

USIP : cap vers la défense sociale

Le communiqué de presse du 15 juillet 2022 de 13 associations, dont la Fédération française de psychiatrie, intitulé : « [Les USIP : les symptômes d'une psychiatrie sans boussole](#) » a conduit à quelques réactions de courtes durées sur les réseaux sociaux, mais sans toujours prendre la mesure du message que véhicule ce communiqué pour un sujet très technique. Alors, voici un rapide point sur les USIP, ces « objets violents¹ non identifiés ».

Les premiers projets d'USIP remontent à 1991 avec l'ouverture d'une unité de ce type à Cadillac. L'acronyme USIP, pour unité de soins intensifs psychiatriques, n'existait pas encore. Le terme apparaît en 2005, après que d'autres noms aient fleuri et parfois guère glorieux, comme celui d'UMAP pour unité pour malades agités et perturbateurs — on se croirait encore au XIX^e siècle — ou plus neutres comme UPID : unité psychiatrique intersectorielle départementale.

Leur création avait pour objectif de combler le chaînon manquant² entre l'hospitalisation classique et l'unité pour malades difficiles (UMD, et le D est pour difficile et non dangereux comme on le lit parfois). Serait-ce une construction factice comme le fut celle de l'homme de Piltdown censé être le chaînon manquant entre le singe et l'homo sapiens pour rassurer notre égo ? Les USIP seraient l'outil pour effectuer une transition entre les équipes d'hospitalisation classique (encore faudrait-il se demander ce qu'est une hospitalisation classique) débordées par une évolution impossible des conditions de travail, notamment par des contraintes réglementaires, bureaucratiques, économiques (raccourcir les durées moyennes de séjour, rentabiliser le nombre de lits/bed managing, etc.) inatteignables et les UMD. Quoi que l'on pense de l'isolement et de la contention, les lois successives, les décrets et les circulaires qui en réforment l'usage illustrent un « délire » contemporain courtelinesque indéniable³.

Ne plus réussir à traiter un trouble schizophrénique ou bipolaire décompensé ou un état mélancolique semble devenir la norme — malgré la sophistication des connaissances pharmacologiques comme la pharmacogénétique/génotypage ou le développement de formes variées de psychothérapie, sans oublier le souci du rétablissement — d'où les demandes d'admission en UMD et en USIP, qui bien souvent n'en retiennent pas l'indication.

Les USIP n'ont pas, contrairement aux UMD, un cahier des charges précis, permettant d'avoir un fonctionnement qui correspondrait à leur destination. Quand certaines sont adossées à une UMD, comme à Cadillac, elles peuvent bénéficier de l'expertise des professionnels de l'UMD ; quand elles sont complètement isolées, leur fonctionnement peut ne pas offrir des soins de qualité (et la formulation est euphémistique...). Les lecteurs intéressés par la question, et ne se satisfaisant pas des analyses savantes, lapidaires et souvent définitives que l'on peut lire sur les réseaux sociaux en 280 caractères, ont tout le loisir d'étudier les rapports de visite du Contrôle général des lieux de privation de liberté (CGLPL) relatifs aux établissements ayant des USIP ou ayant le projet d'en créer (Tableau 1).

¹ Violents car stigmatisants.

² <http://foepsn.over-blog.com/article-unite-de-soins-intensifs-psychiatriques-usip-68380122.html>

³ Et [la chronique interminable de l'isolement et de la contention](#) se poursuit avec l'installation d'un comité Santé/justice qui doit suivre l'application de la loi et proposer éventuellement des ajustements.

Il devrait sembler évident que si les unités d'hospitalisation dites classiques sont en difficulté pour traiter les situations cliniques complexes, il ne peut qu'en être de même dans les USIP qui les concentreront tout en ayant les mêmes contraintes réglementaires et guère plus de moyens.

Lors de la réforme des autorisations d'activité en cours, il est apparu que certains hôpitaux psychiatriques souhaiteraient ne plus avoir l'autorisation de mener des soins sans consentement, considérant ne pas avoir les moyens humains, notamment en psychiatres, pour les assurer. Moyens insuffisants en quantité, mais aussi en qualité. La perte d'un savoir psychiatrique pour les situations cliniques complexes (voire « simples »), semblant s'accroître. Les jeunes psychiatres préférant se tourner vers une pratique libérale et les nouveaux infirmiers peu préparés à la psychiatrie sont démunis pour un ajustement relationnel et thérapeutique adéquat et se sentent en insécurité professionnelle importante.

<p>Rapport de la deuxième visite de l'unité pour malades difficiles de Villejuif (Val-de-Marne) : visite du 7 au 11 juin 2021</p> <p>Rapport de visite du centre hospitalier universitaire de Nîmes (Gard) : visite du 1er au 9 avril 2021</p> <p>Rapport de la deuxième visite de l'établissement public de santé mentale de l'Aisne à Prémontré (Aisne) : visite du 8 au 15 janvier 2021</p> <p>Rapport de la troisième visite du centre hospitalier Sainte-Marie de Nice (Alpes-Maritimes) : visite du 1er au 5 février 2021</p> <p>Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier universitaire de Montpellier (Hérault) : visite du 3 au 7 février 2020</p> <p>Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Sarreguemines (Moselle) : visite du 2 au 11 mars 2020</p> <p>Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé Pierre Jamet à Albi (Tarn) : visite du 1er au 11 avril 2019</p> <p>Rapport de la deuxième visite de l'unité pour malades difficiles de Bron (Rhône) : visite du 14 au 16 mai 2019</p> <p>Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé Vauclaire — sites de Bergerac et Montpon-Ménéstrol (Dordogne) : visite du 4 au 13 mars 2019</p> <p>Rapport de visite du centre hospitalier des Pyrénées à Pau (Pyrénées-Atlantiques) : visite du 7 au 16 mars 2018</p> <p>Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Cadillac (Gironde) : visite du 6 au 16 juin 2017</p> <p>Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Castelluccio (Corse-du-Sud) : visite du 10 au 14 avril 2017</p> <p>Rapport de visite de l'établissement public de santé mentale de Saint-Avé (Morbihan) : visite du 11 au 15 avril 2016</p> <p>Rapport de visite du service de psychiatrie du centre hospitalier de Cambrai (Nord) : visite du 30 novembre 2015</p> <p>Rapport de visite de l'établissement public de santé mentale de La Roche sur Foron (Haute-Savoie) : visite du 4 au 8 août 2014</p> <p>Rapport de la deuxième visite de l'unité pour malades difficiles de Sarreguemines (Moselle) : visite du 29 juin au 3 juillet 2015</p>
--

Tableau 1. Les rapports de visite du CGLPL sur les USIP

Pour dire les choses sans détour : les USIP ne sont pas que le symptôme de la dérive d'une psychiatrie sans boussole, il s'agirait plutôt d'une psychiatrie dont le cap serait une psychiatrie sans soins sans consentement qui resterait sous la tutelle du ministère de la Santé, tandis que les « perturbateurs » (et là, le terme redevient pertinent) relèveraient d'un système de défense sociale sous l'autorité du ministère de l'Intérieur, avec une petite intervention du ministère de la Justice, lui-même sous tutelle de l'Intérieur, et avec un minimum de soins.

La psychiatrie de secteur « inclusive » et universelle, modèle souvent inabouti, mais dont le principe est envié de bien des pays, serait enfin définitivement enterrée après avoir progressivement œuvré à son déclin, comme avec la création du secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire, en totale contradiction avec l'esprit déghettoisant des secteurs de psychiatrie générale et pédopsychiatrique. Il faut dire que la psychiatrie, semble-t-il honteuse d'elle-même, n'a pas fait preuve de vigilance pour afficher une identité forte, ne serait-ce que par les qualifications de ces outils de travail :

- les centres médico-psychologiques et non psychiatrico-psychologiques (sans même parler des budgets souvent insuffisants pour recruter des psychologues dans les CMP) ;

- les centres hospitalisés spécialisés (CHS), mais spécialisés en quoi ? ;
- les UHSA : pour qui sont-elles spécialement aménagées et pour quelle activité médicale ? ;
- même les UMD : les malades difficiles en tant que cas complexes se rencontrent en médecine et chirurgie et pas uniquement en psychiatrie ;
- les SMPR (services médicopsychologiques régionaux) : on retrouve l'euphémisation « médico » et non « psychiatrico », mais à la lecture de l'acronyme, on ne sait pas qu'ils s'adressent aux personnes détenues ; en prison, il y eut une tentative d'appellations sans ambiguïtés : DSS : dispositifs de soins somatiques, pour la médecine et DSP : dispositifs de soins psychiatriques qui ont disparu pour être remplacés par la dénomination unique : unité de soins en milieu pénitentiaire (mais au moins, on sait à peu près en quoi elles consistent) ;
- Enfin, et la liste n'est probablement pas exhaustive, les CHS, ex-hôpitaux psychiatriques ou ex-asiles d'aliénés (au moins c'était clair) sont devenus des EPSM : établissement public de santé mentale, contribuant à la confusion entre psychiatrie et santé mentale.

En glissant vers la santé mentale, les hôpitaux peuvent perdre leur compétence à s'occuper des maladies psychiatriques, et tout particulièrement des presque 100 000 personnes qui relèvent de soins sans consentement par an. Cette évolution progressive résulte d'une crainte collective à affronter la réalité de la maladie mentale, notamment dans ses formes les plus graves et les plus invalidantes, qu'elles soient aiguës (et temporaires, donc réversibles) ou chroniques. Certes, isoler et surtout contentionner un patient peut-être un acte douloureux, mais au moins est-il réversible, contrairement à l'amputation du pied d'un diabétique, d'un membre d'un accidenté qui s'est gangréné ou d'une mastectomie pour cancer du sein. Sans pour autant ne pas reconnaître des pratiques abusives, la psychiatrie parfois du fait de ses pratiques contraignantes, quand l'indication en est bien posée, le dosage contrôlé, la durée limitée à ce qui est strictement nécessaire pour avoir un effet thérapeutique, évite suicide ou actions à risque pour soi-même ou autrui. Dire cela expose à la vindicte ; mais je préfère une psychiatrie qui recourt à des pratiques contraignantes uniquement quand elles sont nécessaires plutôt que de la voir glisser vers un système de défense sociale pour les situations cliniques sévères.

Les positionnements, parfois outrageusement antipsychiatriques, ostracisant toutes les pratiques contraignantes, privilégiant le principe constitutionnel de la liberté d'aller et venir au détriment de celui de la protection de la santé, d'égale valeur juridique, concourent à l'évolution insidieuse vers un système de défense sociale. Et le pire est que même ceux qui y sont opposés, constatant l'état de la psychiatrie publique actuellement, peuvent se résigner à la création d'USIP, comme ils se sont résignés à la création des UHSA.

Outre la réelle question de fond de cette évolution vers un système de défense sociale, il convient de s'interroger sur la pertinence conjoncturelle de construire des USIP, car il est pratiquement certain qu'elles n'auront pas les moyens humains pour fonctionner correctement et elles éloigneront les patients de leur lieu de vie et de leurs proches. Plutôt que d'attribuer des budgets à des unités virtuelles, peut-être faudrait-il au moins commencer par renforcer les effectifs infirmiers dans les unités qui accueillent les situations les plus complexes et améliorer leur formation psychiatrique.

Mais quel est le pilote au Gouvernement qui décide ces orientations sanitaires ? Y en a-t-il même un ? Et avec quelles concertations avec les professionnels et les usagers ? Les projets d'USIP ne surgiraient-ils pas en fonction d'intérêts obscurs sans vision d'ensemble ? Le CGLPL dans son rapport d'activité de 2020 fait la demande suivante : « *Une analyse de la pertinence des unités de soins*

intensifs en psychiatrie (USIP) doit être conduite. Si ce dispositif devait être maintenu, un cadre réglementaire doit préciser les indications médicales et définir de manière limitative les privations de liberté possible dans ces unités ».

C'est tout le sens du communiqué de presse du 15 juillet demandant un moratoire sur tout nouveau projet d'USIP et d'une mission sur cette question. Mais plus qu'une mission ponctuelle sur les USIP, n'est-ce pas plutôt d'une loi-cadre sur la psychiatrie demandée de longue date par de nombreux professionnels et par les usagers dont la France a besoin ?

Les rafistolages successifs sur les soins sans consentement, l'isolement et la contention se poursuivront en exaspérant tout le monde tant qu'un éclaircissement ne sera pas fait sur l'équilibre à trouver entre protection de la santé et liberté d'aller et venir et pour fixer des procédures réglementaires qui respectent les droits des patients sans pour autant sombrer dans une folie procédurale inapplicable et irréaliste. Ainsi en est-il par exemple du CGLPL dans son rapport d'activité de 2021 qui demande que les unités accueillant des soins sans consentement doivent avoir des psychiatres « disposant de la plénitude d'exercice, à défaut les habilitations doivent être retirées » (Tableau 2.).

Le CGLPL demandait que des psychiatres disposant de la plénitude d'exercice soient présents dans toutes les unités habilitées à recevoir des patients en soins sans consentement. À défaut les habilitations doivent être retirées. Le CGLPL appelle l'attention des avocats et des JLD sur la nécessité d'un contrôle strict de l'aptitude statutaire des médecins à signer les actes examinés.

Le ministre de la santé indique que les textes à venir sur la réforme des autorisations répondront à cette problématique en précisant notamment que l'équipe pluridisciplinaire comportera un ou plusieurs psychiatres

Tableau 2. Le CGLP et les psychiatres habilités aux soins sans consentement

Évidemment, ce serait l'idéal, mais c'est oublier qu'en psychiatrie comme en médecine, beaucoup de services fonctionnent avec des psychiatres à diplôme étranger. Les exclure contribuera à l'évolution vers un système de défense sociale et réjouira les hôpitaux psychiatriques qui ne veulent plus assurer des soins sans consentement. Malheureusement, le sujet plutôt complexe n'est pas politiquement porteur. Il a un intérêt mineur pour le grand public, contrairement au pouvoir d'achat, aux guerres, à la crise climatique, etc.

Les USIP ne sont donc bien qu'un symptôme parmi d'autres de la maladie honteuse dont semble être atteinte la psychiatrie. Paradoxalement, il n'est pas fait état de l'augmentation inexorable du nombre de personnes consultant par an en psychiatrie : environ 2,3 millions. Si elle était aussi maltraitante, pourquoi rencontrerait-elle ce succès malgré des moyens qui peuvent répondre difficilement à cet afflux de demandes ?

Dr Michel DAVID
Psychiatre honoraire des hôpitaux
Co-référent de la sous-commission de psychiatrie légale
de la Commission nationale de psychiatrie