

Place des Unités pour Malades Difficiles (UMD) dans le dispositif de soins

Dr Patrick Le Bihan
Praticien hospitalier
Chargé d'enseignement à l'Université Bordeaux 4
CH, 33410 Cadillac

Les UMD

1840 : Sûreté de l'Hôpital Bicêtre à Paris

Patients perturbateurs et aliénés criminels

1910 : UMD de Villejuif (Val-de-Marne) : 60 lits ♂ + 20 ♀

1947 : UMD de Montfavet (Vaucluse) : 60 lits ♂ + 20 ♀

1957 : UMD de Sarreguemines (Moselle) : 166 lits ♂

1963 : UMD de Cadillac (Gironde) : 86 lits ♂

2008 : UMD de Plouguernevel (Côtes d'Armor) : 40 lits ♂

Textes essentiels

- Décret du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation psychiatrique (art 12) :
 - Unités spécifiques à vocation interrégionale
 - Hospitalisation des patients présentant pour autrui un danger tel que les soins, la surveillance et les mesures de sûreté nécessaires ne puissent être mises en œuvre que dans une unité spécifique

Textes essentiels

- **Arrêté du 14 octobre 1986** relatif au règlement intérieur type des Unités pour Malades Difficiles :
 - Modalités d'admission et de séjour
 - Commission du Suivi Médical (CSM) formulant un avis sur le maintien et la sortie des patients

- **Loi du 27 juin 1990** relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation

Présentation

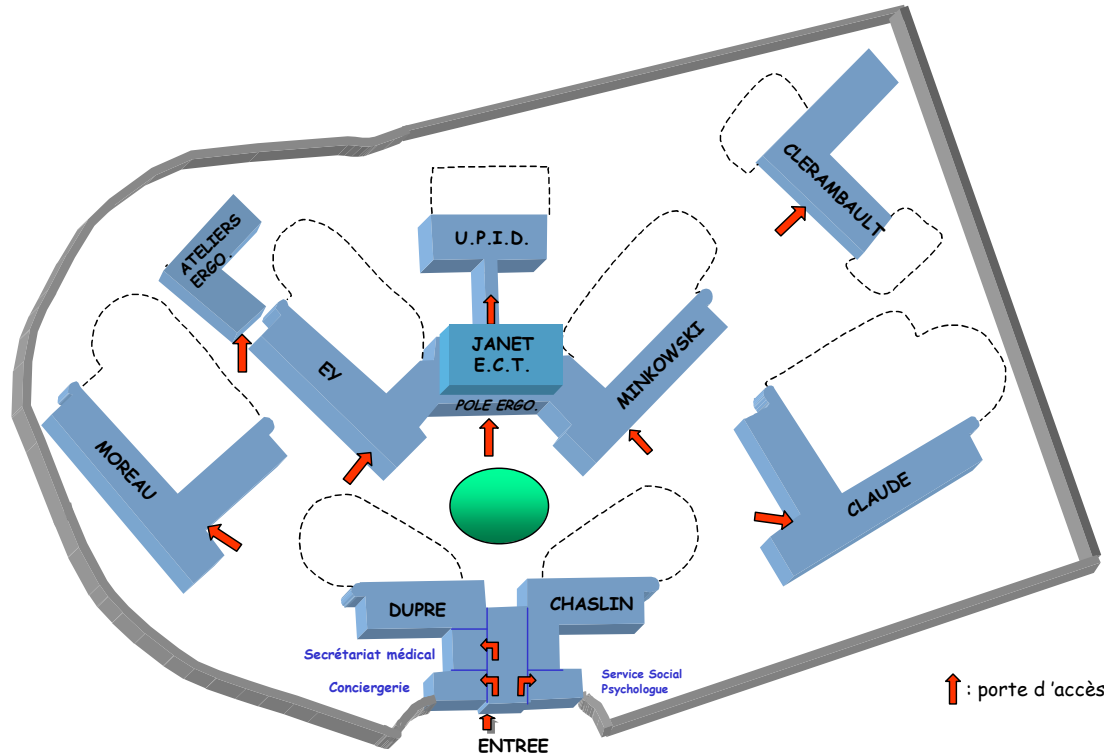
■ En Gironde...

- À 40 km au sud de Bordeaux
- L'UMD complète les différentes structures d'un Centre hospitalier comprenant :
 - 6 secteurs de psychiatrie adulte
 - 2 intersecteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
 - 3 cliniques

Présentation

- 5 unités d'hospitalisation complète dans une enceinte sécurisée
 - 4 unités de 19 lits
 - Ey
 - Claude
 - Moreau
 - Minkowski
 - 1 unité de 10 lits
 - Clérambault

➤ 86 lits hommes



**Plan de l'Unité de Malades Difficiles
du Centre Hospitalier de Cadillac
(Domaine de Boissonnet)**

Équipe pluridisciplinaire

- Praticien hospitalier : 3
- Interne : 1,25
- Secrétaire médicale : 2,8

- Cadre supérieur de santé : 0,7
- Cadre de santé : 5,6
- Infirmier(e)s : 104 (*1 pour 6 patients le jour, 1 pour 10 la nuit*)
- Aide-soignants : 21
- ASH : 12

- Psychologue : 1,65
- Assistante sociale : 1,5
- Éducateur : 1,7
- Ergothérapeute : 4
- Psychomotricien : 1,2

UMD Cadillac, 2004

Critères d'admission

- Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des Unités pour Malades Difficiles :
 - HO (*art L. 3213-1 CSP et sv.*)
 - Présenter pour autrui un danger tel qu'ils nécessitent :
 - des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés
 - des mesures de sûreté particulières mises en œuvre dans une unité spécialement organisée à cet effet
 - État dangereux majeur, certain ou imminent, incompatible avec le maintien dans une unité d'hospitalisation classique

Modalités d'admission

- Admission prononcée par le préfet du département d'implantation de l'UMD, au vu d'un dossier comprenant :
 - Certificat médical détaillé précisant les motifs de la demande d'hospitalisation
 - Rapports d'expertise éventuels
 - Biographie détaillée
 - (...)

- *Engagement signé par le préfet du département d'origine de reprendre en charge, dans un délai de 20 jours, la personne ayant fait l'objet d'un arrêté de sortie de l'unité*

Demandes d'admission

- Au cours de l'année 2000,
 - 34% des secteurs de psychiatrie générale ont fait une ou plusieurs demandes de transfert vers une UMD

Source : DREES, 2004

Critères de dangerosité (1)

- Antécédents personnels et familiaux de violences physiques ++
- Usage de drogues et/ou d'alcool
- Menaces de mort
- Personnalité antisociale/limite
- Dépression et idées suicidaires
- Comportement imprévisible, irrationnel
- Impulsivité pathologique (intolérance à la frustration, à la peur, à la colère, à l'angoisse)
- Intensité des symptômes
- Délire de persécution, mystique ou de jalousie
- Pensées et fantasmes violents
- Apparition récente d'un état de stress, d'une situation de crise
- Mauvaises relations avec l'entourage personnel et soignant
- Absence, refus ou inefficacité du traitement

Critères de dangerosité (2)

- Sexe masculin
- Jeune âge du criminel
- Traumatismes physiques ou sexuels dans l'enfance
- Précocité de la délinquance violente
- Milieu familial brisé et abusif
- Éducation froide, hostile et permissive
- Échec scolaire
- Tendances agressives et incendiaires
- Antécédents judiciaires
- Conduite automobile dangereuse
- Port d'armes ou d'objets dangereux
- Fréquentation des délinquants
- Inadaptation socio-familiale, instabilité au travail

Provenance des patients

■ France entière

- Aquitaine 37%
- Ile-de-France 12%
- Rhône-Alpes 11%
- Pays de Loire, DOM-TOM 6%
- Provence-Alpes-Côte d'Azur 5%
- Midi-Pyrénées 3%
- Languedoc-Roussillon, Poitou-Charente 2%
- Basse Normandie, Bourgogne, Bretagne, Picardie 2%
- Champagne-Ardennes, Nord-Pas-de-Calais, Centre 2%
- Haute-Normandie, Auvergne, Limousin 1%

UMD Cadillac, 2004

Activité de l'unité de soins

- File active :
en moyenne 132 patients

UMD Cadillac, 2000-2004

1. Patients en HO « *classique* »

- Art L. 3213-1 ou L. 3213-2 CSP
 - Plupart des admissions ++
 - Violences envers patients et/ou soignants
 - Déterminants institutionnels :
 - manque de lits
 - insuffisance des moyens en personnels
 - féminisation importante des équipes de soins
 - locaux inadaptés
 - ouverture des services
 - absence de chambre d'isolement
 - Délai d'attente ++

2. Patients en HO « *judiciaire* »

■ *Rappel* : Art 122-1 CP

– Premier alinéa

- Trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli le discernement ou le contrôle de ses actes au moment des faits
- Non responsable pénalement

– Second alinéa

- Trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré le discernement ou entravé le contrôle de ses actes au moment des faits
- Demeure punissable mais la juridiction en tient compte en fixant la peine et en déterminant le régime

– 0,45% des affaires pénales en 1999

3. Patients détenus hospitalisés

■ Art D. 398 CPP

« Les détenus atteints des troubles mentaux visés à l'article L. 342¹ du Code de la santé publique, c'est-à-dire relevant d'une hospitalisation d'office, ne peuvent être maintenus dans un établissement pénitentiaire.

Au vu d'un certificat médical circonstancié et conformément à la législation en vigueur, il appartient à l'autorité préfectorale de faire procéder dans les meilleurs délais à leur hospitalisation d'office dans un établissement de santé habilité au titre de l'article L. 331² du Code de la santé publique. »

¹(Art. L. 3213-1 selon la codification actuelle)

²(Art. L. 3222-1 selon la codification actuelle)

Études épidémiologiques

- Échantillons représentatifs de détenus
 - 62 études, 12 pays, n=22790
 - Hommes :
 - Troubles de la personnalité 65% (antisociale 47%)
 - Dépression majeure 10%
 - Psychose 3,7%
 - Femmes :
 - Troubles de la personnalité 42% (antisociale 21%)
 - Dépression majeure 12%
 - Psychose 4%

Fazel et Danesh, *Lancet*, 2002

Difficultés d'accueil des patients détenus en service classique

- Procédure administrative lourde
 - Nécessité d'une HO, d'une escorte souvent
- Réticence des équipes soignantes :
 - Profil des patients
 - Conduites antisociales, impulsivité...
 - Appréhensions
 - passage à l'acte, évasion, simulation
 - Davantage perçus comme délinquants que comme patients
 - Responsabilité
 - Manque d'expérience

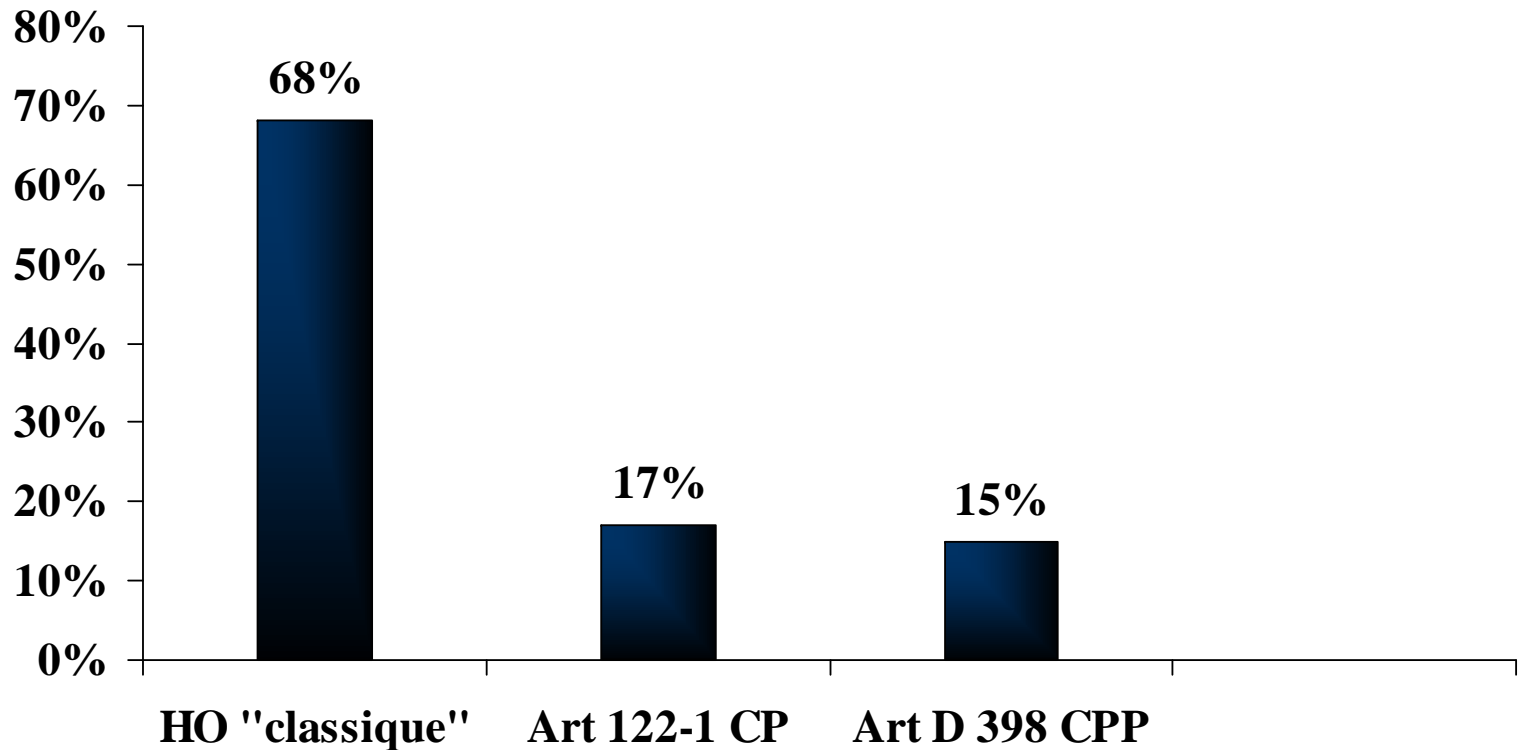
Difficultés d'accueil des patients détenus en service classique

■ Conditions d'hospitalisation :

- Architecture parfois inadaptée
 - Absence de structure fermée
 - Patients parfois isolés en chambre voire contenus
- Difficultés du respect des contraintes liées au statut de détenu
 - Convocations judiciaires, interdiction de communiquer...
- Absence de surveillance par les forces de l'ordre
 - ≠ soins somatiques
- ↘ nombre de lits, des effectifs soignants

Mode d'hospitalisation

(n=131 patients, file active 2004)



Données démographiques

- Patients hommes exclusivement
- Âge moyen 38,6 ans
(*SD 13,2, étendue 17-83 ans*)
 - 15-24 ans : 10,7%
 - 25-44 ans : 58,7 %
 - 45-64 ans : 24%
 - 65-84 ans : 6,7%

UMD, Cadillac, 2004

Pathologies

- Classification CIM 10 (diagnostic principal, n=131)
 - Schizophrénies, troubles schizotypiques et délirants **58%**
 - Troubles de la personnalité 23%
 - Troubles envahissants du développement 10%
 - Retard mental 6%
 - Troubles mentaux organiques 4%
 - Troubles liés à substances psychoactives 3%
 - Troubles de la préférence sexuelle 2%

UMD Cadillac, 2004

Des objectifs de soins

- Amélioration clinique
- Conscience des troubles et de la nécessité de soins
- Prévention des situations de violence
 - Reconnaissance et sens des actes
 - Recherche des facteurs précipitants
 - Comportements alternatifs
- Respect des règles de vie, de soi et des autres
- Repères et limites
- Amélioration des relations avec l'entourage
- Sevrage en toxiques

Une prise en charge cohérente...

- Prise en charge pluridisciplinaire
 - Respect du rôle de chaque intervenant
 - Travail en équipe
 - Bonne distance avec le patient
- Partage de l'information
 - Dossier patient
 - Transmissions infirmières, réunions cliniques...
- Respect éclairé du règlement
- Alerte et renforts possibles

Traitements pharmacologiques

- Antipsychotiques et neuroleptiques
- Médicaments normothymiques
- Antidépresseurs
- Benzodiazépines

- *Dans certaines indications :*
 - Antiandrogènes
 - Antagonistes opiacés
 - β -bloquants
 - (...)



Agence Nationale
d'Accréditation et
d'Évaluation en Santé

RECOMMANDATIONS
POUR LA PRATIQUE
CLINIQUE

**INDICATIONS
ET MODALITÉS
DE L'ÉLECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE**

TEXTE DES RECOMMANDATIONS

Janvier 1998

Fédération Française de Psychiatrie

**Société Française d'Anesthésie
et de Réanimation**

COMITÉ D'ORGANISATION

Monsieur le Professeur Guy DARCOURT, Psychiatre, Hôpital Pasteur, Nice
Monsieur le Professeur Alain DUROCHER, Méthodologue, ANAES, Paris
Monsieur le Docteur Jean-Marie ENJALBERT, Psychiatre,
Clinique de Saint-Martin de Vignogoul, Pignan
Monsieur le Docteur Jean GARRABÉ, Psychiatre, Institut Marcel-Rivière,
Le Mesnil-Saint-Denis
Monsieur le Docteur Jacques GLIKMAN, Psychiatre, EPS de Ville-Évrard,
Neuilly-sur-Marne
Monsieur le Professeur André LIENHART, Anesthésiste réanimateur,
Hôpital Saint-Antoine, Paris
Monsieur le Docteur Bernard PAQUET, Anesthésiste réanimateur,
Polyclinique Chirurgicale, Montreuil
Monsieur le Docteur Pascal BERGÈRE, Méthodologue, ANAES, Paris

Électroconvulsivothérapie (ECT)

- Rapidité d'action et efficacité sur les symptômes aigus ++
 - Information et consentement du patient et/ou son entourage
 - Anesthésie générale et curarisation
 - Crise convulsive électrique
 - 4 à 20 séances, deux à trois par semaine
 - Contre-indications rares
- Effets secondaires :
 - Confusion, troubles mnésiques, céphalées...
- Amélioration $\geq 80\%$ des patients si dépression majeure, intérêt dans la manie, certaines formes de schizophrénie

ANAES, 1998

Isolement thérapeutique (MCI)

- Prescription médicale
 - D'emblée ou secondairement (≤ 24 h renouvelable)
 - Procédure de soins
- Contention si nécessaire
- Identifier et prévenir les facteurs de risque
- Information du patient
- Visites médicales
- Surveillance infirmière
- Entretien au décours de la mesure

ANAES, 1998

Isolement thérapeutique (MCI)

– Indications

- Prévention d'une violence imminente du patient envers lui-même ou autrui
- Prévention d'une rupture thérapeutique quand l'état de santé impose des soins
- Isolement intégré dans un programme de soins
- Diminution des stimulations
- Demande du patient

ANAES, 1998

Des activités diversifiées...

- Activités
 - Menuiserie, reliure, cuir, poterie, rotin...
 - Jardin
 - Chant et écoute musicale
 - Enseignement-éveil
 - Activité physique et sportive
 - Psychomotricité, relaxation, « *rythm and mouv* », taïchi-chuan...

- Ateliers d'éducation thérapeutique
- Animations diverses
- Sorties thérapeutiques
- Bibliothèque, vidéothèque, autres activités culturelles...
- Point-vente cafétéria

Des séjours moins longs...

- Durée moyenne de séjour : 378 jours

UMD Cadillac, 2004

Droits des patients

- Arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des Unités pour Malades Difficiles
- Loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Annexe à la circulaire DHOS/DGS du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une Charte de la personne hospitalisée

- *Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants*
- *Recommandations du Conseil de l'Europe*

Droits des patients

– Art. L. 3211-3 CSP (*Extraits*)

1. Communiquer avec les autorités
 - Préfet ou son représentant, maire ou son représentant, président TGI ou son délégué, juge des libertés et de la détention, procureur de la République
2. Saisir la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP)
3. Prendre conseil d'un médecin ou avocat de son choix
4. Émettre ou recevoir des courriers
5. Consulter le règlement intérieur de l'établissement et recevoir les explications qui s'y rapportent
6. Exercer son droit de vote
7. Se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix

Droits des patients

- La Commission du Suivi Médical peut être saisie par :
 - La personne hospitalisée, sa famille, son représentant légal ou ses proches
 - Les procureurs de la République des départements d'origine ou d'accueil
 - Les préfets des départements d'origine ou d'accueil
 - Le psychiatre hospitalier responsable de l'unité
 - Le médecin généraliste ou psychiatre traitant
 - Le psychiatre hospitalier responsable du secteur d'origine
 - Les directeurs des établissements hospitaliers d'implantation de l'UMD ou du secteur d'origine
 - Elle-même à tout moment

Sortie des patients

■ Commission du suivi médical

- 4 membres nommés par le préfet pour trois ans
 - Médecin inspecteur DDASS
 - 3 psychiatres hospitaliers plein temps et leurs suppléants

(psychiatres exerçant en UMD exclus)

- Réunion mensuelle
- Avis sur le maintien et la sortie des patients
- Examen systématique des dossiers tous les six mois
- Examen annuel des patients en long séjour
- Visites du service

Sortie des patients

- Retour dans le service d'origine
 - Transfert dans une unité de soins relevant d'un secteur psychiatrique rattaché à un établissement assurant le service public hospitalier
- Sortie immédiate et définitive
- Sortie d'essai

Récidive : facteurs du HCR-20 (Webster *et al*, 1997)

Historiques (passé)	Cliniques (présent)	Gestion du risque (futur)
<p>H1. Violence antérieure</p> <p>H2. Premier acte de violence commis durant la jeunesse</p> <p>H3. Instabilité des relations intimes</p> <p>H4. Problèmes d'emploi</p> <p>H5. Toxicomanie</p> <p>H6. Maladie mentale grave</p> <p>H7. Psychopathie</p> <p>H8. Inadaptation durant la jeunesse</p> <p>H9. Troubles de la personnalité</p> <p>H10. Échec antérieur de la surveillance</p>	<p>C1. Introspection difficile</p> <p>C2. Attitudes négatives</p> <p>C3. Symptômes actifs de maladie mentale grave</p> <p>C4. Impulsivité</p> <p>C5. Résistance au traitement</p>	<p>R1. Plans irréalisables</p> <p>R2. Exposition facteurs déstabilisants</p> <p>R3. Manque de soutien personnel</p> <p>R4. Inobservance des mesures curatives</p> <p>R5. Stress</p>

Plusieurs rapports...

- Rapport Zambrowski (1986)
- Rapport Barrès-Fuchs (1990)
- Rapport Massé (1992)
 - Nécessité des UMD
 - Création d'une petite unité dans le Nord-Ouest de la France
- Création d'unités intersectorielles fermées pour patients « *perturbateurs* » ne présentant pas un état dangereux majeur, intermédiaires entre services de secteur et UMD

Une possible structure alternative :

l'Unité de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP)

- 14 lits
- Accueil de patients « *agités et/ou perturbateurs* » de la Gironde
- Cadre contenant et sécurisant dans des situations de crise
- Relais pour une équipe en difficulté
- Patients ♂+ ♀
- HO ou HDT
- Séjours de 2 mois maximum
- Assurer la continuité des soins ++

Comparaison UMD vs USIP

	UMD	USIP
Fonctionnement	Arrêté 14 octobre 1986	Règlement intérieur propre
Provenance patients	Nationale	Intersectorielle
Indication	Dangerosité++	Soins intensifs
Mode d'hospitalisation	HO	HO/HDT
Délai d'attente	Plusieurs mois parfois	Jours
Liens service d'origine	±	+++
Durée de séjour	Mois ou années	2 mois maximum
Lieu de vie habituel	Éloignement	Proximité
Avis CSM	Oui	Non

Autres Unités de Soins Intensifs Psychiatriques (USIP)...

- Nice (06)
- Lyon (69)
- Eygurande (19)
- Montpellier (34)
- Pau (64)
- Paris (75)
- Prémontré (02)

- Pressenties :
 - *Chambéry (73)*
 - *Sarreguemines (57)*

Des relations avec plusieurs établissements d'enseignement...

- École Nationale de la Magistrature
- École Nationale de l'Administration Pénitentiaire
- Université Bordeaux II (*DU ECT*)
- Université Bordeaux IV (*Institut de Sciences Criminelles*)
- Université de Poitiers (*DIU de psychiatrie criminelle et médico-légale*)
- Université de Toulouse III (*DU de criminologie, victimologie et psychopathologie médico-légale*)
- IFSI
- Écoles d'Ergothérapie (Bordeaux, Rennes, Paris, Bruxelles...)
- Écoles d'aides soignants

Conclusion

- Nécessité des UMD dans le paysage de la psychiatrie contemporaine
- Intérêt d'unités de soins intermédiaires entre service de psychiatrie générale adulte et UMD
 - USIP
 - Accueil possible de patients détenus dans l'attente de la création des UHSA
 - chaînon manquant dans le dispositif de soins
- Articulation avec les futures UHSA ?