



**HAL**  
open science

**De la crise en psychiatrie à la porte tournante :  
comment certains patients sont dans l'éternel retour en  
milieu hospitalier**

Beatriz Cañada Ramos

► **To cite this version:**

Beatriz Cañada Ramos. De la crise en psychiatrie à la porte tournante : comment certains patients sont dans l'éternel retour en milieu hospitalier. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04087944

**HAL Id: dumas-04087944**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04087944v1>**

Submitted on 3 May 2023

**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 2023

**UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE**  
**UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES**

**THESE D'EXERCICE**

en vue de l'obtention du

**DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée par

**Beatriz CAÑADA RAMOS**

---

**Présentée et soutenue publiquement le 25/04/2023**

**DE LA CRISE EN PSYCHIATRIE A LA PORTE TOURNANTE :  
Comment certains patients sont dans l'éternel retour en milieu hospitalier.**

**Président du jury :** Monsieur Pierre Michel LLORCA, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand.

**Directeur de thèse :** Monsieur Georges BROUSSE, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand.

**Membre du jury :** Monsieur Laurent GERBAUD, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand.

**Maitre de thèse :** Monsieur Jean Paul CHABANNES, Chargé des cours, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Grenoble.



Année 2023

**UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE**  
**UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES**

**THESE D'EXERCICE**

en vue de l'obtention du

**DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée par

**Beatriz CAÑADA RAMOS**

---

**Présentée et soutenue publiquement le 25/04/2023**

**DE LA CRISE EN PSYCHIATRIE A LA PORTE TOURNANTE :  
Comment certains patients sont dans l'éternel retour en milieu hospitalier.**

**Président du jury :** Monsieur Pierre Michel LLORCA, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand.

**Directeur de thèse :** Monsieur Georges BROUSSE, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand.

**Membre du jury :** Monsieur Laurent GERBAUD, Professeur, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand

**Maitre de thèse :** Monsieur Jean Paul CHABANNES, Chargé des cours, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Grenoble.

## Liste du personnel enseignant

---

---

## UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

---

PRESIDENTS HONORAIRES  
UNIVERSITE D'AUVERGNE

: **JOYON** Louis  
: **DOLY** Michel  
: **TURPIN** Dominique  
: **VEYRE** Annie  
: **DULBECCO** Philippe  
: **ESCHALIER** Alain

PRESIDENTS HONORAIRES  
UNIVERSITE BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre  
: **FONTAINE** Jacques  
: **BOUTIN** Christian  
: **MONTEIL** Jean-Marc  
: **ODOUARD** Albert  
: **LAVIGNOTTE** Nadine

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE  
PREMIERE VICE-PRESIDENTE  
CHARGEE DU PILOTAGE ET DES MOYENS  
VICE PRESIDENTE CHARGEE DE LA FORMATION  
VICE-PRESIDENTE CHARGEE DE LA RECHERCHE  
DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias  
  
: **FOGLI** Anne  
: **PEYRARD** Françoise  
: **PREVOT** Vanessa  
: **PAQUIS** François



## UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice  
: **CHAZAL** Jean

DOYEN-DIRECTEUR  
DIRECTRICE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre  
: **ROBERT** Gaëlle

## LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

### **PROFESSEURS HONORAIRES :**

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BEYTOUT Jean - BOIRE Jean-Yves - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - BOUCHER Daniel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHAMOUX Alain - CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - CITRON Bernard - CLEMENT Gilles - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques - DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - DETEIX Patrice - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - M. GENTOU Claude - Mme GLANDDIER Phyllis - MM. IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MICHEL Jean-Luc - MONDIE Jean-Michel - PHILIPPE Pierre - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - RIBAL Jean-Pierre - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mme VEYRE Annie

### **PROFESSEURS EMERITES :**

MM. AUMAITRE Olivier - AVAN Paul - BAZIN Jean-Etienne - CAILLAUD Denis - DAPOIGNY Michel - DUBRAY Claude - DURIF Franck - ESCHALIER Alain - KEMENY Jean-Louis - LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène - MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - POULY Jean-Luc

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS**

### **CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M. BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M. CLAVELOU Pierre	Neurologie
M. GILAIN Laurent	O.R.L.
M. LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M. CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M. PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M. SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M. BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme DUCLOS Martine	Physiologie

M. SCHMIDT Jeannot	Médecine d'Urgence
M. BERGER Marc	Hématologie
M. GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M. SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M. ABERGEL Armando	Hépatologie
Mme BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M. RUIVARD Marc	Médecine Interne

**1ère CLASSE**

M. VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M. D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
M. GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M. TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M. MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M. RICHARD Ruddy	Physiologie
M. SAPIN-DEFOUR Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M. COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M. CHIAMBARETTA Frédéric	Ophthalmologie
M. FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M. GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M. GUY Laurent	Urologie
M. TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. COSTES Frédéric	Physiologie
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. THAVEAU Fabien	Chirurgie Vasculaire

**2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréi	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M. BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIEZE Romain	Hématologie
M. POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M. SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M. EVRARD Bertrand	Immunologie
M. POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie
Mme PHAM DANG Nathalie	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie
M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
Mme CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M. GAGNIERE Johan	Chirurgie Viscérale et Digestive
M. JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. LEBRETON Aurélien	Hématologie
M. MOISSET Xavier	Neurologie
M. SAMALIN Ludovic	Psychiatrie d'Adultes
M. BIAU Julian	Radiothérapie
M. LACHAL Jonathan	Pédopsychiatrie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

**1ère CLASSE**

M. VORILHON Philippe	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale



## PROFESSEURS DES UNIVERSITES

### *2ème CLASSE*

Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne      Nutrition Humaine

## PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne      Médecine Générale  
M. CAMBON Benoît      Médecine Générale  
M. TANGUY Gilles      Médecine Générale  
M. BERNARD Pierre      Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

### *HORS CLASSE*

Mme BOUTELOUP Corinne      Nutrition  
Mme FOGLI Anne      Biochimie Biologie Moléculaire  
Mme GOUAS Laetitia      Cytologie et Histologie, Cytogénétique

### *1ère CLASSE*

M. MORVAN Daniel      Biophysique et Traitement de l'Image  
Mme GOUMY Carole      Cytologie et Histologie, Cytogénétique  
M. MARCEAU Geoffroy      Biochimie Biologie Moléculaire  
Mme MINET-QUINARD Régine      Biochimie Biologie Moléculaire  
M. ROBIN Frédéric      Bactériologie  
Mme VERONESE Lauren      Cytologie et Histologie, Cytogénétique  
M. DELMAS Julien      Bactériologie  
Mme MIRAND Audrey      Bactériologie Virologie  
M. OUCHCHANE Lemlih      Biostatistiques, Informatique Médicale  
et Technologies de Communication  
M. LIBERT Frédéric      Pharmacologie Médicale  
Mme COSTE Karen      Pédiatrie  
Mme AUMERAN Claire      Hygiène Hospitalière  
Mme NOURRISSON Céline      Parasitologie - Mycologie  
Mme PONS Hanaë      Biologie et Médecine du Développement  
et de la Reproduction

**2<sup>ème</sup> CLASSE**

M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
M. GODET Thomas	Anesthésiologie-Réanimation et Médecine Péri-Opératoire
M. MOUSTAFA Farès	Médecine d'Urgence
M. CHENAF Chouki	Pharmacologie Clinique
M. ANIORT Julien	Néphrologie
M. CLERFOND Guillaume	Cardiologie
Mme DUPUY Claire	Médecine Intensive – Réanimation
Mme JULIAN Valérie	Physiologie
M. LAHAY Clément	Gériatrie et Biologie du Vieillessement

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES  
DE MEDECINE GENERALE**

**1<sup>ère</sup> CLASSE**

Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
-----------------------------	-------------------

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES**

**HORS CLASSE**

M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire

**CLASSE NORMALE**

M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mme AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
Mme GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. PIZON Frank	Santé Publique
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M. PINEL Alexandre	Nutrition Humaine

Mme MONIER Florie  
Mme POLICARD Florence

Psychologie  
Sciences Infirmières

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES**

Mme ESCHALIER Bénédicte  
Mme RICHARD Amélie  
M. TESSIERES Frédéric  
Mme ROUGE Laure  
Mme BERTRAND-JARROUSSE Véronique  
Mme VICARD-OLAGNE Mathilde  
M. MENINI Thibault

Médecine Générale  
Médecine Générale  
Médecine Générale  
Médecine Générale  
Médecine Générale  
Médecine Générale  
Médecine Générale

## Remerciements

---

---

**Au Président du jury,**

**Monsieur le Professeur Pierre Michel LLORCA,**

*Professeur des universités - praticien hospitalier, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Service de Psychiatrie de l'Adulte CMPB, CHU Gabriel Montpied*

Vous m'accordez l'honneur de présider ce jury et je en vous remercie. Veuillez recevoir ici l'expression de mon respect et de ma gratitude envers l'enseignement que j'ai reçu.

**Au Directeur de thèse,**

**Monsieur le Professeur Georges BROUSSES,**

*Professeur des universités - praticien hospitalier, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, service d'Addictologie et des Pathologies duelles, CMPB, CHU Gabriel Montpied*

Vous avez eu l'amabilité de donner une direction à mon travail et d'en avoir validé les orientations. Recevez l'expression de toute ma reconnaissance pour cette tâche et pour l'enseignement que vous m'avez apporté.

**Au membre du jury,**

**Monsieur Laurent GERBAUD**

*Professeur des universités - praticien hospitalier, UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand,*

Vous me faites l'honneur de juger mon travail et je vous en suis gré. Veuillez accepter mes remerciements et tout mon respect.

**Au Maître de thèse,**

**Monsieur le Docteur Jean Paul CHABANNES,**

*Praticien hospitalier, ancien chef de pôle, Chargé de cours universitaires, UFR de Médecine de Grenoble.*

J'ai eu la chance de vous rencontrer alors que retraité des hôpitaux vous avez accepté de pratiquer comme psychiatre intérimaire dans l'hôpital du Puy en Velay. Vous avez également accepté d'être mon maître de thèse et de me guider dans sa réalisation. Veuillez trouver ici l'expression de toute ma reconnaissance.

## **Remerciements professionnels**

---

Je voudrais exprimer ma gratitude au personnel hospitalier qui m'a entouré pendant mes années d'internat et le début de ma pratique professionnelle.

## Table des matières

---

*Liste des tableaux*

*Liste des abréviations*

——— *Introduction*

——— *Contexte*

——— *Présentation de notre lieu d'exercice*

*1.1 Présentation de l'hôpital.*

*1.2 Présentation unité gestion de crise.*

*1.3 Missions du service.*

——— *Méthode*

——— *Cas cliniques*

*1- Patients du groupe A*

*2- Patients du groupe B*

*3- Patients du groupe C*

——— *Discussion*

*1) La crise*

*2) L'urgence*

*3) La crise comme moteur de « la porte tournante ».*

*4) La chronicité des maladies comme pourvoyeur de crises.*

*5) Les circonstances environnementales comme pourvoyeur de crises.*

——— *Conclusion*

*Références bibliographiques*

## **LISTE DES TABLEAUX**

### **TABLEAUX**

Tableau I : Récapitulatifs des patients groupe A.

Tableau II : Récapitulatifs des patients groupe B.

Tableau III : Récapitulatifs des patients groupe C.

Tableau IV : Facteurs de risques influant sur la dynamique de la porte tournante.

## Liste des abréviations

ARS : agence régionale de santé  
AHSM ou CHSM : association hospitalière ou centre hospitalier Sainte Marie  
CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel  
CHU : centre hospitalo-universitaire  
CMP : centre médico-psychologique  
CNIL : commission nationale d'informatique et libertés  
EMAH : équipe mobile d'alternative à l'hospitalisation  
EPHAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
HDJ : hôpital de jour  
IDE : infirmier diplômé d'état  
ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique  
MAS : maison d'accueil spécialisée  
NAP : neuroleptique d'action prolongée  
SAD / VAD : soins ou visites à domicile  
SAMU : service d'aide médicale d'urgence  
SL : soins libres  
SSCDT : soins sans consentement sur demande de tiers  
SSCTU : soins sans consentement sur demande de tiers en urgence  
SSCPI : soins sans consentement en cas de péril imminent  
SSCRE : soins sans consentement sur décision du représentant de l'état  
THC : tétrahydrocannabinol  
UAO : unité d'accueil et d'orientation  
UMD : unité malades difficiles  
USIP : unité des soins intensifs en psychiatrie



## **Introduction**

Depuis trois années, dans un statut de médecin, j'ai été mise en responsabilité d'une unité de soins psychiatriques orientée vers la notion de crise et la prise en charge des patients dit agités. Il s'agit du service UPA-St Roch à l'hôpital Sainte Marie du Puy en Velay.

C'est dans cette institution, créée il y a 172 ans par une fondation religieuse et faisant office de service public, que mon expérience de psychiatre en formation a trouvé à se développer.

Cette institution, qui joue le rôle d'hôpital départemental destiné à la psychiatrie, a suivi sur toute la durée de son existence les courants évolutifs de la spécialité.

La psychiatrie a connu de nombreuses évolutions institutionnelles, médicales et sociales, que ce soit au niveau de sa compréhension de la maladie mentale et de son acceptation par la société, ou au niveau des pratiques et des moyens humains et financiers mis en œuvre pour prendre en charge le suivi des patients.

Les premières politiques de santé mentale apparaissent dans les années 1830, au moment du développement des asiles psychiatriques. La première réponse sanitaire proposée aux personnes vivant avec un trouble psychique consistait à les isoler afin de les mettre à l'écart de la société. Cette pratique avait l'intention de la double protection: des patients, considérés comme « bizarres » et potentiellement dangereux et de la société.

Suite à la crise du modèle asilaire dans les années 1930 et à partir des années 1950 et 1960 les courants politiques et sociaux ont évolué dans la direction du « sortir le soin de l'hôpital psychiatrique » pour rompre avec le principe d'isolement qui le définissait jusqu'alors. Un grand mouvement de "déhospitalisation" s'affirme dans les années 1980, à l'origine d'un profond renouvellement de la conception du soin.

Ce relais de soins, a été en partie possible grâce à l'évolution de la psychopharmacologie. Au XXème siècle, le manque de connaissances sur la biologie du cerveau contraint les psychiatres à privilégier un mode d'approche résolument empirique. Au cours des décennies 1950 et 1960

s'élaborent les fondements de l'édifice théorique de la psychiatrie biologique. En donnant un début d'explication physiologique des maladies mentales, les hypothèses neurochimiques inaugurent l'ère de la psychiatrie scientifique. Dans cette époque, la découverte de nouvelles classes de médicaments permettent de traiter symptomatiquement les psychoses, de combattre les troubles de l'humeur, de soulager l'anxiété et aborder les états d'agitation.

Les structures extra hospitalières conçues pour remplacer le caractère asilaire des hôpitaux psychiatriques, centres de consultation ambulatoire, hôpitaux de jours, centres occupationnels, appartements supervisés, équipes mobiles etc. ont repris cet objectif d'intégrer dans la communauté une grande partie des patients, qui avant étaient condamnés à vivre dans les hôpitaux psychiatriques. Il s'agit de la politique dite de secteur.

Cependant, malgré toutes ces évolutions, l'hôpital n'a pas eu la capacité de fermer ses portes et ne le sera pas dans des délais encore conséquents.

C'est sur ce dernier aspect, que les unités de gestion de crise psychiatrique, spécialement des crises avec agitation, restent toujours des recours nécessaires dans le cadre de la prise en charge hospitalière en psychiatrie.

Depuis le début de ma prise de fonction, une problématique a toujours été récurrente, la gestion des lits et la capacité de sans cesse être disponible pour une admission en cas de nécessité.

Étant un service de crise psychiatrique nous attendons un afflux constant et divers des patients, sauf que, nous avons tout de suite repéré la présence dans notre service des mêmes patients,

d'une part ceux admis via les urgences par réadmission, qu'on a nommés "**patients récurrents**" et d'une autre part, les patients admis au service venant des autres pavillons car ils sont souvent agités et présentent des troubles du comportement chroniques. Ces raisons font que souvent dans l'année ces patients sont admis et réadmis dans notre service. Parfois même, les équipes les trouvent « trop difficiles à gérer » et en conséquence, les patients peuvent rester un grand nombre des jours dans notre pavillon en attente d'une mutation dans un service de

psychiatrie classique. On les appelle également « **les patients bloqueurs de lits** » ou « **chroniques du service crise** ».

Citons également « **les patients en crise permanente** » et qui finissent par se chroniciser dans le service faute de débouché d'aval.

Ces trois groupes de patients, représentent des difficultés permanentes dans la gestion du service d'urgence-crise dans lequel nous travaillons.

Dans ce travail, nous allons tenter d'analyser le fonctionnement de l'unité dans la gestion de ces trois groupes de patients. Nous allons dans une première partie tenter de décrire les trois cas différents, la réadmission de patients dit « récurrents » via les urgences ou les services de psychiatrie générale et l'admission des patients chroniques de la crise dit « bloqueurs de lits ». Chaque groupe sera étudié via des cas cliniques. Par la suite nous allons tenter d'apporter une analyse de cette situation et une réflexion dans la gestion de ces problématiques. Sans oublier le troisième groupe, celui des patients en crise permanente qui se chronicisent dans l'unité.

Chacun de ces groupes ne présente pas un nombre suffisant de cas pour tenter une analyse statistique. Nous restons plus sur un travail observationnel ce qui ne nous empêchera pas d'aborder des indices pouvant être reconnus comme responsables de la situation.

## Contexte

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les troubles mentaux sont responsables d'une part majeure de la morbidité dans le monde. L'OMS estime que 25% de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble mental. Les maladies mentales sont au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires. Les pathologies les plus sévères concernent une proportion plus réduite mais significative de la population. On estime que la schizophrénie concerne autour de 1 % de la population, le trouble d'Anxiété Généralisée 2 % et l'état dépressif caractérisé sévère 3 %.

L'OMS identifie 5 maladies mentales parmi les 10 pathologies les plus préoccupantes du 21ème siècle : schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif .

(1)

Les politiques visant à sortir les patients psychiatriques des hôpitaux et de les inclure dans la vie en société des années 50 et 60 ont motivé la restructuration des soins psychiatriques dans leur globalité. De nombreuses structures de soins et medico sociales ont été créés progressivement pour favoriser les soins ambulatoires.

Or, les soins hospitaliers restent quasi impératifs pour certains patients. Il est probable que ce soit dans la nature même de certaines maladies de décompenser de manière cyclique (troubles du spectre psychotique, trouble bipolaire), ou dans le passage d'un état de crise latente à crise manifeste. Même si ces troubles peuvent être retardés par le support des ressources communautaires (psychiatrie de secteur, hôpitaux de jour...), en concertation avec le milieu direct du patient (famille, travail...).

Il est aussi à remarquer, que de nombreux patients souffrant des troubles psychiatriques graves, sont dans une situation de précarité sociale, ce qui rend encore plus difficile leur maintien au domicile sur le moyen et de long terme.

Les pathologies duelles, psychiatriques et addictologiques sont des facteurs de risque de décompensation et donc nécessitent parfois des soins intra hospitaliers. Selon le NSDUH, 2013 environ 20% des patients souffrant des troubles mentaux souffrent ainsi d'un abus ou d'une dépendance aux toxiques (hors tabac). (2)

Enfin, en psychiatrie il existe un grand nombre de patients porteurs d'une maladie lourde (schizophrénies, troubles bipolaires) qui sont anosognosiques de leur pathologie et pour lesquels la rupture de traitement et de suivi présentent un grand risque d'inobservance amenant à la nécessité de prises en charge hospitalières causées par une rechute.

En conséquence, les patients psychiatriques qui souffrent de pathologies chroniques et handicapantes, nécessitent, de manière ponctuelle d'être réadmis à l'hôpital pour des soins psychiatriques spécifiques impossibles en milieu ambulatoire.

La porte d'entrée de ces patients est souvent représentée par les services d'accueil et urgences des hôpitaux.

Le développement des urgences psychiatriques coïncide, avec une demande de plus en plus pressante de l'accessibilité aux soins et au « soulagement de la souffrance ». La demande a suivi le modèle des urgences: les services d'accueil des urgences étant un des seuls sites ouverts 24 h / 24 avec une présence médicale.

Le processus de réadmission ou de récurrence ne représente qu'une faible proportion de patients mais l'existence du phénomène soulève plusieurs problèmes : tout d'abord la faible proportion de patients ( 2 à 5 % des patients sont des patients récurrents) qui vont consommer une grande partie des ressources ( patient représentant de 15 à 30% environ de la consommation des contacts avec les urgences psychiatriques). Ce phénomène de « réutilisation » semble pouvoir également indiquer que peut-être le système psychiatrique actuel n'apporte pas les effets psychosociaux suffisamment favorables pour l'adaptation des malades mentaux dans la société.

Nous pouvons aussi penser que la société n'est pas prête pour accepter les différences et certaines originalités.

La deuxième problématique que nous voudrions aborder dans ce travail et que nous avons déjà citée concerne les patients qui sont hospitalisés dans les services dits de psychiatrie générale et qui présentent des troubles du comportement récurrents dans le temps. A cause de ces troubles, ces patients présentent un risque pour eux-mêmes ou pour autrui (autres patients, équipe soignantes et visiteurs) et sont adressés aux services de gestion de crise. Dans certains cas, ces patients qui multiplient les passages dans le service de crise, sont jugés trop difficiles à gérer et il existe une appréhension de la part des services « adresseurs » à accepter le retour du patient.

La conséquence de ces deux phénomènes est la suivante : dans le service de gestion de crise et urgences une grande proportion des lits occupés sont destinés aux patients récurrents du service ou aux patients « chroniques » de la crise.

## **Présentation de notre lieu d'exercice**

### **1.1 Présentation de l'hôpital.**

Le Centre Hospitalier Sainte-Marie situé au Puy-en-Velay est un établissement de l'Association Hospitalière Sainte-Marie qui est présente sur 8 départements (Allier, Alpes-Maritimes, Ardèche, Aveyron, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Rhône), elle est une association à but non lucratif.

Cet hôpital est un établissement de droit privé assurant la mission du Service Public Hospitalier en santé mentale sur le département de la Haute-Loire. Il est le seul du département de La Haute Loire à remplir la fonction de « secteur psychiatrique ». Par ailleurs, il n'existe pas de cliniques psychiatriques. La population de la Haute Loire est de 227339 habitants en 2019. (Recensement de la population par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) data année 2019).

Le centre hospitalier dispose d'un site hospitalier et de plusieurs sites pour les structures extra hospitalières réparties sur le territoire dont 3 CMP et 5 Hôpitaux de jour et CATTP.

Le site hospitalier a une capacité totale de 163 places réparties :

- en pôle enfant et adolescent (8 lits)
- pôle adulte (118 lits)
- pole personne âgée (37 lits).

Le pôle adulte est formé de deux services d'urgence crise ( 21 lits), deux unités de réhabilitation (52 lits) et deux unités de soins spécifiques ( 45 lits).

Le pôle urgence crise est divisé en une unité d'accueil, d'observation et d'orientation ( 5 lits) et une unité patients agités ( 16 lits). Cette dernière est celle dont est issue ce travail.

## **1.2 Présentation du service gestion de crise.**

L'unité patients agités- St Roch est une unité fermée de gestion de crises, appartenant au Pôle Urgence et Crise.

Il s'agit d'une unité mixte avec 16 lits dont 6 chambres d'isolement. Aucune chambre d'isolement n'existe dans le reste de l'hôpital. Tout patient nécessitant une mesure d'isolement passe donc par cette unité.

Le service a deux accès de l'extérieur, dont un réservé aux patients et public et un autre réservé au personnel en cas d'urgence. L'accès extérieur utilisé pour les patients a un sas d'entrée avec camera et interphone.

Le service est en forme de U, avec une aile dédiée aux chambres d'isolement et une aile dédiée aux chambres standards. Au centre du service, se trouve la salle de soins avec deux accès (cours et couloir), le bureau médical avec deux accès (salle de soins et couloir)

Le bureau du cadre de santé, la salle d'activités, le réfectoire et salle TV sont accessibles par le couloir dans l'aile standard.

La cour extérieure est accessible par trois entrées, dont une directement par la salle de soins.

Le service est sous vidéo surveillance avec autorisation de la CNIL dans les chambres et espaces de circulation intérieurs et extérieurs. La salle de soins est le point de veille par la vidéo surveillance: trois écrans en réseau liés à la vidéo surveillance; un appareil receveur et émetteur interphone pour les chambres et l'interphone d'entrée; un bouton de commande d'ouverture de porte du SAS d'entrée. Il n'y a pas d'enregistrement des données. Un membre du personnel soignant est en permanence chargé de la veille auprès des écrans, permettant une intervention rapide si nécessaire.



### **1.3 Missions du service.**

Le service St Roch, créé en 2007, est un lieu de soins qui contribue à la gestion des problèmes de violence graduelle dans l'établissement. Cela répond à une demande d'hospitalisation dans le cadre de troubles graves du comportement compromettant la sécurité de la personne soignée et ou de l'équipe qui la prend en charge.

Il est un lieu de traitement de la crise, d'observation et évaluation clinique afin d'amorcer ou de réamorcer une prise en charge dans les meilleures conditions.

Il permet les soins intensifs de surveillance et accompagnement de la crise de façon temporaire dans l'établissement car St Roch n'a pas de statut UMD, d'USIP ou d'UHSA.

Il s'agit d'une prise en charge de crise visant la sécurisation, l'observation et l'amélioration de l'état de la personne soignée. Ceci en vue d'une orientation médicale pour une affectation sur une unité adaptée, le retour sur une autre unité de l'hôpital, le transfert en USIP ou UMD, ou le retour en Maison d'Arrêt pour les patients détenus ayant été transférés pour soins ( Art D398).

Le service a comme mission l'accueil temporaire et/ou en urgence des personnes majeures soignées présentant des troubles du comportement et des risques majeurs ne permettant pas l'admission directe ou la poursuite des soins dans les autres unités dont l'unité d'accueil et orientation. Nous verrons que le « temporaire » porte quelques difficultés dans certains cas.

Ainsi, sont reçus les patients violents ou ayant eu des comportements violents, les patients agités, les patients à auto ou heteroagressivité, les patients à risques ou intentions suicidaires, ainsi que des patients venant d'autres établissements nécessitant une période d'observation intensive et ou des séjours de rupture.

Ainsi, nous pouvons résumer les modes de placement de la manière suivante:

- Personnes détenues ou prévenues de la Maison d'Arrêt du Puy-en-Velay, hospitalisées sous le mode SSC RE D398 (après une décision du Représentât de l'Etat).
- Personnes placées sur décision du Représentant de l'Etat: RE D 398, RE pour bilan d'orientation diagnostique et thérapeutique,
- Personnes placées sur demande d'un Tiers, ou Tiers Urgent
- Personnes placées sur décision médicale devant un Péril Imminent
- Personnes soignées présentant des problèmes d'agitation ou de violence ponctuels, auto ou hétéro-agressivité, ou présentant un risque suicidaire nécessitant une surveillance accrue et hospitalisées dans une unité de psychiatrie classique.
- Personnes soignées venant d'autres établissements pour observation intensive et séjour de rupture

L'équipe soignante est formée de onze infirmiers : trois femmes et huit hommes, cinq aides-soignants parmi lesquels quatre hommes et une femme et trois ASL (agent de service logistique) femmes.

Tous les jours de la semaine sont présents quatre soignants le matin, quatre de soir et un soignant la journée pour les activités et l'accompagnements à l'extérieur du service. Parmi les quatre soignants de matin et de soir il y a toujours deux hommes.

Les weekends et jours fériés sont présents quatre soignants de matin et trois de soir dont deux hommes pour chaque équipe.

Les nuits sont présents un infirmier et un aide-soignant dont au moins un homme.

## **Méthode du Travail**

Nous avons défini trois groupes de patients qui sont à l'origine d'un grand pourcentage de taux d'occupation des lits de notre unité :

- Groupe A : Les patients dit « récurrents » qui multiplient les séjours dans notre unité de gestion de crise et venant de l'extérieur via les urgences.
  
- Groupe B : Les patients dit « chroniques du service crise » qui multiplient les séjours itératifs dans notre unité en provenance des services de psychiatrie générale.
  
- Groupe C : Les patients qui dans le passé ont multiplié des séjours itératifs au service de gestion de crises (Groupe B) jusqu'à être jugés trop difficiles ou impossibles à réhabiliter par les services expéditeurs. En conséquence ces patients restent dans l'unité de crise sous couvert d'un état de « crise permanente ».

## Groupe A

Le phénomène de réadmission est fréquemment observé dans les services d'urgences et d'urgences psychiatriques et probablement secondaire au processus de la des-institutionnalisation des patients. La réduction du rôle de l'hospitalisation dans le processus de soins, face à des pathologies psychiatriques dont l'évolution est naturellement récurrente, est un facteur favorisant du phénomène de réadmission.

De fait, les services d'urgences psychiatriques n'ont eu de cesse de voir leur fréquentation s'accroître (4). Le phénomène de réutilisation fréquente de ces services d'urgences par un nombre restreint de patients a très tôt été identifié. Les études réalisées estiment qu'entre 2 et 9 % des patients effectuent de 15 % à un tiers des visites des services d'urgences psychiatriques (4).

Dans les services d'orientation et urgences, le diagnostic psychiatrique des patients « récurrents » est l'élément le plus fréquemment rapporté comme associé à la réutilisation, avec en premier lieu celui de schizophrénie ou trouble psychotique (3,5,7—9,11,18,19,22,23). Les troubles de la personnalité sont également souvent associés à cette population de patients (3,10,11,17,17,21,23), ainsi que les conduites addictives (9,11,18—20,23). Ellison et al. (23) ont par ailleurs identifié que les comportements impulsifs et les symptômes anxieux étaient des motifs d'admission fréquents pour ces patients.

Sont identifiables comme facteurs prédictifs de cette réutilisation les caractéristiques démographiques suivantes:

- Un âge jeune (7,11,17,18)
- Le sexe masculin (9,11,18,20)

Mais il faut rajouter d'autres facteurs:

- Une situation de précarité socioéconomique ( le facteur le plus déterminant) (11,19,21),
- Les patients vivant seuls (11,19,21)
- L'absence d'emploi (7,11,17,20,22)
- Le faible étayage social (5,9,10,14)
- L'absence de domicile fixe (SDF) (6,10,22).

Certains auteurs décrivent lors de leurs études quelques éléments relatifs au parcours de soins :  
(24,25)

- Le fait d'avoir déjà un usage récurrent et intensif des services d'urgences de psychiatrie.
- Se présenter de soi-même aux services d'urgence.
- Avoir déjà bénéficié d'une admission ou bénéficié d'une hospitalisation temporaire dans le service des urgences psychiatriques.
- Être dans le circuit de soins en psychiatrie et être non coopératif.
- Ne pas avoir reçu ou suivi de traitement après le contact avec le service d'urgences psychiatriques.
- Avoir un nombre d'admission supérieur à trois ou plus de soixante jours d'hospitalisation dans l'année.
- Avoir un suivi ambulatoire de plus de vingt-six semaines après la fin de la première hospitalisation.
- Vivre en institution.

L'ensemble de ces facteurs complémentaires sont identifiés comme des facteurs du parcours de soins associés aux phénomènes de récurrences.

En conséquence de ce grand nombre de passages aux urgences, les services d'urgence eux-mêmes sont moins en capacité de garder les patients en observation, et le risque d'hospitalisation sur les autres unités hospitalières augmente.

Dans l'établissement Sainte Marie du Puy en Velay, le service d'accueil et orientation ne dispose que de 5 lits. En cas de difficulté à évaluer et traiter les patients pendant une période supérieure à une journée (manque de place) les patients sont orientés sur d'autres unités pour poursuivre la période d'observation et de prise en charge. Le service St Roch, unité de gestion de crise, intégré au pôle urgences crise, fait partie des services destinataires de ces patients, si ces patients présentent des troubles du comportement

En conséquence, nous avons observé un afflux de patients dit « récurrents » qui accumulent les séjours hospitaliers dans notre service. La définition des patients récurrents se réfère à l'étude de Pasic et al. [8] qui propose de retenir un nombre de visites supérieur de deux déviations standards (DS) à la moyenne. Le choix de cette définition semble permettre l'étude d'une population plus spécifique bien que plus restreinte. Cela correspond à un nombre de visites supérieur ou égal à deux séjours hospitaliers par an.

Nous voulons analyser un échantillon de patients récurrents dans notre unité pour examiner, les caractéristiques démographiques, les diagnostics, la provenance, le mode d'hospitalisation, le séjour moyen hospitalier et l'orientation après le séjour dans notre unité.

## Groupe B

Les patients « chroniques » de la fréquentation du service, sont ces patients qui passent un nombre élevé de jours par an dans le service, malgré les orientations et mutations sur d' autres unités, car ils reviennent sur notre unité de gestion de crise, l'unité St Roch, pour des troubles du comportement et des risques majeurs ne permettant pas la poursuite des soins dans ces unités.

Dans ce groupe de patients il existe un sous-groupe de patients dits « trop difficiles à gérer ». Leur retour vers les unités de psychiatrie générale est souvent difficile, ils deviennent plus ou moins indésirables et s'acheminent vers les patients du groupe C.

Ce groupe que nous dirions intermédiaire signale une difficulté liée aux orientations de services de psychiatrie générale. L'évolution historique de la psychiatrie a fait que de plus en plus d'unités soient ouvertes et sans possibilité d'isolement avec une approche psychothérapique permettant l'apaisement sans recours à des solutions plus contraignantes.

Hélas, nous avons observé qu'un certain nombre de patients ne sont pas en capacité de gérer de manière convenable une partie de ses libertés individuelles dans leur intérêt. Pour ces patients, les solutions dans leur gestion ne peut pas être aussi idéalisée que désirée. Ces patients, afin d'apaiser certains états de souffrance psychique, nécessitent une approche plus cadrante des soins.

Notre unité aurait cette fonction pour ces patients tout en essayant par la suite de les remettre, après la crise, dans le circuit de la psychiatrie générale.

## Groupe C

Ce sont eux les patients dit chronicisés du service, jugés trop difficiles à gérer dans des unités de psychiatrie générale, les patients restent dans l'unité de crise au long cours.

Dans les années 1990, le monde psychiatrique remplissait une fonction d'hébergement (avec soins minimalistes) normalement dévolue au monde médico-social. Ces patients perçus comme "inadéquats" à l'hospitalisation sont aussi souvent inadéquats au médico social.

Hélas, nous constatons de fait en permanence, que leur passage vers ce monde médico-social pose problème. Les structures existantes sont parfois inaccessibles. Plusieurs arguments fondent cette difficulté :

- L'équipement pas assez conséquent pour gérer les malades de ce genre (en personnel, en organisation, en architecture, en technicité...).
- Le manque de formation sur les pathologies psychiatriques et le fonctionnement cognitif de la part des travailleurs des structures.
- Certaines limites d'âge pour des structures telles que les EPHAD.
- Le manque de médecins psychiatres dans certaines structures en lien avec la pénurie médicale actuelle.
- La crainte des certaines institutions quand les patients ont séjourné longtemps en psychiatrie.
- Les comportements parfois déviant difficilement tolérable de certains malades.
- L'opposition de certaines familles à voir leur proche quitter une institution avec laquelle ils avaient créé des liens rassurants pour une structure parfois payante et lointaine.
- La faiblesse des soutiens de la psychiatrie une fois le sujet placé.

Notre unité, sous couvert d'être lieu d'accueil de la crise devient le refuge pour ces patients qui seraient en « état de crise permanente » et qui nécessiteraient un cadre à long terme. Les patients,



qui ne peuvent pas aller dans d'autres unités ou des structures médico-sociales, restent à défaut dans notre unité, et l'hôpital devient quasiment un lieu de vie pour ces personnes.

Pour les patients du groupe B et C, nous avons établi les critères d'inclusion de base à la moyenne de séjours dans les années précédents. En 2021 le taux d'occupation du service était de 90.8 % avec un afflux de 114 patients et une moyenne de séjour de 41.2 jours/patient. En 2020 le taux d'occupation du service était de 92.3 % avec un afflux de 131 patients et une moyenne de séjour de 46.3 jours/patient.

Nous avons voulu établir, le seuil de récurrence au dépassement de deux déviations standard de la moyenne des années 2020 et 2021, soit les patients avec un séjour égal ou supérieur à 46 jours par an.

## **Cas cliniques**

Nous allons donc dans les lignes qui suivent exposer des différents cas cliniques qui correspondent à ces trois groupes de patients. Chaque patient sera présenté avec la trame clinique qui suit :

Trame pour cas clinique

1. Sexe, âge et diagnostic.
2. Nombre hospitalisations en 2021 dans notre unité.
3. Modalité admission.
4. Suivi ambulatoire extérieur, existence d'un programme des soins.
5. Conditions sociales : Entourage, profession ect.
6. Existence d'une protection des biens.
7. Situation judiciaire
8. Commentaires.

## Patients du groupe A

### Patient A.1

1. Homme de 28 ans au diagnostic de schizophrénie paranoïde avec comorbidité d'addictions au cannabis et à la cocaïne responsables des nouvelles décompensations psychotiques.  
Patient dans la minimisation des troubles voir dans l'anosognosie d'une partie de ses difficultés.
2. Hospitalisation en 2021 : 3
3. Mode d'admission : Modalité du placement SSC-RE. Réintégration sur programme de soins pour des troubles du comportement avec agressivité envers autrui dans un contexte de décompensation psychotique sous toxiques.
4. Modalité de suivi ambulatoire : Présence d'un programme de soins qui comporte, un rendez-vous mensuel pour des consultations psychiatriques au CMP et un rendez-vous mensuel avec un infirmier du secteur pour administration d'un neuroleptique d'action prolongée. Deux des trois fois le patient était à jour de son traitement, la troisième fois il ne s'était pas présenté au rendez-vous, ce qui a motivé la rédaction d'un certificat de réintégration. A chaque réadmission le patient reconnaît que le reste du traitement per os n'est pas pris.
5. Situation sociale : Désinsertion sociale, profession indépendante avec missions en intérimaire jusqu'à mi 2021. Depuis, sa situation sociale s'aggrave par perte du permis de conduire, ce qui le freine dans la reprise de son activité professionnelle. Isolement familial.
6. Mesure de protection : Absente, patient propriétaire de son logement (par héritage), absence de mouvements disproportionnés sur son compte.
7. Situation judiciaire : Perte de permis pendant deux ans en 2021 pour conduite en état d'intoxication aux cannabis et cocaïne. Interdiction de posséder des armes à feu, à la suite d'un signalement fait par le service.

8. Commentaires : A chaque retour la pathologie est floride mais s'estompe rapidement avec un traitement antipsychotique. Reste de manière prépondérante un trouble de la personnalité de type antisociale qui apparait comme un frein à la vie sociale. De plus le secteur cognitif est quelque peu déficient avec un QI autour de 70.

Question à se poser : Un tel sujet n'est-il pas par essence un éternel « *récidiviste* » nous mettant devant l'obligation de réparer à chaque fois les dégâts de ses conduites ? Quel peut être le devenir au long cours de ce type des patients ?

## Patiente A.2

1. Femme de 49 au diagnostic de trouble de la personnalité borderline. Comorbidités : Suivi anarchique ANPAA pour addictions cannabis et cocaïne. Achète du méthylphénidate sur le marché noir.
2. Nombre hospitalisations en 2021 : 4
3. Modalité d'admission. Réintégration sur programme de soins dans un contexte de trouble à l'ordre publique. Modalité du placement SSC-RE.
4. Suivi ambulatoire extérieur : Présence d'un programme des soins comprenant un rendez-vous mensuel pour des consultations psychiatriques au CMP et un rendez-vous mensuel avec un infirmier du secteur pour administration du neuroleptique d'action retardée.
5. Conditions sociales : Désinsertion sociale. A un diplôme de l'éducation nationale pour enseignement CAPES, a travaillé cependant seulement 2 ans après son concours, il y a une vingtaine d'années. Célibataire, sans enfants. Ses deux parents sont dans le déni de la pathologie psychiatrique de leur fille, ne voyant qu'un trouble addictif.
6. Existence d'une protection des biens : curatelle renforcée.
7. Situation judiciaire : : Rappel à l'ordre fréquents pour des troubles du comportement répétés. A été l'objet de plusieurs mesures d'expulsion des logements pour dégradations.
8. Commentaire : Cette patiente est toujours à la limite du médical et du judiciaire : Il est même permis de se demander si le médical « n'arrange » pas le judiciaire en lui donnant une issue face à une situation délicate comportant pourtant de nombreux éléments de délinquance. Dans ce dossier, où l'appui familial est resté léger malgré les désirs voire revendications posées au médical, la dynamique d'autonomisation par un logement dans la cité avec encadrements sociaux divers s'est toujours avérée en échec.

Trois mois est la durée maximum de maintien d'un équilibre acceptable avant que les portes soient fermées à toute capacité d'assistance. Les rechutes toxicomaniaques allant même jusqu'à une participation au trafic se soldant par d'éternels retours en milieu

psychiatrique. La question qu'il faut se poser et la suivante : Le corps social n'est-il pas démuné dans de tels cas, et la psychiatrie n'est-elle pas le seul remède que ce même corps social valide ?

### Patient A.3

1. Homme de 45 ans au diagnostic de trouble de la personnalité de type antisociale. Présence de comorbidité addictive alcoolisme et cannabis.
2. Nombre hospitalisations en 2021 : 6
3. Modalité d'admission. Transfert des autres établissements en différents modalités de placement dont SSC-PI et SSC-TU.

Patient qui erre dans plusieurs départements où il demande un hébergement d'urgence. Le patient arrive souvent dans notre service car il se rend de lui-même aux urgences, appelle les secours pour IMV ou bien est adressé par les forces de l'ordre devant des troubles du comportement sur la voie publique ou dans le centre d'hébergement du 115.

4. Suivi ambulatoire extérieur : Rupture des soins car fugues de l'hôpital et il reste alors injoignable par les équipes de soin.
5. Conditions sociales : Désinsertion sociale. Malgré la présence d'un logement dans le département. Le patient n'y vit plus depuis longtemps.

Situation familiale : célibataire, 3 enfants de 3 unions, dont 1 enfant mineur qui vit avec sa mère dans un autre département. Absence de droits de garde ou de visite. Autorité parentale conservée. Absence des liens avec ses enfants majeurs.

Parents et fratrie situés principalement à Clermont Ferrand, liens très conflictuels. Plusieurs membres de sa famille ont déposé une main courante contre lui pour vol et menaces.

Mesures d'éloignement actuelle vis-à-vis un de ses parents.

6. Existence d'une protection des biens : Curatelle renforcée. Peu d'impact car le patient a des entrées d'argent liées au trafic de stupéfiants.
7. Situation judiciaire : A fait l'objet de plusieurs incarcérations dans le passé et a été longtemps suivi par le service pénitentiaire d'insertion et prévention.
8. Commentaires : Voilà un patient que l'on peut désigner comme « in insérable ». L'errance et la marginalité sont toutes entières inscrites dans sa démarche existentielle. Ceci se

concrétise parfois par ses fugues lors des hospitalisations : ces dernières semblent enracinées dans son « mode de vie » plus que dans un processus de soins. Les incarcérations relèvent de la même dynamique.

Certes à chaque fois qu'il est hospitalisé il est dans un état physique et psychique qui nous place dans notre fonction médicale mais dès qu'il a repris de l'énergie, il repart dans son errance malgré tous les efforts que les soignants peuvent faire, accompagnés par les mesures administratives de contrainte.

La question posée par ce cas est la suivante : Dois-t-on cantonner notre intervention à la seule remise sur pieds pour permettre au sujet une « survie » dans les conditions qu'il fixe lui-même ?



## Patient A.4

1. Homme de 33 ans avec un diagnostic de troubles délirants persistants de type paranoïaque. Patient suivi depuis son enfance en pédopsychiatrie pour trouble de l'attachement de l'enfance puis trouble des conduites. Il multiplie les séjours hospitaliers pour des troubles graves du comportement dans les familles d'accueil et foyer de l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Comorbidités : Retard mental léger. Syndrome de Klinefelter (Mosaïque 46XY 47XXY)
2. Nombre hospitalisations en 2021 :4
3. Modalité admission : : Réintégration sur programme de soins type SSC-RE, pour des troubles du comportement avec agressivité envers autrui ou des mises en danger graves de type appel à l'aide sur menaces de suicide, intoxications médicamenteuses volontaires...
4. Suivi ambulatoire extérieur : Le programme de soins comporte, un rendez-vous mensuel pour des consultations psychiatriques au CMP et un rendez vous mensuel avec un infirmier du secteur pour administration du NAP, deux jours par semaine d'hôpital de jour réhabilitation pour tentative de « re-socialisation ».
5. Conditions sociales : Patient placé dans l'enfance, a grandi dans des établissements sociaux. La scolarité était marquée par des troubles des condéuites, amenant à terme par une rupture scolaire lors du passage au collègue après échec dans un ITEP.  
A ce jour : isolement familial, profil de mère abandonnique, qui vit hors département et utilise le patient uniquement pour son propre intérêt. Père non présent. N'a jamais exercé un travail en milieu ordinaire ou protégé.
6. Existence d'une protection des biens : Tutelle
7. Situation judiciaire : Plusieurs mains courantes pour exhibitionnisme et un dépôt de plainte pour agression sexuelle. Déclaré irresponsable pénal.
8. Commentaires : Ce patient est considéré comme porteur d'une certaine dangerosité : La pathologie psychiatrique : schizophrénie paranoïde, posée dès sa majorité est largement

remise en cause, la symptomatologie n'orientant pas vers un tel diagnostic. Par contre, le déficit intellectuel, les troubles du comportement (en particulier sexuels), la désinsertion sociale, et le port d'un gabarit impressionnant font de lui un sujet dont on a « peur ».

Dans une cité de moyenne importance il est largement identifiable comme un malade dépendant de « l'hôpital psychiatrique » bien que les soins qui peuvent lui être apportés restent d'une efficacité limitée.

Par contre, de manière régulière, il est de retour en hospitalisation complète suite à un trouble du comportement ou à un état physique problématique lié à une incurie.

La question que pose dans ce dossier est de l'équipement social qui serait nécessaire pour le « contenir ». En effet, tout essai dans des foyers a été, du fait de leur nature de « non privation de liberté », un échec. En milieu hospitalier, il ne présente pas de trouble du comportement mais livré à lui-même (malgré un encadrement soutenant) il retombe dans « *ses travers*. »

Finalement pour le corps social, l'hôpital ne sert-il pas de contenant plus que de lieu d'amélioration de la pathologie ?

## Patiente A.5

1. Femme de 20 ans au diagnostic de trouble de la personnalité. Comorbidités : Trouble des conduites alimentaires : anorexie mentale. Retard mental léger.
2. Nombre hospitalisations en 2021 : 3
3. Modalité admission : Arrive suite à une IMV, scarifications profondes et auto lacérations. Parfois les nouvelles lésions sont provoquées sur des lésions préexistantes. La patiente va consulter aux urgences dès que les plaies sont infectées, nécessitant souvent de la chirurgie ambulatoire.

Modalité du placement lors son arrivée SSC-TU ou SSC-DT, le tiers est une sœur ou la curatelle, puisque les parents de la patiente sont opposés aux soins, ce qui rend encore plus difficile la prise en charge.

4. Suivi ambulatoire extérieur : Patiente qui sort en soins libres, avec un suivi régulier au CMP, des VAD et Hôpital de jour 2 fois par semaine. Parfois bénéficie d'une quinzaine de jours en hôpital de jour intensif à sa sortie de l'hospitalisation à temps plein.
5. Conditions sociales : Célibataire sans enfants. Vit chez ses parents.

Rupture de scolarité à 18 ans, plusieurs projets de formations qui sont tous dans l'échec par abandon. Patiente qui a une orientation MDPH foyer de vie, un projet a été travaillé patiemment mais la patiente et sa famille se sont rétractés pour prioriser un projet familial.

	Sexe Age	Diagnostic	Nombre hospitalisations	Mode de placement	Protection juridique	Conditions sociales	Statut judiciaire	Commentaires et facteurs de risque
A1	Homme 28 ans	Schizophrénie Paranoïde Comorbidité addictive ( THC, cocaïne)	3	Réintégration SSC- RE	Non	Isolement familial et social  Travaille parfois en interim	Perte de permis de conduire  Interdiction posséder des armes	Retours en hospitalisation sur inobservance du traitement.  Personnalité antisociale aux actes souvent judiciairisables.  Déficit cognitif  <i>Patient éternel récidiviste</i>
A2	Femme 49 ans	Borderline Comorbidité addictive ( cannabis, cocaïne, stupefiants)	4	Réintégration SSC- RE	Curatelle renforcée	Titulaire d'un CAPES A travaillé 2 ans après obtention diplôme  Parents présents mais peu conscients de la pathologie  Isolement social	Nombreux rappels à l'ordre  Plusieurs expulsions de son logement	Toujours en limite médical/judiciaire  Judiciaire verse souvent la patiente dans le médical malgré les éléments de délinquance  Toutes les tentatives d'insertion sont en échec
A3	Homme 45 ans	Personnalité antisociale Comorbidité addictive ( cannabis, cocaïne, stupefiants)	6	SSC-PI SSC-TU	Curatelle renforcée	Isolement familial et social  Pas d'emploi	Plusieurs incarcérations  Multiples suivis SPIP	Patient in inserable  Errance comme mode de vie demande de soins quasi inexistante

A4	Homme 33 ans	Sydr Klinefelter Retard mental moyen Troubles divers du comportement	4	Réintégration SSC-RE	Tutelle	Placement dans l'enfance Isolement social et familial	Plusieurs mains courantes pour exhibitionnisme Une plainte pour agression sexuelle	Porteur d'une dangerosité certaine Identifié en ville comme malade mental Suite aux troubles du comportement adressé systématiquement en psychiatrie.
A5	Femme 20 ans	Personnalité borderline Anorexie mentale Retard mental léger	3	SSC-TU SSC-DT	Curatelle simple	Rupture scolarité à 18 ans Vit chez ses parents	Rien à signaler	Dans la porte tournante malgré son âge Récidives IMV Difficilement stabilisable traitements peu efficaces Orientation MDPH foyer de vie, famille opposée Entourage familial opposé aux soins

## Patients du groupe B

La trame pour cas clinique est identique à celle utilisé pour le groupe A.

### Patiente B.1

1. Femme de 47 ans au diagnostic de trouble schizo-affectif. Le niveau cognitif est très limité : déficit majeur. Absence de comorbidités psychiatriques, cependant, patiente avec de nombreux antécédents somatiques (HTA, insuffisance respiratoire et insuffisance cardiaque). Lors des décompensations il y a également une rupture des traitements somatiques. Elle fréquente un service de psychiatrie générale une grande partie de l'année civile.
2. Hospitalisation en 2021 : 4
3. Modalité admission : Réintégration sur programme de soins pour absentéisme aux consultations et rupture du traitement per os et injectable. Modalité du placement SSC-TU.
4. Suivi ambulatoire extérieur : Le programme des soins comporte : un rendez-vous mensuel pour des consultations psychiatriques au CMP, un rdv mensuel au domicile avec un infirmier du secteur pour administration du NAP, passage des IDE libérales pour délivrance des traitements deux fois par jour et Hôpital de jour une fois par semaine (sociabilisation).
5. Conditions sociales : célibataire, patiente qui a 5 enfants dont 4 mineurs qui sont placés, absence de droit aux visites médiatisées ou d'appels téléphoniques, elle a seulement un contact par téléphone directement avec la référente ASE et droit au courrier. Absence de lien avec sa fille ainée qui est majeure. Parents de la patiente qui sont souvent à l'étranger. Absence de métier n'ayant eu aucune expérience professionnelle. Désinsertion sociale. Absence de liens sociaux autres que ceux créés à l'Hôpital de Jour.
6. Existence d'une protection des biens : Curatelle renforcée.

7. Situation judiciaire : Absence des problèmes avec la justice en dehors des droits des enfants.
8. Commentaire : Malgré un encadrement soutenant très important la patiente échappe régulièrement aux soins et sa réintégration hospitalière se fait toujours dans des conditions de quasi incurie. Le déroulement est toujours le même : la patiente ne se rend pas en hôpital de jour, pas plus qu'aux consultations, fini par se cloîtrer chez elle fermant la porte au personnel infirmier. Elle ne désire communiquer que par téléphone, abandonne tout traitement même somatique prétextant des douleurs liées à une insuffisance veineuse des membres inférieurs. Le mode de placement nous permet de la réintégrer non sans difficultés.

La question qui se pose est la suivante : Cette patiente est-elle en capacité de vivre de manière autonome et le programme de « réhabilitation » qui lui a été proposé pendant l'hospitalisation est-il adapté ou peu réaliste ?

## Patient B.2

1. Homme de 42 ans au diagnostic de schizophrénie paranoïde et personnalité antisociale, comorbidité d'addiction au cannabis ce qui entraîne de nouvelles décompensations psychotiques. Patient suivi depuis le début de l'âge adulte pour des épisodes psychotiques sous toxiques. Il est dans le déni de sa pathologie et la minimisation des troubles du comportement.
2. Nombre hospitalisations en 2021 : 3. Hospitalisé dans un service de réhabilitation et souvent muté dans notre unité pour refus du traitement, consommation de toxiques intra hospitalière et agressions sur autrui.
3. Modalité du placement SSC-RE.  
  
Modalité admission : Troubles du comportement avec agressivité envers autrui, consommations des toxiques lors des sorties autorisées et trafics de stupéfiants au sein du service. Patient suivi au long cours pour lequel tout projet de réhabilitation a été infructueux en raison des décompensations psychotiques liées à des consommations massives de toxiques immédiatement à la sortie. Les troubles du comportement associés lors des décompensations sont de grande dangerosité. Le patient, arrivant à l'hôpital, présente une importante potentialité dangereuse, avec des passages à l'acte graves envers des soignants qui ont motivé par le passé des orientations UMD (de 2010 à 2020 il a fait deux séjours à l'UMD de Cadillac de six mois et un séjour d'un an à l'UMD d'Albi)
4. Suivi ambulatoire extérieur, existence d'un programme de soins. Plusieurs programmes de soins ont été tentés depuis de nombreuses années. Echec de tout projet de soins ambulatoires depuis une dizaine d'années. Le patient passe un maximum d'un mois à l'extérieur avant de décompenser et d'être réadmis à l'hôpital.
5. Conditions sociales : Situation familiale : Isolement familial. Famille qui a peur du patient, les contacts sont toujours en milieu hospitalier et très brefs. Le patient ignore où habitent



sa mère et sa sœur (à leur demande). Père non connu par le patient, n'aurait pas reconnu Monsieur à sa naissance. Absence de liens sociaux. Absence d'expérience professionnelle.

6. Existence d'une protection des biens : Curatelle renforcée
7. Situation judiciaire : Absence de problèmes avec la justice malgré des actes de violence et mises en danger qui auraient justifié des dépôts de plainte, dans le contexte de la maladie.
8. Commentaire : Un patient à la morbidité plurielle dont le cheminement dans le soin n'a jamais trouvé à stabiliser l'existence. Il est possible de dire dans ce cas que la maladie a largement dominé la médecine rendant cette dernière au rang de « rapiécieur » des situations.

Même les UMD n'ont pas permis d'amender les conduites. Par contre, le comportement dans cet univers plus strict a toujours été d'un bien meilleur niveau de sociabilisation que le comportement en espace plus libre.

C'est d'ailleurs dans cette dimension d'inadaptation à la vie grégaire que le patient atterri régulièrement dans notre unité, qui, si elle ne donne pas les mêmes garanties qu'une UMD, n'en présente pas moins quelques aspects (pavillon fermé, possibilités d'isolement, règlement intérieur, équipe renforcée ...)

La question qui peut se poser dans le cas est la suivante : La pratique « psychiatrie ouverte » si elle est un concept incontournable, est-elle une possibilité systématique ou doit-elle se rendre à l'évidence que certains patients n'ont pas la capacité à gérer convenablement sa liberté ?

Par ailleurs, une autre question est à évoquer devant l'absence de recours à la justice lors d'agressions graves du personnel : Doit-on en tant que soignants exclure systématiquement les patients commettant des actes graves d'orientation vers la justice qui déterminerait son degré de responsabilité ?

### Patient B.3

1. Homme de 52 ans au diagnostic de schizophrénie paranoïde. Patient suivi depuis une trentaine des années pour décompensations psychotiques. Sujet qui a depuis le début de sa pathologie, refusé son diagnostic, provoquant des ruptures de traitement itératives dès qu'il sort du milieu hospitalier. Comorbidités : Trouble de la personnalité de type antisociale. A ce jour, le temps de psychose non traité ou traité de manière interrompue, fait que le patient répond pauvrement aux médicaments, et présente des idées délirantes de type paranoïde enkystées.
2. Mutations pendant 2021 : 3
3. Raisons des mutations : Troubles du comportement avec agressivité envers autrui, fugues, fabrication d'objets dangereux dans le service. Le patient essaye dès que possible, de dissimuler les médicaments provoquant une aggravation de son état.
4. Modalité du placement SSC-RE.
5. Mesure de protection : curatelle renforcée.
6. Situation sociale : Désinsertion sociale. Situation familiale : Présence de son père qui a été victime d'agressions répétés par son fils.
7. Situation judiciaire : Fait l'objet d'un procès d'expulsion de son logement pour menaces au propriétaire.  
  
Actuellement dans une procédure de dépôt de plainte pour agression sur un médecin psychiatre.
8. Commentaire Patient qui est un « modèle » de vieillissement d'une pathologie psychotique qui malgré les tentatives de suivi n'a jamais trouvé un apaisement convenable. Mais le problème se complique par le fait que ce patient a eu de nombreux actes antisociaux (interventions policières au nombre de 36 entre 2014 et 2020) toujours remis sur le compte de la maladie et systématiquement reversé en psychiatrie par les intervenants : police, pompiers, SAMU...

Or, l'analyse clinique fait apparaître que nombre de ces comportements sont détachables de son fonctionnement psychotique et comportent un excellent niveau de conscience.

La question qui se pose est la suivante : Une maladie comme la schizophrénie occupe-t-elle complètement le champ de conscience d'un patient ou est-elle accessible à une évaluation face à un délit afin d'évaluer s'il existe un espace de responsabilité entraînant la nécessité d'un reversement du côté du judiciaire ?

En quelque sorte, l'irresponsabilité pénale a-t-elle chez ce patient été suffisamment étudiée pour la séparer de l'irresponsabilité psychiatrique ?

## Patient B.4

1. Patiente femme de 34 ans au diagnostic de troubles du comportement émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance. Patiente suivie depuis son enfance pour un trouble de l'attachement de l'enfance et un trouble mixte des conduites et trouble émotionnel. Comorbidités : Retard mental léger.

Cette jeune femme a passé l'essentiel de sa vie en milieu hospitalier au point que certains soignants la considèrent comme « un enfant de l'hôpital ».

2. Nombre de mutations en 2021 : 7
3. Modalité du placement SSC-TU. Modalité d'admission : Patiente hospitalisée au long cours en service de réhabilitation d'où elle est adressée pour scarifications, auto lésions, menaces suicidaires, intoxication aux médicaments de libre marché achetés en pharmacie lors de ses permissions.
4. Suivi ambulatoire extérieur non existant. Les projets essayés ont été voués à l'échec, la patiente n'a jamais vraiment quitté l'hôpital depuis son âge adulte (quelques tentatives d'autonomie).
5. Conditions sociales : Isolement familial. Brefs contacts avec sa sœur. Patiente qui a été abandonnée lors de son enfance par ses parents, élevée pendant une période par ses grands-parents, la patiente a subi des agressions sexuelles et elle a été placée en foyer de l'enfance avec un suivi pédopsychiatrique.
6. Existence d'une protection des biens : Curatelle renforcée
7. Situation judiciaire : Absence de problèmes avec la justice.
8. Commentaire : Les troubles graves de l'enfance prédisposent souvent à d'importantes difficultés à l'âge adulte. Cette patiente au secteur affectif entièrement archaïque a suscité dès son âge adulte une farouche volonté de réhabilitation. Plusieurs projets d'insertion dans la cité ont été entrepris mais aucun n'a pu tenir plus que quelques semaines malgré un encadrement très soutenant. Dès que le cadre hospitalier est allégé, l'incapacité de la

patiente à s'autogérer (même a minima) devient flagrante et entraîne des réactions inappropriées se terminant en réhospitalisations.

Le problème est aujourd'hui compliqué par le fait que la patiente revendique une autonomie qu'elle n'est pas en mesure d'assurer, et que la frustration liée à l'abandon du projet ambulatoire lui est inacceptable. Si bien que même prise en charge dans une unité ouverte elle a des conduites inappropriées. Ce sont ces événements répétitifs qui font qu'elle est régulièrement renvoyée vers notre unité.

La question qui peut se poser est la suivante : La réhabilitation de tels sujets doit-elle se faire uniquement vers la vie civile autonome faisant naître des faux espoirs ou doit-elle envisager une autre forme d'institutionnalisation au long cours ?

## Patient B.5

1. Homme de 27 ans, souffrant d'un trouble du spectre autistique sévère et un retard mental grave. Enfant grand prématuré, né a 28 semaines. Epilepsie depuis sa naissance. Ne possède aucun langage.
2. Nombre mutations en 2021 : 4  
Motif mutations : Comportements agressifs envers les autres patients et les soignants. Cris, coups, insomnie quasi-totale.
3. Modalité placement SSC-TU
4. Suivi ambulatoire extérieur : Hospitalisé au long cours sur une unité d'autiste, avec des patients portant des lourds déficits. Cette unité est en demande régulièrement d'un transfert dans notre unité du fait des comportements agressifs. Patient très sensible aux changements et stimuli.
5. Conditions sociales : Vie en institution IME depuis son enfance, avec de multiples hospitalisations. Dès son âge adulte est en permanence dans l'hôpital. Père et frère décédés, sa mère lui rend régulièrement visite.
6. Existence d'une protection des biens : Tutelle
7. Situation judiciaire : Absence de problèmes avec la justice.
8. Commentaire. Voilà un patient qui pose beaucoup de problèmes liés à l'impossibilité absolue (au moins en l'état actuel des structures existantes) d'envisager un ailleurs que le milieu de soins dans lequel il est.

Emettons néanmoins une hypothèse qui pourrait agrémenter le débat : Il y a maintenant quelques décennies qu'un fort mouvement présentait l'autisme comme un handicap non comme une maladie. Les autorités, avec le soutien des associations familiales déclarent alors que les personnes autistes n'avaient rien à voir (ou si peu) avec les malades mentaux. L'effet étant alors cohérent avec cette approche, les patients atteints d'autisme nécessitaient des structures adaptées et ne devraient pas à être institutionnalisés en hôpital psychiatrique.

L'hôpital dans lequel nous travaillons possède une unité complète des patients du spectre autistique qui pour la plupart résident depuis plusieurs années et pour plusieurs années encore à l'hôpital psychiatrique.

Le patient dont nous parlons ici fait partie des patients de cette unité et compte tenu de ses troubles graves du comportement n'a aucune chance de quitter ce milieu. Il intègre régulièrement notre unité lorsque ses troubles du comportement ne sont plus compatibles avec son unité d'origine. Son cas est celui d'un état de crise permanente, qui se résout rapidement dans notre unité où il est à l'abri de toute stimulation le mettant en état de violence. Mais dès son retour à l'unité d'origine, il recommence rapidement ses comportements du fait des stimulations inévitables dans un milieu de vie actif. D'où son retour itératif dans notre service et la question suivante : Ce qui peut être mis en place dans un milieu psychiatrique général est-il possible dans un lieu de vie où la contrainte et l'isolement sont bannis ?

	Sexe Age	Diagnostic	Nombre de mutations	Mode de placement	Protection juridique	Conditions sociales	Statut judiciaire	Commentaires
B1	Femme 47 ans	Trouble schizo affectif Retard mental léger	4	SSC-TU	Curatelle renforcée	Celibataire, 5 enfants dont 4 placés Pas droits de garde ni visite Isolement social	Rien a signaler	Echappement systematique aux soins Etayage important aux programme de rehabilitation Incapacité à rentrer dans une autinomie meme minime
B2	Homme 42 ans	Schizophrenie paranoide Addiction au cannabis	3	SSC-RE	Curatelle renforcée	Isolement social Sa famille a peur de lui	Aucune plainte malgré ses actes délictuels	Patient jamais stabilisé Effets limités du traitement échappement systematique à la justice car connu comme malade
B3	Homme 52 ans	Schizophrenie paranoide Personnalité antisociale	3	SSC-RE	Curatelle renforcée	Desinsertion sociale Père present malgré agressions par le patient	Procedure d'expulsion de son logement Procedure encours pour violence sur médecin	Anosognosique Prises en charge par services de rehabilitation on échoues Peu autonome



B4	Femme 34 ans	Trouble mixte des conduits et des émotions Retard mental léger	7	SSC-TU	Curatelle renforcée	Placé à l'enfance Isolement familial et social A subi des agressions sexuelles et violences dans l'enfance	Rien a signaler	Importants troubles du comportement depuis l'enfance Les prises en charge de réhabilitation ont échoué Incapacité à l'autonomie, "enfant de l'hôpital"
B5	Homme 27 ans	Troubles du spectre autistique	4	SSC-TU	Tutelle	Vie en IME depuis l'enfance puis hospitalisation en permanence	Rien a signaler	Aucun placement en institution serait possible du fait de ses comportements violents

## Patients du groupe C

Nous avons utilisé la même trame pour cas clinique que dans le groupe A et B.

### Patient C.1

1. Homme de 34 ans au diagnostic de schizophrénie paranoïde, avec un état de dissociation majeur et une désorganisation complète au niveau comportemental. Comorbidités : déficit cognitif moyen.
2. Mutations d'autres services courant 2021 : 2, mais refus des autres unités d'organiser un retour en psychiatrie générale. Raisons des mutations sur notre unité : Troubles du comportement avec agressivité envers autrui et vols à répétitions.
3. Modalité placement : SSC-RE type séjour judiciaire. Ce patient s'est rendu coupable d'un meurtre dans un passage délirant. Il est sous couvert de l'article 122 du code pénal.
4. Suivi ambulatoire extérieur : Hospitalisé à temps plein depuis 5 ans.
5. Conditions sociales : Situation familiale : Isolement familial. Issu d'une famille de gens du voyage, il est rejeté du fait de son acte criminel.
6. Existence d'une protection des biens. Tutelle
7. Situation judiciaire : Le patient a été jugé irresponsable pénal à la suite de l'agression sur un membre de sa famille, qui est décédé de ses blessures.
8. Commentaire. Patient venant d'un autre hôpital pour mise en sécurité suite à un acte meurtrier qu'il a commis et pour lequel il a été reconnu irresponsable ( Art 122 du code pénal). Il présente un lourd déficit cognitif et comportemental dans le cadre d'une psychose infantile. Des projets de réhabilitation avaient été fait pour lui mais vite abandonnées vu l'état psychiatrique.

Ces comportements de vols et de potentiels agressions sur autrui (aujourd'hui bien diminués) font qu'il n'est plus admis par aucune unité de psychiatrie classique et qu'il reste chroniquement installé dans notre unité sans perspective de placement autre. Cependant

l'équipe affirme, à raison, que le seul service rendu est celui de l'hébergement et de la maintenance journalière sans autre mesure thérapeutique.

La question qui se pose est la suivante, Pourquoi la psychiatrie institutionnelle est-elle un éternel refuge dans lequel sont déversés les sujets dont le corps social ne « veut » pas mais pour lesquels la psychiatrie a une réponse faible au-delà de l'hébergement ?

## Patient C.2

1. Homme de 34 ans au diagnostic de trouble du comportement émotionnel apparaissant habituellement durant l'enfance. Patient suivi depuis son enfance pour un trouble de l'attachement puis pendant son adolescence pour un trouble de conduites, il a été hospitalisé en pédopsychiatrie très régulièrement puis en secteur adulte. Comorbidités : Retard mental moyen.
2. Mutations pendant 2021 : 3 Raisons des mutations : Troubles du comportement avec agressivité envers autrui ou lui-même. Mises en danger répétées avec des actes de pyromanie.
3. Modalité placement SSC-DT.
4. Suivi ambulatoire extérieur, existence d'un programme de soins. Adressé d'un autre hôpital en 2017, le patient n'a eu aucune sortie définitive depuis.
5. Conditions sociales : Désinsertion sociale. Patient qui a été placé dans l'enfance, il aurait été victime directe des agressions de son père et témoin des agressions de son père sur sa mère. Depuis petit, il a eu de graves troubles du comportement dans les familles d'accueil qui l'ont accueilli, puis dans les foyers de l'enfance. Etant majeur, plusieurs projets de foyer de vie ont été essayés mais ils n'ont pas abouti du fait de la persistance des troubles graves du comportement. Isolement familial, mère avec un profil abandonnique. Rupture de lien avec son père depuis son enfance.
6. Existence d'une protection des biens : curatelle renforcée.
7. Situation judiciaire Un jugement a été mis en œuvre il y a deux ans pour viol sur un autre patient. Il a été jugé irresponsable pénal, mais il existe une interdiction pour le patient d'être dans le même service que l'agressé.
8. Commentaire : Nous sommes là aussi dans le cadre d'une crise permanente puisque ce qui a été le motif de son entrée dans notre service est porté par ses réactions d'agressivité dans

l'unité d'hébergement initial. Comme à chaque fois qu'il y est retourné, le scénario a été identique et il nous est demandé de le garder au long cours.

La question qui se pose est la suivante : Est-ce qu'il existe un concept de crise permanente ? ou les services de psychiatrie générale n'ont-ils pas les moyens de contenir de tels patients et les institutions doivent elles se munir d'unités de chronicité grave dont les patients ont peu l'espoir de sortir ?

### Patient C.3

1. Homme de 46 ans atteint d'une délétion chromosomique 22q11. Patient présentant un diagnostic de pathologie neuro dégénérative avec perte progressive de l'autonomie.

Comorbidités : Suivi en neurologie depuis l'enfance pour épilepsie générale. Diagnostiqué d'une psychose atypique à l'âge adulte avec des hospitalisations à répétition et diagnostic génétique à l'âge de 30 ans.

2. Mutations pendant 2021 : 2, refus de la part des autres unités de le prendre en charge devant des troubles du comportement graves journaliers et répétitifs.

Raisons des mutations : Troubles du comportement avec agressivité envers autrui, agressivité envers lui-même et mises en danger répétées.

3. Modalité placement SSC-TU, hospitalisé temps plein depuis 2017.

4. Suivi ambulatoire extérieur Le patient n'a pas pu bénéficier d'une sortie définitive depuis plus de six ans. La dernière sortie était en programme de soins.

5. Conditions sociales : Célibataire sans enfants. Aurait travaillé dans l'entreprise familiale pendant une dizaine d'années avec grandes difficultés. Il n'a jamais été autonome, vivant toujours chez ses parents. Parents âgés, présents pour le patient, avec des visites hebdomadaires au service.

6. Existence d'une protection des biens : Tutelle

7. Situation judiciaire Absence de problèmes avec la justice

8. Commentaire : Patient avec lourd passé et à inadaptation importante aux relations sociales. Passe parfois par des « éclairs » de lucidité mais la plupart du temps il relève d'un déficit profond.

Il a été muté dans notre unité lors de moments plus importants de troubles du comportement : cris, coups dans les murs, agression du personnel et des autres patients.

Mais depuis, alors même que les soins ne procurent pas d'amélioration si ce n'est une

baisse de son potentiel actif, il ne correspond plus à aucune démarche des services de psychiatrie classique et des institutions d'hébergement (qui l'ont toutes refusés).

Les deux questions qui se posent sont les mêmes que pour d'autres cas identiques : Quelle est la fonction d'hébergement d'une structure à vocation psychiatrique ? et, Quels sont les patients à héberger ?

A une époque était évoquée la notion d' « unités de defectologie » qui semblait correspondre à ce type de patients mais qui ne semblait pas entrer dans le cadre des institutions légalement reconnues (MAS, MAS renforcée et EPAHD).

#### Patient C.4

1. Homme de 31 ans souffrant d'un trouble du spectre autiste. Comorbidités retard mental moyen.

Patient présentant des crises d'épilepsie depuis ses 18 mois. Suivi en psychiatrie depuis ses 3 ans, impossibilité de scolarisation en milieu ordinaire pour des crises clastiques. Orientation IME, nécessité de prise en charge hospitalière régulière.

2. Nombre de mutations en 2021 : 3

En 2021, le patient a bénéficié de séjours de rupture d'une durée d'un mois dans un hôpital d'un autre département avec une unité spécifique pour troubles du spectre autiste avec des troubles graves du comportement

3. Modalité placement : Patient en SL.

4. Suivi ambulatoire extérieur : Patient qui vit en institution psychiatrique depuis ses 18 ans. Avant sa majorité était en IME mais était hospitalisé régulièrement pour des crises clastiques graves.

5. Conditions sociales : Isolement total, visite de ses parents une fois tous les 15 jours dans le cadre du service.

6. Existence d'une protection des biens : Tutelle

7. Situation judiciaire Absence de problèmes avec la justice

8. Commentaire Patient présentant un retard mental important, accessibilité très pauvre au langage. Refusé dans de nombreuses MAS, mais aussi dans les autres services de l'hôpital car il frappe à une cadence très élevée. Vit hélas de manière solitaire dans notre structure et ne peut même pas partager le repas en réfectoire commun. Pris en séjours de rupture dans un établissement extérieur il a fait l'expérimentation de la contention partielle (ceinture thoracique avec immobilisation de la partie haute des membres supérieurs). Ceci a permis au patient de vivre un peu plus dans la collectivité. Cette piste nous est apparue



intéressante mais l'hôpital ne possède pas ce matériel et les parents (tuteurs) sont très ambivalents dans la coopération et ont refusé d'en faire l'acquisition.

Pour l'instant donc ce jeune homme est en attente de possibilité de placement et finalement il est considéré comme perpétuellement en crise et renvoyé à un « hébergement » dans notre unité.

Nous sommes devant un modèle typique de chronicisation à l'Hôpital pour incapacité d'adaptation à l'extérieur et avec une collaboration défectueuse de la famille qui réclame le mieux pour son enfant mais qui ne participe que négativement à toute démarche de changement. Notre rôle se contente, au-delà de l'accueil du patient, à des tentatives d'amener la famille sur des positions plus coopératives. Cela dure depuis une dizaine d'années sans résultats flagrants malgré des nombreux intervenants (y compris le plan « zéro sans solution »).

La question que nous nous posons est la suivante, Y a-t-il pas un fossé entre le monde médical et le monde médico-social et à quel côté du fossé ces patients sont-ils destinés ?

	Sexe Age	Diagnostic	Nombre de mutations	Mode de placement	Protection juridique	Conditions sociales	Statut judiciaire	Commentaires
C1	Homme 34 ans	Schizophrenie paranoïde Retard mental léger	2 Refus de reprise par son service d'origine	Crime SSC-RE Art 122	Tutelle	Isolement social Famille gens du voyage, ont rejeté le patient	Irresponsable penale Art 122	Réponse peu thérapeutique de la psychiatre Le service se vit comme un déversoir pour y délaisser des sujets persona non gratta
C2	Homme 34 ans	Comportements émotionnels apparaissant habituellement dans l'enfance	3	SSC-DT	Curatelle renforcée	Isolement social Placé dans l'enfance Aurait subi des violences dans l'enfance	Art 122 Irresponsabilité penale pour viol	Patient jamais stabilisé État de crise jugé permanent Tout retour dans une unité de psychiatrie générale se conclut par de la violence
C3	Homme 46 ans	Délétion du chromosome 22q11 Pathologie neurodegenerative	2	SSC-DT	Tutelle	Isolement social Famille présente Aurait travaillé pendant sa jeunesse dans l'entreprise familiale	Rien à signaler	Patient qui pourrait intégrer un établissement type MAS renforcée

C4	Homme 34 ans	Trouble spectre autistique Epilepsie generalisée	3	SL	Tutelle	Isolement social Visites familiales épisodiques	Rien a signaler	Sujet qui devrait beneficier du plan autisme mais qui est laissé à l'hôpital malgré les tentatives de placement et le plan zero sans solution
----	-----------------	--	---	----	---------	---	-----------------	--

## **Discussion**

### **1) La crise**

Si nous partons du statut qui a été donné dans le projet d'établissement à l'unité dans laquelle nous sommes affectés, il convient de s'appesantir sur le terme crise qui fondait les motivations de la communauté médicale au départ de sa mise en œuvre.

Différentes définitions sont données au terme crise qui d'ailleurs est utilisé dans de nombreux domaines: citons par exemple les domaines économiques, sociaux, politique, écologique, des relations interhumaines ect.

L'étymologie est latine: crisis, qui veut dire une manifestation grave d'une maladie, mais il existe aussi une étymologie grecque : krisis qui est plus juridique, définissant une décision, un jugement.

Si nous nous cantonnons à une définition de dictionnaire nous trouvons des axes sensiblement différents :

- 1.1 Accès brutal : comme crise de jalousie ou crise de larmes.
- 1.2 Brusque mouvement d'ardeur : comme être pris d'une crise de propreté ou de rangement.
- 1.3 Moment difficile : comme un malaise.
- 1.4 Rupture d'un équilibre continu : comme la faillite d'une entreprise.
- 1.5 Manifestation violente d'un état morbide comme une crise d'épilepsie ou de colère.
- 1.6 Grave pénurie de quelque chose : Crise du pétrole.

Toutes ces définitions trouvent à rentrer dans le cadre de « la crise » telle qu'elle peut être vue dans le milieu médical. En fait, le concept est large et laisse place à la perception individuelle d'un état ou d'un moment. C'est l'un des points sur lequel il faut s'appesantir pour comprendre le phénomène de « la porte tournante » ou de « l'éternel retour » de certains patients. Nous reviendrons sur cet aspect.

Quoiqu'il en soit chaque cas qui nous est adressé et réadressé est sous tendu par la notion de crise. Le service qui adresse le patient dans notre unité, a identifié cette situation comme critique. Ce service perçoit qu'il n'est pas en capacité de gérer convenablement le patient dans son unité.

Un exemple dans notre hôpital peut être la nécessité d'une mesure d'isolement. A la suite du mouvement zéro recours à l'isolement, de nombreux services de notre hôpital ont transformé les chambres d'isolement en des espaces d'apaisement. En conséquence, le patient qui nécessite une telle mesure, même pour une durée très courte est immédiatement adressé dans notre service.

Pendant notre exercice, nous avons constaté que certains patients nécessitent de façon régulière d'une mise à l'écart de l'environnement pour qu'ils retrouvent l'apaisement qui leur est nécessaire afin de reprendre la vie de groupe. Pour une partie des patients, les zones d'apaisement sont insuffisantes.

Notre unité remplit ce rôle et face à des pathologies dont la résolution est souvent ponctuelle, voir très ponctuelle, le phénomène « crise » est répétitif et donc l'appel à notre service se renouvelle. Ce mécanisme n'est pas exclusif à notre unité, toutes les structures même ouvertes voient revenir les patients dont l'adaptation à l'extérieur s'avère à un moment ou un autre mal aisée : Nous en dirons un mot dans le paragraphe articulé autour de « la chronicité ».

## **2) L'urgence**

La crise porte souvent en soi la notion de nécessité rapide d'agir ce qui la fait rentrer dans la dimension « urgence ». Il fut un temps où la psychiatrie clamait que dans la spécialité il était « urgent d'attendre ». Ceci s'appliquait à certaines situations comme par exemple le temps nécessaire pour asseoir un diagnostic au futur plutôt péjoratif. Mais cet aspect c'est vite montré restrictif et les situations de crise sont venues imposer la nécessité de répondre le plus vite possible. Ainsi l'urgence en psychiatrie s'est installée comme un axe important de la pratique.

Cependant la réponse urgente n'est que le début d'une prise en charge, un maillon du chainage thérapeutique. Certes, certaines sédations génèrent assez rapidement une résolution du moment critique mais par contre, la crise ne peut pas la plupart du temps se résumer à ce moment urgent et nécessite un après quasi immédiat de considérations médicales plus approfondies et plus posées.

Ainsi, nous devons retenir qu'il existe une crise instantanée relevant de l'urgence, mais que la crise est souvent le début ou l'aboutissement d'un processus qui bien que temporellement différent n'en reste pas moins « crisal ».

### **3) La crise comme moteur de « la porte tournante ».**

Nous appellerons comme L Singer (27) ce phénomène d'entrées, sorties, et réentrées : La porte tournante.

La crise, positionnée comme le mode d'admission dans notre unité n'est-elle pas un mode d'entrée ou de réentrée dans toute institution de soins psychiatriques ?

Dans notre échantillonnage, choisi car il nous paraît représentatif de cette problématique, il s'avère que pour bon nombre, la crise présentée pouvait être transposée à tout suivi ou non suivi de malades psychiatriques.

Un nombre important d'hospitalisations et de rehospitalisations, peut être justifié ou pour le moins argumenté par une situation de crise.

Dans une unité ouverte de notre hôpital, sur les vingt dernières admissions faites à partir de la structure d'accueil, trois seulement étaient des premières hospitalisations et les trois pouvaient répondre aux critères de crise.

Dix-sept admissions étaient des retours vers l'hospitalisation dont :

- Cinq programmées pour réajustement de traitement mais douze étaient pour difficultés ambulatoires :
- Quatre d'entre elles pour recrudescence de la pathologie sur inobservance thérapeutique.
- Six pour événements intercurrents ayant majoré le mal-être du sujet ou généré un trouble à l'ordre public.
- Deux pour recrudescence des troubles sans modification du traitement.

Pour ces douze cas la notion de crise peut être évoquée comme moteur à la rehospitalisation et sur ces douzes, quatre seulement en étaient à leur seconde admission, les autres émargeaient au minimum à leur troisième passage allant pour deux d'entre elles au-delà du sixième passage.

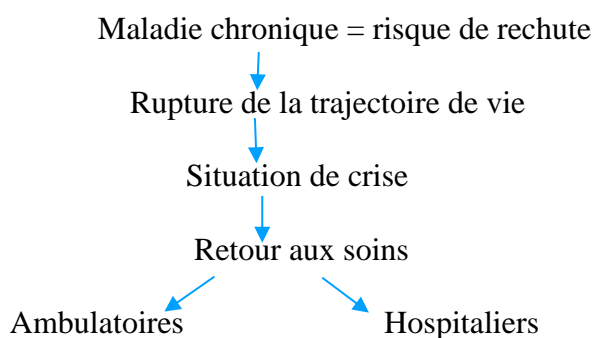
Il est acceptable de dire que la crise est un facteur favorisant essentiel à la dynamique du retour vers le lieu de soins hospitaliers.

Il revient donc de s'interroger sur les démarches pouvant amener à diminuer le nombre de crises ou de pouvoir les gérer plus en amont.

#### 4) La chronicité des maladies comme pourvoyeur de crises.

Au-delà de la simple inobservance il convient de constater que la crise germe sur la chronicité des troubles. Cette chronicité, plus spécifique des prises en charge par le service public expose les patients à des rechutes, comme étant un facteur relevant en partie de l'évolution des maladies qui relèvent de nos compétences : schizophrénie, troubles bipolaires, troubles de la personnalité...

Or les rechutes se présentent comme des ruptures de trajectoire et s'apparentent à la notion de crise. Le chainage apparait alors comme inscrit dans une certaine logique :



Malgré les barrages à la maladie érigés sur la trajectoire des patients : consultations, CMP, hôpital de jour, Visites à domicile etc. nous constatons un certain nombre de patients qui sur le long cours échappent à la vigilance ou à l'efficacité du système.

## **5) Les circonstances environnementales comme pourvoyeur de crises.**

L'environnement des patients joue un rôle important dans le phénomène de crise : Reprenons quelques aspects de cette dynamique :

### **- 5.1 L'extension des processus toxicomaniaques :**

L'accès aux toxiques étant de plus en plus aisé, ces derniers rentrent dans l'arsenal des facteurs environnementaux qui échappent aux contrôles possibles du monde soignant qui en est quasiment rendu au rôle de réparateur des conséquences.

Or il est clair que la consommation des drogues illicites et de l'alcool chez les malades mentaux est largement responsable de rechutes et de crises.

### **- 5.2 Les difficultés existentielles.**

Certaines pathologies rendent le patient très sensible au stress. Il est clair que pour certains malades la vie en société avec un suivi ambulatoire peut générer des situations stressantes, auxquelles le patient a des difficultés à faire face.

Il a été possible de constater cet aspect avec le confinement induit par la crise du COVID-19, ce qui a fait dire que la crise générerait des crises.

### **- 5.3 Les relations affectives proches et les fréquentations**

L'impact familial et amical est connu pour être soit un lieu de stabilité soit un lieu de décompensation par une charge émotionnelle pouvant générer des situations stressantes.



Nous avons tenté de mettre sous forme de tableau les facteurs de risques influant sur le phénomène de la porte tournante.

Tableau IV : Facteurs de risques influant sur la dynamique de la porte tournante.

Facteurs de Risque	
L'organisation sanitaire.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Raccourcissement des durées de séjour hospitalier comme marqueur positif d'activité.</li> <li>- Délestage parfois rapide des urgences vers la psychiatrie.</li> <li>- Réintégration aisée des patients sous-programme de soins.</li> <li>- Pauvreté de l'encadrement médical des structures médico-sociales.</li> </ul>
Les carences de l'outil de soins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abaissement du potentiel d'activité du secteur. (Latence de réponse)</li> <li>- Pénurie des psychiatres dans l'ambulatoire.</li> <li>- Manque de structures locales de gestion de crises.</li> </ul>
Problématiques liées aux techniques de soins.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efficacité limitée des médicaments.</li> <li>- Effets secondaires des traitements.</li> <li>- Trop grand espacement des suivi institués. (Déficit en personnel soignant exemple VAD très espacées, impossibilité d'augmenter le temps d'accueil en hôpital de jour).</li> <li>- Segmentation des prises en charge, manque de collaboration entre intervenants (celle-ci se développe quand la crise est à l'apogée).</li> <li>- Patients chronicisés et institutionnalisés (incapacité à quitter l'hôpital)</li> </ul>
Problématiques liées au génie évolutif des maladies.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maladies chroniques sujettes à rechutes même traitées.</li> <li>- Anosognosie intégrée à certaines maladies.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inobservance thérapeutique.</li> <li>- Apparition de comorbidités.</li> <li>- Troubles de personnalité (Borderline, Antisocial...)</li> <li>- Dépendance aux toxiques.</li> </ul>
<p>Conditions sociales et /ou environnementales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chômage et difficultés d'emploi des malades mentaux.</li> <li>- Saturation et délais d'attente pour un travail protégé.</li> <li>- Encadrement médico-psychiatrique trop faible.</li> <li>- Isolement social chez les malades mentaux.</li> <li>- Main mise sur les patients par des groupes sociaux perversifiant (toxicomanie entre autres).</li> <li>- Familles peu compréhensives de la pathologie mentale ou peu soutenantes.</li> </ul>
<p>Modifications et changements d'organisation du corps social.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Montée en puissance de la toxicomanie.</li> <li>- Montée inexorable de la notion de liberté individuelle avec en contre partie recours à l'hospitalisation sous contrainte.</li> <li>- Plus de laxisme vis à vis des attitudes violentes dans la société (Ecole, maison, lieux publics...)</li> <li>- Habitudes données à la population du recours à la médecine.</li> <li>- Confusion punition/soins induite par certains délestages sur le médical par le corps policier et juridique.</li> <li>- Prédominance de la nécessité de faire vite (urgence).</li> <li>- Etiquette portée par les patients malades mentaux très vite redirigés ou redéposés en milieu psychiatrique. (Stigmatisation).</li> </ul>

## Conclusion

---

Dans un fonctionnement institutionnel, le problème de la crise ne peut pas être éludé. Chaque structure accueillante de patients à troubles psychiatriques se doit de penser la gestion de ces crises inscrites inéluctablement dans certains processus pathologiques.

Au-delà de la formation des professionnels à la gestion de crise ce qui n'était pas le sujet que nous voulions aborder, l'hôpital pour lequel nous travaillons a organisé un service destiné à la prise en charge de ces à-coups de la trajectoire des patients.

A l'analyse de l'activité de ce service nous avons proposé de nous pencher sur un facteur inhérent à la pratique psychiatrique hospitalière : l'alternance admission, sortie, réadmission voire admission définitive d'une partie de notre file active. Ce facteur avait été évoqué dans les années 1970-1980 sous le vocable « la porte tournante » par l'école de Strasbourg.

Ainsi le lien entre crise et « porte tournante » nous aura permis, à l'analyse de certains cas cliniques, de décortiquer les mécanismes impliqués dans cette dynamique.

En l'état actuel des choses nous ne pouvons que conclure qu'il s'agit d'un facteur/problème pour lequel des solutions radicales sont impossibles à imaginer. La « porte tournante » restera encore pour l'avenir une composante importante de nos missions soignantes : Même si nous devons travailler à réduire le processus par de réels progrès de prise en charge, il nous est donné de trouver des solutions pour la gestion tout en sachant qu'il nous revient d'y faire face.

De manière récente, notre institution a été choisie pour la mise en place d'un projet d'équipe mobile de crise qui porte un nom significatif : Equipe Mobile d'Alternance à l'Hospitalisation (EMAH). La mission de ce projet en cours de réalisation, sera tournée vers la tentative d'atténuation voire d'annulation de la crise en amont de tout retour à l'hôpital. Pour certains cas, nous espérons rompre le chainage naturel du retour à l'institution ce qui réduirait le phénomène

de porte tournante pour ces patients. Les résultats seront, n'en doutons pas à analyser avec minutie dans les années qui viennent.

Le travail que nous avons fourni qui n'a que la prétention de l'observationnel mériterait peut être de se voir développé de manière plus large pour présenter des résultats à vraie valeur statistique.

Clermont-Ferrand, le  
**Pierre CLAVELOU**  
Doyen - Directeur



Clermont-Ferrand, le 31/03/2023  
Pierre-Michel LLORCA  
le President du Jury

A blue ink signature of Pierre-Michel LLORCA, written in a cursive style.

## Références bibliographiques

---

---

1. Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mental. HAS. 2013.
2. Rachel N. Lipari, Ph.D., Sarra L. Hedden, Ph.D., and Arthur Hughes, M.S. Substance Use and Mental Health Estimates from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Overview of Findings.
3. Hazlett SB, McCarthy ML, Londner MS, et al. Epidemiology of adult psychiatric visits to us emergency departments. *Acad Emerg Med* 2004;11:193—5.
4. Passamar M, Tellier O, Vilamot B. L'agitation psychomotrice, la sédation médicamenteuse et l'urgence psychiatrique chez le patient psychotique. *Encéphale* 2011;37:448—56.
5. Ellison JM, Blum N, Barsky AJ. Repeat visitors in the psychiatric emergency service: a critical review of the data. *Hosp Community Psychiatry* 1986;37:37—41.
6. Arfken CL, Zeman LL, Yeager L, et al. Case-control study of frequent visitors to an urban psychiatric emergency service. *Psychiatry Serv* 2004;55:295—301. Patients récurrents aux urgences psychiatriques 129
7. Chaput YJA, Lebel M. Demographic and clinical profiles of patients who make multiple visits to psychiatric emergency services. *Psychiatry Serv* 2007;58:335—41.
8. Hansen TE, Elliott KD. Frequent psychiatric visitors to a veterans affairs medical center emergency care unit. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44:372—5.
9. Ledoux Y, Minner P. Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2006;41:115—21.
10. Pasic J, Russo J, Roy-Byrne P. High utilizers of psychiatric emergency services. *Psychiatry Serv* 2005;56:678—84.
11. Sullivan PF, Bulik CM, Forman SD, et al. Characteristics of repeat users of a psychiatric emergency service. *Hosp Community Psychiatry* 1993;44:376—80.
12. Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Who visits the psychiatric emergency room for the first time? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2006;41:580—6.
13. Spooren DJ, De Bacquer D, Van Heeringen K, et al. Repeated psychiatric referrals to Belgian emergency departments: a survival analysis of the time interval between first and second episodes. *Eur J Emerg Med* 1997;4:61—7.
14. Saarento O, Hakko H, Joukamaa M. Repeated use of psychiatric emergency out-patient services among new patients: a 3-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1998;98:276—82.

15. Saarento O, Kastrup M, Hansson L. The Nordic comparative study on sectorized psychiatry: characteristics of repeat users of emergency outpatient services in two Nordic psychiatric services. A 1-year follow-up study. *Eur Psychiatry* 1998;13: 35—40.
16. Pérez E, Minoletti A, Blouin J, et al. Repeated users of a psychiatric emergency service in a Canadian general hospital. *Psychiatr Q* 1987;58:189—201 [1986—1987].
17. Dhossche DM, Ghani SO. A study on recidivism in the psychiatric emergency room. *Ann Clin Psychiatry* 1998;10:59—67.
18. Ellison JM, Blum NR, Barsky AJ. Frequent repeaters in a psychiatric emergency service. *Hosp Community Psychiatry* 1989;40:958—60.
19. Richard-Lepouriel H, Weber K, Baertschi M. Predictors of Recurrent Use of Psychiatric Emergency Services. *Psychiatr Serv.* mai 2015;66(5):521-6.
20. Ledoux Y, Minner P. Occasional and frequent repeaters in a psychiatric emergency room. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* févr 2006;41(2):115-21.
21. Klinkenberg WD., Calsyn RJ. The moderating effects of race on return visits to the psychiatric emergency room - ps.48.7.942. 1997.
22. Saarento O, Hakko H, Joukamaa M. Repeated use of psychiatric emergency out-patient services among new patients: a 3-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand.* 1 oct 1998;98(4):276-82.
23. Aagaard J, Aagaard A, Buus N. Predictors of frequent visits to a psychiatric emergency room: A large-scale register study combined with a small-scale interview study. *Int J Nurs Stud.* juillet 2014;51(7):1003-13.
24. Pasic J, Russo J, Roy-Byrne P. High utilizers of psychiatric emergency services. *Psychiatr Serv.* 2005;56(6):678—684.
25. Schmoll S , Boyer L, Henry JM, Belzeaux R, Patients récurrents aux urgences psychiatriques : analyse démographique et clinique. *L'Encephale* Volume 41 Avril 2015 pages 123-129.
26. Hentz Q.. Patients récurrents aux urgences de psychiatrie : quel parcours de soin. *Sciences du Vivant [q-bio].* 2017.
27. Singe L., Patris M. communication orale à la société de psychiatrie biologique 1980 Le phénomène de porte tournante en psychiatrie.
28. Chabannes JP. et collaborateurs Chronicité strategique therapeutique nervure tome XIV N 3 page 14-18 avril 2001

## Serment d'Hippocrate

---

---

### (Conseil national de l'ordre des médecins)

#### SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature







## RESUME DE LA THESE

### Titre de la thèse

### **DE LA CRISE EN PSYCHIATRIE A LA PORTE TOURNANTE : Comment certains patients sont dans l'éternel retour en milieu hospitalier.**

#### **Résumé:**

**Contexte:** Dans le cadre de notre exercice dans une unité de gestion de crise psychiatrique, il est nécessaire d'avoir des lits disponibles pour gérer les patients en phase de crise aigüe.

Dans la gestion de ces lits, nous avons repéré en particulier la présence de trois catégories de patients: ceux admis via les urgences pour fréquentes réadmissions, les « patients récurrents »; ceux dits « bloqueurs de lits » venant des autres pavillons car souvent agités et présentant des troubles du comportement chroniques; et enfin ceux jugés trop difficiles pour un pavillon de psychiatrie classique, restant longtemps dans notre unité.

**Objectifs:** Nous avons réalisé un travail observationnel de ces trois groupes de patients, afin de décrire et mieux comprendre la problématique observée et d'identifier des facteurs influents sur ces phénomènes.

**Méthode:** Nous avons défini trois groupes de patients qui sont à l'origine d'un grand pourcentage de taux d'occupation des lits de notre unité. Les trois groupes de patients sont présentés sous forme de différents cas cliniques afin de pouvoir trouver des facteurs communs entre eux.

**Discussion:** Dans une analyse du concept dit de la « porte tournante » nous avons essayé d'identifier des facteurs influant sur cette dynamique : l'organisation sanitaire, les carences de l'outil de soins, les problématiques liées aux techniques de soins, les problématiques liées au génie évolutif des maladies, les conditions sociales et /ou environnementales et les modifications et changements d'organisation du corps social.

**Conclusion:** Dans un fonctionnement institutionnel, le problème de la crise ne peut pas être éludé. Chaque structure accueillante de patients à troubles psychiatriques se doit de penser la gestion de ces crises inscrites inéluctablement dans certains processus pathologiques. A l'analyse de l'activité d'une unité de gestion de crise nous avons proposé de nous pencher sur un facteur inhérent à la pratique psychiatrique hospitalière : l'alternance admission, sortie, réadmission voire admission définitive d'une partie de notre file active. Ce facteur avait été évoqué dans les années 1970-1980 sous le vocable « la porte tournante ». Le lien entre crise et « porte tournante » nous a permis, à l'analyse de certains cas cliniques, de décortiquer les mécanismes impliqués dans cette dynamique.

**Mots clés :** « patients récurrents », « patients bloqueurs de lits », « porte tournante ».