

Intervention du 6/04/06

Présentation du C.H Sainte Marie

Les Pôles de psychiatrie générale

Pôle 8-10 et le SSIIC

Pôle 11-12

Pôle 6-9-13

Les Pôles spécifiques

Pôle de psychogériatrie

Pôle de soins somatiques et d'addictologie

Pôle de réhabilitation psychosociale

Pôle de psychiatrie légale

- **USIP et SIPAD**
- **SMPR**

Présentation de l'USIP

- Généralités
- Intersectorialité
- Effectif
- Rôle de l'USIP
- Fonctionnement
- Le travail du soignant dans la structure
- Positionnement infirmier

Les soins infirmiers en psychiatrie

- travail singulier
- travail en équipe

La violence et l'agressivité

Généralités

Etat de crise ou urgence psychiatrique ?

Conduite infirmière

Etiologies des états d'agitation et des comportements à risque

Conduite infirmière

Cas cliniques

Les soins sous contraintes et les modes d'hospitalisation

- en HL
- en HDT
- en HO
- en HO D 398
- en OPP 45 et 345

L'U.S.I.P

Unité de Soins Intensifs Psychiatrique

Généralités

Unité de soin créée en 1993 par Mr le Dr ROURE Médecin-Chef du Pôle de psychiatrie légale. Il a développé le concept d'inter secteur, par la spécialisation d'une unité de soin qui a pour vocation la prise en compte de l'état dangereux.

C'est une unité d'hospitalisation à temps complet, les patients sont pris en charge et soignés sous contrainte uniquement, en application de la loi du 30 juin 90.

Cette unité a été créée en regard de l'arrêté de mars 86 et à partir du guide méthodologique de planification en santé mentale mis à jour le 15/12/87 (B.O N°8866bis).

Elle allie les moyens humains et matériels pour répondre à sa mission.

La capacité d'accueil : 15 lits et 4 chambres d'observation/isolement sous vidéo surveillance.

Intersectorialité

- L'USIP est un outil mis à disposition des équipes
- Propose une complémentarité d'action

- Elle fonctionne en partenariat
- Spécificité de l'action

Provenance des patients

L'USIP reçoit des patients des 13 secteurs de psychiatrie générale département 06 et hors département.

De l'inter secteur de pédopsychiatrie, de la SIPAD.

Des patients détenus des maisons d'arrêt de Nice, Grasse, Draguignan, Luynes, et du SMPR des Beaumettes, de Borgo, et de Gap.

Depuis quelques années le bassin de recrutement s'est élargi à l'ensemble du territoire national. L'admission se fait lorsque les DDASS respectives de chaque département ainsi que le Directeur de l'établissement ont donné leur accord.

Effectif, équipe pluridisciplinaire

- 1 médecin psychiatre
- 1 mi-temps psychologue
- 1 mi-temps assistante sociale
- 1 mi-temps psychomotricienne
- 1 secrétaire médicale
- 1 cadre infirmier
- 11 infirmiers de jour et 4 de nuit
- 6 aides soignants de jour et 4 la nuit

4 agents sanitaires hospitaliers(A.S.H)

Rôle de l'USIP

L'USIP accueille temporairement et en urgence des patients en milieu fermé, qui présentent des troubles majeurs du comportement, incoercibles, difficilement traitables en unité de psychiatrie classique.

L'unité n'est pas :

- un lieu d'incarcération
- un lieu de répression et de punition
- une unité pour malades difficiles

- une unité sécuritaire

Ce qu'est l'unité :

- un lieu de soins
- un lieu de prise en charge immédiate des troubles du comportement décompensés
- un lieu de traitement de la crise à sa phase initiale
- un lieu de rupture avec l'équipe qui a habituellement le patient en charge
- un lieu de rupture possible avec le traitement chimiothérapeutique, dans le cadre d'une fenêtre thérapeutique

- un lieu d'observation et d'évaluation clinique d'un sujet difficile et compliqué sur le plan psychopathologique
- un lieu pour une période de transition dans l'attente d'une admission e UMD (Unité Malades Difficiles)

Fonctionnement

L'admission se fait sur indication médicale, directement dans l'unité pour éviter les risques de fugue et de passage à l'acte.

La procédure est connue et diffusée à l'ensemble du site.

L'accès à l'unité est équipé d'un sas détecteur de métaux

La prise en charge est organisée autour de 2 temps fort :

- 1^{er} temps : admission et observation de 48h à 72h en chambre d'isolement ou le patient bénéficie de soins attentifs
- 2^{ème} temps : si l'état du patient le permet, réintégration progressive en situation de groupe et vie collective, sur avis médical.
- Chaque partie du service est en cloisonnée, les patients sont dans un même lieu en même temps
- Les écrans de surveillance sont situés dans le bureau infirmier, vitré, inclus dans les lieux communs de vie des patients, il est important que les malades puissent voir les soignants à tous moments.

Le travail du soignant dans la structure

Le travail du soignant dans cette structure est particulièrement orienté vers l'appréciation du degré de dangerosité et du caractère pathologique des comportements.

Hormis les soins relatifs aux patients en isolement :

- surveillance de l'état de conscience
- anticipation des passages à l'acte auto ou hétéro-agressif
- alimentation /hydratation
- hygiène
- surveillance des paramètres
- compliance au traitement
- respect des règles établies

L'infirmier anime en collaboration avec l'aide soignant des activités à visée sociothérapeutiques qui ponctuent la prise en charge du patient dès qu'il est en partie commune.

- activités sportives
- activités de médiation à la relation
- vidéo-débat
- psychomotricité (surveillance pendant les séances)

Une réunion clinique à lieu tous les matins, en équipe pluridisciplinaire, c'est le temps de partage ou s'élabore le soin. Ce temps de partage contribue à la professionnalisation des équipes.

Positionnement infirmier

Plus que partout ailleurs en psychiatrie, la mise en œuvre des soins exige de la part de l'infirmier à l'USIP de s'appréhender comme sujet soignant, c'est-à-dire d'avoir une connaissance de soi qui se traduit par les capacités suivantes¹ :

- reconnaître ses limites
- ajuster ses distances relationnelles
- comprendre ses propres mécanismes psychoaffectifs
- repérer ses mécanismes de défenses en jeu
- identifier la manière de progresser de la relation à la personne soignée dans le processus en cours
- analyser et évaluer ses prises en charge relationnelles
- soutenir des engagements de soins dans la durée

Ces compétences permettent d'engager une relation d'aide thérapeutique individuelle ou groupale avec, comme support et étayage essentiel, le travail en équipe sur les situations de soins.

¹ Soins psychiatrie n°216/septembre 2001 : dossier : la spécialisation, l'avenir d'une réalité ?
Alain VERAN, Cadre Infirmier, Pôle de Psychiatrie Générale 6-9-13

Les soins infirmiers en psychiatrie

L'infirmier exerçant dans le cadre du dispositif psychiatrique, dispense des soins infirmiers tant au niveau individuel que collectif. Il intervient au sein d'une équipe pluridisciplinaire dans les domaines de la prévention, de la cure, de la post-cure et de la réinsertion.

En ce qui concerne les soins pendant l'hospitalisation on peut faire référence à deux grandes notions :

1. soins infirmiers et travail singulier

2. soins infirmiers et travail en équipe

1-Le travail singulier peut être définie ainsi :

- la fonction d'observation dynamique et clinique (repérage des signes de la pathologie...)
- la fonction de permanence (la continuité des soins par la présence continue de l'infirmier)
- la fonction de répétiteur (répéter les choses de la vie courante, afin qu'elles soient repérées par le patient et délimitent le cadre)
- la fonction d'improvisation (liée à l'imprévu du travail auprès de patients psychiatriques)
- la fonction d'étayage (soutenir, accompagner le patient)
- la fonction d'attention (l'infirmier est présent dans l'unité, reste vigilant sur ce qui pourrait gêner le bon fonctionnement de cette dernière. Il régule le groupe et protège les membres de dernier)
- la fonction d'information (le soignant fait circuler l'information concernant les membres de l'équipe, les patients, l'institution)
- la fonction d'écoute (qui permet d'établir une relation de confiance et permet à l'autre souffrant d'exister).

2- soins infirmiers et travail en équipe

- la réalité du travail en équipe se traduit par le sentiment d'appartenance à un groupe. Ce qui est propre à la psychiatrie c'est le fait de soigner des troubles de la relation, mettant en question les soignants quant à leur propre modalités relationnelles.
- La difficulté de la relation au patient tient au fait que le sujet est « modifié » par sa psychopathologie. Le patient nous montre sa souffrance au travers de son psychisme.
- L'appartenance au groupe soignant, s'inscrit ici dans le fait d'avoir envie de parler aux autres : collègues soignants, avec lesquels nous devons savoir faire alliance, compromis, afin de maintenir le cadre de cohérence nécessaire à la continuité des soins.

Parfois les manifestations symptomatiques de la maladie, génèrent des troubles du comportement. Les risques sont alors multiples. Les soins infirmiers aux personnes atteintes « de psychose, de perversions, d'états psychopathiques » peuvent dans les situations d'urgence prendre l'allure de mesure coercitives : limiter les risques et prendre les mesures conservatoires devient nécessaire lorsque la relation et la communication sont rompues. Lorsque les troubles du comportement ont envahi la vie de relation, on met en oeuvre des techniques de gestion d'état de crise qui font appel entre autre à la mise en chambre d'isolement. Il s'agit alors de prévenir et contenir des risques de passage à l'acte clastique, de la violence, des phénomènes de contamination à l'ensemble du groupe, et ou un débordement pulsionnel. La décision de la mise CI est partagée par l'équipe en service.

Violence et agressivité

○ La violence

Bien qu'il y ait un continuum entre violences et agressivité et dangerosité, ces états ne doivent pas être confondus. Le comportement humain est souvent complexe ; s'il n'est pas correctement contenu, il peut entraîner l'individu et à plus forte raison l'adolescent vers des débordements incontrôlables violents tant à l'égard de lui-même qu'à l'égard d'autrui.

*« On pourrait dire qu'un comportement agressif est toujours une réponse inadaptée à une **communication impossible**¹ »*

La violence qui est l'expression de l'agressivité du sujet à travers son comportement, est souvent influencée par la situation et le milieu.

Elle peut être d'expression individuelle ou bien groupale.

Elle se divise en deux formes :

- **une forme active** se traduisant par trois situations : **une violence verbale** d'une part qui s'exprime par la parole et témoigne d'une agressivité plus ou moins importante dans le cadre du discours. Il n'y a pas dans ce cas là de passage à l'acte ; **une violence physique** d'autre part qui se manifeste dans le comportement du sujet par un passage à l'acte et une agression physique corporelle ; une combinaison des deux enfin : **c'est le cas de la colère**, qui souvent allie violence verbale et physique.
- **Une forme passive**, ne comportant aucune agression extériorisée. Dans ce cadre on notera la violence par procuration, celle reçue quotidiennement par les médias... les jeux vidéo et on sait combien les ados y sont sensibles...

¹ Dr Louis ROURE, Médecin-Chef Responsable du Pôle de Psychiatrie Légale CH Sainte Marie Nice

« L'expression clinique visible de la violence est généralement graduée de la manière suivante² » :

- L'énervement
- L'impulsivité
- La colère
- La fureur

L'agressivité

L'agressivité est une disposition essentielle de chaque être humain, il faut la séparer de l'agression qui quitte le niveau potentiel pour s'accomplir dans l'acte, et de la violence avec abus de force.

De nombreux auteurs considèrent que l'agressivité est un trait fondamental de toute personnalité, à l'origine des conduites constructives et intégrées à la vie en société.

L'agressivité peut être contenue ou modifiée par l'un des trois processus suivants :

- la répression relevant de la peur des sanctions, du développement de la personnalité morale
- la dérivation dans les activités ludiques des exploits guerriers des compétitions sportives ou universitaires
- la sublimation vers des aspirations mystiques altruistes, artistiques ou sentimentales.

« Il existe une intentionnalité de l'acte agressif correspondant généralement à un acte nuisible dirigé vers un tiers. L'agression désigne un comportement physique ou verbal dirigé contre une personne avec l'intention de faire mal sur le plan physique ou psychologique ou les deux.

² Dr Louis ROURE, Médecin-Chef Responsable du Pôle de Psychiatrie Légale CH Sainte Marie Nice

Il existe deux formes d'agressivité :

L'auto agressivité qui ne se rencontre pas seulement dans la mélancolie ou la dépression générale, mais également dans de nombreux états névrotiques, elle ne se manifeste pas seulement par une aspiration au suicide mais aussi :

- des automutilations
 - des mortifications physiques (anorexie mentale) ou morales (auto humiliation) ;
- l'hétéroagressivité

Etat de crise ou urgence psychiatrique ?

Conduite infirmière

Généralités

L'infirmier participe à installer un cadre thérapeutique et mène des interventions de crise qui amèneront le sujet à dépasser l'état psychiatrique aigu. A la fin de cette intervention de crise le sujet va être à nouveau capable, comme sujet de son histoire : d'exprimer une demande de soins personnelle.

Pour avoir une conduite efficace, l'infirmier doit tout d'abord identifier le contexte des manifestations du patient :

- Mettre en évidence le contexte relationnel
- Avoir une compréhension des symptômes
- Elaborer une hypothèse

Le niveau d'urgence peut être considéré sous deux angles différents :

1. Celui de l'agitation compréhensible lié à :

- Agitation liée à une situation conflictuelle établie et identifiée (état normal exagéré) spasmophilie, crise stress, syndrome de manque et l'écoute attentive peut être efficace
- Ivresse excitomotrice (attention au risque de passage de à l'acte auto ou hétéro agressif)

- Crise hystérique : dépend du regard d'autrui, en partie donc du regard et de l'attention que le soignant va porter (n'oublions pas que c'est une véritable souffrance)
- Déséquilibre psychopathique : intolérance à la frustration, le patient cherche à transgresser les limites du cadre thérapeutique

2. l'agitation incompréhensible ou l'urgence psychiatrique liée à :

- Rupture avec le normal, le patient est « perdu »
- Gestes et propos incohérents
- L'entourage n'est pas concerné par le problème

L'étiologie peut être nombreuse :

- Il apparaît important de faire la différence avec une cause organique :
 - confusion mentale avec désorientation, des troubles mnésiques, une obnubilation de la conscience, onirisme
 - une intoxication ou un sevrage
 - une origine infectieuse
 - une origine neurologique
 - une origine endocrinienne

La rupture avec le normal se manifeste dans les décompensations de types psychiatriques et peuvent être identifiées comme :

- la décompensation maniaque avec hyperactivité, logorrhée, insomnies, tachypsychie
- agitation et délire dans la bouffée délirante aiguë
- l'agitation et signes schizophréniques, bizarreries du comportement, contact difficile, le discours est flou, incohérent, risques de passages à l'acte impulsifs de violence auto ou hétéro-agressive sans motif apparent.

L'évaluation de la dangerosité est toujours subjective. La confrontation à un sujet menaçant impose une évaluation minutieuse du risque de passage à l'acte.

Dans ce cadre si l'infirmière identifie un risque de passage à l'acte envers un autre patient, des visiteurs, un membre de l'équipe, elle doit alors faire le nécessaire en fonction des compétences et des moyens dont elle dispose : il faut dès lors se référer au décret 2004-802 du 29/07/04 relatif aux parties IV et V du code de la santé publique.

Et d'après l'article R4311-5 *« dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier accomplit les ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement »*

L'infirmière a donc un devoir de surveillance du comportement du patient, et en cas d'identification et de manifestations de troubles du comportement, ce qui est convenu d'appeler un danger imminent avec risque de passage à l'acte on se réfère alors à l'Article R4311-14 « *encas d'urgence et en dehors de la mise en œuvre du protocole, l'infirmier décide des gestes à pratiquer en attendant que puisse intervenir un médecin...* »

L'infirmière pourrait alors isoler le patient qui présente des risques, pour protéger le patient et son entourage.

aussitôt abandonnées pour d'autres et souvent une tendance à l'agressivité ou à la violence.

L'étiologie peut être organique, psychiatrique ou d'origine toxique.

- Les étiologies organiques doivent toujours être envisagées. Les causes organiques sont nombreuses (affections douloureuses aiguës : infarctus du myocarde, pancréatite chronique, syndrome abdominal douloureux, fracture chez la personne âgée...)
- Les étiologies toxiques : après intoxication ou sevrage d'une substance toxique. (alcool, benzodiazépines, antidépresseurs, corticoïdes)
- L'étiologie psychiatrique
 - Agitation et exaltation de l'humeur dans l'état maniaque. L'agitation est souvent ludique, l'humeur est exaltée mais versatile, l'excitation psychomotrice est patente, fuite des idées, logorrhée, jeux de mots. Ces conduites peuvent entraîner de l'agressivité chez les autres patients. La mise en CI pourra donc être indiquée pour protéger le patient, lui permettre de se calmer en l'isolant des stimulations extérieures, lui imposer du repos afin d'éviter un épuisement.
 - Agitation et délire dans la bouffée délirante aiguë. L'agitation s'accompagne d'idées délirantes extériorisées. Le délire est riche et polymorphe, auquel le patient adhère. C'est l'adhésion du patient au délire qui explique ses troubles du comportement et son agitation, avec agressivité, fuite, peur, agitation ludique. En fonction du danger que cet état représente, autant pour le patient que pour autrui, une mise en CI peut être indiquée.
 - Agitation et signes schizophréniques. Le patient présente une bizarrerie du comportement, un contact souvent difficile, le discours est flou, empreint d'incohérence, discordance parfois au premier plan, idées délirantes souvent extériorisées. L'agitation des schizophrènes comporte le risque de passage à l'acte subits et impulsifs, de violence auto ou hétéro-agressive apparemment immotivée. La connaissance du patient permet une meilleure évaluation du danger. Une relation de confiance établie avec le patient permet souvent de contenir son angoisse massive et d'éviter ainsi une mise en CI. Mais elle demeure parfois nécessaire, surtout si le patient adhère

totale à son délire ou si l'angoisse psychotique est telle qu'elle ne lui permet pas d'être réceptif au discours du soignant.

- Agitation et atteinte des fonctions supérieures. Dans l'état démentiel, l'agitation peut être intense, souvent nocturne, agrémentée parfois d'accès de violence ou de troubles du comportement stéréotypés.
- Agitation et troubles de la conscience. La confusion mentale peut entraîner une agitation psychomotrice associée à une baisse de la vigilance, une DTS, des troubles de la mémoire, un onirisme délirant, des perturbations émotionnelles (anxiété, irritabilité, thymie dépressive). Ces troubles sont d'installation brutale et provoquent parfois des réactions de fuite et d'agressivité. La confusion mentale peut être d'origines diverses (neurologiques, infectieuses, toxiques, endocrino-métaboliques, psychiatriques d'origine psychogène ou chimiothérapique).

Conduite à tenir face à un état d'agitation

Dans un premier temps il s'agira de dédramatiser la situation : on isole le patient dans une pièce calme, on lui parle doucement mais fermement. Il faut prendre son temps pour nouer une relation avec le patient, lui expliquer que les soignants sont là pour comprendre la situation afin de mieux l'aider. Parfois les visites peuvent aggraver l'état d'agitation, demander donc de quitter le service tout en les rassurant quant à la prise en charge du patient. L'attitude doit toujours être rassurante, apaisante. Appliquer le traitement sédatif s'il est prescrit, en expliquant au patient qu'il lui est donné pour l'aider à se détendre. Faire appel au médecin si cela s'avère nécessaire, mais il n'est pas rare qu'un état d'agitation puisse être calmé par un simple entretien. En présence d'une confusion mentale, le traitement sédatif peut aggraver la confusion et donc majorer l'agitation. Dans les origines psychiatriques, on a souvent recours à un neuroleptique sédatif associé à une benzodiazépine dans le cas d'agitation majeure, d'une seule benzo en cas d'agitation modérée. En fonction de la dangerosité, un isolement peut être indiqué.

Evaluation de la dangerosité

L'appréciation de la dangerosité est toujours empreinte de subjectivité. La confrontation à un sujet menaçant impose l'évaluation minutieuse du risque de passage à l'acte. Cette évaluation ne peut être fondée sur un simple diagnostic.

- Le patient présente un état maniaque : l'agitation du maniaque est classiquement ludique et plus spectaculaire que dangereuse, mais le risque de passage à l'acte est toujours possible chez un patient à l'humeur versatile. Se méfier d'une alcoolisation associée.
- Le patient présente une personnalité pathologique : le passage à l'acte agressif s'inscrit au sein de troubles caractériels (instabilité, impulsivité, intolérance à la frustration, recherche de satisfaction immédiate, absence de mentalisation des conflits qui sont surtout agis) chez le patient psychopathe. L'attitude soignante doit rester ferme sans être rejetante.
- Le patient présente un délire chronique paranoïaque : le délire structuré, paralogique auquel le patient adhère peut le conduire à des actes de défense ou de vengeance. L'existence d'un persécuteur désigné accroît la dangerosité.
- Le patient présente des troubles schizophréniques : les actes auto ou hétéro agressifs sont toujours possibles. La présence d'injonction hallucinatoire (hallucination auditive donnant des ordres au patient) accroît le risque d'un passage à l'acte imprévisible.

2. Idées ou conduites suicidaires

- Le syndrome dépressif. La présence d'une humeur triste, d'idées de culpabilité d'autodépréciations font suspecter un syndrome dépressif. Les idées suicidaires apparaissent comme seule alternative face à son désespoir ou à sa souffrance de vivre. On recherchera les éléments faisant suspecter un syndrome dépressif sévère ou mélancolique : culpabilité majeure associée à des idées de ruine, d'incurabilité.
- Les troubles de la personnalité. Dans les situations de crise psychologique les sujets ayant un trouble de la personnalité peuvent présenter des idées suicidaires réactionnelles. Il s'agit d'un acte impulsif permettant au patient de décharger son agressivité et d'exprimer à son entourage sa frustration.
- Les syndromes délirants. Par un geste auto agressif, le patient peut vouloir échapper à des persécutions d'ordre délirantes.

3. Crise d'angoisse aiguë

La crise d'angoisse aiguë est définie comme la survenue brutale d'une peur intense et sans objet, qui s'accompagne souvent d'un sentiment de mort imminente ou de l'impression de devenir fou ou encore de l'imminence d'une catastrophe.

Elle se retrouve dans la plupart des urgences psychiatriques. Elle peut s'accompagner d'une excitation psychomotrice, d'une agressivité ou d'un ralentissement global. Des symptômes somatiques peuvent s'y associer et masquer plus ou moins le tableau psychique (sensation d'étouffement, oppression thoracique, palpitations, sueurs, tremblements, nausées, vomissements, algies diverses, sensations vertigineuses...).

Les étiologies organiques doivent toujours être envisagées. Il peut également s'agir d'étiologies toxiques (corticoïdes, antidépresseurs non sédatifs, neuroleptiques, désinhibiteurs...). Il existe diverses étiologies psychiatriques :

- Crise d'angoisse réactionnelle à un événement traumatique
- La dépression anxieuse
- L'attaque de panique ou névrose d'angoisse
- Décompensation d'une pathologie névrotique structurée
- Décompensation d'une pathologie psychotique

La crise d'angoisse nécessite toujours une prise en charge immédiate. Le soignant proposera toujours un entretien au patient ce qui lui permettra d'évaluer la gravité de la crise et surtout de le rassurer. Il arrive souvent que la crise cède à la réassurance. Des traitements peuvent être prescrits comme les anxiolytiques ou les neuroleptiques sédatifs, ils doivent toujours être administrés en expliquant au patient leur effet apaisant.

Rôle de l'IDE avant la MCI

L'IDE évalue la nécessité d'un isolement. Devant un patient agité, agressif, l'IDE doit toujours essayer d'établir un dialogue avec le patient en privilégiant l'écoute attentive, en évitant l'agressivité inutile, en tenant compte des éléments connus de la pathologie, de la personnalité du patient, de ses antécédents. L'agitation, l'agressivité sont bien souvent liées à un état d'angoisse. L'entretien IDE suffit bien souvent à désamorcer la crise, le patient est en demande d'écoute. Si l'isolement s'avère nécessaire, adopter une attitude d'équilibre entre fermeté et l'écoute en évitant le rapport de force direct :

- Parler d'un ton calme et posé

Les différents modes d'Hospitalisations en psychiatrie et les soins sous contrainte

L'exercice de la psychiatrie en particulier publique, est régi par de nombreux textes de lois.

Ces lois témoignent à la fois de l'évolution de la discipline (les malades sont hors les murs de l'asile) et de l'évolution de la société (respect des Droits de l'homme). Les lois les plus utiles à connaître pour les équipes soignantes concernent les différents modes d'hospitalisations et les mesures de protection des biens¹.

La mission de la psychiatrie publique actuelle est animée par plusieurs tendances qui sont clairement définies dans le SROSS III version 2006².

1. la première d'entre-elles est d'organiser sur un territoire donné une offre de soins à l'aide d'un dispositif permettant de proposer des alternatives à l'hospitalisation par des prises en charge ambulatoires au plus près du domicile des patients.
2. la seconde consiste à prendre en charge en charge dans le domaine de la précarité et des plus démunis la souffrance, la détresse et la pathologie résultant d'un contexte médico-social défavorable.
3. la troisième résulte de l'obligation faite au service public de prendre en charge les patients en hospitalisation libre, **et les patients présentant un état dangereux dans le cadre de la loi du 30 juin 1990** du Code de la Santé Publique relative à l'hospitalisation sous contrainte et de l'ordonnance 45 du CPP, et les patients impliqués dans une contrainte médico-légale.

¹ Psychiatrie pour le DE et les équipes soignantes Editions FRISON-Roche

² Dr Pierre Girardet Psychiatre (introduction Projet PPL 2008)

La loi du 27 Juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation règle de façon précise et très contraignante l'hospitalisation des malades mentaux sans leur consentement.

(Elle a remplacé celle du 30 juin 1838...il a donc fallu plus de 150 ans pour que la loi soit modifiée). Le terme de placement d'office ou volontaire issu de la loi du 30 juin 1838 a cédé la place à celui d'hospitalisation d'office ou à la demande d'un tiers pour le second terme.

Le chapitre 1^{er} du titre IV du livre III du Code de la Santé Publique est intitulé : « organisation générale de la lutte contre les maladies mentales et droits des personnes hospitalisées en raisons de troubles mentaux ».

- **Il comprend l'Article L.326** et les Art.L 326-1 à 330-1 ;

Art.326-1- nul ne peut être sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, être hospitalisé ou maintenu en hospitalisation dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux hormis les cas prévus par la loi et notamment le chapitre 3 du Code de la Santé Publique.

Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien de son choix, ou à l'équipe de santé mentale de son choix publique ou privée, dans le secteur ou à l'extérieur du secteur concerné.

Art.326-2- Toute personne hospitalisée avec son consentement pour troubles mentaux est dite en hospitalisation libre.

Art.326-3- lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celle nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. En toute circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Les différents modes d'hospitalisation :

- l'**H**ospitalisation **L**ibre (Admission dans un établissement de santé public ou privé d'une personne présentant des troubles mentaux et consentant ce transfert³).
- l'**H**ospitalisation à la **D**emande d'un **T**iers
- l'**H**ospitalisation d'**O**ffice
- **En ce qui concerne les mineurs :**
- Sous **A**utorité **P**arentale
- A la demande d'un juge pour enfant ou d'un juge des tutelles : en **OPP** (ordonnance de placement provisoire 45 du Code de Procédure Pénale ou ordonnance 375 du Code Civil pour ce qui est de la protection du mineur).
- **En ce qui concerne les détenus** dont l'état de santé psychique empêche le maintien en détention : le détenu est alors hospitalisé en **HO D 398 du Code de Procédure Pénale**. l'équipe soignante est confrontée à la double obligation de garde et de soin et au strict respect des procédures sécuritaires dans l'accompagnement des patients détenus.

³ Définition « Dictionnaire des soins infirmiers » Editions AMIEC 1995

Exemple :
Homme de 25 ans
Entré en H.D.T. au service J - Hôpital Pasteur.

Schizophrène → Rechute avec

- Délire
- Syndrome influence
- Violence
- Auto-agressivité

- Agression du personnel → Atmosphère lourde dans le service (inquiétude)
+ Souffrance du sujet → Remise en chambre d'isolement
(contention et traitement chimiothérapique).

- Non sédation des troubles du comportement / 24 heures → demande admission à l'U.M.A.P.

- Procédure → 2 heures après arrivée du patient :

- Examen médical
- Bilan infirmier à l'entrée
- Mise en chambre d'isolement
- Protocole de surveillance
- Adaptation du traitement sédatif

- Sortie chambre isolement au bout de 2 jours

- 3^{ème} jour : Synthèse Equipe J + U.M.A.P. : décision de poursuite séjour de rupture pendant 5 jours encore.

- Amélioration du traitement et baisse de l'agressivité.

- 8 jours après admission = l'Equipe du J vient rechercher son patient qui sort en H.D.T.

Exemple :
Homme de 26 ans
Récidiviste
Aucun passé psychiatrique connu

Incarcéré à la M.A.G. pour vols avec violence et condamné à 2 ans de prison par le T.G.I. de GRASSE.

1^{ère} incarcération : M.A.G.

Troubles du comportement avec

4 Tentative Suicide

{ Incendie Cellule

{ Bagarre....

Attitude opposition vis-à-vis des Surveillants.

Audition M.A.G.

H.O. D. 398 CPP



Admission U.M.A.P. pour diagnostic / orientation et thérapeutique

Calme

→ retour M.A.N. / J.A.P. (accord).

2^{ème} incarcération : M.A.N.

Troubles du comportement + opposition grave aux Surveillants.



Mise en isolement : très mal. Problèmes scatologiques.

Ex. médical

H.O. D398 CPP

U.M.A.P.

Emergence Délire empoisonnement / persécution

Traitement neuroleptique



Retour M.A.N.

*Projet (Indication : terminer peine en S.M.P.R.)

Départ 5 jours après retour M.A.N. avec S.M.P.R. Baumettes à Marseille.

Exemple :

Homme de 27 ans

Placé en garde à vue à Villefranche / Mer pour violences physiques et tentative de meurtre :

Agression subite et soudaine dans le train Nice-Vintimille d'une femme qu'il ne connaissait pas avec une bouteille cassée blessée gravement au cou.

- Gros état d'agitation en garde à vue :

→ Psychiatre → Certificat H.O.

U.M.A.P. ← C.A.P.
(Sectorisation 10)

- Jamais hospitalisé mais gros problèmes de comportement. Toujours à la limite. Il y a 15 jours : tentative d'hospitalisation qui n'a pas été réalisée.
- Diagnostic : Schizophrénie avec délire influence (hallucinations auditives).
- Sédation de l'agitation mais persistance du délire → Dangerosité psychiatrique.
- Synthèse avec le service 10 → Décision que le Service 10 fasse une demande U.M.D.
- Transfert accepté en U.M.D.
- C'est le Service 10 qui accompagnera son patient en U.M.D. Cadillac lorsqu'une place sera dégagée.

Exemple :
Mineure de 14 ans.

- Déviance violence physique de ses parents
 - père placé en garde à vue
 - Enquête préliminaire ne fait rien ressortir.
- Juge → décision éloignement fille/famille
- Placement en Foyer P.J.J. à Nice.
- Bilan Psychologique :
 - Débilité légère
 - Difficulté compréhension des règles de fonctionnement
 - Opposition systématique à l'adulte
- Agitation et violence à l'égard d'une camarade (sans raison apparente).
 - Urgence Hôpital Lenval (enfants)
 - C.A.P.
 - Demande Admission U.M.A.P.
- Juge des Enfants → O.P.P. 45 immédiate pour placement dans le service à l'U.M.A.P.
- Admission
- Calme/Sédation traitement/débilité confirmée
- Synthèse avec l'équipe du foyer après 5 jours d'hospitalisation puis au bout de 15 jours
→ O.P.P. 45 levée par le Juge des Enfants
 - Retour en Foyer avec projet I.M.P.