrats individuels adaptés à l'évolution clinique, activités thérapeutiques et d'expression... Une particularité des soins porte sur l'abrasion des troubles du comportement et de la dangerosité du patient, de l'intensité des symptômes et de la résolution des problèmes conflictuels.

1.3.2.3. Commission de suivi médical et modalités de sortie

Le décret du 1er février 2016 stipule au travers des articles 3222-4 à 3222-7 que dans chaque département où est créé une UMD doit se former une commission de suivi médical (6).

Elle est composée de quatre membres nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé : Un médecin représentant l'agence régionale de

santé, trois psychiatres hospitaliers n'exerçant pas leur activité dans l'unité pour malades difficiles. Cette commission statue sur le maintien ou non du patient au sein de l'établissement.

Elle peut être saisie à tout moment notamment par : la personne hospitalisée dans l'unité, sa famille, son représentant légal ou ses proches, le procureur de la République, le préfet du département ou le préfet de police, le psychiatre responsable de l'unité, le médecin généraliste ou le psychiatre exerçant dans le secteur privé traitant le patient, le psychiatre de l'établissement de santé dans lequel le patient était initialement pris en charge, le directeur de l'établissement où est implantée l'unité, le directeur de l'établissement de santé dans lequel le patient était initialement pris en charge. En toute circonstance la commission se doit de réévaluer au moins tous les 6 mois l'état de santé de chaque patient. Elle informe par la suite la commission départementale des soins psychiatriques des conclusions des examens auxquels elle a procédé.

Par ailleurs la commission du suivi médical se doit de visiter l'unité pour malades difficiles au moins une fois par semestre. Un compte rendu de sa visite est par la suite adressé à la commission départementale des soins psychiatriques, au préfet du département ou, à Paris, au préfet de police, ainsi qu'au procureur de la République compétent.

Concernant la sortie du patient, c'est à la commission de suivi médical de donner son avis et non au médecin responsable de l'unité qui peut cependant saisir la commission afin de faire constater les progrès effectués par le patient depuis son admission. Juridiquement parlant, cette sortie de l'établissement ne peut être envisagée que lorsque la commission de suivi médical « constate que les conditions mentionnées à l'article R. 3222-1 ne sont plus remplies », c'est-à-dire que le patient ne relève plus de protocoles de soins intensifs et de mesures de sûreté particulières. Par la suite « elle saisit le préfet du département d'implantation de l'unité ou, à Paris, le préfet de police, qui prononce, par arrêté, la sortie du patient de l'unité pour malades difficiles et informe de sa décision le préfet ayant pris l'arrêté initial d'admission dans cette unité ainsi que l'établissement de santé qui avait demandé l'admission du patient ». Deux possibilités s'offrent alors : la « levée de la mesure de soins sans consentement » ou « la poursuite des soins sans consentement soit dans

l'établissement de santé où le patient se trouvait lors de la décision d'admission en unité pour malades difficiles, soit dans un autre établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 ».

C'est ensuite à l'établissement d'origine d'organiser la poursuite des soins en son sein ou dans un autre établissement de santé et ceci dans un délai de vingt jours.

1.3.3. Évolution des indications et des profils des patients hospitalisés en UMD

Le profil des patients hospitalisés en UMD ne s'est pas montré constant au cours du temps, bien au contraire. Il a évolué en parallèle de la psychiatrie, des avancées scientifiques et de la façon de prendre en charge les patients. Mais pas seulement, l'évolution des sociétés, l'approche législative et la place accordée au « fou » dans son environnement ont aussi grandement influencé les indications et le type de patient au sein d'une UMD.

En 1912, Henri Colin décrit dans les Annales médico-psychologiques 3 types de patients au sein de son unité de sûreté de Villejuif (5):

– « 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 restera relativement constant durant une vingtaine d'années. En 1935, dans le quartier de sûreté de Villejuif, on recense : 42,9 % de personnalités dyssociales, 28,6 % de délires paranoïaques, 14,3 % de retard mental, 7,1 % d'alcoololo-dépendant et 7,1 % de schizophrénie paranoïde (anciennement nommée démence précoce).

Par la suite, on retrouvera dans les différents UMD historiques durant les années 1950 à 1970, une proportion relativement stable d'environ 20-30 % de psychopathie et d'environ 30-40 % de délires chroniques. On notera par la suite une forte augmentation (40 %) du taux de psychopathie durant les années 1970-1975.

Il faut bien entendu rester prudent quant à l'interprétation de ces données, celles-ci n'incluant pas notamment de diagnostics secondaires. On peut cependant mettre en avant deux variables qui peuvent en partie expliquer l'augmentation du taux de schizophrénie et la baisse de fréquence de la personnalité antisociale dans les UMD. La première variable est qu'avec la sectorisation, l'adressage des patients en UMD s'est faite essentiellement par les services d'admission et donc ces derniers ayant une forte population de patients atteints de schizophrénie et une faible proportion de sujets psychopathes (ces derniers étant souvent exclus des services en raison de leurs comportements et du faible impact thérapeutique qu'aurait une hospitalisation sur leurs troubles). La seconde variable concerne l'évolution du cadre médico-légal et du positionnement des experts à prononcer une irresponsabilité pénale. En effet, l'introduction de la responsabilité partielle, la naissance des SMPR et la meilleure prise en charge au sein des prisons des malades souffrant de troubles mentaux ont modifié le rapport des experts aux sujets présentant une psychopathie, les jugeant plus facilement responsables de leurs actes et donc les orientant de ce fait vers la prison.

1.3.4. Saturation des demandes et limites des UMD

À l'heure d'aujourd'hui, il existe environ 650 lits d'UMD sur tout le territoire. Ces hôpitaux sont sujets à de nombreuses demandes d'admission émanant de l'ensemble des secteurs de psychiatrie générale (Départements et Régions d'Outre-Mer inclus) et il apparaît évident qu'en raison du faible nombre de lits, l'UMD ne peut répondre à toutes ces demandes. Ceci est d'autant plus accentué par le faible nombre de sorties qu'impliquent les modalités de prise en charge : soin institutionnel au long cours, hospitalisation en SPDRE, commission de suivi médical...

Il apparaît donc évident que l'UMD se doit de prioriser certaines demandes en fonction de sa mission première et de divers critères tels que le niveau de dangerosité du patient, l'urgence de la demande, son origine géographique ou

encore la situation médico-légales. Ceci, *in fine*, a pour conséquence un allongement des listes d'attentes et des délais de prise en charge pouvant aller jusqu'à plusieurs mois. Pour exemple, en 2000, 34 % des secteurs avaient fait une demande de transfert de patient vers une UMD (7).

Ces différents éléments amènent donc à la conclusion que l'UMD n'est pas la meilleure solution pour des prises en charge aiguës et urgentes malgré des indications initiales légitimes. De plus, nombre de demandes s'avèrent inadaptées ou finalement abandonnées en raison de l'amendement des symptômes au moment d'une admission. En clair, certains patients que l'on pourrait croire comme éligibles à des soins en UMD ne le sont pas en raison du caractère aigu de leurs symptômes et de leur amendement rapide. De plus certains patients, considérés comme problématiques dans les services tels que des malades « agités et perturbateurs » ne sont pas pour autant des patients nécessitant des soins en UMD (souvent par manque de dangerosité). Ces patients restent cependant dans l'impasse faute de structures adaptées à leurs troubles.

En conclusion, l'UMD n'est pas équipée pour répondre à des situations urgentes, elle s'avère aussi inadaptée voire contre productive pour des patients dont la dangerosité potentielle est corrélée à un état psychiatrique aigu pouvant s'amender en quelques mois.

1.4. Nécessité d'une structure intermédiaire : le contexte de création des Unités de soins intensifs psychiatriques en France

La première unité de type « soins intensifs psychiatriques » naît en 1991 sur l'UMD de Cadillac sous le nom d'UPID (Unité Psychiatrique Intersectorielle Départementale) (3). L'année suivante s'ouvre à Nice, l'UMAP (Unité pour Malade Agités et Perturbateurs). En 2005, est créée à Pau l'association ANDUSIP (Association Nationale Des Unités de Soins Intensifs Psychiatrique). Cette dernière a été conçue pour favoriser les échanges, unifier les modes de fonctionnement et permettre la reconnaissance légale de ce type de structures ; ceci au travers de diverses réunions ou des journées inter-UMD et inter-USIP (7). C'est d'ailleurs à cette période que le terme USIP remplacera les précédentes appellations telles que UPID et UMAP. Le choix du terme « USIP » est par ailleurs expliqué par Le Bihan &

al. : Il permet une meilleure lisibilité des objectifs du service, lui donne une reconnaissance particulière, exclut les soins au long cours, valorise les équipes soignantes et permet l'adjonction de moyens supplémentaires par rapport aux services de psychiatrie générale (7). En 2009, un travail de thèse réalisé par Laure Ragonnet de l'université de Caen, recense au total 9 USIP sur le territoire français (DOM et TOM inclus) (8).

La naissance de ces structures est née d'une double impulsion, à savoir la tendance à l'ouverture des unités d'admission, dans une logique d'humanisation et de respect des droits du patient, et la saturation des UMD, peu nombreuses, délivrant des soins au long cours avec une mission spécifique et accueillant des patients présentant une dangerosité particulière (3,7).

La création de ces unités s'appuie sur 2 textes. La circulaire du 9 mai 1974 relative à la mise en place des soins psychiatriques de secteurs rapporte, dans son chapitre 2, qu'une fois les conditions d'accueil respectées pour le malade « tout venant » : « 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 » (2).

Par la suite, le guide méthodologique de la planification en santé mentale du 15 décembre 1987 développe l'idée de structures psychiatriques départementales à visée intersectorielle et recommande que : « 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 »(9).

1.5. Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques : quelle définition ?

Nous verrons que le terme « USIP » comme son homologue anglo-saxon « PICU » ne renvoie pas à une définition univoque. Certains se concentrent sur l'accueil de patients uniquement hétéroagressifs, d'autres s'intéressent à l'accueil de patients suicidaires en crises, d'autres encore n'accueillent que des patients hospitalisés sous contrainte là où d'autres permettent l'hospitalisation de soins libres... Nous verrons aussi que ces unités sont fortement liées aux besoins locaux et doivent s'adapter aux différentes contraintes qu'imposent leur environnement et leur cadre législatif.

Cependant on retrouve plusieurs définitions : la première a été faite en mai 2001, par un Groupe portant sur la politique, la recherche et le développement des « Psychiatric Intensive Care Units » ou « PICU » spécialement commissionné par le Ministère de la santé britannique afin de produire des standards nationaux pour ces structures de soins. Cette commission amènera par ailleurs à la publication du « National Minimum Standard (ou NMS) for PICU » que nous détaillerons plus bas. On retrouve cette définition dans le livre « Psychiatric Intensive care » de Beer & al. : « Le soin intensif psychiatrique est destiné aux patients hospitalisés sans consentement, habituellement dans des conditions sécurisées, qui présente une phase de perturbation aiguë d'un trouble mental sévère. À cet état s'associe une perte de la capacité de self-control, avec une augmentation correspondante des risques, ce qui ne permet pas leur prise en charge thérapeutique en toute sécurité dans un service ouvert de psychiatrie générale de soins aigus. Ces USIP devraient être fermées de façon permanente ou tout du moins fermable mais ne sont pour autant des lieux ultra-sécurisés qui garantiraient un confinement total » (10). Il est précisé que « Soins et traitements doivent être centrés sur le patient, pluriprofessionnels, intensifs, compréhensifs, collaboratifs et se doivent de donner une réponse immédiate à des situations critiques. La durée de séjour doit être adaptée aux besoins cliniques et à l'évaluation des risques mais ne devrait pas d'ordinaire excéder 8 semaines » (10). « Le soin intensif psychiatrique est délivré par du personnel qualifié en accord avec la philosophie de l'unité, elle-même sous-tendue par des principes d'évaluation et de gestion du risque » (10).

Le Bihan & al. publient aussi à ce sujet concernant l'USIP de Cadillac en proposant certains critères spécifiques souhaitables dans la définition d'une USIP (tableau 1) (11).

Tableau 1 : Critères spécifiques d'une USIP

Unité fermée, contenant et sécurisée de 10 a 15 lits
Équipe pluriprofessionnelle avec une densité médicale et paramédicale suffisante
Provenance intersectorielle des patients adressés par un service hospitalier d'un territoire de santé défini ou par convention entre établissements de soins
Indications : état de crise, intensité particulière des symptômes, troubles majeurs du comportement ne pouvant pas être pris en charge dans un service de psychiatrie général, nécessitant un cadre contenant.
Admissions sur accord médical, avec sectorisation préalable et engagement de reprise
Mode d'hospitalisation compatible avec la structure de l'unité de soins (SDT, SDRE)
Importance des liens avec le service d'origine (réunions de synthèse et d'évaluation)
Durée de séjours de 2 mois maximum
Retour vers le service d'origine (transfert en UMD si nécessaire)

2. Expériences internationales

En parallèle de l'histoire de la psychiatrie française, le reste de la psychiatrie occidentale s'est aussi modernisé au cours de la seconde partie du XX^e siècle. Même si nous n'expliquerons pas en détails l'architecture du soin de tous ces pays, il est important de noter que les objectifs sont sensiblement les mêmes : l'ouverture du soin vers l'extérieur et la réintégration de la personne souffrant de troubles mentaux dans son environnement. Les structures de soins sont aussi victimes difficultés : l'accueil et la gestion des patients au passé médico-légal et les difficultés à soigner les malades les plus symptomatiques dans un milieu ouvert. Dans cette partie nous nous intéressons à ces Unités de soins intensifs

psychiatriques (« Psychiatric Intensive Care Units » ou PICU en anglais), beaucoup plus anciennes et développées qu'en France avec au final des objectifs très similaires.

2.1. Le soin intensif psychiatrique dans le monde : le modèle anglo-saxon

La première USIP naît en 1973 aux États-Unis. Elle sera rapidement imitée dans d'autres pays anglophones notamment au Royaume-Uni et en Australie. Les besoins de telles unités sont significativement les mêmes d'un pays à l'autre. On retrouve une nécessité locale de pouvoir admettre des patients en unité fermée sur des temps brefs en raison de troubles aigus du comportement dans le cadre d'une maladie mentale avec un potentiel agressif ou perturbateur avéré. Mais la place des « PICU » est aussi différente d'un pays à l'autre en raison des variations qui existent dans le réseau de soins et le cadre légal.

Malgré les plaintes récurrentes des différents auteurs sur le manque de publications, elles restent pour l'heure bien plus nombreuses que les publications françaises concernant les USIP.

Du fait de leur ancienneté dans les structures de soins, les « PICU's » présentent un meilleur encadrement légal et des recommandations de bonne pratique plus fournies. Elles semblent être de bons exemples pour les USIP françaises.

2.1.1. États-Unis

2.1.1.1. Offre de soins

La première « PICU » naît en 1970 dans le Bronx (New-York, USA) sous l'impulsion du Dr Rachlin. Elle pose les bases d'une prise en charge pour les patients agités et perturbateurs, offrant un cadre contenant avec un nombre restreint de lits. À cette époque, le courant de pensée psychiatrique est à l'ouverture des services vers l'extérieur et le souvenir des services fermés en asile encore empreint de vives émotions. Rachlin, d'ailleurs, dans son introduction rappelle les progrès faits en matière de soins et les bénéfices apportés par l'ouverture des services dans le rétablissement et la réhabilitation des patients. Cependant, il explique aussi qu'une

minorité de patients se montrent non répondeurs aux soins délivrés en service ouvert voire même perturbateurs et dangereux vis-à-vis du rétablissement des autres patients. Il explique en ces termes que « les patients agressifs et menaçants créent une atmosphère de peur à la fois chez les autres patients et l'équipe soignante, paralysant le service et rendant la prise en charge globale inefficace » (12). D'autre part, il rapporte que les patients auto-agressifs et suicidaires nécessitent une surveillance rapprochée, ce qu'une équipe soignante d'un service ouvert ne pourrait apporter qu'au détriment des autres patients (12).

Face à ce constat et suite à de nombreuses fugues depuis l'ouverture complète de l'hôpital en 1967, un service fermé de soins intensifs est ouvert en 1970 (12).

Cette unité s'ouvre au sein du Bronx (NY) State Hospital ayant une capacité d'accueil de 1000 lits. L'unité dépend alors d'un service de 225 lits desservant une population de 350 000 habitants dans le sud du Bronx (considéré alors comme un ghetto). Le nombre de lits sera défini *a posteriori*, l'équipe médicale ne sachant pas encore pour combien de patients ce type de soin serait nécessaire. La suite de l'étude de Rachlin montrera un nombre de patients évoluant entre 4 et 11 avec une moyenne de 7 (12).

2.1.1.2. Modalités et critères d'admission

Aucun patient ne pouvait se voir admis directement sur l'unité sans hospitalisation préalable dans un service psychiatrique d'admission. Chaque admission dans le service était évaluée par un comité en amont, ceci afin de limiter une surcharge de l'unité. L'objectif du service était de délivrer sur un temps court des soins de qualité avec un fort étayage médical et soignant. Pour cela le service bénéficiait d'un médecin psychiatre, d'un psychologue, d'un assistant social, d'un ergothérapeute et d'infirmiers, soit 12 à 15 soignants.

Concernant les critères d'admission, Rachlin ne donne que très peu d'informations. Il spécifie seulement qu'une admission dans l'unité ne peut se faire qu'en dernière intention. Sans donner plus de détail, Rachlin définit trois profils de patients : le patient « fugueur » n'adhérant pas aux soins, le patient « agressif et

menaçant » mettant en péril le bon déroulement des soins et le patient « auto-agressif et suicidaire » nécessitant un étayage important (12).

2.1.2. Royaume-Uni

Les « PICU's » sont présentes au Royaume-Uni depuis la fin des années 1970, avec l'ouverture de la première USIP en 1972 à Portsmouth. Ces structures se sont rapidement multipliées sur le territoire par la suite (13).

Les informations sont très inégales concernant l'offre de soins, la plupart des études n'étant informatives que pour une unité ou un hôpital. À noter cependant qu'une étude de Pereira & al de 2006 spécifie une moyenne d'offre de 1 lit pour 25 000 habitants. Cette offre concernait 17 « PICU » aux normes NHS situées dans la ville de Londres. Une autre étude, plus ancienne (Mitchell, 1992), rapportait une moyenne de 1 lit pour 11 000 habitants dans 13 « PICU » écossaises (13).

2.1.3. Australie

On recense uniquement 2 publications concernant les « PICU » en Australie et aucune ne spécifie le nombre de « PICU » sur le territoire australien. Une étude de 1985 publiée par Goldney & al décrit sur 3 ans et demi l'activité d'une unité de 8 lits au sein du Glenside Hospital d'Adelaide en Australie Méridionale (14), et une étude de 2001 publiée par Wynaden & al. évalue durant 3 mois elle aussi une unité de 8 lits situé au Fremantle Hospital and Health Service dans la banlieue de Perth en Australie Occidentale (15).

Ces 2 publications s'accordent avec la littérature internationale concernant la nature fermée de ce type de structure. Cependant, le profil de patients à admettre, l'offre de soins et les objectifs de soin sont encore débattus.

On retrouve des critères d'admission plus larges que dans d'autres publications. Les admissions en soins libres sont possibles et les conduites auto-agressives et suicidaires semblent prendre une part importante des admissions (14,15). Une absence de cadre réglementaire spécifique au niveau national est aussi rapportée par les auteurs (15).

2.1.3.1. Offre de soins

Il est impossible devant la présence de seulement 2 publications concernant les « PICU » en Australie d'obtenir une information exhaustive concernant l'offre de soin, d'autant plus que celle-ci s'intéresse uniquement à 2 unités et qu'aucune ne communique de manière plus globale sur l'offre de soin dans le pays.

La première étude de Goldney & al. de 1985 situait l'unité fermée de 8 lits au sein d'un hôpital de 550 lits. Cet hôpital assurait les soins pour la moitié de l'Etat d'Australie Méridionale soit environ 600 000 habitants à l'époque. En parallèle un service médico-légal (forensic service) assurait les soins au sein de la prison d'État. Sur le plan du soin, l'unité bénéficiait de la présence de 3 soignants le jour et de 2 la nuit (14).

La seconde étude de Wynaden & al. de 2001 évaluait sur une durée de 3 mois une unité de 8 lits située au sein d'un service de 50 lits (42 lits ouverts et les 8 lits « PICU »). Ce service gérait une population d'environ 300 000 habitants. Les soins étaient assurés par un psychiatre et un médecin généraliste à temps plein, ainsi que 4 équivalents temps-plein en journée et 3 équivalents temps-plein la nuit concernant l'équipe soignante (15).

2.1.3.2. Critères d'admission et mode d'hospitalisation

La première étude de 1985, dirigée par Goldney & al., montre des critères d'admission relativement ouverts et ne s'intéresse pas au mode d'hospitalisation sous lequel le patient est admis. Les patients peuvent se voir admis directement des urgences ou via d'autres services. L'admission se justifie simplement par le fait que le patient nécessite des soins « plus intensifs » que ne le permettrait un autre service. Généralement cette indication s'applique à des patients présentant un trouble psychotique sévère avec des problèmes de gestion de l'impulsivité, de désinhibition majeure, de violence ou encore des comportements suicidaires sévères. La catatonie et la mélancolie sont elles aussi des motifs d'admission recevables dans le sens où elles présentent un risque significatif de déshydratation et de dénutrition (14). L'hospitalisation était envisagée comme un passage très bref dans le parcours du patient au sein de l'hôpital, avec un apaisement rapide de la crise et un retour très

rapide vers une unité d'admission standard. Ceci permettait un turn-over important et une durée moyenne de séjour très courte, à savoir 4,8 jours.

La seconde étude de 2001 se montre plus spécifique. Elle rapporte que la plupart des patients sont hospitalisés sous le régime de la loi de santé mentale d'Australie Occidentale de 1996, même si certains patients dans des conditions particulières pouvaient se voir admis en soins libres au sein de l'unité. Par ailleurs, des patients ne remplissant pas les critères d'admission de l'unité pouvaient se voir admis en raison d'un manque de lits sur l'hôpital. Concernant les critères d'admission habituels, le patient devait :

- être reconnu comme à risque de porter atteinte à autrui, généralement en termes de dommage physique

- présenter un risque suicidaire ou auto-agressif incompatible avec un maintien en unité ouverte

- Avoir été évalué par une personne habilitée et avoir été identifié comme à risque de fugue de l'unité avec une haute probabilité de préjudice public, social et professionnel selon la loi de 1996 de Santé Mentale d'Australie Occidentale (15).

Au final, les « PICUs » du Glenside Hospital et du Fremantle Hospital dénotent dans le sens qu'elles se détachent du profil des « PICUs » présentes aux États-Unis et en Grande-Bretagne aux mêmes époques, par une orientation plus généraliste et moins médico-légale, des critères d'admission très ouverts et un turn-over important (14,15). Elles délivrent cependant des soins dans un cadre contenant et fermé avec une présence soignante importante pour un faible nombre de lits.

2.1.4. Nouvelle-Zélande

On retrouve en Nouvelle-Zélande, une publication de O'Malley & al. de 2007 concernant une USIP. Elle étudie le taux d'isolement dans son unité en fonction de la taille de son service (soit 1 fois 20 lits, soit 2 fois 10 lits). Elle se situe à Canterbury en Nouvelle-Zélande. Cette unité fermée contient 20 lits repartis dans 2 sous unités de 10 lits et fait partie d'un service d'admission de 64 lits. Son objectif est d'accueillir des patients âgés de 18 à 64 ans jugé comme « à haut risque auto et hétéroagressif, nécessitant un haut niveau de surveillance, de cadre et de limites »

(16). Pour l'accueil de ses patients, l'unité bénéficie de 32 équivalents temps-plein soignants, un ergothérapeute à mi-temps et fait intervenir une équipe pluriprofessionnelle composée de psychiatres, somaticiens, psychologues, « Maori Mental Health Workers » et assistants sociaux (16).

2.1.5. Canada

On retrouve pour ce pays, 4 publications relatives aux soins intensifs psychiatriques. Respectivement parues en 1986, 1988, 1989 et 2013, elles étudient toutes de petites unités d'une dizaine de lits avec un niveau de sécurité et d'étayage élevé. Malgré ces points communs, elles divergent sur certains points en raison de leur localisation et du profil de patients qu'elles acceptent (17–20)

2.1.5.1. Offre de soins

La première publication de 1986 écrite par L. Warneke s'intéresse à la création d'une USIP sur l'hôpital général d'Edmonton situé dans l'Alberta (17). Cet hôpital permet l'accueil de 70 patients psychiatriques et son USIP, 10 patients. Cette unité a aussi la particularité d'être un service ouvert, malgré cela elle respecte des règles de sécurité drastiques (uniformes pour les patients, couverts en plastique, comptage des objets sensibles...); elle veille aussi à maintenir une surveillance rapprochée (17).

La seconde publication n'étudie pas à proprement parler une « PICU » mais une « unité d'observation aiguë » ou « Acute observation unit ». Elle se situe au sein d'un hôpital général : le Camp Hill Hospital (Halifax, Nouvelle Écosse). Il compte 359 lits dont 49 pour l'accueil de patients psychiatriques. L'unité étudiée se compose de 7 lits (18). On retrouve aussi une architecture adaptée à délivrer une surveillance rapprochée dans des conditions de sécurité satisfaisante.

La troisième de 1989 présente une unité (l'Intensive Care Unit ou ICU) de 6 lits rattachés à un pôle de 70 lits de court séjour (le Short-Term Assessment and Treatment Unit ou STAT) au sein d'un hôpital psychiatrique de 400 lits, le Whitby Psychiatric Hospital, qui couvre une zone géographique de 1,8 millions d'habitants. Ce service a par ailleurs la particularité d'être un dortoir de 6 lits avec 2 chambres d'isolement supplémentaires, ceci afin de favoriser une surveillance maximale. Les

soins sont assurés par 8 équivalents temps-plein infirmiers et 4 équivalents temps-plein aide-soignants par 24 h soit un infirmier pour 1,5 patients (19).

La dernière étude de 2013 porte sur une PICU de 15 lits au Montreal-area tertiary psychiatric Hospital (Montreal, Quebec). Cet hôpital permet l'accueil de 420 patients et couvre un bassin de population d'environ 190 000 habitants (20).

2.1.5.2. Orientation du soin et critères d'admission

La 1ère « PICU » de 1986 sur l'hôpital général d'Edmonton semble réinterpréter la définition du soin intensif psychiatrique (17). En effet sa place au sein du réseau de soin apparaît complètement différent : elle se situe au sein d'un hôpital général, n'accueille que les patients en soins libres et explique organiser le transfert des patients vers l'hôpital psychiatrique local en cas de nécessité de restriction des libertés (17). Elle se positionne plutôt comme une structure intermédiaire entre l'hôpital général et l'hôpital psychiatrique local, accueille des patients « à risque » mais ne nécessitant pas encore de soins sous contrainte. Au final, le caractère intensif du soin psychiatrique s'exprime ici par la prise en charge rapprochée d'un péril imminent d'origine psychiatrique plutôt autocentré sur le patient. La prise en charge médicale somatique associée à ces troubles apparaît aussi comme un point essentiel.

Concernant l'unité d'observation aiguë du Camp Hill Hospital, malgré une appellation différente on retrouve les mêmes objectifs et les mêmes moyens que sur une « PICU ». Son objectif principal est de permettre « une observation, une évaluation et une prise en charge intensive dans un environnement sécurisé et calme pour des patients psychiatriques en phase aiguë » (18). Les patients peuvent se voir hospitalisés sous contrainte selon les modalités propres à la loi canadienne et doivent présenter pour la plupart des troubles du comportement présentant un danger pour autrui ou eux-mêmes. En cela, ils nécessitent une surveillance constante et rapprochée qui ne peut être envisageable dans une unité d'admission classique. Par ailleurs le projet d'unité s'oriente vers des prises en charges très courtes et centrées sur le traitement des états de crises aiguës. La durée moyenne de séjour illustre cela avec une DMS à 5,6 jours et des extrêmes situés entre 2 et 33 jours.

L'ICU du Whitby Psychiatric Hospital se rapproche des standards habituels concernant les indications et les modalités du soin. On y retrouve des critères habituels d'admission pour ce type de structures : agitation ou régression sévères, tendances suicidaires ou hétéroagressives, décompensation psychotique aiguë, violence ou comportement problématique avec les équipes médicales et soignantes (19). Les patients peuvent par ailleurs être admis en soins libres ou sous contrainte selon les modalités légales du Canada. On retrouve ici aussi une orientation vers des séjours très brefs avec pour objectif principal le traitement de la crise aiguë (19).

2.2. Autres modèles de soin intensif psychiatrique à l'étranger

2.2.1. Suède

Très peu d'informations en provenance de Suède concernant les USIP sont recensées dans la littérature internationale. On retrouve cependant une étude de Palmsternia & al. de 1991 éclairant partiellement sur le soin intensif psychiatrique en Suède. Cette étude se concentre sur un service de 19 lits au sein d'une clinique psychiatrique du comté du Västmanland (située dans le centre de la Suède en périphérie de Stockholm). Elle dessert un bassin de population d'environ 250 000 habitants (21).

On note aussi une étude de Salzman-Erikson & al. de 2008, portant une USIP à Mälardalen, ville au nord de Göteborg. Cependant l'étude se concentre sur les modalités du soin via un auto-questionnaire distribué aux soignants de l'unité. Elle n'apporte donc que des résultats très subjectifs sur les modalités de soins et n'informe sur aucun élément statistique tel que le nombre de lits, le bassin de recrutement ou encore le profil des patients (22).

2.2.2. Norvège

On retrouve la présence de « PICU » sur le territoire norvégien, dans une publication de 2006. Elle s'intéresse à une « PICU » située dans le département d'admission de l'hôpital universitaire d'Østmarka dans le comté de Sør-Trøndelag. Cet hôpital couvre un secteur de 140 000 habitants et fait plus de 600 admissions en

psychiatrie par an. La « PICU » peut accueillir jusqu'à 4 patients, couvre une superficie de 190 m² et est encadrée par 3 à 4 soignants par roulement. Le but de cette étude était de comparer l'évolution et le comportement des patients entre un service d'admission classique et une « PICU ». Cette dernière n'a par ailleurs pas montré de résultats significatifs hormis sur l'échelle « Broset Violence Checklist » : les patients présentaient une plus forte réduction du score en milieu fermé pour des scores de départ initiaux égaux (23).

2.2.3. Slovénie

Une seule étude publiée sur les PICU est retrouvée en ce qui concerne ce pays. Elle traite des mesures de contention en PICU. Cependant cette étude reste peu informative et ne détaille pas les modalités de prise en charge au sein de cette PICU (24).

2.3. Recommandations du « National Minimum Standard for PICU »

En mai 2001, un Groupe portant sur la politique, la recherche et le développement des « PICU » a été spécialement commissionné par le Ministère de la santé britannique afin de produire des standards nationaux pour les « PICU's ».

Un « National Minimum Standard » ou NMS pour les « PICU » a été publié par le département de la santé (DoH) en 2002 puis mis à jour en 2014. Il donne une définition nationale aux « PICU » et définit les critères de bonne pratique concernant ces unités.

2.3.1. Définitions

Ces recommandations stipulent que le soin intensif psychiatrique est destiné aux patients hospitalisés sous contrainte, habituellement dans des conditions sécurisées, et qui présentent un trouble mental grave en phase aiguë. On y retrouve aussi la notion de perte de la capacité de self-control et de discernement, à laquelle s'associe une augmentation parallèle du risque [pour eux-mêmes et pour autrui] et ne permettant pas une prise en charge thérapeutique en toute sécurité dans un service ouvert de psychiatrie générale (25).

Les soins et les traitements proposés doivent être centrés sur le patient, pluriprofessionnels, intensifs, exhaustifs et menés de façon collaborative, avec une réponse immédiate aux situations critiques. La durée de séjour doit être appropriée aux besoins cliniques et à l'évaluation des risques mais ne devrait ordinairement pas excéder huit semaines (25).

2.3.2. Critères d'admission

L'admission d'un patient en « PICU » ne peut s'effectuer que si ce dernier est hospitalisé sous contrainte. Le texte exprime par ailleurs que les limitations importantes de la liberté de l'individu inhérentes à la structure ne pourront être que fonction de son état clinique et qu'il convient que cet état soit vérifié en amont avec le service d'origine (25).

Au-delà des pathologies, ce sont les troubles du comportement associés qui motivent une admission en « PICU ». Ces troubles du comportement doivent sérieusement mettre en jeu le bien-être physique ou psychologique de la personne ou d'autrui ; et ne peuvent être traités dans des conditions de sécurité et d'évaluation suffisantes dans un service classique d'admission. De plus ces troubles du comportement se devront d'être le résultat direct d'un état de santé mentale aiguë, d'une aggravation aiguë et d'un trouble mental existant compatible avec une prise en charge en « PICU » sur une période courte (25).

Quatre critères principaux sont retenus ici (25) :

– l'hétéro-agressivité : le patient est considéré comme présentant un risque important de nuire à d'autres personnes, ou présente une agressivité extrême envers les biens.

– l'auto-agressivité : le patient est considéré comme présentant un risque important de suicide et ne répondant pas aux mesures préventives disponibles.

– la fugue : dans le cadre d'un patient détenu ou dans le cas où sa fuite persistante aurait de graves conséquences.

– l'imprévisibilité : le patient se montre imprévisible et pose potentiellement un risque important pour lui-même ou pour d'autres personnes, et nécessite une évaluation supplémentaire.

En parallèle de ces 4 indications prioritaires, le NMS détaille le processus d'admission et le travail collaboratif nécessaire à sa bonne mise en œuvre. Voici ici la traduction de quelques points qui nous sont apparus importants pour comprendre l'organisation du soin (25):

– Les raisons de l'admission devront être convenues entre le service d'origine et l'équipe d'évaluation. Ces raisons devront être documentées clairement dans un formulaire de pré-admission, en précisant le but de l'admission et les objectifs de traitement. Ces objectifs devront faire partie d'un plan de soins pré-établi.

– Les patients devront être admis seulement s'ils manifestent un risque significatif d'agression, de fugue avec un risque grave associé, notamment un suicide ou une vulnérabilité (par exemple dû à une désinhibition sexuelle ou une hyperactivité) dans le contexte d'un trouble mental grave.

– L'admission en « PICU » sera dûe à un nouvel épisode ou une exacerbation aiguë de l'état de santé du patient qui ne pourrait être géré dans des conditions de sécurité satisfaisante au sein d'un service d'admission.

– Il aura été démontré que les stratégies de prise en charge pluridisciplinaire dans l'unité d'admission n'auront pas réussi à contenir les troubles présents.

– Il devra y avoir un accord mutuel entre le service d'origine et le « PICU » sur les bénéfices thérapeutiques attendus au moment de l'admission et sur la limitation dans le temps de la prise en charge.

– Bien que les antécédents jouent un rôle important dans l'évaluation, la symptomatologie actuelle devrait être la principale considération pour déterminer si l'admission est appropriée.

– Toutes les « PICU's » devraient élaborer des procédures d'évaluation de risque, standardisées et robustes.

– Les administrateurs et les praticiens devraient avoir des normes écrites pour le processus d'admission.

– L'âge des patients devra être compris entre 16 et 65 ans, sauf cas particulier.

Par ailleurs le texte définit aussi des critères d'exclusion qu'il nous apparaît aussi important de spécifier(25) :

- un âge inférieur à 16 ans ou un mineur entre 16 et 18 ans mais toujours scolarisé.
- Un patient présentant un risque trop élevé pour la sécurité interne et de son environnement de par son profil et nécessitant un accueil avec un plus haut niveau de sécurité.
- Un diagnostic primaire de mésusage de substance et dont l'objectif principal de l'hospitalisation serait de prévenir l'accès à ces substances.
- Un comportement résultant directement d'un mésusage de substance et non d'une exacerbation d'une maladie mentale au moment de l'admission.
- Un diagnostic primaire de démence.
- Un diagnostic primaire de trouble des apprentissages.
- Une condition physique trop fragile pour permettre une prise en charge en « PICU ».
- Une mixité sexuelle de la population (hormis si l'unité est configurée avec des aires de sommeil et de jour séparées).

2.3.3. Objectifs et principales interventions

Le « NMS for PICU » spécifie par ailleurs que chaque patient doit bénéficier d'un programme thérapeutique intensif, multidisciplinaire adapté à ses besoins. Ces interventions visent à réduire rapidement les symptômes aigus tout en favorisant l'autonomisation et le rétablissement. Ces interventions se doivent d'être délivrées par des personnes qualifiées et formées (25).

Dans l'ensemble cette partie du texte renvoie à une volonté globale d'excellence de la part du service. Elle invite l'ensemble des intervenants à posséder des connaissances solides régulièrement mises à jour. Elle s'intéresse à veiller à la bonne santé physique des patients, réévaluer les diagnostics régulièrement, respecter les règles de prescriptions pharmacologiques en vigueur, favoriser la

communication et la prise en charge psychologique et enfin veiller scrupuleusement au respect du cadre législatif.

2.3.4. *Équipes soignantes et pluriprofessionnalité*

Le « NMS for PICU » insiste sur le fait qu'une des particularités des « PICUs » se trouve dans les relations soignants-soignés. La composition et le choix des individus sont ici des critères majeurs pour la délivrance d'un service efficace et complet.

L'expérience du personnel médical et paramédical est considérée comme primordiale.

Les équipes soignantes devront travailler de manière cohérente et harmonieuse ; les décisions de prise en charge ne pourront se faire à l'initiative d'un seul intervenant et devront obtenir l'aval de l'ensemble de l'équipe avant d'être mises en place. Les bonnes relations inter-professionnelles sont d'ailleurs encouragées afin de soutenir la cohésion de l'équipe qui apparaît comme un pilier d'une bonne prise en charge. En conclusion de ce chapitre la « NMS for PICU » ponctue son rapport par cette expression : « one team, one voice ». En cela, elle insiste sur l'unité de la prise en charge qui permet à la fois de maintenir un cadre rassurant pour le patient, de limiter les bénéfices secondaires et d'éviter le clivage de l'équipe par le patient ; ceci étant connu pour favoriser l'agitation, l'agressivité, l'aggravation du tableau psychiatrique et les accidents.

Certains écueils sont d'ailleurs spécifiés comme à éviter notamment un trop grand nombre d'intervenants médicaux dans le service qui ont tendance à diluer la responsabilité médicale et à multiplier les décisions médicales contraires, compromettant par conséquent la qualité du soin.

2.3.5. *Environnement architectural*

Concernant le « NMS for PICU's », l'environnement physique est un élément déterminant dans le bon déroulement du soin. La conception de chaque unité est la clé de son succès et l'architecture se doit de maximiser les principales fonctions du service, notamment la sécurité et l'apaisement. On retrouve ici aussi des descriptions très détaillées : un maximum de 14 lits, une situation en rez-de-

chaussée, du matériel solide et non dangereux, une gestion pensée des volumes, de la lumière et de l'écho...

On y rappelle l'importance d'un espace en plein air et d'environnements à faible niveau de stimulation. Salles d'activités, chambres et chambres de soins intensifs y sont aussi décrites.

Au final l'environnement physique se veut être pensé comme un acteur de soin. Deux missions principales apparaissent : favoriser la sécurité et la surveillance des lieux (pour limiter tout débordement prolongé) et rendre agréable un environnement clos (pour limiter l'impression d'enfermement).

2.3.6. Autres types de « PICU's » : vers une diversification du soin intensif psychiatrique ?

Ce chapitre met en évidence l'existence de « PICU's » sous-spécialisées pour certains types de patients. Cette logique de sous spécialisation est par ailleurs validée par la « National Association of Psychiatric Intensive Care Unit » ou NAPICU. On retrouve comme « PICU » sous-spécialisées : les « PICU's » pour femmes, les « PICU's » pour enfants et adolescents, les « PICU's » à niveau moyen de sécurité (medium secure PICU's) et les « PICU's » à haut niveau de sécurité (High Secure PICU's).

Concernant les « PICU » pour femmes, les recommandations sont sensiblement les mêmes que pour les « PICU » classiques, le document spécifie seulement d'adapter le soin aux besoins spécifiques des femmes.

Les « PICU's » pour enfants et adolescents sont plus spécifiques dans leurs recommandations. L'idée première est de permettre l'accueil de mineurs de moins de 16 ans, et de traiter des troubles propres à la pédopsychiatrie qui se verraient contre indiqués en « PICU » pour adultes ; ceci sans pour autant remettre en question le caractère aigu et perturbateur de ces troubles. On évoque par exemple certains types de pathologie tels que les troubles envahissants du développement, les psychoses infantiles ou les troubles de personnalités naissants. Concernant le déroulement de la prise en charge et du soin, le « NMS » recommande de s'inspirer du fonctionnement chez l'adulte, mais en procédant à plusieurs adaptations (25):

– Par la création d'un environnement physique sécurisé mais adapté aux besoins de l'enfant et de l'adolescent

– Par le recrutement d'une équipe pluridisciplinaire spécialisée en pédopsychiatrie.

– par le tissage d'un réseau privilégié au sein des structures éducatives, sociales, médicales et judiciaires propres à l'enfance.

– Par une adaptation des protocoles et des procédures en fonction de l'âge, comme les mesures de contention et d'isolement ou encore les protocoles de traitement pharmacologique.

– Par la mise à jour des mesures d'évaluation de risques, des mesures de protection et de liaison avec la justice pénale.

Concernant les « medium et high secure PICU's », ce sont des structures propres au système de soin britannique qui ne présentent pas d'équivalent en France, même si un parallèle peut être fait avec nos UMD et nos UHSA. Ce sont des structures présentes au sein d'unités médico-légales (forensic services) et qui prennent en charge des patients détenus ou avec un lourd passé médico-légal et qui nécessitent des mesures d'encadrement et de sécurité drastiques.

2.3.7. *Autres thématiques abordées*

Le « NMS for PICU's » s'avère être un document très complet. Ce rapport de plus de quatre-vingts pages aborde de nombreux thèmes, certains propres aux soins intensifs, d'autres plus généralistes tels que la formation, l'évaluation des risques ou encore le management. On recense au total 21 chapitres : définition, critères d'admission, structuration et personnel de l'équipe pluridisciplinaire, leadership clinique, parcours du patient, environnement physique, participation du patient, participation des soignants, documentation, ethnicité, culture et genre, supervision, politique générale et procédure, relation aux autres agences, formation du personnel, développement de la formation continue, évaluation des risques et sécurité, infrastructure de soutien aux PICU's, autres types de PICU's et compétences du personnel (25).

Nous ne détaillerons pas l'ensemble des chapitres restants, mais leur présence dans ces recommandations montre au final une réflexion très aboutie autour de ce soin. L'aspect humain y apparaît comme essentiel avec des volontés fortes autour des qualifications du personnel, de la pluriprofessionnalité et d'une prise en charge claire et cohérente pour chaque patient. Le patient est aussi au centre des réflexions, on y détaille son profil, son rôle dans le soin et aussi les éléments culturels qui le composent. Enfin on retrouve une part significative accordée à l'évaluation standardisée des risques et des profils pathologiques des patients.

2.4. Modalités du soin, profil des populations hospitalisées et efficience du soin en « PICU »

2.4.1. Modalités du soin

Concernant la présence soignante, les résultats sont assez homogènes, et l'ensemble des études britanniques s'accordent sur un ratio moyen de 1 infirmier pour 2 patients (1 pour 2,33 ; Birie & Natsuna, 1988 ; Pereira & al, 2006)(13). À l'étranger, d'autres publications vont dans ce sens : 1:2,66 (Goldney & al., 1985)(14), 1:2 (Wynaden & al., 2001)(15), 1,5:1 (Rachlin, 1973)(12).

De même, l'ensemble de la littérature s'accorde sur un nombre faible de lits par service allant de 11 lits (Pereira & al., 2006) à 16,8 lits (Mitchell, 1992)(13). En Australie, sont référencées comme « PICU », 2 unités de 8 lits (12,13).

L'impact de l'environnement physique sur le rétablissement d'un patient comme sur les conditions de sécurité est un élément incontournable pour tout service de psychiatrie. En raison des profils des patients hospitalisés en soins intensifs psychiatriques, cette variable apparaît donc majeure. La NMS publie d'ailleurs en ce sens. En 2006, sur le territoire anglais, une étude a mis en évidence que sur 96 « PICUs », 62,5 % présentaient sur le plan architectural, un niveau bon à acceptable et 37,5 % un niveau pauvre avec de sérieuses problématiques environnementales. L'étude se basait sur un questionnaire en 55 items tiré de différentes publications, notamment le NMS et une échelle de notation qui se basait directement sur la « DoH physical environment standards » (26).

2.4.2. Profil des patients hospitalisés en « PICU »

Concernant le profil des populations hospitalisées, une étude de 2004 a permis de mettre en évidence des différences significatives en comparaison des populations des services d'admission. Cette étude a été menée sur 165 patients appariés à un groupe de contrôle en service d'admission. À l'issue de cette étude, il a été montré que le profil type de patient était significativement plus jeune (33,7 vs. 37,9 ans, IC 95, df=328, $p<0,001$), en majorité masculin (77 % vs 53 %, $p<0,001$), célibataire (62 % vs 48 %, $p<0,001$) et atteint de schizophrénie (51 % vs 27 %, $p<0,001$). On retrouvait aussi dans l'anamnèse des patients des éléments de vie significativement différents entre les 2 groupes, à savoir : des antécédents de mésusage de substances (71 % vs 44 %, $p<0,001$), des antécédents de violence (81 % vs. 53 %, $p<0,001$) ainsi que des antécédents de fugue de l'hôpital (33 % vs 16 %, $p<0,001$) (27).

Une autre étude de 2001 menée par Dolan et Lawson, décrit les éléments épidémiologiques du « PICU » du « Medium-security unit l'Enfield Center ». Initialement composé de 3 services et 60 lits et permettant l'accueil de patient médico-légaux, l'hôpital s'est doté en 1994 d'un service de soins intensifs psychiatriques de 5 lits. L'objectif rapporté par les auteurs était de pouvoir accueillir des patients « non-gérables en service d'admission ». De 1994 à 1998, ce service a accueilli 73 patients ; la majorité était des hommes (81 %), célibataires (81 %) et originaires de prison (51 %). L'âge moyen était de 33,2 ans. Sur le plan diagnostique, 76,7 % étaient atteints d'une maladie du spectre schizophrénique, 13,7 % d'un trouble de l'humeur et 6,8 % d'un trouble grave de la personnalité. On retrouvait dans 52 % des cas un diagnostic secondaire associé dont 66 % de conduites addictives. Concernant les motifs d'hospitalisation, 46,6 % avaient été admis pour menaces ou conduites hétéroaggressives, 15,1 % pour décompensation psychotique, 13,7 % pour autoagressivité et 15 % pour comportement « socialement inacceptable ». La durée moyenne de séjour était de 75 jours (28).

Une revue de la littérature de 2008, va elle aussi dans le même sens concernant le profil type du patient hospitalisé en « PICU » ; à savoir un homme jeune de moins de 30 ans atteint d'un trouble du spectre schizophrénique. Plus de 50 % des patients hospitalisés en « PICU » sont atteints de schizophrénie et 20 %

sont atteints d'un trouble bipolaire en phase maniaque. Les auteurs de cette revue font d'ailleurs remarquer l'étonnante stabilité de ces chiffres sur les 50 publications étalées sur plus de trente ans qu'ils ont étudié. À noter aussi une présence récurrente d'abus de substances et troubles graves de la personnalité dans ces populations hospitalisées (13).

En dehors des études faites sur le territoire britannique, on retrouve sur le plan diagnostique et socio-démographique des résultats comparables.

En 2001, Wynaden & al. recensaient dans leur « PICU » d'Australie méridionale, une majorité d'hommes (69 %). Le diagnostic principal comprenait à 42 % un diagnostic de schizophrénie (dont 22 % de schizophrénie paranoïde), et à 29 % de troubles de l'humeur (15). L'autre étude australienne de 1985 par Goldney & al., obtenait déjà des résultats similaires avec 40,3 % de schizophrénie et 24,9 % de troubles de l'humeur (dont 18,5 % d'état maniaque). Le ratio hommes/femmes était cependant plus pondéré avec 53,7 % d'hommes. L'étude complétait ses observations avec un âge moyen de 35,1 ans et 30,5 % de patients en couple (14).

Au Canada, Birnie & Matsuno mettent en évidence sur leur unité d'observation aigüe une majorité d'admission pour décompensation psychotique ou maniaque avec 42,7 %. On retrouve par la suite comme diagnostic primaire l'intoxication aiguë par une substance avec 20,7 %, la dépression dans le cadre d'un trouble uni ou bipolaire avec 13,7 % et les troubles de personnalité avec 11,2 % (18). Concernant les éléments socio-démographiques, on retrouvait un âge moyen de 35,5 ans pour les hommes et 36,4 pour les femmes avec une répartition hommes/femmes de 58 % vs 42 % (18). Concernant l'étude de Warneke de 1986, les résultats sont un peu différents en raison du projet de soin qui s'oriente vers un accueil intensif de patients en soins libres avec des tendances plutôt auto-agressives (17). Sur les 398 admissions recensées 230 (57,8 %) présentaient des comportements suicidaires, 136 (34,2 %) une hyperactivité psychotique, 21 (5,2 %) un état confusionnel et 11 (2,8 %) nécessitant des soins spéciaux (diététiques ou médicaux) (17). Concernant la répartition diagnostique, on retrouvait : 31,5 % de troubles unipolaires, 14,5 % de schizophrénie, 12,5 % d'addiction, 11,5 % de troubles psychiatriques d'origine organique, 8 % d'accès maniaque, 5 % de dépression dans le cadre d'un trouble bipolaire, 2,5 % de troubles du comportement

alimentaire et 14,5 % autres. On retrouve par ailleurs une majorité de femmes (n=262, soit 66 %) et une moyenne d'âge de 38,5 ans (15-86 ans) (17). Musisi & al. mettent en évidence dans leur étude 45 % de schizophrénie ; 21 % de troubles bipolaires en phase maniaque. On retrouvait en parallèle et plus ou moins associés aux diagnostics précédents 21 % de troubles de personnalité et 7 % d'addiction. La répartition hommes femmes était de 67 % vs 33 % avec une moyenne d'âge de 36 ans(19).

Une dernière étude canadienne menée par Goulet & al. a tenté d'affiner le profil des patients en « PICU » et ceci notamment en fonction de leur rapport à l'isolement et à la contention. Elle a mis en évidence 5 profils de patients au sein de son unité dont 2 étant significativement rattachés à des temps d'isolement et contention prolongés (20):

– Le profil 1 correspondait à 23 % des dossiers étudiés, il était caractérisé par de jeunes patients schizophrènes entre 18 et 35 ans, ces derniers étaient hospitalisés plus de 31 jours, isolés plus de 45 heures et contenus plus de 7,5 heures au cours de leurs séjours.

– Le profil 2 représentait 18,4 % des patients, il était composé de patientes bipolaires de 36 ans ou plus et passant plus 7,5 heures contenues et plus de 45 heures en isolement.

– Le profil 3 (25,8 %) correspondait à des hommes, bipolaires et présentant des addictions, n'étant pas isolés ou contenus avec une hospitalisation entre 11 et 30 jours.

– Le profil 4 (20,2 %) correspondait à des femmes, dépressives, sans abus de substances, sans mesure d'isolement ou de contention, hospitalisées plus de 31 jours.

– Le profil 5 (15 %) correspondait aux patients avec d'autres diagnostics, sans abus de substances, sans isolement et sans contention et restant hospitalisés en 1 et 10 jours.

2.4.3. *Efficiencce du soin*

Certains auteurs britanniques ont voulu tester l'efficience d'un service de soins intensifs en comparaison d'un service d'admission de secteur. Malgré des biais méthodologiques, Khan & al en 1987 et Cohen & Khan en 1990 ont étudié une cohorte de patients admis pour un état de décompensation psychotique aigu et séparés en 2 groupes, un groupe était admis directement en « PICU » tandis que l'autre était orienté vers un service d'admission de secteur. À leur admission, les patients étaient soumis à un « Brief Psychiatric Rating Scale » ; ce score ne montrait aucune différence significative entre les 2 groupes à l'admission. Après seulement 2 jours d'hospitalisation, les patients du groupe « PICU » avaient montré une amélioration significative de leur état et ceci avec une médication similaire au groupe de comparaison. Malheureusement cette étude présentait un biais notable ; en effet comme les patients n'étaient pas attribués de manière randomisée entre les 2 groupes, le groupe « PICU » a montré une plus forte proportion de patients hommes, jeunes et hospitalisés sous contrainte, rendant ainsi les 2 groupes non comparables. Malgré les biais de cette étude, cette dernière a tout de même permis d'orienter les recherches à venir (13).

La récurrence et la réadmission des patients en « PICU » peuvent cependant éclairer de manière indirecte l'efficience du soin. Les données récoltées jusqu'alors restent difficiles à comparer en raison des époques très différentes des publications. Sur 4 études menées durant 6 mois le taux de réadmission était respectivement de 13 % (Musisi & al, 1989), 17 % (Walker & al, 1994), 25 % (Hyde & Harrower-Wilson, 1996), 28 % (Palmeștierna & al, 1991). D'autres études, elles menées sur 1 an, montraient un taux de réadmission de 9 % (Lee & al, 2000), 16 % (Birnie & Natsuna, 1988), 17 % (Cornwall & al, 1996), 34 % (Eaton & Ghannon, 2000) et 35 % (Warneke, 1986) (13).

Le Bihan & al. ont aussi publié des résultats concernant la réadmission et le transfert en UMD de leurs patients entre 1991 et 2002 sur l'Unité Psychiatrique Intersectorielle Départementale de Cadillac (UPID). On retrouvait une moyenne de réadmission dans l'année de 10,10 % et une moyenne annuelle de 11,20 % de patients transférés vers une UMD. Cependant, 88,80 % ne nécessitaient qu'un seul séjour en moyenne par an (3).

La limitation à un petit nombre de lits dans l'unité tend à réduire le taux d'isolement et de contention. C'est en tout ce qu'une étude néo-zélandaise a démontré significativement. Au décours d'un remodelage structurel de leur USIP, L'unité s'est scindée de 20 lits à 2 fois 10 lits sans modifier le nombre de soignants par roulement (qui est passé de 8 à 2 fois 4 intervenants). Cette modification a entraîné une diminution significative du taux d'isolement qui est passé de 8,6 % avant le remodelage à 4,4 % juste après puis à 3,6 % 1 an après ($p=0,001$ %) (16).

Concernant la violence en milieu hospitalier, Musisi & al ont étudié l'incidence de l'ouverture d'une « PICU » sur celle-ci. L'étude consistait à comparer le nombre d'actes hétéroagressifs sur soignants et patients, le décompte des heures d'absentéisme soignant et d'accident du travail ainsi que les durées d'isolement. Cette étude était rétrospective et s'intéressait à 2 périodes de 6 mois en 1985 (sans l'ICU) et 1986 (avec l'ICU). Cette dernière a mis en évidence entre ces 2 périodes une baisse de 50 % des actes hétéroagressifs sur soignants, 60 % des actes hétéroagressifs sur patients, 38 % des heures en accident du travail et 92 % des heures d'isolement ; seul l'absentéisme soignant augmentait de 35 % (19).

3. Fonctionnement et activité d'une USIP en France : l'exemple de L'USIP de Cadillac.

3.1. Introduction

L'USIP de Cadillac se situe au sein de l'hôpital Boissonnet de Cadillac et fut créée en 1991. Aménagée dans un ancien pavillon, elle se situe au sein d'une UMD comprenant 4 unités de 19 lits et une unité de 10 lits et accueillant exclusivement des hommes. En plus d'être la première unité de ce genre, elle est à l'origine de la majorité des publications françaises concernant les USIP et se rapproche beaucoup des USIP anglo-saxonnes malgré des évolutions séparées. En cela, elle est un bon exemple d'USIP, à même d'être une base pour le soin intensif psychiatrique « à la française » (3,7,11).

3.2. Présentation

Le Bihan & al. insistent sur le caractère intensif du soin et font régulièrement le parallèle avec les soins intensifs d'autres spécialités (cardiologie, pneumologie, pédiatrie...) (7,11). On retrouve donc dans le projet de soins des critères similaires à ces derniers à savoir : une forte densité médicale et paramédicale, une surveillance rapprochée des patients, une dispensation de soins réguliers et de qualité...

3.2.1. *Architecture des locaux*

L'architecture et l'environnement physique sont définis comme un aspect essentiel du soin intensif psychiatrique. La conception de l'unité s'est faite dans le but de favoriser une délivrance de soins dans des conditions de sécurité satisfaisantes. Elle se définit en un espace clos, offrant un espace intérieur suffisant et des limites extérieures avec une enceinte dans un souci de prévention des fugues. L'aménagement est aussi pensé pour réduire les facteurs de risques hétéro ou auto agressifs même si celui-ci a été limité par l'utilisation de locaux pré-existants. La qualité de vie et un respect de l'espace personnel ont aussi été pris en considération de même que la dignité de la personne hospitalisée dans la création et l'aménagement des locaux (7).

L'unité se situe en sein de l'UMD de Cadillac et bénéficie de la double enceinte sécurisée de cette dernière et des mesures de contrôle de l'identité à son entrée. L'USIP comporte 14 lits, dont 12 sécurisés. Chaque chambre s'ouvre par un sas, comporte un lit scellé, un sanitaire individuel et un lavabo. L'unité bénéficie par ailleurs de 2 salles de bains pour l'ensemble du service. Le reste de l'unité est composé de 2 bureaux, d'une salle de repos, de 2 salons patients, d'un self et de 2 cours fermées accessibles seulement sur décision des soignants. Aucune caméra de surveillance n'est installée dans le service (3,7,11).

3.2.2. *Démographie médicale et paramédicale*

L'unité est sous la responsabilité d'un praticien hospitalier assisté d'un cadre de santé. Il assume dans sa fonction l'orientation du projet thérapeutique, le soutien des équipes et la coordination avec les services d'origine. On retrouve aussi

dans l'équipe médicale la présence d'un interne, d'un médecin somaticien qui intervient à raison d'une fois par semaine (3,7).

L'équipe est pluriprofessionnelle, associant médecins, infirmiers, aide-soignants, ergothérapeutes, psychomotriciens et éducateurs ainsi qu'un cadre de santé, un assistant social et un psychologue dans le but d'obtenir une prise en charge complète et globale (3,7). L'expérience, la motivation et les compétences face à l'intensité des symptômes, aux troubles majeurs du comportement ainsi qu'à la violence et l'agressivité ont été privilégiés dans le recrutement des équipes soignantes (3,7). La présence médicale et soignante ainsi que leur cohésion et leurs expériences professionnelles sont des atouts incontournables dans la prise en charge des patients au sein de cette unité de soins. Les soignants sont aussi en nombre plus important que dans les unités de soins hospitalières classiques à savoir 3 soignants le matin, 3 le soir, 1 en journée et 2 la nuit.

Les Unités de soins intensifs psychiatriques sont considérées comme telles en raison de leur plus forte densité médicale et para-médicale et d'une durée de séjours brèves inscrite dans leur projet de soins (7,11).

3.3. Provenance des patients

L'USIP joue un rôle intersectoriel et s'adresse à des patients dépendants d'un secteur psychiatrique et déjà hospitalisés. Le bassin de recrutement a été pour cette unité limitée au département de la Gironde.

Ce département comptait sur le dernier recensement de 2014, 1 505 517 habitants. Trois centres hospitaliers (le centre hospitalier Charles Perrens de Bordeaux, le centre hospitalier de Cadillac et l'hôpital de Garderose de Libourne) peuvent prétendre à faire admettre leurs patients sur l'unité, soit 17 secteurs psychiatriques outre le SMPR de la maison d'arrêt de Gradignan (3).

Jusqu'à l'ouverture de l'UHSA dans le pôle en juillet 2016, l'hospitalisation à l'USIP des patients détenus dépendant des secteurs de psychiatrie générale de la Gironde, a été privilégiée sur l'unité plutôt que sur les services d'admission et ceci afin d'offrir des conditions de soins et de sécurité plus satisfaisantes. Pour des raisons de sécurité et de nombre de lits, l'admission des patients détenus a été limitée à deux en même temps (3,7).

3.4. Modalités d'admission

3.4.1. Validation médicale et transfert sur l'USIP

Les patients ne peuvent être admis au sein de l'USIP que s'ils sont déjà hospitalisés dans une unité de soins psychiatriques, cependant ils peuvent être aussi admis via le SMPR de Gradignan en l'absence de places sur l'UHSA ou en raison d'une indication particulière. Sur l'unité, les admissions sont programmées et ne peuvent se faire sans l'accord du médecin responsable. Ceci afin de coordonner et prioriser les différentes demandes d'admission. L'admission du patient se fait sur dossier, avec une demande motivée, des objectifs de prise en charge ainsi qu'un engagement de reprise par les services d'origine qui effectuent le transfert. Le transfert s'effectue par les équipes du secteur d'origine (7). L'USIP peut accueillir indifféremment des patients majeurs, hommes ou femmes, sans limite d'âge supérieure et exceptionnellement des patients mineurs.

3.4.2. Mode d'hospitalisation

Les patients doivent relever d'une hospitalisation sans consentement, en Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État (SPDRE), Soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT) ou Soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI) (29,30). Il en va de même pour les patients détenus pour lesquels un arrêté d'admission en soins psychiatriques au titre de l'article D 398 du Code de procédure pénale doit être obtenu (29,30). L'ensemble de ces mesures doit être en accord avec les lois de juillet 2011 et de septembre 2013 relatives aux soins psychiatriques sous contrainte. Les mineurs doivent bénéficier soit d'un SPDRE soit d'une OPP avant leur hospitalisation, l'accord parental seul ne pouvant suffire à une hospitalisation au sein de l'USIP.

De 1991 à 2005, 55,6 % des patients étaient hospitalisés à la demande d'un tiers et les 44,4 % restant en hospitalisation d'office selon la loi du 27 juin 1990 (3,31).

3.5. Critères d'admission

Au-delà du diagnostic, c'est souvent l'intensité des symptômes qui fait l'admission. En effet l'agitation, le déni de la pathologie avec refus de soins, le recours préférentiel au passage à l'acte avec impulsivité, intolérance à la frustration, le risque de fugue, les conduites agressives envers eux même ou autrui ainsi que la recherche de limite caractérisent souvent les patients admis sur l'USIP. La consommation de substances psychoactives au sein des unités de soins est aussi un motif fréquent. On retrouve souvent une pharmaco-résistance et/ou une mauvaise observance. Certains patients institutionnalisés de longue date peuvent aussi par leurs transgressions répétées et des comportements auto ou hétéro-agressifs récurrents bénéficier d'une hospitalisation en USIP afin d'éviter une impasse thérapeutique en cas de crise institutionnelle (3,7,11).

3.6. Pathologies et caractéristiques des populations hospitalisées

3.6.1. Age et sexe des patients

Une étude portant sur la période 1991-2002 retrouvait une nette prédominance masculine dans la répartition des patients, les hommes représentant en moyenne depuis le passage à la mixité du service 81,7 % (ET=4,82, étendue 78-90%) des admissions. Concernant l'âge, on retrouvait des patients plutôt jeunes avec une moyenne de 31,2 ans (ET=1,62, étendue 14-73). Les patients mineurs représentaient en moyenne 3,3 admissions par an, soit 4,2 % (ET=2,45, étendue 1-9) (3).

Sur le bilan d'activité de 2014 et 2015, cette tendance se confirme avec une majorité d'hommes, 83 % en 2014 et 85 % en 2015, et des profils de patients plutôt jeunes (en 2014 : 14 patients entre 25 et 34 ans, 13 patients entre 35 et 44 ans sur un total de 54 patients ; et en 2015 : 24 patients entre 25 et 34 ans, 21 patients entre 35 et 44 ans sur un total de 72 patients)

3.6.2. Pathologies psychiatriques

Sur l'année 2002, concernant le diagnostic primaire CIM-10 (32), la structure a dénombré en moyenne 36,4 % de schizophrénie, 16,9 % de troubles

spécifiques et mixtes de la personnalité, 16,9 % de troubles envahissants du développement, 6,5 % de troubles schizo-affectifs, 6,5 % de troubles liés à l'utilisation d'une substance psychoactive, 3,9 % de troubles affectifs bipolaires, 3,9 % de troubles délirants persistants, 3,9 % de troubles mentaux organiques, 2,6 % d'épisodes dépressifs ou troubles dépressifs récurrents, 1,3 % de troubles de l'adaptation et 1,3 % de retard mental moyen (3).

Les rapports d'activité annuelle de 2014 et 2015 donnent un aperçu plus récent du profil des patients admis au sein de l'USIP. On constate une prévalence des patients du groupe F2 (schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants) (32) en 2014, avec 50 % de la file active (Schizophrénie : 24 %, troubles schizo-affectifs : 17 %, autres troubles schizotypiques et délirants : 9 %) et en 2015, de 60 % (schizophrénie : 35 %, troubles schizo-affectifs : 10 %, autres troubles schizotypiques et délirants : 15 %).

3.6.3. Profil type du patient hospitalisé à l'USIP

Au final, les données concernant l'USIP de Cadillac montrent que le « patient type » est un homme jeune d'une trentaine d'années souffrant d'un trouble schizophrénique. Ce profil type est d'ailleurs retrouvé dans le reste de la littérature internationale (13,27,28) Mais d'autres pathologies se montrent aussi assez fréquentes, comme les troubles mixtes ou spécifiques de la personnalité et notamment les troubles de personnalité antisociale et borderline (3). On constate aussi une proportion de plus en plus importante de troubles envahissant du développement. Ces pathologies comme la psychose infantile ou les dysharmonies évolutives nécessitent souvent des hospitalisations au long cours et se retrouvent souvent à l'origine de crises institutionnelles majeures (3).

3.7. Le séjour

3.7.1. Déroulement du séjour

la vocation de ces unités est d'offrir un cadre contenant et sécurisant au patient afin de lui permettre de retrouver un comportement social adapté pour sa réinsertion dans un processus de soins de psychiatrie générale (3,7).

L'environnement hospitalier est régi par des règles précises de fonctionnement, les limites physiques qu'il procure au patient et l'attitude rassurante des soignants ont un rôle structurant et protecteur. La cohérence de prise en charge de l'équipe est primordiale. Elle passe par des réunions cliniques pluriprofessionnelles régulières, avec des objectifs de prise en charge établis. Les transmissions ont aussi un rôle central et l'unité de l'équipe doit être ressentie par le patient afin de maintenir le rôle contenant et cadrant de l'unité.

La brièveté relative du séjour et son bornage dans le temps sont une caractéristique essentielle de la prise en charge, permettant un turn-over régulier et préservant la dynamique de soins.

L'hospitalisation permet l'établissement d'un diagnostic dans de bonnes conditions d'observation. La création d'un lien thérapeutique de bonne qualité est essentielle. La structure permet une observation attentive de l'observance, l'efficacité et la tolérance du traitement instauré. La prévention du risque suicidaire ou de violence est assurée de manière satisfaisante.

Le projet de soin du patient doit être adapté à ses problématiques. La prise en charge médicale et paramédicale comprend des observations et des entretiens réguliers dans un but d'analyse clinique et diagnostique. Des contrats individuels, des activités thérapeutiques et des ateliers éducatifs portant sur les actes du quotidien sont établis pour chaque patient et sont fonction de l'évolution du patient. Un aspect spécifique de la prise en charge porte sur l'abrasion des troubles du comportement, de la dangerosité et de l'intensité des symptômes.

Le séjour permet un sevrage en toxique, à la différence bien souvent des services de psychiatrie générale et il est reconnu qu'une consommation de stupéfiant est un facteur aggravant de décompensation psychiatrique.

Le repérage de différentes co-morbidités, l'utilisation d'instruments cliniques ou actuariels d'évaluation de la dangerosité sont encouragés.

Les relations avec l'entourage sont préservées, et les échanges téléphoniques ou les visites sont autorisés sauf avis médical motivé par l'état clinique du patient. Les visites sont programmées et médiatisées par l'équipe soignante en cas de besoin.

3.8. Les traitements

3.8.1. Traitements pharmacologiques.

La prise en charge pharmacologique repose souvent, du fait des pathologies, sur un antipsychotique ou un neuroleptique mais également sur des thymorégulateurs. Le cadre contenant et sécurisant ainsi que les compétences et la disponibilité d'une équipe soignante en nombre permettent souvent la baisse des traitements. D'autre part la structure permet une meilleure surveillance de l'observance. Un traitement par électroconvulsivothérapie (ECT) peut être réalisé, le pôle disposant d'une unité ECT.

3.8.2. L'isolement et la contention

L'isolement et la contention nécessitent la décision d'un psychiatre et suivent les recommandations de l'HAS de février 2016 (33). Ce sont des mesures de dernier recours, prescrites « pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptées, nécessaire, et proportionnées au risque, après une évaluation du patient ».

Concernant l'isolement, l'HAS a publié une série d'indications relatives à l'isolement auxquelles se conforment l'unité (33):

- Prévention d'une violence imminente du patient ou réponse à une violence immédiate, non maîtrisable, sous-tendue par des troubles mentaux, avec un risque grave pour l'intégrité du patient ou celle d'autrui.

- Uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entraînent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui.

- En dernier recours, pour une durée limitée, et uniquement de manière adaptée, nécessaire, et proportionnée au risque, après une évaluation du patient.

- Mesure pleinement justifiée par des arguments cliniques.

Ainsi qu'une série de contre-indications :

– Jamais pour punir, infliger des souffrances ou de l'humiliation ou établir une domination.

– En aucun cas pour résoudre un problème administratif, institutionnel ou organisationnel, ni répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels.

– État clinique ne nécessitant pas un isolement.

– Réflexion bénéfices-risques à mener lorsqu'il existe des risques liés à l'état somatique du patient, une affection organique dont le diagnostic ou le pronostic peut être grave.

Par ailleurs, en cas d'intervention, les soignants sont en nombre suffisant et ont en leur possession un dispositif d'alerte, ceci permettant des interventions dans des conditions de sécurité satisfaisante. Ils sont par ailleurs formés à ce type d'intervention et aux différentes méthodes de désescalade.

De même que l'isolement, la contention mécanique est soumise aux mêmes recommandations de l'HAS et ne doit être appliquée qu'en dernier afin de protéger le patient et son entourage sur un temps strictement nécessaire et dans le cadre d'une mesure d'isolement.

Il existe une surveillance médicale et paramédicale rapprochée avec une visite toutes les heures pour les soignants, un contrôle régulier de l'état somatique du patient et une réévaluation rapprochée de la mesure d'isolement (12 h) et de contention (6 h). La levée de ces mesures doit s'effectuer dans les plus brefs délais, dès que l'état de santé du patient ne le nécessite plus et sur décision médicale. Un debriefing avec les équipes est aussi organisé afin de comprendre le déroulement des événements ayant nécessité ces mesures de contraintes et un registre anonyme est tenu afin d'archiver les causes et les durées de chaque mesure d'isolement ou de contention.

3.8.3. *Autres types de traitements et soins*

Des activités thérapeutiques et d'actions d'éducation à la santé sous formes d'ateliers sont aussi développés, ceci notamment grâce à une équipe d'ergothérapie couvrant à la fois l'UMD et l'USIP. La présence de cette équipe indépendante fortement dotée offre des compétences variées et la mise en place d'un nombre conséquent d'ateliers, favorisant ainsi une diversification du soin.

La dimension intensive du soin concerne également l'état de santé somatique du patient et ces pathologies somatiques peuvent venir aggraver le tableau psychiatrique. En cela des vacations de médecine générale régulières doivent être assurées. Le plateau technique de soins d'urgences et de surveillance biologique est fournie par un hôpital général de proximité.

3.9. Relations aux services d'origines et continuité des soins

La relation avec l'équipe du secteur d'origine est importante afin de favoriser la continuité des soins. Elle s'effectue le plus souvent sous la forme de réunions de synthèse et d'évaluation. L'hospitalisation sur une autre structure de soins permet le plus souvent l'apaisement des tensions institutionnelles entre une équipe et son patient et permet de porter un regard nouveau sur ce dernier par le biais des échanges.

3.10. Sortie

Le retour sur le secteur hospitalier d'origine doit être envisagé dès l'admission du patient et un engagement de reprise est demandé en amont de l'admission. La durée maximale de séjour ne doit pas excéder 2 mois et les sorties directes sont évitées afin de favoriser la continuité des soins.

En cas d'un état dangereux majeur persistant, le patient peut être admis en UMD selon les modalités du décret du 1^{er} février 2016 (6).

3.11. Droits des patients

Malgré la privation de liberté inhérente à la délivrance de soins cadrants et contenant, la structure se conforme entièrement au cadre légal des Lois de 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013 (29,30) relatives aux droits et à la protection des

personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Le patient est informé dès son admission et par la suite à sa demande, de sa situation juridique et ses droits (3,7). Les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent se limiter uniquement à celles nécessaires à la mise en œuvre des soins et sont fonction de l'état de santé du patient. Afin de délivrer une information claire et loyale, un livret d'accueil est remis et le patient est informé oralement dès son admission par l'équipe infirmière et le médecin responsable de sa situation juridique et des modalités de délivrance du soin. Les dispositions de la loi du 4 mars 2002 relatives aux droits des malades et à la qualité du système de santé s'appliquent comme dans tout autre établissement et particulièrement concernant l'acceptation d'un traitement et la délivrance d'une information complète adaptée à la personne ou à sa personne de confiance (34). La charte de la personne hospitalisée ainsi que la liste des instances et des autorités auprès desquelles exercer un droit de recours sont affichées dans l'unité (35).

Selon les dispositions prévues dans des lois du 5 juillet 2011 et du 27 septembre 2013 (29,30), le patient bénéficie d'une audition par le juge de la détention et des libertés. Ce dernier statue sur la nécessité du maintien de l'hospitalisation et sur son bon déroulement administratif. Il s'appuie, pour cela, sur les différents certificats et avis médicaux ainsi que sur les dires du patient au moment de son audition. Le patient est, à ce moment-là assisté d'un avocat de son choix ou commis d'office afin de défendre au mieux ses droits. Il peut par la suite faire appel de la décision du juge sous quinzaine (29,30).

Afin de garantir les droits fondamentaux des patients, les visites des autorités administratives, de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques (CDSP) et du contrôleur général des lieux de privation de libertés sont indispensables et régulières (7).

Partie II : Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques en France : étude des moyens, des pratiques et de leur intégration dans le système de soin

1. Introduction

L'évolution de la psychiatrie française a amenée le développement de nouvelles unités : les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques. Déjà très développées à l'étranger et notamment en Grande-Bretagne, elles sont en France encore très récentes mais deviennent de plus en plus populaires. La raison de ces unités est de répondre à un vide laissé dans le réseau de soin de par l'ouverture croissante des services d'admission et la saturation des UMD. En effet, certains patients qualifiés « d'agités et perturbateurs » se montrent particulièrement réfractaires aux soins dans des unités classiques, de par leurs symptômes et leurs comportements mais aussi par le manque d'étayage dont ils devraient bénéficier. Ils ne présentent pas cependant un profil nécessitant des soins au long cours en UMD, leurs troubles étant souvent dus à une décompensation psychiatrique aiguë, s'abrasant une fois la maladie stabilisée. De plus, le système de prise en charge en UMD ne montre pas une réactivité suffisante pour prendre en charge ce genre de patients dont les symptômes cèdent le plus souvent avant leur admission en UMD. Afin de combler ce vide, un nouveau type d'unité est donc apparu, souhaitant délivrer sur des durées brèves des soins étayants et cadrants avec des moyens de surveillance accrus : l'USIP. Les premières unités de ce genre apparaissent dans les années 1990 avec l'UPID de Cadillac et l'UMAP de Nice (3). Elles seront par la suite renommées USIP au décours de la création de l'ANDUSIP en 2005. Cette association a pour vocation de promouvoir le soin intensif psychiatrique en France et de favoriser les échanges entre les différents acteurs de ce soin. Malgré quelques travaux à ce sujet (3,7,8), le rôle et l'intégration dans le réseau de soin des USIP manquent de visibilité et les pratiques de chacun sont peu mises en lumière. Il nous est donc apparu intéressant de recenser et d'étudier les USIP du territoire français, de comprendre leurs rôles, leur place dans le système de soin local et leurs modalités de prise en charge.

2. Matériel et méthode

Pour cette étude nous avons contacté toutes les Agences Régionales de Santé (ARS) du territoire français par mail. Un premier mail a été adressé aux médecins chargés des questions de santé mentale de chaque ARS (cf annexes) en septembre 2015. Il leur était demandé de spécifier si dans leur région d'affiliation, il existait une ou plusieurs structures de type USIP comprenant les critères suivants : elles devaient être de petites unités, fermées et intersectorielles et accueillant des patients présentant des troubles aigus du comportement. La seconde partie du mail demandait si un projet d'USIP était à l'étude sur la région concernée.

Un second mail de relance a été envoyé au cours du mois de janvier 2016. En parallèle, une recherche web indépendante a été entreprise pour rechercher d'éventuelles informations concernant une USIP sur chaque grand centre hospitalier public dispensant des soins psychiatriques.

Après obtention des résultats les plus complets, chaque service a été contacté téléphoniquement afin d'obtenir l'adresse mail du secrétariat ou du responsable de service de chaque unité.

Chaque responsable d'unité a ensuite été contacté par mail afin de recueillir son accord pour sa participation à l'étude, de lui soumettre un questionnaire en ligne et de lui demander son accord pour avoir accès à l'activité de son service sur l'année 2015.

Le questionnaire envoyé à chaque responsable utilisait le logiciel en ligne Google Docs. Il comprenait 7 chapitres : informations contextuelles et géographiques, architecture des locaux, modalités d'admission, modalités du séjour, effectifs soignants et intervenants, événements indésirables et modalités de sortie. Le questionnaire comprenait 47 items avec des questions à choix multiples ou à réponses courtes. Les résultats bruts étaient compilés et stockés sur un cloud à l'adresse XXXXXX

Un tableau à remplir concernant l'activité des services sur l'année 2015 a aussi été joint mais était facultatif, une simple demande d'autorisation d'accès à l'activité de l'unité était faite aux responsables de service. Ces informations

pouvaient être communiquées sur format numérique libre. Elles devaient cependant comprendre : âge, sexe, mode d'hospitalisation, durée de séjours, diagnostics primaires CIM-10, facultativement les diagnostics secondaires CIM-10 et couvrir l'année 2015.

3. Résultats

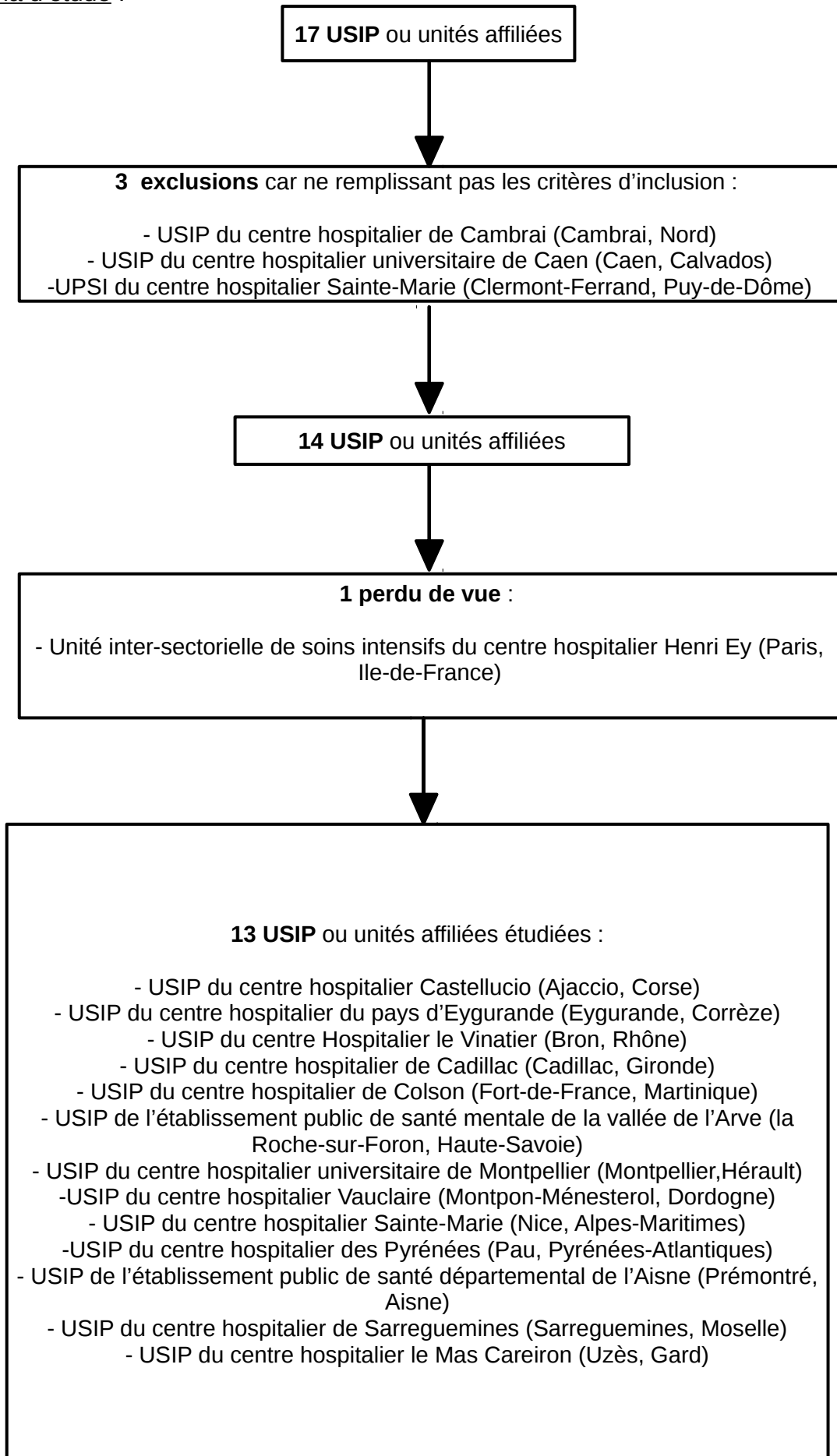
Nous avons contacté les ARS de 21 anciennes régions métropolitaines soit 14 nouvelles régions depuis la réforme territoriale, ainsi que les ARS de Corse, Guadeloupe, Martinique, Guyane et Océan Indien. Sur ces 26 ARS, 19 ont répondu. Seul, les ARS de Haute-Normandie, Basse-Normandie, Lorraine, Pays de la Loire, Languedoc-Roussillon, Corse et Océan Indien n'ont pas répondu.

Le contact avec les ARS a permis de dénombrier 11 USIP sur le territoire et 3 projets en cours d'étude. Grâce aux recherches internet, 6 autres USIP ont pu être recensées. Ce qui nous a amené à un total de 17 USIP recensées pour l'étude, ces unités se situaient respectivement sur les villes : Ajaccio, Bron, Cadillac, Caen, Cambrai, Clermont-Ferrand, Eygurande, Fort-de-France, la Roche-sur Foron, Montpellier, Montpon-Ménéstérol, Nice, Paris, Pau, Prémontré, Sarreguemines et Uzès. Sur ces 17 unités, 3 ont été exclues ; l'USIP de Cambrai et l'USIP de Caen en raison d'un modèle différent, limité à un seul secteur dans leur recrutement et à leur petite taille, et l'USIP de Clermont-Ferrand qui définissait son projet médical comme une centralisation de ses chambres de soins intensifs sur son établissement. À savoir aussi que l'Unité de Soins Intensifs (USI) de l'hôpital H. Ey (Paris) et de l'USIP d'Uzès n'étaient pas considérées par leurs ARS comme des USIP, cependant et en raison de leur profil, elles ont été maintenues dans l'étude.

Au final sur les 14 unités retenues, seulement 13 ont participé à l'étude. L'USIP de Paris malgré plusieurs relances, n'a pas souhaité participer.

Au total, 13 USIP ont participé à l'étude et ont répondu au questionnaire. Le détail de ces unités et de leur recrutement est présenté dans le schéma d'étude. Cependant il n'aura pas été possible pour les différentes structures sollicitées de fournir des données actualisées de l'activité de leur service. Cette partie a donc été abandonnée et l'étude s'est concentrée uniquement sur le questionnaire interrogeant les modalités de prise en charge des patients en USIP.

Schéma d'étude :



3.1. Informations contextuelles et géographiques

3.1.1. Répartition géographique

L'étude de la répartition des USIP montre 2 pôles géographiques à forte densité (Cf carte 1). la première concerne la moitié sud du territoire (en dessous de Clermont-Ferrand) qui s'avère fortement dotée avec 9 USIP et une seconde concernant les régions situées au nord de Paris, avec 3 USIP.

On retrouve par ailleurs une large bande du territoire situé entre Paris et Clermont-Ferrand, où ce type de structure se montre absent.

Carte 1 : Répartition géographique des USIP sur le territoire



3.1.2. Structures de soins et structures périphériques régionales

Les structures interrogées se situent pour 69 % (9 unités) au sein d'un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, 20,1 % (3 unités) au sein d'une UMD, 8 % (1 unité) au sein d'un centre hospitalier universitaire. Certaines comme l'USIP d'Eygurande sont dans des Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC). Par ailleurs, 69 % (9 unités) comptent une UMD dans leur région et 61,5 % (8 unités) une UHSA (Cf annexe 1).

3.1.3. Projet de soin, contexte et année de création

Il a été demandé aux différents responsables d'unité de résumer en une phrase le projet de soin de leur unité (tableau 2). Afin d'étudier le point de vue de chaque responsable dans sa définition du soin intensif psychiatrique, nous avons recherché dans les différentes définitions la présence d'idées fortes, propre au soin intensif psychiatrique et régulièrement citées. Quatre idées nous sont apparues comme pertinentes et revenant régulièrement, à savoir : l'incapacité de prise en charge adaptée des patients dans une unité d'admission « classique » avec 69,2 % (9 unités), le caractère aigu des troubles psychiatriques avec 38,5 % (5 unités), une temporalité brève d'accueil et de prise en charge avec 23,1 % (3 unités) et la présence d'une dangerosité psychiatrique avec 23,1 % (3 unités).

L'initiation des différents projets USIP semble avoir été en majorité débutée par le corps médical des différents hôpitaux. Ainsi 30,8 % (4 unités) des projets ont été initiés par les chefferies de pôles, 23,1 % (3 unités) par des équipes médicales indépendantes ainsi que 15,4 % (2 unités) via les Commissions Médicales d'Établissement. Dans une moindre mesure, on retrouve aussi la participation des directions administratives avec 23,1 % (3 unités), de l'ARS avec 23,1 % (3 unités) et des cadres de santé avec 15,4 % (2 unités). Il est à noter que le questionnaire autorisait des réponses multiples (d'où des pourcentages supérieur à 100), ceci permettant aussi d'étudier la présence d'un travail collaboratif dans la création de ces structures, ce qui ne s'est avéré que dans 23 % des cas (3 unités) (Cf annexe 2).

Concernant l'année de création de chaque USIP, on retrouve une médiane correspondant à l'année 2006 avec un 2^e et 3^e quartile situé respectivement en 2004

et 2011. Au final, hormis les 2 USIP historiques, l'UPID de Cadillac et l'UMAP de Nice, créées en 1991 et 1993, l'ensemble des autres USIP se sont ouvertes entre 2003 et 2012.

Tableau 2 : Définition succincte des projets de soin dans les différentes USIP

Villes	Projet de soin
Ajaccio	Accueillir dans un environnement adapté les patients qui nécessitent des soins psychiatriques sans y consentir
Bron	Accueil de patients ayant débordé les capacités de soin d'une unité d'hospitalisation de secteur psychiatrique pour une durée limitée à deux mois.
Cadillac	Prise en charge des états cliniques aigus/décompensés posant des difficultés de prise en charge dans les unités d'hospitalisation de secteur
Eygurande	Prise en charge des états de crise non gérables dans les services de secteurs
Fort-de-France	Assurer la poursuite d'une prise en charge de patients dont l'état est temporairement incompatible avec une unité psychiatrique traditionnelle en raison de l'expressivité et/ou de la sévérité d'une symptomatologie psychiatrique aiguë.
La Roche-sur-Foron	Admission programmée de patients en soins sans consentement, débordant la capacité de prise en charge des structures de psychiatrie classique, au même titre que pour les établissements partenaires de l'arc alpin
Montpellier	Accueil, évaluation, prise en charge des patients psychiatriques présentant une particulière dangerosité
Montpon-Menestérol	Accueil de patients de tous départements et de certains patients d'unités d'admission fermée de notre institution nécessitant une prise en charge USIP
Nice	Répondre le plus rapidement possible à une demande d'hospitalisation dans le cadre d'un trouble grave du comportement mettant en difficultés un patient et l'équipe qui en a la charge
Pau	Prendre en charge les troubles du comportement et symptômes les plus intenses ne pouvant être contenus dans une unité de psychiatrie générale classique.
Prémontré	Prise en charge des malades difficiles
Sarreguemines	Prise en charge de la dangerosité aiguë de patients instables
Uzès	Unité départementale d'hospitalisation pour patients agités perturbateurs dangereux ne pouvant pas être pris en charge de manière satisfaisante dans les unités de secteur et ne relevant pas d'UMD.

3.1.4. Bassins de recrutement et offres de soins

On retrouve en moyenne de petites unités d'une quinzaine de lits. En moyenne 15,3 lits (ET=3,1) par structure.

Le bassin de recrutement est quant à lui plus variable. Le recrutement se fait à 30,8 % (4 unités) sur le département de l'hôpital, 30,8 % (4 unités) sur l'ensemble du territoire, 15,4 % (2 unités) sur la région, 7,7 % (1 unité) sur les

secteurs de l'hôpital. Notons que 15,4 % (2 unités) des USIP pratiquent un recrutement plus complexe couvrant des zones géographiques variées et fonctions des besoins locaux. Pour exemple, L'USIP de Bron admet des patients du département et des secteurs de quelques hôpitaux limitrophes et l'USIP de la Roche-sur-Foron admet des patients de Savoie, de Haute Savoie et du Nord Isère.

Concernant l'offre de soin, nous avons établi une estimation du nombre de lits pour 100 000 habitants pour les USIP ne recrutant pas sur l'ensemble du territoire national (Eygurande, Montpon-Menestérol et Montpellier). Ceci grâce aux informations données sur le bassin de recrutement que nous avons pu recombinaison avec des données démographiques officielles. Notons cependant, concernant les USIP de Bron et de la Roche sur Foron, qu'en raison de leur bassin de recrutement atypique, l'estimation démographique est restée très approximative. Nous retrouvons, donc après calcul, en moyenne, une offre de 2,3 (ET=1,63) lits pour 100 000 habitants. En raison d'un écart-type très important, le détail du nombre de lits par habitant de chaque USIP est spécifié dans le tableau 3.

Tableau 3 : Zones de recrutement et nombres de lits par habitant

USIP	Moyenne	Écart type	%	Totaux	Ajaccio	Bron	Cadillac	Eygurande	Fort-de-France	La Roche sur Foron	Montpellier	Montpon-Menestérol	Nice	Pau	Prémontré	Sarreguemines	Uzes
Lits	15,3	3,1			15	15	14	10	15	15	20	10	15	15	20	15	20
Secteurs de l'hôpital			7,7 %	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-
Département			30,8 %	4	+	-	+	-	-	-	-	-	+	-	+	-	-
Région			15,4 %	2	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	-
National			30,8 %	4	-	-	-	+	-	-	+	+	-	-	-	-	+
Autre			15,4 %	2	-	+	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
Bassin de recrutement (2015) (habitants)					320208	1800000	1536448	x	391837	2048245	x	x	1080771	350000	540067	2346000	x
Lits pour 100 000 habitants	2,33	1,63			4,68	0,83	0,91	x	3,83	0,73	x	x	1,39	4,29	3,7	0,64	x

+ = oui / - = non / x = recrutement national

3.2. Architecture

3.2.1. Dimension, nombre de lits et parties communes

Comme décrit précédemment, on retrouve une moyenne de 15,3 (ET=3,1) lits par structure, certaines présentant seulement 10 lits comme Eygurande ou Montpon-Menestérol et d'autres 20 comme Prémontré ou Montpellier. Concernant les parties communes les patients bénéficient en moyenne de 2,9 (ET=0,83) pièces communes avec une médiane de 3 pièces. On note que 100 % (13 unités) des structures proposent un espace en plein air. Seules 30,8 % (4 unités) proposent une chambre double, cependant aucune unité n'a de chambre à 3 lits ou plus.

Concernant la superficie de l'unité, seules les USIP de Fort-de-France et d'Eygurande ont pu donner une réponse avec des unités surfaçant respectivement à 232 et 696 m².

3.2.2. Chambres d'isolement et de soins intensifs

Concernant les chambres de soins intensifs, deux écoles semblent se dessiner. Ainsi 53,8 % (7 unités) des structures proposent des chambres convertibles en CSI avec les normes de sécurité les accompagnant. Contrairement à d'autres qui comme dans les unités d'admissions classiques séparent chambre du patient et CSI. Notons par ailleurs que cette enquête avait démarré avant la publication des recommandations de l'HAS concernant l'isolement et la contention de février 2017.

Concernant l'équipement des CSI : 76,9 % (10 unités) bénéficient d'un sas, 100 % (13 unités) d'un lit scellé, 46,1 % (6 unités) d'un mobilier scellé, 76,9 % (10 unités) d'une horloge, 84,6 % (11 unités) d'un double accès, 69,2 % (9 unités) de sanitaires en accès libre, 53,8 % (7 unités) d'un bouton d'appel, 46,1 % (6 unités) de sanitaires fermables, 53,8 % (7 unités) d'une douche, 7,7 % (1 unité) d'un mobilier sécurisé non scellé. Enfin notons qu'aucun ne propose de matelas au sol. (Cf Annexe 2)

3.2.3. Caméras de surveillance

Question centrale concernant la sécurité, les caméras de surveillance sont au cœur d'un débat mêlant sécurité, surveillance des malades, soins, respect de la

vie privée et de l'intimité des patients. Dans cette étude, on ne recense que 6 unités soit 46,1 % utilisent des caméras dans leur service. La manière dont elles sont utilisées est spécifiée dans le tableau 4.

Tableau 4 : Utilisation des caméras de surveillance dans les USIP

USIP	%	Totaux	Ajaccio	Bron	Cadillac	Eygurande	Fort-de-France	La Roche-sur-Foron	Montpellier	Montpon-Menestérol	Nice	Pau	Prémontré	Sarreguemines	Uzes
Caméras	46,15 %	6	+	-	-	+	+	-	-	+	+	-	+	-	-
CSI	38,46 %	5	+	-	-	+	-	-	-	+	+	-	+	-	-
Chambres	23,08 %	3	+	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-
Parties communes	23,08 %	3	-	-	-	+	+	-	-	-	+	-	-	-	-
Cour	23,08 %	3	+	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-
autres	15,38 %	2	-	-	-	-	entrée	-	-	-	-	-	Chambres sécurisées	-	-

+ = oui / - = non

3.3. Effectif médical et para-médical

3.3.1. Effectifs para-médicaux

On retrouve en moyenne des équipes soignantes de 21,2 (ET=2,6) intervenants. Ceci représente en moyenne 3,5 (ET=1,1) soignants par amplitude du matin ou d'après-midi et 2,6 (ET=0,6) soignants par amplitude de nuit, soit 3,8 (ET=1,1) lits/soignant le jour et 6,1 (ET=1,6) lits/soignant la nuit. Notons que seule l'USIP de la Roche-sur-Foron travaille sur 2 amplitudes de 12 h. De plus, 46,1 % (6 unités) bénéficient d'un ergothérapeute et 15,4 % (2 unités) d'un psychomotricien. Concernant ces effectifs, 61,5 % (8 unités) des responsables médicaux trouvent cette dotation suffisante. Concernant la formation des équipes, 84,6 % (11 unités) d'entre elles peuvent bénéficier d'une formation continue spécifique aux soins intensifs psychiatriques (tableau 5).

Tableau 5 : Effectifs médicaux, para-médicaux et affiliés

USIP	Moyenne	Écart type	% de oui	Nb de oui	Ajaccio	Bron	Cadillac	Eygurande	Fort-de-France	La roche sur Foron	Montpellier	Montpon-Menestérol	Nice	Pau	Prémontré	Sarreguemines	Uzes
IDE Totaux (équivalent temps plein)	21,2	2,6			x	23	20	22	19	21	27	18	18	21	25	20	21
Lits	15,3	3,1			15	15	14	10	15	15	20	10	15	15	20	15	20
Amplitude du matin	3,5	1,1			4	4	3	4	4	0	4	3	4	4	4	4	3
Amplitude du soir	3,5	1,1			4	4	3	4	4	0	4	3	4	4	4	4	3
Amplitude de jour	1,1	1,4			1	0	1	1	0	4	4	1	0	2	0	0	0
Amplitude de nuit	2,6	0,6			3	3	2	2	2	3	2	2	3	2	3	4	3
Ratio Lits/IDE jour	3,8	1			3,33	3,75	4	2,22	3,75	3,75	3,33	2,86	3,75	3	5	3,75	6,67
Ratio Lits/IDE nuit	6,1	1,6			5	5	7	5	7,5	5	10	5	5	7,5	6,67	3,75	6,67
Effectifs suffisant ?			61,5 %	8	+	+	-	+	-	-	+	+	-	+	+	+	-
Formation continue			84,6 %	11	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+
Temps médicaux	1,3	0,4			1,5	2	1	1	1,5	1,8	2	1	1	1,5	0,5	1	1
Nombre de PH	1,8	0,8			2	3	1	1	1	3	3	2	1	2	1	1	2
Effectifs suffisants ?			61,5 %	8	+	+	-	+	-	+	+	+	-	+	-	+	-
Internes			46,1 %	6	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0
Ratio lits/temps médical	13,8	8,2			10	7,5	14	10	10	8,33	10	10	15	10	40	15	20
Ratio lits/nbPH	10,4	4,7			7,5	5	14	10	15	5	6,67	5	15	7,5	20	15	10
Somaticien			92,3 %	12	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+
Psychologue			76,9 %	10	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	-
Assistant social			76,9 %	10	+	-	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+
Ergothérapeute			46,1 %	6	-	-	+	+	-	+	+	-	+	-	-	+	-
Odontologue			38,5 %	5	-	+	+	+	-	-	-	-	-	+	-	-	+
Addictologue			23,1 %	3	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	+
Externe			15,4 %	2	-	-	-	-	-	+	+	-	-	-	-	-	-
Psychomotricien			15,4 %	2	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-

+ = oui / - = non / x = non connu

3.3.2. Effectifs médicaux

On retrouve en moyenne un équivalent temps plein médical de 1,3 (ET=0,4), avec en moyenne 1,8 (ET=0,8) praticiens hospitaliers dans les unités. Soit un ratio Lits/temps médical de 13,8 (ET=8,2) et un ratio lits/praticien hospitalier de 10,4 (ET=4,7). On note aussi que 46,1 % des unités bénéficient d'au moins un

interne, 92,3 % (12 unités) d'un médecin somaticien, 23,1 % (3 unités) d'un addictologue, 38,5 % (5 unités) d'un odontologue et 15,4 % d'externes. Enfin 61,5 % des responsables trouvent les effectifs médicaux suffisants pour des soins en USIP (tableau 4).

3.3.3. Effectif des autres intervenants

Concernant les autres intervenants non médicaux et non para-médicaux : 76,9 % (10 unités) bénéficient d'un assistant social et 76,9 % (10 unités) d'un psychologue (tableau 4).

3.4. Indications d'hospitalisation et leurs fréquences

Les pathologies retrouvées en USIP sont un sujet fréquent de la littérature. Cependant la plupart des auteurs s'accordent qu'au-delà de la pathologie c'est surtout la sévérité et le type de symptômes que présente le patient qui font son admission en USIP. Cette partie du questionnaire s'est attardée sur cette question. Il a été demandé à chaque responsable d'unité, de façon subjective, de coter le niveau de priorité de chaque indication puis de coter la fréquence de chaque motif sur les demandes d'admission.

Le questionnaire s'intéressait à 20 motifs d'admission potentiels, à savoir : l'agitation, l'hétéro-agressivité aiguë, l'hétéro-agressivité chronique, le repli mélancolique, l'intolérance la frustration, le risque de fugue, le sevrage, la transgression du cadre de soin, la décompensation psychiatrique en milieu carcéral, l'autoagressivité, le risque suicidaire, l'opposition aux soins, une pathologie somatique, la consommation de stupéfiants en milieu hospitalier, l'impasse thérapeutique, le relais d'une prise en charge, l'acte médico-légal, l'agression sexuelle en milieu hospitalier, le refus alimentaire et d'hydratation et la sur-occupation des lits en hôpital général.

3.4.1. Priorité d'admission selon l'indication

Chaque responsable d'unité pouvait coter chaque item selon 4 niveaux de priorité : « Récusée », « Non-prioritaire », « Prioritaire » et « Urgentes ». Cette cotation n'avait pas pour but de représenter une réalité objectivable mais plutôt d'étudier le point de vue subjectif des responsables d'unité sur ce que doit prendre

en charge une USIP. Par la suite, nous avons tenté de classer ces différentes indications du plus urgent au récusé. Nous avons retenu, en raison du caractère qualitatif des cotations, la médiane pour classer les indications en fonction de la tendance centrale des données. Ces indications, une fois ordonnées dans chaque niveau de priorité en fonction de la médiane, étaient de nouveau ordonnées en fonction des pourcentages recueillis pour chaque indication dans les différents niveaux de priorité. L'idée principale en plus du classement étant donc de repérer les indications les plus unanimes quant à leur niveau de priorité et celles qui, au contraire, divisent au sein des personnes interrogées. Les résultats sont consultables dans le tableau 6.

3.4.1.1. Indications « Urgentes »

Deux motifs d'admission ont obtenu comme cotation médiane « urgentes » : l'hétéro-agressivité aiguë avec 61,5 % de cotation urgente et la décompensation en milieu carcéral avec 51,5 %. On remarque par ailleurs que l'hétéroagressivité aiguë obtient des suffrages plutôt spécifiques avec 38,5 % des suffrages restants s'orientant vers « prioritaire ». La décompensation en milieu carcéral présente des résultats plus panachés : 23,1 % « prioritaire », 15,5 % « Non prioritaire » et 7,7 % « récusée ». Ceci s'explique par le fait que chaque USIP a une politique d'accueil différentes concernant les détenus.

3.4.1.2. Indications « Prioritaires »

Sept motifs d'admission ont obtenu une cotation médiane « Prioritaire » : l'agitation (69,2 %), l'autoagressivité (61,5 %), le risque de fugue (61,5 %), les actes médico-légaux (53,8 %), le risque suicidaire (53,8 %), l'hétéroagressivité chronique (53,8 %) et les agressions sexuelles en milieu hospitalier (46,1 %). Notons par ailleurs que les 3 premières indications sont assez spécifiques alors que les 4 autres semblent plus diviser les opinions avec notamment l'hétéroagressivité chronique qui obtient une cotation « Non-prioritaire » dans 46,1 % des cas et l'agression sexuelle en milieu hospitalier qui obtient, pour le reste des suffrages, des opinions très hétérogènes : 15,4 % « Urgente », 30,8 % « Non-prioritaire » et 7,7 % « récusée ».

3.4.1.3. Indications « Non-prioritaires »

Huit indications ont obtenu comme cotation médiane le niveau « Non-prioritaire » : le repli mélancolique (69,2 %), l'intolérance à la frustration (69,2 %), la transgression du cadre de soin (61,5 %), le relais de prise en charge (61,5 %), l'opposition aux soins (53,8 %), le refus alimentaire et d'hydratation (53,8 %), l'impasse thérapeutique (46,1 %) et la consommation de stupéfiant en milieu hospitalier (38,5 %). Notons, ici aussi, que ces indications sont classées du plus au moins spécifique.

3.4.1.4. Indications « Récusées »

Les indications de cotation médiane « récusée » comprennent : la sur-occupation des lits (69,2 %), les pathologies somatiques (61,5 %) et le sevrage (53,8 %). Notons cette fois que les résultats sont beaucoup plus spécifiques avec un total des réponses se répartissant uniquement entre « récusée » et « non prioritaire ».

Tableau 6 : Priorité d'admission selon l'indication

USIP/priorité	% Récusée	% Non-prioritaire	% Prioritaire	% Urgent	Médiane
Hétéro-agressivité aiguë	0 %	0 %	38,5 %	61,5 %	Urgente
Décompensation en milieu carcéral	7,7 %	15,4 %	23,1 %	53,8 %	Urgente
Agitation	0 %	15,4 %	69,2 %	15,4 %	Prioritaire
Autoagressivité	0 %	23,1 %	61,5 %	15,4 %	Prioritaire
Risque de fugue	15,4 %	23,1 %	61,5 %	0 %	Prioritaire
Actes médico-légaux	7,7 %	7,7 %	53,8 %	30,8 %	Prioritaire
Risque suicidaire	0 %	30,8 %	53,8 %	15,4 %	Prioritaire
Hétéro-agressivité chronique	0 %	46,1 %	53,8 %	0 %	Prioritaire
Agression sexuelle en milieu hospitalier	7,7 %	30,8 %	46,1 %	15,4 %	Prioritaire
Repli mélancolique	0 %	69,2 %	23,1 %	7,7 %	Non Prioritaire
Intolérance à la frustration	7,7 %	69,2 %	23,1 %	0 %	Non Prioritaire
Transgression du cadre de soin	0 %	61,5 %	38,5 %	0 %	Non Prioritaire
Relais de Prise en charge	23,1 %	61,5 %	15,4 %	0 %	Non Prioritaire
opposition aux soins	0 %	53,8 %	38,5 %	7,7 %	Non Prioritaire
Refus alimentaire et d'hydratation	23,1 %	53,8 %	15,4 %	7,7 %	Non Prioritaire
Impasse thérapeutique	7,7 %	46,1 %	46,1 %	0 %	Non Prioritaire
Consommation de stupéfiants en milieu hospitalier	38,5 %	38,5 %	23,1 %	0 %	Non Prioritaire
Sur-occupation des lits	69,2 %	30,8 %	0 %	0 %	Récusée
Pathologie somatique	61,5 %	38,5 %	0 %	0 %	Récusée
Sevrage	53,8 %	46,1 %	0 %	0 %	Récusée

3.4.2. Fréquence de demande d'admission selon l'indication

De la même manière que pour le niveau de priorité, nous avons souhaité étudier au travers du point de vue subjectif des responsables d'unité, la fréquence de ces vingt indications. De la même manière, chaque indication pouvait être cotée comme « Rare », « Peu fréquent », « Fréquent » ou « Très fréquent » et a été étudiée au travers de la cotation médiane de fréquence. À travers la fréquence des demandes, l'objectif était d'étudier subjectivement à quelles indications les USIP étaient les plus couramment confrontées au quotidien. L'ensemble des résultats sont consultables dans le tableau 7.

3.4.2.1. Indications « Très fréquentes »

Deux indications obtiennent une médiane de cotation « Très fréquente » : l'hétéro-agressivité aiguë (53,8 %) et la décompensation en milieu carcéral (53,8 %). Notons par ailleurs, des résultats plus unanimes concernant l'hétéroagressivité aiguë.

3.4.2.2. Indications « Fréquentes »

Neuf indications ont obtenu une cotation médiane « fréquente » : L'autoagressivité (61,5 %), l'opposition aux soins (61,5 %), l'intolérance à la frustration (53,8 %), la transgression du cadre de soin (53,8 %), l'impasse thérapeutique (53,8 %), l'hétéroagressivité chronique (46,1 %), l'agitation (46,1 %), les actes médico-légaux (30,8 %) et le risque suicidaire (30,8 %). Notons pour ces 4 derniers résultats qu'il existe une grande variabilité inter-juges et que la fréquence de ces indications ne fait pas consensus.

3.4.2.3. Indications « Peu fréquentes »

Quatre indications ont obtenu une cotation médiane « Peu fréquent » : le risque de fugue (46,1 %), l'agression sexuelle en milieu hospitalier (30,8 %), le relais de prise en charge (23,1 %) et la consommation de stupéfiants en milieu hospitalier (15,4 %). Ici aussi on retrouve pour ces indications une grande variabilité d'appréciation chez les personnes interrogées avec des résultats dispersés entre les 4 cotations.

3.4.2.4. Indications « Rares »

Les indications restantes, cotant comme « Rare » sont : le refus alimentaire et d'hydratation (76,9 %), les pathologies somatiques (76,9 %), la sur-occupation des lits (61,5 %), le repli mélancolique (61,5 %) et le sevrage (53,8 %).

Tableau 7 : Fréquences des demandes d'admission selon l'indication

USIP/Fréquence	% Rare	% Peu fréquent	% Fréquent	% Très fréquent	Médiane
Hétéro-agressivité aiguë	0 %	15,4 %	30,8 %	53,8 %	Très fréquent
Décompensation en milieu carcéral	23,1 %	7,7 %	15,4 %	53,8 %	Très fréquent
Autoagressivité	0 %	15,4 %	61,5 %	23,1 %	Fréquent
opposition aux soins	0 %	23,1 %	61,5 %	15,4 %	Fréquent
Intolérance à la frustration	7,7 %	7,7 %	53,8 %	30,8 %	Fréquent
Transgression du cadre de soin	0 %	15,4 %	53,8 %	30,8 %	Fréquent
Impasse thérapeutique	15,4 %	0 %	53,8 %	30,8 %	Fréquent
Agitation	0 %	7,7 %	46,1 %	46,1 %	Fréquent
Hétéro-agressivité chronique	0 %	23,1 %	46,1 %	30,8 %	Fréquent
Actes médico-légaux	15,4 %	15,4 %	30,8 %	38,5 %	Fréquent
Risque suicidaire	7,7 %	38,5 %	30,8 %	23,1 %	Fréquent
Risque de fugue	7,7 %	46,1 %	46,1 %	0 %	Peu fréquent
Agression sexuelle en milieu hospitalier	30,8 %	30,8 %	30,8 %	7,7 %	Peu fréquent
Relais de Prise en charge	30,8 %	23,1 %	23,1 %	23,1 %	Peu fréquent
Consommation de stupéfiants en milieu hospitalier	38,8 %	15,4 %	38,5 %	7,7 %	Peu fréquent
Refus alimentaire et d'hydratation	76,9 %	23,1 %	0 %	0 %	Rare
Pathologie somatique	76,9 %	15,4 %	7,7 %	0 %	Rare
Repli mélancolique	61,5 %	38,5 %	0 %	0 %	Rare
Sur-occupation des lits	61,5 %	15,4 %	15,4 %	7,7 %	Rare
Sevrage	53,8 %	38,5 %	7,7 %	0 %	Rare

3.5. Modalités d'admission

3.5.1. Provenance des patients

Hormis le bassin de recrutement détaillé précédemment, chaque USIP interrogée autorise l'admission de ses patients en fonction de la structure qui l'adresse. Ainsi, 100 % des unités acceptent des patients provenant des services d'admission, 76,9 % des urgences psychiatriques, 46,1 % des SMPR, 46,1 % des UMD, 38,5 % de psychiatres libéraux ou de cliniques privées, 30,8 % des CMP, 30,8 % des UHSA, 15,4 % de médecine somatique, et 15,4 % d'autres structures. (Cf annexe 4)

À noter aussi que 38,5 % des services permettent une l'admission d'un patient par un médecin extérieur à l'unité.

3.5.2. Mode d'hospitalisation

On note que 84,6 % des unités acceptent les patients en SPDT, SPDTU, SPI, SPDRE D398, 100 % les SPDRE, 30,8 % les patient sous l'article 706-135 CCP, 15,4 % les soins libres, 15,4 % les patients mineurs en soins libres avec autorisation parentale et 23,1 % les patients mineurs sous OPP (Cf annexe 5).

3.5.3. Âge et sexe

76,9 % des unités sont des unités mixtes et les 23,1 % restant n'accueillent que des hommes.

61,5 % des unités interrogées accueillent des mineurs et 30,8 % des unités sans fixer de limite inférieure d'âge. Les 30,7 % restants fixent une limite d'âge entre 15 et 16 ans. Seule 2 USIP (15,4 %) fixent une limite supérieure d'âge, à 75 ans. (Cf annexe 6)

3.5.4. Conditions d'admission

Concernant les conditions d'admission, on note que 84,6 % des unités imposent aux services adresseurs un engagement de reprise et obligent à un travail de concert avec les unités d'admission, 69,2 % sélectionnent les patients sur dossier, 53,8 % demande un projet de soin structuré en amont de l'admission. Par ailleurs, 46,1 % n'admettent les patients que sur une entrée programmée et seule l'USIP de Montpellier (7,7 %) pratique des visites de pré-admission. (Cf annexe 7)

3.5.5. Cas particulier des patients détenus hospitalisés dans le cadre de l'article D398 du Code de procédure pénale

Comme vu précédemment, 84,6 % des USIP acceptent les patients en SPDRE D398 ; il paraît cependant intéressant de détailler ce chiffre. En effet, parmi les unités accueillant des détenus, seulement 3 unités (27,3 %) limitent l'accueil à 2 détenus simultanés. On note que 100 % des unités situées au sein d'une UMD ou d'un CHU acceptent les patients en SPDRE D398, contre seulement 77,8 % des Centres hospitaliers spécialisés.

Concernant la provenance des patients en SPDRE D398, 36,4 % (4 unités) peuvent être admis via une UHSA et 54,5 % (6 unités) via un SMPR.

3.6. Modalité de séjour

3.6.1. Durée de séjour

Nous avons recensé que 38,5 % des services interrogés ne fixent pas de limite à la durée du séjour de leurs patients. Les 61,5 % restants fixent une limite variant de 2 à 3 mois avec une médiane de 2 mois. Concernant le nombre de séjours par an, 61,5 % ne fixent pas de limite ; les autres unités se limitent en moyenne à 2 (ET=0) hospitalisations par an (Cf annexe 8).

3.6.2. Activités thérapeutiques et soins délivrés

Les patients peuvent bénéficier de différentes activités durant leur séjour : 100 % ont accès à une activité sportive, 53,8 % à de l'ergothérapie, 15,4 % à de la psychomotricité. Par ailleurs, 30,8 % pratiquent d'autres activités supplémentaires. 23,1 % (3 unités) proposent des sorties temporaires et une unité (7,7 %) pratique des sorties thérapeutiques (Cf annexe 8).

Concernant les soins médicaux et la prise en charge des malades : une réunion de synthèse avec les équipes adressantes est pratiquée de manière systématique dans 53,8 % des unités et 30,8 % de manière ponctuelle. On note que 69,2 % des unités donnent accès à des soins dentaires, 15,4 % à de l'électroconvulsivo-thérapie (ECT) et aucune ne donne accès à de la Stimulation Magnétique Trans Crânienne (SMTTC) ou de l'orthophonie (Cf annexe 8).

3.7. Modalités de sortie

Seulement 38,5 % des unités réadressent leurs patients vers leur unité d'origine de manière systématique. La plupart, 84,6 % se donnent la capacité d'orienter leurs patients vers une UMD, 46,1 % autorisent une sortie directe vers l'extra-hospitalier et 46,1 % des unités s'impliquent dans le projet psycho-social et extra-hospitalier du patient (Cf annexe 8).

3.8. Évènements indésirables graves

Les médecins responsables ont renseigné si au cours de l'année 2015, ils avaient eu à déplorer des événements indésirables graves (EIG). À savoir : des fugues, des suicides, ou des agressions physiques sur soignant ayant entraîné une déclaration d'accident du travail.

On retrouvait donc en 2015, une moyenne de 0,38 EIG (ET=0,77) avec une médiane de 0 concernant les fugues, une moyenne de 0,15 EIG (ET=0,38) avec une médiane de 0 concernant les suicides et une moyenne de 2,77 EIG (ET=2,65) avec une médiane de 3 concernant les agressions physiques sur soignant ayant entraîné une déclaration d'accident du travail. Au total, on comptabilise une moyenne de 3,31 EIG (ET=2,84) avec une médiane 3 concernant les événements indésirables graves sur l'année 2015. Par ailleurs on retrouvait une moyenne sur l'année 2015 d'évènements indésirables graves supérieure chez les USIP considérant leurs effectifs soignants comme insuffisants (4,5 vs 2,3).

4. Discussion

4.1. Missions de l'USIP

4.1.1. *Rôle de l'USIP*

Le rôle d'une USIP n'est pas évident à définir en raison de l'absence de consensus et de créations indépendantes les unes des autres. On retrouve cependant deux points communs dans la littérature comme dans le questionnaire : la prise en charge de tableaux cliniques incompatibles avec un service d'admission et le caractère urgent de la prise en charge. On comprend donc bien la place que l'on veut donner à l'USIP : entre le secteur et l'UMD, pouvant prendre en charge rapidement les cas les plus sévères. La prise en charge de la dangerosité psychiatrique est aussi un objectif de soin fréquemment retrouvé tant que celle-ci apparaît comme aiguë et transitoire. On remarque aussi des différences de point de vue tant dans la littérature que dans les réponses des personnes interrogées sur des sujets tels que les indications, la durée de prise en charge ou encore l'accueil des populations spécifiques.

4.1.2. Indications

On ne retrouve que très peu d'informations concernant les motifs d'admission dans la littérature. Quelques auteurs rapportent cependant dans leurs études les motifs d'admission, mais la plupart s'intéressent aux diagnostics et aux profils socio-démographiques des patients. Caricaturalement le patient admis en USIP est un jeune patient souffrant de psychose, de sexe masculin, célibataire, avec un passé de violence ou judiciaire. S'ajoute souvent à cela des co-morbidités addictives. Le Bihan retrouve ce même profil de patients à l'USIP de Cadillac avec une majorité de schizophrènes décompensés et une prépondérance du sexe masculin (3). Même s'il a été démontré des différences significatives sur le plan diagnostique avec les services d'admission, le diagnostic seul ne fait bien sûr pas l'entrée à l'USIP. Les troubles du comportement consécutifs à la maladie paraissent être de meilleurs indicateurs des missions de l'USIP. On retrouve cependant peu de documentation dans la littérature et seuls certains auteurs nous en donnent un aperçu, mettant en évidence pour la plupart la présence de comportements hétéroagressifs. L'autoagressivité apparaît au second plan.

Dans notre étude, nous avons tenté d'évaluer le niveau de priorité de plusieurs indications, malgré des résultats assez subjectifs du point de vue méthodologique. L'hétéroagressivité aiguë et la prise en charge de patients détenus apparaissent comme des indications fortes et des plus urgentes. Mettons cependant une nuance quant à l'accueil de patients en détention car certaines USIP les contre-indiquent dans leur projet de soin. Soulignons aussi que la création et le développement des Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) depuis 2002 pour les personnes détenues, même si elles ne couvrent pas tous les besoins, sont à prendre en compte. D'autres indications sont aussi considérées comme prioritaires par les responsables d'unité : l'agitation, les actes médico-légaux, l'hétéro-agressivité chronique, les agressions sexuelles en milieu hospitalier, le risque de fugue, l'autoagressivité et le risque suicidaire. On remarque à travers le point de vue de chacun qu'une des missions premières est de répondre à des comportements violents, le plus souvent aigus et donc dans les plus brefs délais. On retrouve d'ailleurs ces mêmes indications dans la fréquence des demandes d'admission (ceci toujours d'un point de vue subjectif) où l'hétéroagressivité aiguë et

la décompensation en milieu en milieu carcéral apparaissent comme des motifs fréquents de demande, de même que l'agitation, l'hétéro-agressivité chronique, les actes médico-légaux, les agressions sexuelles en milieu hospitalier, l'autoagressivité et le risque suicidaire. On remarque donc une bonne adéquation entre les services d'admission et les USIP concernant ces indications, celles considérées comme les plus prioritaires étant aussi les plus fréquentes.

D'autres motifs d'admission ne semblent pas avoir leur place au sein d'une USIP. D'emblée les problèmes somatiques, la sur-occupation des lits ou le sevrage d'alcool et de stupéfiants sont récusés par la plupart des responsables d'unité et sont par ailleurs des motifs de demandes d'admission très rares. Les autres indications sont plus nuancées mais ne semblent pas non plus s'intégrer dans la logique de soins des USIP interrogées. Le repli mélancolique, l'intolérance à la frustration, la transgression du cadre de soin, le relais de prise en charge, l'opposition aux soins, le refus alimentaire et d'hydratation, l'impasse thérapeutique, la consommation de stupéfiants en milieu hospitalier sont en effet considérés comme non prioritaires. Notons d'ailleurs que certaines de ces indications restent des motifs fréquents de demande d'admission notamment l'opposition aux soins, l'intolérance à la frustration, la transgression du cadre de soin et l'impasse thérapeutique. À travers ces demandes fréquentes pour des indications non-prioritaires, on devine certaines difficultés des services d'admission à gérer ces problématiques, envisageant donc un relais de prise en charge vers une unité certes plus cadrante mais non adaptée à ces indications marquées par la chronicité.

À travers ces résultats et la littérature, les missions de l'USIP semblent s'orienter prioritairement sur la prise en charge des comportements violents et notamment les comportements hétéro-agressifs en phase aiguë. On peut cependant s'interroger quant au caractère intensif de ce soin, le terme de Soin Intensif Psychiatrique serait-il simplement synonyme de « prise en charge de la violence psychiatrique » ? Ou pourrait-on l'associer à une prise en charge rapprochée, fortement dotée et qui pourrait prendre en charge les tableaux les plus sévères ? Certaines USIP notamment au Canada et dans les pays nordiques (17,18,22,23), étudient une autre forme de soin intensif psychiatrique où les soins libres et les états

psychiatriques sévères mais non violents sont aussi pris en charge dans une logique d'étayage rapproché et intensif.

4.2. Place des USIP dans le réseau de soin

Cette étude nous a montré que le terme USIP ne fait pas consensus au sein du monde médical. Au début de cette étude, nous avons adressé aux ARS un courrier qui tentait de définir ce à quoi devait ressembler une USIP : elle devait être intersectorielle, fermée, pensée pour des courts séjours et des soins aigus. Or, comme le schéma d'étude le montre, certaines unités comme Caen ou Cambrai utilisent le terme USIP pour répondre à des demandes sectorielles. De plus notre étude a été entravée par l'utilisation d'abréviations différentes par certains hôpitaux pour un type de soin correspondant à cette définition. En cela, nous rencontrons déjà un biais de recrutement, avec au final, une probable sous évaluation du nombre d'unités « intersectorielles, fermées, pensées pour des courts séjours et des soins aigus ». Ceci a aussi pour conséquence un certain manque de lisibilité sur l'offre de soin sur le territoire français.

4.2.1. *Nécessité de répondre à des besoins locaux*

Les dotations en structures psychiatriques spécialisées montrent de grandes différences d'une région à l'autre. Concernant les USIP, on remarque déjà une différence entre la moitié Nord et la moitié sud du territoire avec des USIP essentiellement répartie dans la moitié Sud. Cette différence interroge, car il apparaît peu probable que les populations psychiatriques divergent dans l'expression de leurs symptômes entre les régions Nord et Sud, seule une différence importante de densité de population pourrait l'expliquer. La plupart des unités se situent dans un centre hospitalier départemental et quelques unités sont directement rattachées à une UMD. Seul une unité se situe au sein d'un centre universitaire. Par ailleurs, elles ne bénéficient pas toutes des mêmes structures spécialisées à proximité mais dans la majorité des cas on retrouve dans la région une UMD et/ou une UHSA.

Au final, les USIP doivent nécessairement s'intégrer aux réseaux de soins locaux et cela pour plusieurs raisons : premièrement, leur contexte de création montrent qu'elles sont, pour la plupart, à l'initiative d'acteurs locaux et donc pensées pour des objectifs particuliers propre à chacun. Deuxièmement, toutes les USIP ne

travaillent pas toutes avec les mêmes structures dans leur région et ne se situent pas non plus dans le même type d'hôpital. On comprendra aisément que la présence, ou non, de certaines structures peuvent jouer un rôle plus ou moins facilitateur pour certaines prises en charge tels que l'accueil de patients détenus au titre de l'article D398 du Code de Procédure Pénal ou encore la gestion de comportements agressifs récurrents. Troisièmement, le soin intensif psychiatrique s'envisage sur des prises en charge à court terme, il doit donc s'articuler régulièrement avec les autres structures de soins pour pouvoir remplir ses missions et n'être qu'un bref passage dans le parcours du patient. On devine donc qu'une USIP trop rigide et déconnectée des besoins locaux ne pourra pleinement être opérationnelle et avoir un effet bénéfique général sur la population psychiatrique locale.

Ce besoin local d'adaptation est difficile à repérer dans la littérature, il s'exprime peu et est difficile à comprendre du fait de systèmes de soins différents du nôtre. Notons cependant que certains auteurs, notamment Rachlin, spécifient ce besoin d'une prise en charge locale et le contextualisent dans leurs publications (12).

4.2.2. Un groupe hétérogène quant au recrutement des patients

Il existe une grande variabilité dans la manière dont les USIP recrutent leurs patients. La première concerne la zone géographique qu'elles couvrent. On y retrouve déjà 2 tendances : un recrutement départemental et un recrutement national. Concernant le recrutement national, il apparaît peu vraisemblable qu'il soit réel dans les faits et doit plutôt renvoyer à un recrutement ouvert interdépartemental (voire interrégional) ; ceci afin de maximiser l'occupation des lits. Concernant les USIP aux bassins de recrutement définis, il existe de grandes différences d'offre de soins par habitant, allant de 0,64 lits pour 100 000 habitants pour Sarreguemines à 4,68 lits pour Ajaccio. Notons cependant que les ratios les plus élevés concernent des USIP insulaires et que du fait de leur isolement de la métropole ce genre de structures apparaît indispensable pour combler l'absence d'une UMD à proximité. L'offre de soin idéale apparaît donc difficile à évaluer dans ces conditions tant les écarts sont importants. La comparaison avec les USIP étrangères ne nous oriente guère plus, tant leurs variations d'un pays à l'autre sont importantes. Notons cependant en comparaison, que les Britanniques ont une offre de soins en USIP

beaucoup plus importante avec des ratios variant de 4 à 10 lits pour 100 000 habitants (13).

On retrouve aussi des différences quant aux profils des patients recrutés. Les patients en provenance des lieux de détention via les SMPR ne sont pas unanimement acceptés par les USIP. De même, deux unités n'accueillent que des patients de sexe masculin et l'accueil de patients mineurs divise les responsables d'unités. Concernant les modes d'hospitalisation, les résultats sont plus homogènes, même si l'on retrouve deux USIP n'acceptant pas les hospitalisations via un tiers et deux autres acceptant aussi des patients en soins libres

4.3. Modalités de prise en charge en USIP

4.3.1. Environnement fermé et sécurisé

L'ensemble des unités interrogées, de même que la littérature, s'accorde sur l'idée d'un service fermé avec un faible nombre de lits, soit dans notre étude une quinzaine de lits avec des variations passant de 10 à 20. On retrouve aussi la présence de pièces communes dans des proportions équivalentes entre les USIP ainsi qu'un espace en plein air pour toutes les USIP.

La gestion des chambres d'isolement montre ici deux écoles avec des unités séparant Chambre de soin intensif (CSI) et chambre du patient et d'autres rendant la chambre du patient convertible en CSI. Notons cependant qu'au moment de l'étude les recommandations de l'HAS concernant l'isolement et la contention n'avaient pas encore été publiées et que, pour ces recommandations, l'utilisation de la chambre d'un patient comme CSI n'apparaît pas comme une pratique à poursuivre. On peut cependant s'interroger sur les bénéfices et les inconvénients d'une telle pratique. Même si l'isolement et la contention restent des mesures de derniers recours, de par la concentration de patients instables dans une USIP, cette mesure de protection y est pratiquée de manière plus régulière qu'en service d'admission ; et l'on peut facilement comprendre qu'une USIP soit rapidement débordée si ses CSI sont déjà toutes occupées et qu'un énième patient en nécessite aussi une. Avec des chambres convertibles, on permet une meilleure individualisation du soin, si tant est que l'on considère toujours l'isolement comme un soin. Cela permet aux équipes et au médecin de dispenser des soins à la fois

adaptés, personnalisés et libérés des contraintes environnementales qu'imposerait un nombre limité de CSI. De plus, cela permet l'accueil de patients dans des délais plus courts quel que soit leur état de santé, n'ayant pas à attendre la libération d'une CSI pour un accueil. On peut cependant aussi critiquer cette pratique : quelle représentation pour les patients de leur chambre ? Qui, malgré des mesures d'isolement adaptées et respectueuses pourront toujours associer leur chambre (et donc leur séjour) à une mesure « punitive ». Quid aussi de la sécurisation des chambres et de leur confort ? Ne favoriserait-elle pas aussi une sur-prescription de CSI ? La réponse à ces questions sur l'efficacité d'une ou l'autre de ces pratiques nécessitera probablement des travaux plus spécifiques pour pouvoir y répondre. Il reste que les USIP doivent s'inscrire dans les textes et recommandations actuelles concernant l'isolement et la contention

Quelle que soit la manière dont est pratiquée l'isolement en USIP, notre étude montre aussi que les CSI ne présentent pas tous les mêmes niveaux de sécurité et de confort. On retrouve cependant la présence de lits scellés ainsi que la présence de sanitaires (fermables ou non) dans les CSI pour toutes les USIP. D'autres points ne sont cependant pas encore respectés par toutes, tels que la présence d'une horloge, d'un sas, d'un double accès pour les équipes soignantes ou d'un bouton d'appel.

Autre point important concernant la sécurité, est la présence de caméras de surveillance. Ce sujet fait encore débat dans le milieu psychiatrique et pose de nombreuses questions : améliorent-elles réellement la surveillance et la sécurité des patients ? Quid du respect de l'intimité ? Ne limitent-elles pas les interactions entre les patients et les soignants ? On retrouve finalement peu de documentation concernant les caméras dans les services de psychiatrie. Notre étude montre que presque la moitié des USIP utilisent des caméras de surveillance, et dans une proportion non négligeable dans les chambres et les CSI. Notons par ailleurs que le Contrôleur général des lieux de privation de libertés (CGLPL) n'est pas favorable à l'usage de ces caméras de surveillance

Malgré des moyens de surveillance et de contrôle du comportement accrus, il ne faut pas oublier qu'un droit essentiel pour le patient reste de pouvoir recevoir des soins appropriés à son état dans des conditions satisfaisantes.

Nombres de services d'admission ont recours pour ces patients agités et perturbateurs à des mesures isolements prolongées voire à des mesures de contentions récurrentes, ceci souvent par faute de moyens suffisants (7). Le transfert vers une unité fermée et contenant comme l'USIP permet à ces patients, un accès vers le service plus rapide et donc, apporte une liberté de mouvement et d'interactions plus grande, favorisant ainsi un meilleur rétablissement. L'autre effet de la présence de malades agités et perturbateurs dans un service d'admission classique, est la limitation du droit d'aller et venir pour les patients en soins libres. En effet, en raison des difficultés à maintenir une partie des patients dans le soin et afin de limiter les fugues sans pour autant isoler voire contenir les patients les plus agités, des services ferment encore très probablement leurs portes. Bien que cet accès à l'extérieur reste possible à la demande des patients. Malgré des équipes libérant l'accès à l'extérieur à la demande des patients en soins libres, ceci apparaît au regard de la loi et des recommandations, comme peu acceptable. L'envoi des patients problématiques vers une USIP apparaît donc comme une alternative pour favoriser l'ouverture des services et limiter les séjours prolongés en isolement, encore bien trop observés à l'heure actuelle (7).

4.3.2. Moyens humains renforcés

La littérature met en évidence qu'une USIP doit bénéficier de moyens supplémentaires pour mener à bien ses objectifs. Un forte densité en infirmiers et aide-soignants ne permet pas seulement d'améliorer la surveillance, elle facilite aussi le travail de thérapie entre patient et soignant ; ceci en libérant plus de temps soignants auprès du malade. Notre étude montre d'ailleurs une présence soignante renforcée avec presque 4 malades pour 1 infirmier. Notons cependant que ce ratio reste encore loin des standards britanniques (13) et que certaines USIP jugent leurs effectifs insuffisants. La formation des équipes aux soins intensifs psychiatriques apparaît aussi comme incontournable. En effet, la formation des infirmiers en psychiatrie n'étant plus spécialisée, un jeune diplômé présente au final des connaissances en psychiatrie très faibles, voire anecdotiques. Et c'est par la formation continue que l'essentiel des connaissances théoriques est acquis. L'expérience et l'acquisition constante de connaissance joue un rôle important dans un service, et ceci d'autant plus dans un service où les patients présentent des

troubles sévères. En raison des exigences qu'imposent les soins en USIP, que ce soit en termes de rigueur, de finesse clinique ou de gestion des troubles du comportement, la formation de l'équipe soignante joue un rôle essentiel. Ces formations sont accessibles dans la plupart des USIP interrogées. Concernant la littérature, on retrouve peu d'information à ce sujet même si certains spécifient la nécessité d'avoir des équipes expérimentées (3,7,11,12).

Concernant les dotations médicales, il est souhaitable que la densité en psychiatres soit élevée, avec au minimum un équivalent temps-plein et la présence dans presque toutes les USIP d'un médecin somaticien. Le rôle du psychiatre a toujours été un rôle ambigu pour le patient, en effet malgré sa bienveillance et sa logique de soin, le psychiatre représente aussi une figure d'autorité, décidant de la sortie, pouvant utiliser des moyens coercitifs et pouvant limiter les libertés du patient. Même si toutes ces mesures ont pour objectif la protection et le rétablissement du patient, elles ne sont pas forcément bien vécues, et c'est finalement tout l'art de psychothérapie qui permettra de créer un lien médecin-patient solide. De plus, en raison de la contrainte des soins et du rôle décideur du psychiatre, le patient et l'équipe se retrouvent fortement dépendant des consignes de ce dernier, son absence et son manque de disponibilité peuvent amener alors à des situations clivantes, problématiques et source de frustration pour le patient, faute d'une réponse adaptée dans le temps. Sa présence rapprochée dans le service joue donc un rôle central ; et le caractère intensif du soin peut s'exprimer par une observation quotidienne, des entretiens, des adaptations de traitements rapprochés et une capacité de décision et d'orientation rapide voire immédiate.

La pluriprofessionnalité est aussi un terme récurrent dans la littérature, le mélange des compétences permet une approche plus complète des problématiques d'un patient et enrichit les connaissances de chacun. Ce dernier peut ainsi bénéficier de soins variés, propres à ses besoins. Chaque USIP possède sa propre équipe composée de différents intervenants, elle ne diffère cependant pas beaucoup des équipes pluriprofessionnelles que l'on peut rencontrer dans les services généraux. Les plus fréquemment retrouvés sont les psychologues et les assistants sociaux, d'autres travailleurs tels les ergothérapeutes ou les psychomotriciens sont cependant moins représentés.

Il est possible que ce soit, en fin de compte, l'aspect humain et le nombre limité de patients qui fassent toute la particularité du soin en USIP. Nombres d'équipes dans les services généraux peinent à répondre à toutes les sollicitations des patients, faute de temps, surchargées par des démarches administratives et souvent en sous effectif. Des effectifs nombreux aux compétences variées permettent aux patients les plus lourds de bénéficier d'une attention toute particulière à la fois sur le plan sécuritaire mais aussi sur le plan psychothérapeutique. Ce temps consacré au patient ne peut être que bénéfique ; des sollicitations régulières laissent moins de place aux troubles pour s'exprimer, favorisent l'alliance thérapeutique et permettent de prévenir des situations potentiellement à risque. Minimiser l'importance du soignant dans le rétablissement d'un patient, c'est oublier que la plupart des personnes souffrant d'un trouble mental présentent une altération de leur capacité à interagir avec l'autre et que la restauration de cette capacité passe par une multiplication d'échanges compréhensifs, professionnels et bienveillants.

4.3.3. *Activités thérapeutiques et étayage institutionnel*

On oublie trop souvent le rôle des activités thérapeutiques et de l'étayage institutionnel dans le rétablissement du patient et dans sa préparation vers la sortie. Ces activités sont essentielles pour un bon rétablissement, ceci de plus que la plupart des patients en USIP présentent des troubles sévères et ont déjà bénéficié de nombreux traitements pharmacologiques le plus souvent sans résultats francs. Dans la revue de la littérature nous n'avons retrouvé que très peu d'informations traitant ce sujet dans le cadre d'une prise en charge en USIP (12). Pour diverses raisons, des soins tels que l'ergothérapie sont de moins en moins présents au sein des hôpitaux psychiatriques et notamment durant l'hospitalisation. Hormis l'accès à des activités sportives qui sont proposées par toutes les USIP étudiées, les autres soins tels que l'ergothérapie, la psychomotricité ou encore de simples activités thérapeutiques indifférenciées sont finalement peu présentes au sein des USIP. Contrairement aux UMD pour lequel ce genre de prise en charge est incontournable. En effet, l'absence d'occupation dans un environnement fermé, qui plus est pour de longues périodes, est un terreau fertile à divers débordements. L'ergothérapie et les activités thérapeutiques en général ont, à maintes reprises, montré leur intérêt dans la réduction des comportements violents et la stabilisation des troubles mentaux. Ce

temps dédié est fortement apprécié par les patients et est un très bon vecteur pour favoriser la conscience des troubles et l'éducation thérapeutique. Cependant, la plupart de ces soins s'envisagent au long cours et la question se pose de savoir s'ils sont compatibles avec une prise en charge courte comme celle dispensée en USIP. Il existe cependant beaucoup de similitudes avec les patients hospitalisés en UMD, ce sont, pour la plupart, des malades présentant des troubles sévères, dont le comportement est incompatible avec un service d'admission, demandant de la contenance et ayant souvent des antécédents de violence. Il paraît donc intéressant que les patients en USIP puissent aussi bénéficier de ce genre de soins, même s'ils doivent être aménagés en fonction de la durée de séjour et du projet de l'unité.

4.4. Perspectives pour le soin intensif psychiatrique en France

Les soins intensifs psychiatriques sont finalement des soins très jeunes en France. Même si les premières unités comme l'UPID ou l'UMAP sont apparues en 1991 et 1993, ce n'est qu'à partir des années 2000 que les USIP commencent réellement à se multiplier sur le territoire. Cependant leur nombre reste faible et leur répartition géographique très asymétrique. De plus, leurs fonctionnements semblent assez différents et tributaires des situations locales. Cette étude montre que les avis restent partagés sur de nombreux points : bassin de recrutement, mode d'hospitalisation, indications, durée de séjour, étayage thérapeutique... En parallèle, l'Association des Unités de soins intensifs psychiatriques (ANDUSIP) reflète une volonté d'échange et d'uniformisation des pratiques, voulant donner à l'abréviation « USIP » une définition claire et univoque, à la manière de l'abréviation « UMD ». cependant et contrairement aux UMD, les USIP sont au plus près des besoins locaux et, de fait, s'imposent un travail collaboratif avec les différentes structures périphériques. Ce travail collaboratif apparaît comme indispensable en raison du rôle ponctuel de l'USIP qui ne saurait définir et étayer un projet de réhabilitation au long cours. En cela, la contrainte environnementale apparaît beaucoup plus forte que pour une UMD et nécessiterait donc des adaptations au cas par cas, quitte à s'éloigner d'un éventuel gold standard.

On peut s'interroger sur ce que pourrait être un « gold standard » pour une prise en charge USIP. Dans la littérature internationale, on retrouve le plus

souvent de petites unités fermées avec un fort étayage soignant et hospitalisant, la plupart du temps, des patients sous contrainte avec des antécédents récents de violence (12,13,15,16,19,20,26–28). Cependant, certaines unités ont interprété le terme « intensif » en prodiguant des soins rapprochés avec une surveillance accrue pour des patients dont la problématique principale n'était pas la violence envers autrui ou la dangerosité. Ce soin « intensif » pouvait aussi s'adresser à des patients présentant des troubles sévères mais dont la seule victime était eux-mêmes (patients suicidaires, mélancoliques, anorexiques...) (17,18,22,23). Même si ce profil de patient ne semble pas être une priorité pour les USIP française, il nous apparaît important de les inclure dans la discussion ; l'urgence, la gravité et un étayage important étant tout aussi nécessaires pour ces patients.

Un bon exemple pour les USIP française reste le modèle britannique, il est à l'origine de la majorité des publications internationales (13,26–28), mûrit depuis près de 50 ans et a développé ses propres recommandations (25). On retrouve d'ailleurs beaucoup de similitudes dans les projets développés en France : petit nombre de lits, forte densité soignante, gestion prioritaire de la violence et de l'hétéroagressivité, tableaux psychiatriques aigus et courts séjours. Au final, la « NMS for PICU » semble être un bon guide pour orienter ce type de soin en France et il serait souhaitable que notre pays publie ses propres recommandations. En effet, même si un projet USIP doit s'adapter à la demande, certains points devraient faire consensus et définir ce type de soin en tant que tel. Ce n'est cependant pas le rôle de ce travail de thèse que de proposer des recommandations. On remarquera, tout de même, que certains points sont déjà appliqués par tout le monde : prise en charge de tableaux aigus et urgents, gestion prioritaire de la violence et la dangerosité, forte densité soignante, faible nombre de lits et unité fermée.

Un autre point d'ouverture qui nous apparaît comme intéressant, est la diversification du soin « USIP ». En effet, les Britanniques ont adapté ce type de soin à différentes populations : patients en détention, femmes, enfants, adolescents... (25) Un point tout particulier nous intéressant concerne l'accueil des mineurs. En effet, les tableaux psychiatriques problématiques avec des antécédents de violence ou d'agressivité ne sont pas l'apanage de la psychiatrie adulte et certains tableaux pédopsychiatriques peuvent s'avérer tout aussi problématiques pour un service.

Cependant, l'accueil d'adolescents dans une unité traitant essentiellement des adultes, le plus souvent avec des troubles sévères, n'apparaît pas légitime et par expérience a plutôt tendance à se montrer délétère. De plus, la prise en charge d'un adolescent est très différente sur de nombreux points (justice, services sociaux, nosographie...) et nécessite donc des personnes formées spécifiquement. Notons pour l'exemple que l'hôpital Charles Perrrens possède une unité assez similaire avec le Centre de Crise pour Adolescent ou CCA. En effet, ce service reprend certains éléments propres aux USIP : un soin cadrant dans une unité fermée, un fort étayage soignant et un faible nombre de lits.

5. Conclusion

Notre étude a mis en évidence l'existence de 13 USIP correspondant à nos critères d'inclusion, à savoir de petites unités, fermées, intersectorielles et accueillant des patients présentant des troubles aigus du comportement. Cependant, ces critères n'ont pas englobé l'ensemble des unités avec l'appellation « USIP », notamment en raison d'un recrutement parfois uniquement sectoriel. D'autre part, on retrouve aussi des unités avec un rôle similaire sans pour autant porter le nom USIP, elles ont été d'ailleurs presque impossibles à recenser auprès des ARS du fait de leurs appellations différentes. Hormis le biais créé pour notre étude, cela met en évidence des divergences importantes quant à la définition du soin intensif psychiatrique et de ses objectifs.

Nous avons montré de fortes disparités entre les USIP interrogées. Sur le plan géographique, ce soin s'est essentiellement développé dans la moitié sud de la France et les USIP ne bénéficient pas toutes des mêmes partenaires de soins dans leur région notamment en ce qui concerne les UMD et les UHSA. On remarque aussi qu'elles ne sont pas toutes dotées des mêmes moyens pour prendre en charge leurs patients : difficultés de mise aux normes des chambres d'isolements et de soins intensifs, lacunes dans l'étayage para-médical (ergothérapie, activités thérapeutiques...) et dans les soins spécialisés (soins dentaires, ECT, addictologie). Concernant, les réponses apportées aux populations spécifiques comme les patients détenus, mineurs ou féminins, il existe aussi de fortes divergences, de même que pour certaines indications comme les comportements auto-agressifs. D'autres points

comme la zone de recrutement, la limitation de la durée de séjour ou les modalités d'admission sont aussi divergents.

Malgré ces divergences, les USIP étudiées ont aussi des points communs : petit nombre de lits, architecture similaire, forte présence soignante et médical, volonté prioritaire de prendre en charge des tableaux psychiatriques aigus générateur de violences envers autrui. On retrouve aussi une logique de pouvoir prendre en charge rapidement des patients sous contrainte dans un contexte clair et défini (engagement de reprise, réunion de synthèse, projet thérapeutique...).

Pour conclure, le soin intensif psychiatrique semble avoir montré son utilité à l'étranger et bénéficie d'un certain succès sur le territoire français. Les USIP jouent le rôle de structures intermédiaires entre les UMD et les services d'admission de secteurs, prenant en charge des patients aux troubles sévères, aigus et transitoires incompatibles avec une hospitalisation en services d'admission et inappropriés pour une UMD. En cela, elles permettent aussi à ces deux autres structures de pouvoir jouer leur rôle pleinement, en créant pour le secteur un environnement plus apaisé et donc plus favorable au rétablissement des autres patients et en permettant aux UMD de se concentrer sur leurs missions premières. Les USIP devraient cependant se montrer plus uniformes dans leurs manières de prendre en charge les patients mais sans pour autant se déconnecter des besoins locaux. L'ANDUSIP pourrait être, d'ailleurs, un des acteurs principaux de cette harmonisation des pratiques et voir à terme l'auteur de recommandations officielles. L'USIP devra cependant démontrer de manière significative son impact positif sur les patients et sur la réduction des comportements violents en milieu hospitalier par des études plus poussées et spécifiques. Cette étude aura tout de même permis une vision plus globale des pratiques actuelles en USIP et des environnements dans lesquels elles évoluent, et espérons, servira de base à de futurs travaux plus poussés sur ce sujet.

Bibliographie

1. Circulaire relative à la préparation du troisième plan d'équipement sanitaire (années 63 et suivantes), 2 Fév 1960.
2. Circulaire du 9 mai 1974 : Mise en place de la sectorisation psychiatrique infanto-juvénile
3. Le Bihan P, Benazzouz M, Floris E, Gérard H. L'unité psychiatrique intersectorielle départementale: l'expérience d'une unité de soins contenant en Gironde. *Inf Psychiatr.* 2005;81(3):243–253.
4. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé - Article 69 | Legifrance
5. Michaud D. L'évolution et la place dans le système de soin psychiatrique des Unités pour Malades Difficiles. 2015. DIU [Toulouse] Université de Toulouse
6. 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 | Legifrance
7. Le Bihan P, Esfandi D, Pagès C, Thébault S, Naudet J-B. Les unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) : expériences françaises et internationales. *Médecine Droit.* sept 2009;2009(98-99):138-45.
8. Ragonnet Laure. Etat des lieux des Unités de Soins Intensifs Psychiatriques en France. [Caen]: Thèse - Université de Caen; 2009.
9. Guide méthodologique de planification en santé mentale, mis à jour au 15 décembre 1987.
10. Psychiatric Intensive Care - M. Dominic Beer, Stephen M. Pereira, Carol Paton - Google Books – 2011 – Cambridge Medecine
11. Le Bihan P, Pagès C, Naudet J-B, Esfandi D, Roure L, Weiss P. Place des unités de soins intensifs psychiatriques (USIP) dans le dispositif de soins. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* mars 2009;167(2):143-7.
12. Rachlin S. On the need for a closed ward in an open hospital: The psychiatric intensive-care unit. *Psychiatr Serv.* 1973;24(12):829–833.
13. Bowers L, Jeffery D, Bilgin H, Jarrett M, Simpson A, Jones J. Psychiatric Intensive Care Units: a Literature Review. *Int J Soc Psychiatry.* 1 janv 2008;54(1):56-68.
14. Goldney R, Bowes J, Spence N, Czechowicz A, Hurley R. The psychiatric intensive care unit. *Br J Psychiatry.* 1985;146(1):50–54.

15. Wynaden D, McGowan S, Chapman R, Castle D, Lau P, Headford C, et al. Types of patients in a psychiatric intensive care unit. *Aust N Z J Psychiatry*. déc 2001;35(6):841-5.
16. O'Malley JE, Frampton C, Wijnveld A-M, Porter RJ. Factors influencing seclusion rates in an adult psychiatric intensive care unit. *J Psychiatr Intensive Care*. 2007 : 3(2), 93-100. doi:10.1017/S1742646407001124
17. Warneke L. A psychiatric intensive care unit in a general hospital setting. *Can J Psychiatry*. 1986;31(9):834–837.
18. Birnie WA, Matsuno K. The psychiatric acute observation unit in a general hospital. *Can J Psychiatry*. 1988;33(8):707–710.
19. Musisi SM, Wasylenki DA, Rapp MS. A psychiatric intensive care unit in a psychiatric hospital. *Can J Psychiatry*. 1989;34(3):200–204.
20. Goulet M-H, Larue C, Stafford M-C, Dumais A. Profiles of patients admitted to a psychiatric intensive care unit: secluded with or without restraint. *Can J Psychiatry*. 2013;58(9):546–550.
21. Palmstierna T, Huitfeldt B, Wistedt B. The relationship of crowding and aggressive behavior on a psychiatric intensive care unit. *Psychiatr Serv*. 1991;42(12):1237–1240.
22. Salzmänn-Eriksson M, Lützn K, Ivarsson A-B, Eriksson H. The core characteristics and nursing care activities in psychiatric intensive care units in Sweden. *Int J Ment Health Nurs*. avr 2008;17(2):98-107.
23. Vaaler AE, Morken G, Fløvig JC, Iversen VC, Linaker OM. Effects of a psychiatric intensive care unit in an acute psychiatric department. *Nord J Psychiatry*. janv 2006;60(2):144-9.
24. Use of Coercive Measures in a Psychiatric Intensive Care Unit in Slovenia | *Psychiatric Services*. 2005 Apr;56(4):491-2.
25. Departement of Health, The National Association of Psychiatric Intensive Care Unit, Royal College of Psychiatrists. National Minimum Standards for Psychiatric Intensive Care in General Adult Services. 2014 juin.
26. Pereira SM, Chaudhry K, Pietromartire S, Dale C, Halliwell J. Design in psychiatric intensive care units: problems and issues. *J Psychiatr Intensive Care*. 2005;1(02):70–76.
27. Brown S, Bass N. The psychiatric intensive care unit (PICU): Patient characteristics, treatment and outcome. *J Ment Health*. janv 2004;13(6):601-9.
28. Dolan M, Lawson A. A psychiatric intensive care unit in a medium-security unit. *J Forensic Psychiatry*. janv 2001;12(3):684-93.

29. 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 | Legifrance
30. 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 | Legifrance
31. 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 | Legifrance
32. Organisation Mondiale de la Santé. CIM-10/ICD-10, Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportements. Masson; 1993.
33. Haute Autorité de Santé (HAS). Isolement et Contention en psychiatrie générale - Recommandations. 2016 février.
34. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé | Legifrance
35. Charte de la personne hospitalisée : circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées - CNRD - Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur

Annexes

Annexe 1 : Type de structure d'accueil et structures spécialisées périphériques

USIP	Type de structure	UMD dans la région	UHSA dans la région
Ajaccio	Centre Hospitalier spécialisé en psychiatrie	-	-
Bron	Centre Hospitalier spécialisé en psychiatrie	+	+
Cadillac	Unité pour Malades Difficiles	+	+
Eyguerande	Unité pour Malades Difficiles	+	-
La Roche-sur-Foron	Centre Hospitalier spécialisé en psychiatrie	+	+
Martinique	Centre Hospitalier spécialisé en psychiatrie	-	-
Montpellier	Centre Hospitalier universitaire	-	+
Montpon-Ménéstérol	Centre Hospitalier spécialisé en psychiatrie	+	+
Nice	Centre Hospitalier spécialisé en psychiatrie	+	-
Pau	Centre Hospitalier spécialisé en psychiatrie	+	+
Prémontré	Centre Hospitalier spécialisé en psychiatrie	-	-
Sarreguemines	Unité pour Malades Difficiles	+	+
Uzes	Centre Hospitalier spécialisé en psychiatrie	+	+

+ = oui / - = non

Annexe 2 : Instigateurs des projets de création

	Nombre de oui	%	Ajaccio	Bron	Cadillac	Eyguerande	Fort-de-France	La Roche-sur-Foron	Montpellier	Montpon-Ménéstérol	Nice	Pau	Prémontré	Sarreguemines	Uzes
chefferie de pôle	4	30,80 %	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	-	+	-
Équipe médicale indépendante	3	23,10 %	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-
Direction administrative	3	23,10 %	-	+	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-
ARS	3	23,10 %	-	-	-	-	+	+	-	+	-	-	-	-	-
CME	2	15,40 %	-	-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-
Cadre(s) de santé	2	15,40 %	-	-	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-
Ne sais pas	1	7,70 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
Conseil général	0	0,00 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ministère de la Santé	0	0,00 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres	0	0,00 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

+ = oui / - = non

Annexe 3 : détails de l'architecture des locaux

USIP	Moyenne	total	Écart type	Ajaccio	Bron	Cadillac	Eygurande	Fort-de-France	La Roche-sur-Foron	Montpellier	Montpon-Ménéstérol	Nice	Pau	Prémontré	Sarreguemines	Uzes
Lits	15,31	199	3,22	15	15	14	10	15	15	20	10	15	15	20	15	20
Chambres d'isolement	6,38	83	4,05	4	6	12	10	15	3	4	10	4	3	4	2	6
	% de oui	Nb de oui														
Convertibilité	53,85 %	7		-	+	+	+	+	-	-	+	+	-	-	+	-
	% de oui	Nb de oui														
Lit scellé	100 %	13		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Espace en plein air	100 %	13		+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Double accès	84,62 %	11		+	+	-	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+
Sas	76,92 %	10		+	+	+	-	+	-	+	+	-	+	+	+	+
Horloge	76,92 %	10		-	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	+	+
Sanitaire en accès libre permanent	69,23 %	9		-	+	-	-	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Douche	53,85 %	7		+	+	-	+	+	-	-	+	-	-	-	+	+
Bouton d'appel	53,85 %	7		-	+	-	+	+	+	-	-	-	-	+	+	+
Mobilier scellé	46,15 %	6		-	+	-	-	+	+	+	-	-	-	-	+	+
Sanitaire fermable	46,15 %	6		+	-	+	+	-	-	-	+	-	-	-	+	+
Mobilier sécurisé non scellé	7,69 %	1		-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
Matelas au sol	0 %	0		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Superficie	464 m²			x	x	x	696	232	x	x	x	x	x	x	x	x
	Moyenne	Médiane														
Pièces communes	2,92	3	0,83	3	3	3	3	2	1	3	4	2	3	4	3	4
	Nb d'USIP avec chambres multiples	% d'USIP avec chambres multiples														
Chambre double	4	30,77 %		1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
Chambre triple	0	0 %		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4 ou +	0	0 %		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nb = nombre / x = non connu / + = oui / - = non

Annexe 4 : Structures adressantes acceptées

USIP/ Adressage	Nb de oui	% de oui														
			Ajaccio	Bron	Cadillac	Eyguerande	Fort-de-France	La Roche-sur-Foron	Montpellier	Montpon-Ménéstérol	Nice	Pau	Prémontré	Sarreguemines	Uzes	
Services de psychiatrie générale	13	100 %	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Urgences Psychiatriques	10	76,92 %	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+	-	+	
SMPR	6	46,15 %	-	-	+	-	+	-	-	-	+	-	+	+	+	
UMD	6	46,15 %	+	+	-	-	+	-	-	-	+	+	-	-	+	
Psychiatres ou cliniques privées	5	38,46 %	+	-	-	+	-	-	-	+	-	-	+	-	+	
CMP	4	30,77 %	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	+	
UHSA	4	30,77 %	-	+	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	
Autres	2	15,38 %	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	
Services de médecine somatique	2	15,38 %	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	

Nb = nombre / + = oui / - = non

Annexe 5 : Modes d'hospitalisation acceptés

USIP/Mode d'hospitalisation	Nb de oui	% de oui														
			Ajaccio	Bron	Cadillac	Eyguerande	Fort-de-France	La Roche-sur-Foron	Montpellier	Montpon-Ménéstérol	Nice	Pau	Prémontré	Sarreguemines	Uzes	
SDRE	13	100 %	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
SDT	11	84,62 %	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+
SDTU	11	84,62 %	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+
SPI	11	84,62 %	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	-	+
D398	11	84,62 %	+	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Art 706-135	4	30,77 %	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+	+	-	-	+
OPP	3	23,08 %	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-
SL	2	15,38 %	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
SL + Autorisation Parentales	2	15,38 %	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-

Nb = nombre / + = oui / - = non

Annexe 6 : Sexe et âge

USIP	Totaux	%	Ajaccio	Bron	Cadillac	Eyguerande	Fort-de-France	La Roche-sur-Foron	Montpellier	Montpon-Ménéstérol	Nice	Pau	Prémontré	Sarreguemines	Uzes
Sexe	Nb unités mixtes 10	% unités mixtes 76,92 %	H/F	H/F	H/F	H/F	H/F	H/F	H	H/F	H/F	H/F	H	H	H/F
Age minimal	Nb acceptant des mineurs 8	% acceptant des mineurs 61,54 %	18	-	-	18	16	18	15	18	18	-	16	-	16
Age maximal	Nb limitant l'age maximal 2	% limitant l'age maximal 15,38 %	-	-	-	75	-	-	-	-	-	75	-	-	-

Nb = Nombre / H = hommes uniquement / H/F = mixte / - = pas de limite

Annexe 7 : Spécificité d'admission

USIP / Spécificité d'admission	Nb de oui	% de oui	Ajaccio	Eyguerande	Bron	Cadillac	Fort-de-France	La Roche-sur-Foron	Montpellier	Montpon-Ménéstérol	Nice	Pau	Prémontré	Sarreguemines	Uzes
Engagement de reprise	11	84,62 %	-	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	+
Travail de concert	11	84,62 %	+	+	+	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+
Sélection sur dossier	9	69,23 %	-	+	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+	-
Structuration du projet de soin	7	53,85 %	-	-	+	+	+	+	+	+	-	-	+	-	-
Entrées programmées uniquement	6	46,15 %	-	+	+	+	-	+	-	+	-	-	-	+	-
Admission par un médecin extérieur	5	38,46 %	+	-	Autre : directeur	-	Autre : D398 le week-end	-	-	-	-	+	-	-	+
Visite de pré-admission	1	7,69 %	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-
Autres	0	0 %	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Nb = nombre / + = oui / - = non

Annexe 8 : Modalité de séjour et de sortie

USIP	Nb sans limite		Moyenne	Écart type																
	Nb sans limite	% sans limite			Ajaccio	Eyguerande	Bron	Cadillac	Fort-de-France	La Roche-sur-Foron	Montpellier	Montpon-Ménéstérol	Nice	Pau	Prémontré	Sarreguermes	Uzes			
Durée maximale de séjour (mois)	5	38,46 %	2,13	0,33	x	2	2	2	x	2	x	2	x	2	2	3	x			
Nb séjour/an	8	61,54 %	2	0	x	2	2	2	x	2	x	2	x	x	x	x	x			
	i		Moyenne (jours)	ET (jours)																
			64	9,9																
Soins spécifiques	Nb oui	% de oui																		
Sport	13	100 %			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+			
Soins dentaires	9	69,23 %			-	+	+	+	+	-	-	-	+	+	+	+	+			
Ergothérapie	7	53,85 %			+	+	-	+	-	+	+	-	+	-	-	+	-			
Autres	4	30,77 %			-	-	+	-	-	+	-	-	+	+	-	-	-			
Sortie temporaire	3	23,08 %			+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+			
ECT	2	15,38 %			-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-	-	-			
Psychomotricité	2	15,38 %			-	-	-	+	-	+	-	-	-	-	-	-	-			
Sortie thérapeutique	1	7,69 %			-	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-			
SMTC	0	0 %			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
orthophonie	0	0 %			-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Réunion de synthèse	Nb syst	Nb ponct	Nb non		ponct	syst	syst	syst	ponct	syst	ponct	syst	syst	ponct	syst	-	ponct			
	7	4	1																	
	53,85 % de réunion systématique						30,77 % de réunion ponctuelle				7,69 % de pas de réunion									
Modalités de sortie	Nb oui	% oui																		
Adressage direct en UMD	11	84,62%			+	+	-	+	+	+	+	-	+	+	+	+	+			
Sortie directe	6	46,15%			+	+	+	-	-	-	+	-	-	-	+	-	+			
Projets sociaux et extra-hospitaliers	6	46,15 %			+	-	+	-	+	-	+	-	-	-	+	-	+			
Retour systématique vers l'unité d'origine	5	38,46 %			-	+	-	-	-	+	-	+	+	+	-	-	-			

Nb = nombre / x = pas de limite / + = oui / non = - / syst = systématique / ponct = ponctuelle

Résumé

La fin du XX^e siècle, a vu apparaître en France, un nouveau type d'unité : Les Unités de Soins Intensifs Psychiatriques ou USIP. Elles sont censées délivrer des soins cadrants, étayants et sur une courte durée dans un environnement fermé et sécurisé. Elles s'adressent à des patients définis comme « agités et perturbateurs », incapable de se maintenir en service d'admission et en raison du caractère aigu et transitoire de leurs symptômes inéligibles à une Unité pour Malades Difficiles. Ce type de soin est déjà bien connu et étudié à l'Étranger au travers des « Psychiatric Intensive Care Units » (ou PICU), mais peu de travaux concernant les USIP en France ont été entrepris. Dans ce travail, nous avons recensé 13 USIP et étudié leurs missions, leurs modalités de prise en charge et leur intégration dans le réseau de soin. Nous avons mis en évidence que ces unités s'orientent en priorité dans la prise en charge de l'hétéroagressivité aiguë, qu'elles répondent avant tout à des besoins locaux et se positionnent comme un intermédiaire entre le secteur et l'UMD. Il existe de grandes disparités tant sur le plan géographique qu'en termes de moyen. Elles se caractérisent par de petites unités fermées d'une quinzaine de lits avec une forte présence soignante et médicale.