MINISTERE DES
AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE L'ENVIRONNEMENT

BRUXELLES, le 08/02/2001

Administration des Soins de Santé

Direction de la politique
des soins de santé

CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Section "Programmation et Agrément"

Groupe de travail permanent
"PSYCHIATRIE"

N/Réf. : CNEH/D/PSY/185-1 (*)

AVIS EN MATIERE DE PRISE EN CHARGE ET DE TRAITEMENT DES PATIENTS PRESENTANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ET/OU AGRESSIFS.

(*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau extraordinaire du 08/02/2001

Le premier avis du Conseil national des établissements hospitaliers (C.N.E.H.) relatif aux patients présentant des troubles du comportement et/ou agressifs (P.T.C.A.) a été ratifié par le Bureau du Conseil le 18 novembre 1993 (cf. CNEH/D/72-6).

Après le lancement d'un projet-pilote en matière d'unités P.T.C.A. en Belgique par le Ministère des affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement, le groupe de travail permanent 'psychiatrie' estime nécessaire d'émettre un deuxième avis fondé sur l'expérience acquise en cette matière.
Le projet-pilote en question a démarré en juin 1995 et a été prolongé jusqu'à la fin 2000. L'équipe scientifique du projet-pilote a publié son rapport final au premier trimestre 2000.

1. Buts du projet-pilote 'Les centres P.T.C.A. en Belgique'.

En termes généraux, le projet-pilote P.T.C.A. a été lancé en raison de l'absence de connaissances relatives au patients présentant des troubles du comportement et/ou agressifs. Plus concrètement, les questions se sont focalisées sur quatre buts de recherche, à savoir :

- description empirique du groupe-cible (critères d'inclusion et d'exclusion pour une admission dans une unité P.T.C.A.);
- analyse de la prise en charge du groupe-cible (offre d'un milieu, traitement et possibilités de resocialisation);
- étude de la possibilité d'organiser des unités P.T.C.A. spécifiques et de la capacité des patients P.T.C.A. à bénéficier d'un traitement (personnel, plan de traitement, moyens, architecture);
- examen de la possibilité de développer une structure suprarégionale en tant que circuit de soins P.T.C.A.

La littérature scientifique part généralement du principe que les patients P.T.C.A. se caractérisent par un comportement rebelle et par la déstabilisation permanente des structures d'accueil existantes. Il s'agit de patients qui font régulièrement preuve d'un comportement agressif envers eux-mêmes et/ou autrui et qui ont déjà connu plusieurs séjours en établissement psychiatrique. Leur admission dans un milieu protégé et structuré est donc nécessaire.

On n'a pas retenu certaines catégories de patients, entre autres les patients de moins de 18 ans, les handicapés mentaux, les patients affectés d'une pathologie organique

irréversible, les personnes présentants un comportement criminel ou les personnes transferées par un juge dans le cadre d'une peine de substitution en l'absence de pathologie psychiatrique spécifique ou les patients toxicomanes ne manifestant pas de comportement agressif, les psychotiques chroniques stabilisés et les patients qui ont fait preuve une fois seulement ou occasionnellement d'un comportement disruptif.

Il y a deux raisons à la création d'unités ou de structures d'accueil spécifiques pour les patients P.T.C.A. D'une part, l'amélioration de la qualité de la vie du patient par le recours à des stratégies thérapeutiques efficaces. D'autre part, on considère que l'admission temporaire d'un patient P.T.C.A. permet d'éviter la surcharge de l'établissement dont provient le patient et de créer des nouvelles opportunités pour le patient ainsi que pour l'établissement afin de rediger un nouveau plan thérapeutique avec l'aide d'une compétence spécialisée.

Trois établissements ont été choisis par l'Autorité fédérale pour participer à ce projet

le Centre psychiatrique '*Bethaniënhuis*' à Zoersel;
le Centre hospitalier '*Jean Titeca*' à Bruxelles
le Centre hospitalier psychiatrique '*Les Marronniers*' à Tournai

Une équipe de recherche associée au Centre universitaire '*Sint-Jozef* à Kortenberg a été chargée d'accompagner la recherche et d'agir en tant que conseil auprès des trois établissements participants.

L'équipe de recherche, les trois centres qui font l'objet de l'expérience et l'Autorité fédérale, en l'espèce la Direction de la politique des soins de santé du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement se sont réunis mensuellement depuis le lancement du projet jusqu'à sa phase finale afin d'établir un état des lieux, d'élucider les difficultés et de suggérer des solutions aux problèmes éventuellement rencontrés.

Les trois établissements expérimentaux disposaient chacun déjà d'une section consacrée à la prise en charge d'une population spécifique de patients P.T.C.A., en conséquence de quoi, dès le début du projet-pilote, ceux-ci différaient considérablement en matière d'organisation et d'approche thérapeutique. On peut avoir une idée de ces différences en se reportant au protocole de traitement établi au cours du projet par chacun des établissements participants. L'équipe de recherche n'a donc pas imposé à ces établissements un protocole de traitement uniforme.

En plus de ces trois groupes expérimentaux de patients P.T.C.A., on a tenté de placer des groupes de patients analogues qui seraient suivis en tant que groupes témoins. En raison des différences entre les trois centres expérimentaux, il fallut composer un groupe témoin optimal pour chacune des trois populations.

Au commencement du projet-pilote, on a créé dans chacun des centres expérimentaux participants une unité P.T.C.A. Dans chaque centre, on a prélevé 8 lits dans une unité de vie en comptant 20 à 30, pour les attribuer à une nouvelle unité P.T.C.A. En raison toutefois des inconvénients et des difficultés rencontrés dans le traitement d'une population P.T.C.A. dans le cadre d'une section psychiatrique classique, tant l'Autorité fédérale que l'équipe de recherche ont insisté sur la création d'une unité P.T.C.A.

architecturalement distincte. La réalisation de ces unités architecturalement distinctes dans les trois centres expérimentaux s'est faite à trois moments différents , à savoir :

- le Centre psychiatrique '*Bethaniënhuis*' à Zoersel: février 1996
- le Centre hospitalier '*Jean Titeca*' à Bruxelles: juin 1997
- le Centre hospitalier psychiatrique '*Les Marronniers*' à Tournai: juillet 1997

Lors du lancement du projet, l'encadrement minimal obligatoire était censé se composer de:

1 ETP psychiatre
1 ETP psychologue
6 ETP infirmiers
6 ETP membres du personnel possédant une formation paramédicale, sociale ou thérapeutique

☞ ***Conclusions du projet-pilote***

On constate qu'en Belgique la demande en matière de prise en charge de patients P.T.C.A. excède l'offre. Certains résultats du projet-pilote indiquent que la prise en charge de patients P.T.C.A. est faisable tant pour les patients que pour le personnel.

Il ressort d'une comparaison avec les groupes témoins qui ont bénéficié d'un encadrement normal, que la création d'unités P.T.C.A. spécifiques et séparées avec un encadrement plus nombreux (17 ETP pour 8 patients) ne s'avère pas seulement judicieuse et nécessaire mais également faisable et surtout efficace d'un point de vue thérapeutique; en effet, les résultats obtenus sont cohérents (scores sur différentes échelles de mesure permettant d'établir le comportement et le bien-être des patients) et l'on constate même une amélioration un an après la sortie d'une unité P.T.C.A. Il ressort d'une enquête que ces patients connaissent une amélioration sensible de la qualité de la vie.

Un effectif de 14 ETP était insuffisant pour répondre aux exigences thérapeutiques, et pour assurer la sécurité nécessaire au traitement de patients P.T.C.A. C'est pourquoi il a été proposé de porter l'encadrement d'origine à 17 ETP par unité de 8 lits P.T.C.A.:

1 ETP psychiatre
1 ETP infirmier en chef
12 ETP infirmiers ou accompagnateurs assurant une surveilance permanente
1 ETP psychologue
0,5 ETP ergothérapeute
0,5 ETP kinésithérapeute
0,5 ETP assistant en psychologie
0,5 ETP assistant social

Cet effectif a non seulement permis de garantir une surveillance et une sécurité adéquates, mais également de proposer suffisamment d'activités et d'interventions thérapeutiques. Il convient de faire remarquer que le nombre de membres du personnel n'est pas le seul facteur permettant d'obtenir des résultats positifs dans la prise en charge

et le traitement de patients P.T.C.A., mais qu'il faut également tenir compte de l'expertise et du degré de multidisciplinarité de l'équipe de soins.
Sur la base de cette proposition, l'Autorité fédérale à accordé une extension de trois ETP par centre, ce qui donne un total de 17 ETP par unité de 8 patients.

2. Avis sur la politique à mener sur la base des résultats du projet-pilote 'Les centres P.T.C.A. en Belgique'.

Vu que le projet-pilote concerne des patients adultes, il est impossible d'établir un jugement scientifique concernant les jeunes, les patients psychiatriques relevant de la justice (p.ex. les internés) et les personnes âgées. Il est possible d'obtenir plus d'informations concernant d'autres groupes-cibles par des recherches et/ou projets-pilotes ultérieurs.

Il convient de distinguer un certain nombre de niveaux ou d'étapes dans la prestation de soins aux patients P.T.C.A. :

1. Des *actions préventives* dans toutes les composantes des soins de santé mentale, p.ex. la mise sur pied d'une intervision et d'une psycho-éducation autour de patients connaissant des problèmes liés à ceux des P.T.C.A., auxquelles participeraient les représentants des différents établissements. Dans l'organisation de celles-ci, les plateformes de concertation 'soins de santé mentale' ont un rôle à jouer en collaboration avec les commissions de placement et d'accompagnement.
2. Des *avis des équipes spécialisées* qui peuvent apporter une première réponse sur place au cas où des patients manifestent en permanence un comportement déstabilisant au sein de l'établissement où ils séjournent.
3. La création et le fonctionnement d'*unités P.T.C.A. spécialisées* sur le modèle des centres expérimentaux du projet-pilote.
4. Afin d'éviter un engorgement des unités P.T.C.A. spécialisées, il est fait appel aux commissions régionales de placement et d'accompagnement, ainsi qu'aux unités P.T.C.A. spécialisées elles-même, qui sont responsables de l'avis exécutoire en matière de *postcure* du patient.

Dans le second avis partiel du groupe de travail permanent 'psychiatrie' concernant l'organisation et le développement futurs des soins de santé mentale et ratifié le 12 juin 1997 par le Bureau du Conseil (cf. CNEH/ D/115-3), on met l'accent sur les notions de *circuits et réseaux de soins* comme base de l'organisation future des soins de santé mentale.
Un circuit de soins doit en permanence assurer un minimum déterminé de missions. Mais il est inutile de prévoir la présence de certains modules, p.ex. P.T.C.A., au sein de chaque circuit de soins, en raison d'une masse critique insuffisante. Pour une population peu nombreuse, telle que celle des patients P.T.C.A., l'organisation d'un circuit de soins distinct n'est pas justifiée. La prestation de soins P.T.C.A. est considérée comme un module à l'intérieur des circuits de soins pour adultes consacré à une problématique spécifique.

Des unités architecturalement distinctes comptant de 16 à 24 patients P.T.C.A. offrent les meilleures conditions de vie et de travail tant pour les patients que pour le personnel;

ces unités doivent être subdivisées à leur tour en sous-unités comptant au moins 8 et au plus 12 patients.

Les mesures de sécurité dépendront en partie de l'agitation à laquelle on est confronté à un moment donné dans une unité P.T.C.A. C'est pourquoi les unités devraient être modulables. Cela signifie que l'on pourra transformer trois sous-unités de 8 patients en deux sous-unités de 12 patients au sein d'une même unité de vie si le 'climat général' régnant dans toutes les sous-unités le permet. Cela constitue un avantage pour la qualité de la vie des patients et du personnel travaillant dans ces unités. Tant pour des raisons de sécurité qu'en raison de la nécessité d'une surveillance permanente, il convient d'attribuer une plus grande surface par patient que celle prévue normalement pour le nombre de mètres carrés subsidiés.

Pour une unité P.T.C.A. comprenant 16 patients (2 x 8) et nécessitant un taux d'occupation de 90%, on propose l'effectif en personnel[1] suivant :

- au moins 12 infirmiers, dont au moins la moitié de niveau A1
- 4 licenciés, dont au moins 2 psychologues ayant suivi une formation de psychothérapeute
  14 fonctions au choix, dont au moins la moitié de niveau A1

Cet effectif doit compter au maximum 2 psychiatres bénéficiant d'une rémunération adaptée et pouvant assurer un présence effective de 36 heures par groupe de16 patients et par semaine. Ces psychiatres doivent posséder les compétences et l'expérience nécessaires dans le traitement de patients P.T.C.A.

L'équipe de recherche propose la création de 120 lits P.T.C.A. pour l'ensemble du pays: en Flandre, il faudrait prévoir 64 lits P.T.C.A., à Bruxelles 16 et en Wallonie 40, compte tenu du nombre d'habitants par région et des résultats d'une récente enquête menée dans 134 hôpitaux psychiatriques et généraux. Dans le présent avis, nous proposons le chiffre de 128 lits, soit 64 en Flandre, 16 à Bruxelles et 48 en Wallonie, compte tenu d'une meilleure répartition géographique et du fait que les unités de 16 patients sont les plus pratiques. Il convient toutefois de situer ce total de 128 lits dans le contexte du moratoire actuel: on ne vise pas à créer de nouveaux lits, mais à diversifier l'offre existante.
Il est en outre nécessaire de limiter la durée du séjour dans une unité P.T.C.A. L'équipe de recherche a fixé la durée maximale du séjour à 15 mois (moyenne des durées de séjour dans les centres expérimentaux + 1 écart type). Il convient en outre que l'établissement d'origine du patient soit disposé à reprendre celui-ci au cas où aucune amélioration de son état n'est constatée après l'expiration de la durée maximale du séjour dans une unité P.T.C.A.

Le parcours des patients P.T.C.A. au sein des soins de santé mentale doit être suivi par les commissions régionales de placement et d'accompagnement, et ce, afin de prévenir un engorgement des unités P.T.C.A. De telles commissions pourraient également jouer un rôle préventif et garantir un suivi scientifique ainsi que des formation spécialisées, ou bien mettre à disposition l'expérience acquise dans la prise en charge et le traitement

[1] L'effectif en personnel est présenté en fonction des qualifications, et non pas de la durée des activités (ETP ou autres).

des patients P.T.C.A. Les résultats des traitements s'améliorent sensiblement à mesure que le personnel de ces unités acquiert de l'expérience.
Les commissions régionales de placement et d'accompagnement pourront être constituées de membres du personnel traitant issus d'unités P.T.C.A. et des hôpitaux d'origine des patients, ainsi que de représentants d'autres composantes des soins de santé mentale qui pourront signaler des cas problématiques, échanger des conseils, recevoir un feed-back et suivre les patients.
Afin de garantir l'efficacité et le fonctionnement de ces commissions de placement et d'accompagnement, des moyens financiers ou des frais de fonctionnement distincts seront de préférence prévus.

L'admission d'un patient dans une unité P.T.C.A. doit se faire de préférence sur une base volontaire: la motivation du patient et du prestataire de soins est une condition essentielle pour la réussite du traitement. On ne peut toutefois pas écarter l'admission forcée dans une unité P.T.C.A., vu que la présence de patients P.T.C.A. dans un environnement non P.T.C.A. ne permet pas de garantir la sécurité du personnel et des autres patients.

Addendum

Calcul du total des frais de personnel découlant du présent avis, à l'exclusion (1) du surcoût architectural (2) du coût des activités médicales et (3) des frais de fonctionnement des commissions de placement et d'accompagnement.

[128 lits x 30 ETP/16 patients] – [128 lits x 16 ETP/30 patients] x 1,8 million BEF

On aboutit à un total de 310 million BEF en frais de personnel.