

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE L'ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 18/11/93

---  
Administration des établissements de soins

---  
CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS  
HOSPITALIERS

---  
Section "Programmation et Agrément"

---  
N/réf.: CNEH/D/72-6

**AVIS RELATIF AUX EQUIPEMENTS  
POUR LES PATIENTS P.A.T.C. (\*)**

(\*) Cet avis a été ratifié par le Bureau le 18/11/93

## Introduction.

Dans le cadre des soins psychiatriques, on traite des besoins et des pathologies très divers. Il existe une grande différence entre les patients névrotiques et psychotiques, entre les patients présentant des troubles relationnels et ceux confrontés au problème de la toxicomanie etc. Cette réalité a entraîné une spécialisation effective des services.

Cette diversité n'a aucune répercussion dans plusieurs types de services cliniques.

A côté des grandes distinctions telles que A-T-K et (VP), il est nécessaire de réaliser une plus grande différenciation et d'élaborer et fixer des normes spécifiques pour certains groupes-cibles de patients présentant une pathologie déterminée. Un de ces groupes-cibles est celui des patients agressifs présentant de graves troubles comportementaux (P.A.T.C), à distinguer des patients qui, dans une phase aiguë de comportement agressif, requièrent des soins intensifs (voir addendum).

L'enquête de la Communauté flamande du 31/03/85 révèle que 475 patients d'hôpitaux psychiatriques ont été enregistrés comme patients P.A.T.C. Ce groupe se compose, d'une part, de patients aigus et d'autre part, de patients dont le séjour en psychiatrie est de longue durée. Il s'agit aussi bien de femmes que d'hommes, avec une majorité d'hommes. Les handicapés mentaux représentent 40% des admissions.

Le problème de la prise en charge des patients P.A.T.C. a été discuté à plusieurs reprises au sein de la sous-commission de psychiatrie de la VAZA sur la base du document de travail 92/6 concernant les unités P.A.T.C. (voir procès-verbal sous-commission de psychiatrie 27/2/92, 26/3/92, 30/4/92, 25/6/92, 24/9/92, 26/10/92).

Afin d'avoir une meilleure connaissance de ce problème et de discerner les besoins en matière d'équipements et d'accompagnement, les membres de la VAZA ont visité plusieurs hôpitaux néerlandais qui ont organisé une prise en charge de ce type de patients.

Il ressort des discussions que le lancement de plusieurs projets pilotes est urgent afin que l'on dispose des données nécessaires en prévision du développement éventuel de services permettant d'apporter une réponse à ce problème. L'accompagnement et l'évaluation de ces projets peuvent être confiés à une commission scientifique.

### 1. Définition du groupe-cible.

Il s'agit de patients psychiatriques qui, par leur comportement, déstabilisent en permanence les structures et systèmes existants mais qui sont quand même susceptibles d'être soignés s'ils peuvent être admis pendant une période prolongée dans un milieu structuré et protégé en vue d'un traitement approprié.

## 2. Caractéristiques des patients P.A.T.C.

impossibilité chronique de contrôler leur comportement  
 risque élevé de comportement délictueux  
 tendances à fuguer  
 comportement agressif réellement ou potentiellement  
 menaçant envers soi ou envers les autres  
 difficulté de maîtriser ses impulsions  
 traitement difficile par voie médicamenteuse  
 difficultés dans l'application du traitement habituel  
 disponible  
 transferts et changements de milieu fréquents  
 problèmes de toxicomanie  
 automutilation et tentatives de suicide  
 abandon sur les plans affectif et pédagogique  
 seuil de frustration peu élevé

NB. Tous les patients P.A.T.C. ne doivent pas nécessairement présenter toutes ces caractéristiques. Il s'agit en l'occurrence d'une énumération non cumulative et non exhaustive.

## 3. Equipements nécessaires.

### a) Programme : nombre de places.

Sur la base de l'enquête de 1985 qui concernait aussi bien les patients psychiatriques que les handicapés mentaux et les patients présentant des troubles psycho-organiques, on est parvenu au nombre approximatif de 500 patients en Flandre. Ces données relatives à la Flandre devraient naturellement être extrapolées à l'ensemble de la Belgique. D'après les données diagnostiques purement psychiatriques recueillies dans le cadre de l'enquête de 1989, il semble que pour la Flandre, le chiffre total de 250 lits dans des unités de 24 patients (3x8) soit réaliste. La programmation d'unités P.A.T.C. doit être prévue dans le cadre de la programmation existante A et T des services hospitaliers psychiatriques.

Dans une première phase, on pourrait, en guise de projet-pilote, opter pour la création de 4 unités spécifiques de patients P.A.T.C., avec un fonctionnement suprarégional de 4x 16 patients (groupe d'âge de 2x8) répartis sur 4 sites, avec possibilité d'extension jusqu'à 3x8 lits, soit 24 lits par site. Ceci permettrait d'opérer une différenciation entre les hommes et/ou les femmes ainsi qu'entre les patients psychiatriques et les handicapés mentaux présentant une pathologie psychiatrique. Ces projets pilotes permettraient de recueillir des données intéressantes en vue du développement des capacités de prise en charge de patients P.A.T.C. à plus long terme. Ces données relatives à la Flandre devraient naturellement être extrapolées à l'ensemble de la Belgique.

b) Infrastructure.

Pour la prise en charge de patients P.A.T.C., il convient de prévoir dans la phase pilote, une unité séparée de 3 x 8 patients au maximum disposant de tous les espaces de séjour et de thérapie nécessaires ainsi que de locaux réservés au personnel.

Il ressort des données néerlandaises qu'une unité P.A.T.C. efficace requiert un espace représentant une fois et demie la superficie généralement prévue dans les services hospitaliers psychiatriques.

Les exigences architecturales sont les suivantes:

chambre et sanitaires individuels  
 verre de sécurité et fenêtres renforcées  
 serrures de sécurité  
 détection incendie  
 système d'appel et de surveillance rapide et efficace.  
 chambre d'isolement et chambre de sécurité pour 8 patients avec caméra de télévision  
 conditionnement d'air  
 usage de matériaux résistants  
 jardin intérieur individuel

Il convient de créer une atmosphère familiale.

c) Critères d'admission.

- Il doit s'agir d'un problème P.A.T.C. spécifique pour lequel un traitement dans un service A, T et/ou K s'est avéré insuffisant et qui concerne clairement un patient psychiatrique (diagnostic) ou des handicapés mentaux présentant une pathologie psychiatrique (à distinguer de la psychiatrie légale).

- Les patients sont transférés à partir d'un hôpital psychiatrique après indication et évaluation par la commission de placement qui doit définir les perspectives en matière de traitement.

- D'un point de vue juridique, il convient de procéder à une admission forcée du patient afin de pouvoir, en cas de comportement agressif, le placer dans un milieu structuré et protégé, par le biais notamment de la séparation et de l'isolement.

Seule la procédure d'admission forcée fournit la base juridique nécessaire pour pouvoir exercer une contrainte. Si l'admission forcée prend fin, le patient peut rester sur une base volontaire.

d) Critères de sortie.

- Evolution favorable qui permet la sortie du patient ou son transfert, en vue de la poursuite du traitement, dans un service A ou T ordinaire ou intensif, éventuellement à créer, et ce sur proposition et après avis de l'équipe chargée du traitement et de la commission de placement et d'accompagnement.

- Guère ou pas d'évolution dans l'état du patient en dépit d'un traitement intensif (de deux ans au maximum) et avis négatif formulé par la commission de placement et d'accompagnement, en concertation avec l'équipe chargée du traitement, quant à la poursuite du traitement dans une unité P.A.T.C.

- Conduite délinquante qui entraîne l'intervention d'une instance judiciaire.

4. Commission de placement et d'accompagnement.

La commission de placement et d'accompagnement à créer peut être composée, d'une part, de membres de l'équipe chargée du traitement dans les unités PATC et, d'autre part, d'experts en matière de diagnostics et de soins psychiatriques.

Dans cette commission siègent également des représentants d'associations en tant que plate-forme de concertation, ainsi que des organismes assureurs. Tous les six mois, les hôpitaux concernés doivent rédiger un rapport détaillé (nombre d'admissions, types de pathologies...).

Les membres de la commission doivent posséder une expérience leur permettant d'évaluer les cas de patients difficiles et doivent également être en mesure de siéger au sein de la commission pendant une longue période. Ils peuvent provenir de diverses disciplines (ex. psychiatre, psychologue, travailleur social et/ou infirmier social, infirmier psychiatrique) et conseillent le psychiatre, lequel a la responsabilité finale en matière d'admission et de traitement au sein de l'équipe. Ils rédigeront, en concertation avec le psychiatre responsable du traitement et son équipe, un rapport d'évaluation trimestriel sur la base duquel le concept (critères d'admission et de sortie, stratégie de traitement) peut éventuellement être adapté.

5. Effectifs de personnel et sélection.

Pour le traitement et les soins des patients PATC, on devra disposer d'infirmiers qualifiés (infirmiers brevetés et gradués, de préférence avec une formation psychiatrique) ainsi que d'autres collaborateurs possédant une expérience concernant le traitement structuré et directif de patients difficiles.

Le personnel doit également satisfaire à un certain nombre d'exigences spécifiques relatives à sa fonction :

expérience de 3 ans au moins concernant les soins dans les services hospitaliers psychiatriques  
 capacité à entretenir une relation thérapeutique de longue durée avec les patients  
 composition mixte de l'équipe:hommes-femmes  
 emploi à temps plein en fonction de la continuité des soins

a) Fonctions et nombre de personnes.

Par sous-unité de 8 patients, 3 infirmiers permanents au minimum sont nécessaires, et ce en trois équipes, à savoir le matin, l'après-midi et la nuit.

En outre, il convient également de prévoir un service de réserve pour les chevauchements et les remplacements en cas de maladie. Les services irréguliers nécessitent l'établissement d'une grille horaire qui permette de larges chevauchements durant les heures de midi afin que suffisamment de membres du personnel puissent avoir la possibilité de participer à certaines activités. A cet égard, on pense aux réunions d'équipes, aux réunions de travail, aux évaluations, aux réunions des infirmiers, à la formation permanente, aux rencontres staff-patient, à la thérapie de groupe et à l'accompagnement du travail.

Les équipes peuvent travailler comme suit:

première équipe	6.45 - 15.15
deuxième équipe	12.45 - 21.15
équipe de nuit	21 - 700
réserve	variable

b) Jours ouvrables par membre permanent du personnel d'accompagnement.

par an	365 jours
week-end (sam-dim)	104 "
jours fériés rémunérés	11 "
vacances	26 "
congé d'étude	10 "
maladie, grossesse, petit empêchement	20 "
récupération des heures supplémentaires	14 "

180 jours

	<u>sous-unité</u>	<u>sous-unité</u>	<u>sous-unité</u>
1ère équipe	3 x 8 h	3 x 8 h	3 x 8 h
2ème équipe	3 x 8 h	3 x 8 h	3 x 8 h
équipe de nuit	1 x 10 h	1 x 10 h	1 x 10 h
	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	58 h	58 h	58 h

Heures à prester/an:	58 x 3 = 174h./jour x 365 = 63.510
Personnel disponible	180j. x 8h. = 1.440
Personnel nécessaire:	63.510 : 1.440 = 44,10

c) Effectifs nécessaires par unité de 24 lits.

- personnel infirmier permanent d'accompagnement	44
- infirmier en chef	1
- infirmier en chef adjoint	1
- assistant ou infirmier social	1
- thérapeute occupationnel/ergothérapeute	2
- kinésithérapeute	0,50
- psychologue ou orthopédaogogue clinique, de préférence psychothérapeute psychothérapie individuelle psychothérapie de groupe thérapie comportementale et structurelle formation continue	2,50

- présence d'une fonction psychiatrique ETP pour 24 lits, y compris le service de garde. Les psychiatres sont attachés à l'hôpital concerné et justifient d'un intérêt et d'une expérience suffisants en la matière.

d) Nature des tâches du personnel.

Les tâches du personnel sont axées, d'une part, sur la collecte d'informations qui contribuent à l'établissement du diagnostic et, d'autre part, sur une participation active au plan de traitement du patient.

## 1. La fonction infirmière.

L'infirmier en chef et l'infirmier en chef adjoint sont chargés de la coordination et de la gestion journalières des soins sur les plans pratique et organisationnel.

Ils accordent une attention toute particulière au rôle du milieu dans lequel le patient est placé (sécurité et séjour) ainsi qu'aux aspects plus pratiques et organisationnels du service (grille horaire, relevé du matériel manquant et approvisionnement, contacts avec les services logistiques, cuisines, administration, ..). L'infirmier en chef est également particulièrement attentif au problème de l'accompagnement et du rôle personnel des collaborateurs au sein de l'équipe et est coresponsable des plans de traitement des patients.

Les infirmiers et le personnel d'accompagnement sont responsables des soins généraux et particuliers au patient dans toutes les phases de son traitement. Ils sont également chargés des actes techniques infirmiers tels que l'administration de la médication, les soins des plaies, la collecte d'informations en vue de l'établissement du diagnostic. Ils accompagnent le patient dans le cadre d'une relation personnelle, thérapeutique et structurante et participent à l'exécution du programme d'activités sociales. La sécurité du personnel est assurée par la présence de trois membres du personnel d'accompagnement dans chaque unité de vie: l'un est chargé de l'accompagnement et du soutien du programme d'activités, de sorte que les deux autres au moins peuvent assister à la

séance de thérapie et également participer aux discussions et aux réunions d'équipe afin de fournir des informations.

2. Les psychologues-psychothérapeutes sont responsables de la psychothérapie individuelle et/ou de groupe, des thérapies comportementales et structurantes des patients, ainsi que de la supervision du personnel d'accompagnement. En outre, ils sont chargés des examens diagnostiques et de l'évaluation de la thérapie.

3. Le kinésithérapeute est responsable de l'exécution du plan de traitement relatif à l'expression psychomotrice ainsi que de l'accompagnement des activités motrices que le personnel de la section fait effectuer aux patients.

4. Les thérapeutes occupationnels et les ergothérapeutes sont chargés de promouvoir les activités de création et d'expression avec les patients dans le cadre du plan de traitement et de structurer et organiser une activité de jour adéquate dans le cadre de l'objectif de resocialisation.

5. Les travailleurs ou infirmiers sociaux défendent les intérêts extrahospitaliers, matériels et immatériels des patients. Ils sont chargés de la promotion et du développement de relations sociales entre les patients, d'une part, et la famille et la société, d'autre part, ainsi que de l'accompagnement et de l'exécution des plans de traitement pour autant que ceux-ci aient pour objectif la resocialisation du patient.

Tous les personnels doivent justifier d'un intérêt ou d'une compétence particulière en ce qui concerne le groupe-cible à traiter.

#### 6. Aspects financiers.

A cet égard, on distingue trois parties.

##### a) Coûts des équipements architecturaux.

Le montant de base par lit psychiatrique devra être augmenté, compte tenu du besoin croissant d'espace pour les patients P.A.T.C, de la nécessité de disposer de matériel solide et des exigences de sécurité (verre incassable...). Une étude néerlandaise (Rijks-Psychiatrische Instelling Eindhoven) prévoit 70m/lit par patient.



b) Frais de personnel.

- La rémunération du médecin psychiatre devra être financée autrement que par les seuls honoraires de surveillance habituels, étant donné que ce petit groupe de patients nécessite un accompagnement médical intensif.

- En ce qui concerne les autres membres du personnel, le financement nécessaire devra être prévu, ainsi que des indemnités pour prestations supplémentaires et une prime pour les prestations effectuées dans des conditions dangereuses.

c) Autres frais de fonctionnement.

Les autres frais de fonctionnement seront également plus élevés que dans l'hôpital psychiatrique ordinaire. Les frais généraux d'entretien et de réparation seront plus élevés.

Le calcul d'un prix de journée séparé ou d'une autre forme de financement sur la base des frais réels semble être la formule la mieux adaptée au fonctionnement d'une section P.A.T.C.

En ce qui concerne les aspects financiers, il convient également de signaler qu'il y aura dès le début d'importants frais de démarrage dont il faudra tenir compte. La mise sur pied d'équipes de traitement bien soudées doit précéder l'admission des patients PATC. Compte tenu du type de patients, cela signifie également que le démarrage d'une section P.A.T.C ne peut être que progressif étant donné qu'il n'est pas possible d'admettre simultanément un grand nombre de patients difficiles. Dans cette phase de démarrage, les salaires et traitements des membres du personnel et d'un médecin devront être inclus et préfinancés dans le prix de journée.

7. Commission scientifique.

La commission scientifique doit être pluridisciplinaire et peut faire appel à des experts.

La commission scientifique suivra l'évolution et transmettra un rapport intermédiaire à l'autorité concernée au sujet du fonctionnement de ces unités de traitement et des objectifs qu'elles ont réalisés.

### Conclusions.

La création de sections PATC requiert un investissement considérable sur les plans architectural, financier, médical ainsi que sur le plan des effectifs de personnel mais elle s'avère indispensable pour une catégorie de patients qui nécessitent un traitement structuré de longue durée dans un milieu rassurant et protégé.

En ce qui concerne l'attribution de sections PATC, un hôpital psychiatrique devrait disposer d'au moins 60 lits A et de 100 à 120 lits T afin de pouvoir organiser efficacement les infrastructures et le service de garde médical indispensables.

On veillera également à ce que ces sections soient géographiquement réparties entre les différentes régions et qu'elles aient un caractère suprarégional.

A l'issue d'une première phase expérimentale (de 2 à 3 ans), le fonctionnement et la répartition géographique de ces services doivent être évalués en fonction de la qualité du traitement, des soins ainsi que des besoins, et ce en relation avec le nombre de patients.

### Addendum.

Les services P.A.T.C. sont chargés du traitement intensif et spécialisé de patients agressifs présentant de graves troubles comportementaux. Le traitement peut se dérouler sur une période plus longue (2 à 3 ans) mais sa durée est de toute façon limitée. Il est très important que cet effort thérapeutique intensif soit exploité au maximum.

Afin de garantir un fonctionnement et une rotation efficaces au sein des unités P.A.T.C., il demeure indispensable d'accueillir des patients P.A.T.C. pour lesquels il n'y a plus ou plus guère de possibilités de traitement et/ou d'évolution favorable en dépit d'un traitement thérapeutique intensif dans l'unité P.A.T.C. (Service T).

En outre, il est également important de prévoir une infrastructure de prise en charge pour les patients agressifs présentant des troubles comportementaux de courte durée, aigus et prononcés -problèmes pouvant survenir épisodiquement dans le cadre d'une pathologie psychiatrique-, sans pour autant faire appel aux services P.A.T.C. (service A intensif).

#### A) Services T pour une prise en charge à long terme de patients P.A.T.C.

Afin de garantir un fonctionnement et une rotation efficaces au sein des unités P.A.T.C., la prise en charge pour une période de longue durée (à titre permanent) de patients P.A.T.C. pour lesquels il n'y a plus ou plus guère de possibilités de traitement et/ou d'évolution favorable demeure indispensable.

Il faudra prévoir un service de prise en charge chronique intensive des patients dans un milieu rassurant et structuré. Ce type de service devra permettre d'éviter que le service P.A.T.C. soit occupé en permanence par des patients agressifs présentant des troubles comportementaux chroniques graves difficiles à traiter.

Ces services T intensifs réservés aux séjours de longue durée peuvent être rattachés, par région, aux hôpitaux psychiatriques existants, par analogie avec d'autres services hospitaliers créés dans des hôpitaux généraux, destinés aux séjours de longue durée et possédant des effectifs de personnel accrus.

#### B. Services A intensifs.

Les lits A intensifs des hôpitaux psychiatriques seraient destinés à l'admission d'urgence et à la prise en charge de patients psychiatriques présentant des problèmes psychiatriques aigus (psychose aiguë, cas de déréalisation, agressivité, automutilation, sérieuses tentatives de suicide,.) et qui, en raison de leur pathologie aiguë, nécessitent un traitement intensif dans un milieu structuré et protégé (3 mois).

Ces patients agressifs présentant des troubles comportementaux graves pendant une brève période peuvent

difficilement être transférés dans un service P.A.T.C. en raison, d'une part, de l'urgence du traitement et, d'autre part, de la brièveté de la pathologie.

Un traitement intensif dans un milieu structuré et protégé, avec des effectifs de personnel accrus, devra permettre d'avoir un contact avec les patients dans les conditions les moins restrictives possible; on aura moins recours à l'intervention médicamenteuse au moyen de sédatifs et l'on pourra appliquer davantage de programmes thérapeutiques individuels appropriés. De cette manière, on pourra probablement éviter les comportements agressifs et destructeurs, les expériences négatives chez les patients lors de phases aiguës et de la prise en charge consécutive, de même que le prolongement inutile du séjour à la suite de complications liées à ce type de comportement disruptif.

Les critères pour l'attribution de lits A intensifs pourraient être les suivants:

- taille de l'hôpital
- nombre d'admissions
- implantation compte tenu de la répartition géographique
- être agréé pour les admissions forcées et disposer d'un service fermé
- possibilité d'assurer les admissions 24h/24
- médecins en nombre suffisant pour assurer en permanence un service médical de garde.

Les exigences relatives au développement architectural et fonctionnel d'unités intensives A réservées aux patients psychiatriques dans les hôpitaux psychiatriques ont trait essentiellement à un renforcement de l'encadrement et des normes de sécurité.

De cette manière, on pourra dispenser des soins appropriés à ces patients et garantir une sécurité accrue et parvenir ainsi, par le biais de normes et d'effectifs de personnel adaptés, à une différenciation au niveau des soins psychiatriques et donc au niveau du traitement et de la prise en charge.