



HAL
open science

Les unités médico-psychiatriques : les soins partagés en santé mentale

Damien Denes, Bénédicte Gohier, Stéphane Richard-Devantoy, Pierre-Louis Marie, Régine Allano, Yves Roquelaure, Jean-Bernard Garré

► To cite this version:

Damien Denes, Bénédicte Gohier, Stéphane Richard-Devantoy, Pierre-Louis Marie, Régine Allano, et al.. Les unités médico-psychiatriques : les soins partagés en santé mentale. Santé Publique, Société Française de Santé Publique, 2011, 23 (HS), pp.167 - 174. 10.3917/spub.110.0167 . hal-03388208

HAL Id: hal-03388208

<https://hal.univ-angers.fr/hal-03388208>

Submitted on 20 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

LES UNITÉS MÉDICO-PSYCHIATRIQUES : LES SOINS PARTAGÉS EN SANTÉ MENTALE

Damien Denes *et al.*

S.F.S.P. | Santé Publique

**2011/HS - Vol. 23
pages 167 à 174**

ISSN 0995-3914

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-HS-page-167.htm>

Pour citer cet article :

Denes Damien *et al.*, « Les unités médico-psychiatriques : les soins partagés en santé mentale », *Santé Publique*, 2011/HS Vol. 23, p. 167-174.

Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

© S.F.S.P.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Les unités médico-psychiatriques : les soins partagés en santé mentale

Medical-psychiatric units: shared care in mental health

Damien Denes⁽¹⁾, **Bénédicte Gohier**⁽¹⁾, **Stéphane Richard-Devantoy**⁽¹⁾,
Pierre-Louis Marie⁽¹⁾, **Régine Allano**⁽¹⁾, **Yves Roquelaure**⁽¹⁾, **Jean-Bernard Garre**⁽¹⁾

Résumé : Cet article décrit le fonctionnement d'une unité hospitalière originale, couplant approche somatique et psychiatrique sous rubrique générique d'une Unité Médico-Psycho-Sociale (UMPS) implantée au sein du CHU d'Angers depuis 1996. Nous proposons d'examiner l'intérêt de cette mixité, tout en interrogeant ses limites et ses difficultés de fonctionnement.

L'intérêt de la structure est de proposer une approche pluridisciplinaire, somatique et psychiatrique dans un même lieu de soins. Cette double compétence de la part des personnels médicaux et paramédicaux est nécessaire lorsque les avis ponctuels de la consultation-liaison ne suffisent plus et lors de situations complexes, dans lesquelles le double savoir-faire est sollicité, en lien avec les ressources d'une réanimation et des services de spécialités médicales et chirurgicales.

Ce type d'unité, fondée sur un fonctionnement mixte et à binôme confirmé est peu représenté, tant en France qu'à l'étranger. La fréquence de la co-morbidité somatique et organique conduit pourtant à les considérer comme une réponse innovante aux difficultés rencontrées dans ces prises en charge. Nous décrivons deux cas cliniques afin d'argumenter notre propos.

Mots-clés : Centre Hospitalier Général - maladie associée - santé mentale.

Summary: This paper describes a highly unusual hospital unit that combines somatic and psychiatric approaches under the generic heading of a Medico-Psycho-Social Unit (MPSU) established at Angers University Hospital since 1996. The paper examines the value of a mixed approach while highlighting its limitations.

The interest of the MPSU is that it provides a multidisciplinary, somatic and psychiatric approach on the same site. The joint expertise of medical and paramedical staff is required in cases where the assessment of the consultation-liaison services is not sufficient and in complex situations requiring the resources of an intensive care unit and specific medical and surgical specialties.

Based on an established partnership and joint service provision, this type of unit is relatively uncommon both in France and abroad. However, the prevalence of somatic and organic comorbidity suggests that MPSUs are an innovative solution for the challenges of this type of care. Two clinical cases will be used as examples.

Keywords: Comorbidity - general hospital - mental disorders.

(1) Département de Psychiatrie et de Psychologie Médicale - Centre Hospitalier Universitaire - 4, rue Larrey - 49033 Angers cedex 01.

Introduction

La comorbidité psychiatrique et somatique est fréquente chez les patients [1-10]. Borgès Da Silva [11], dans son analyse des données de l'Assurance Maladie a montré que les pathologies somatiques les plus fréquemment rencontrées chez les patients suivis en psychiatrie sont les suivantes : diabète, artériopathie, hypertension artérielle, insuffisance respiratoire grave et infection par le VIH. En dehors de ces atteintes chroniques, la comorbidité est aussi fréquemment rencontrée dans le cadre de l'urgence : somnolence et pneumopathie d'inhalation dans les suites d'une intoxication médicamenteuse volontaire, fractures dans les suites d'un accident de la voie publique volontaire, plaies dans le cadre d'automutilation. Cette comorbidité rend difficile la prise en charge des patients puisqu'ils nécessitent alors une prise en charge pluridisciplinaire, différente de celle proposée dans les unités de soins classiques. Deux cas de figures peuvent être rencontrés : patient nécessitant des soins psychiatriques mais dont l'état somatique est incompatible avec un transfert en milieu spécialisé et patient présentant un trouble psychiatrique ancien nécessitant une prise en charge somatique d'une maladie associée. Dans les deux cas, les unités de soins s'étant spécialisées soit dans le domaine psychiatrique soit dans les soins somatiques, le patient ne bénéficie pas des soins optimum. Face à cette situation, différents dispositifs de soins ont été mis en place : organisation d'une consultation de psychiatrie de liaison au sein des Centres Hospitaliers Généraux, vacation de médecins somaticiens au sein des Centres hospitaliers Spécialisés... Cette organisation permet au patient hospitalisé en unité de soins généraux de bénéficier de consultations psychiatriques, réalisées soit par un infirmier soit par un médecin spécialisé et au patient hospitalisé en psychiatrie de pouvoir consulter un médecin somaticien lorsque cela est nécessaire. Ces aménagements restent toutefois insuffisants lorsqu'une double compétence médicale et psychiatrique est requise simultanément, au même endroit, au quotidien et de façon continue. C'est pour répondre à ces situations que les unités médico-psychiatriques ont été créées depuis une vingtaine d'années.

Les unités médico-psychiatriques

Présentation

Description générale

La littérature concernant ces unités médico-psychiatriques reste peu abondante, comparativement aux données concernant la psychiatrie de liaison. Les principaux écrits sont assez récents puisqu'ils datent des années 80-90 [12-13], époque où ces unités ont été développées aux États-Unis.

L'objectif de ces unités est d'offrir des soins psychiatriques et somatiques, afin d'améliorer la prise en charge globale des patients. Habituellement, elles sont gérées par le département de psychiatrie et fonctionnent avec un personnel infirmier formé [14].

Les patients accueillis dans ces unités présentent des pathologies différentes. On distingue schématiquement trois types de populations prises

en charge [15] : les patients souffrant de troubles affectifs et d'une maladie somatique, les patients psychotiques souffrant d'un problème physique et dont l'hospitalisation en milieu de soins conventionnels est rendue difficile du fait de troubles du comportement et enfin, un autre groupe de patients dont la nature dépend de la spécificité de chaque unité.

On peut aussi classer ces unités en fonction du niveau de soins offert tant au niveau psychiatrique que somatique. Kathol [16] a ainsi défini quatre types d'unité médico-psychiatrique : les types I et II correspondent aux unités de soins somatiques et psychiatriques classiques, le type III correspond aux unités médico-psychiatriques accueillant des patients moyens à sévères et le type IV correspond aux unités médico-psychiatriques accueillant des patients sévères tant au niveau somatique que psychiatrique.

Ces unités sont malheureusement encore trop peu nombreuses, probablement en raison de leur coût de fonctionnement [17]. Concernant leur impact en termes de santé publique, la rareté de ces unités rend difficile cette évaluation. Les rares études sont contradictoires : augmentation globale du coût l'étude observationnelle de Leue [18] *versus* diminution des coûts due à une prise en charge simultanée des problèmes somatiques et psychiatriques et diminution du nombre de réhospitalisation dans les travaux de Kathol [19].

L'Unité Médico-Psycho-Sociale du CHU d'Angers

L'Unité Médico-Psycho-Sociale (UMPS) du CHU d'Angers a été créée en 1996. Elle est intégrée dans un service de médecine comprenant aussi une unité de médecine interne, une unité d'addictologie et une unité de pathologie professionnelle et psychosociale. Les lits de l'UMPS ne sont pas différenciés des autres lits de Médecine-Chirurgie-Obstétrique du CHU d'Angers.

La responsabilité de l'unité est assurée conjointement par Jean-Bernard Garré et Yves Roquelaure, respectivement Professeur de Psychiatrie et Professeur de Médecine et Santé au Travail. Cette double compétence, somatique et psychiatrique, est retrouvée aux différents niveaux médicaux et paramédicaux, l'unité présentant une équipe pluridisciplinaire. L'équipe médicale est constituée de somaticiens et de psychiatres, tant au niveau des seniors que des internes. L'équipe paramédicale est mixte elle aussi. En effet, son fonctionnement réside sur la présence conjointe d'infirmiers du CHU d'Angers et d'infirmiers détachés du Centre Hospitalier Spécialisé. Il faut d'ailleurs noter que ces derniers interviennent aussi au sein du Service d'Accueil des Urgences du CHU d'Angers, offrant ainsi une filière de soins cohérente.

L'intégration des pratiques et la coopération entre professionnels d'horizon différents se sont mises en place progressivement. L'élément principal du bon fonctionnement est en premier lieu la curiosité et l'ouverture d'esprit de chacun des soignants, tant au niveau médical que paramédical. De plus, des formations internes au service permettent de maintenir cette polyvalence (formation à la crise suicidaire, discussion hebdomadaire de cas cliniques...). Par ailleurs, des réunions inter-équipes ont lieu afin d'optimiser le fonctionnement de l'unité.

Sur les 20 lits de cette unité, 9 sont dédiés à l'accueil des patients suicidants et 11 à la prise en charge de situations médico-psycho-sociales complexes en aval des Urgences.

Concernant les patients suicidants, on note 397 entrées pour l'année 2009 avec une durée moyenne de séjour de 5,18 jours. La prise en charge de ces patients est multidisciplinaire : médicale et toxicologique, psychiatrique et sociale, en accord avec les recommandations HAS de bonnes pratiques cliniques dans la prise en charge initiale des suicidants adultes en milieu hospitalier. La majorité des patients suicidants proviennent du service de Réanimation ou du Service d'Accueil des Urgences.

Concernant les patients présentant des situations médico-psycho-sociales complexes, on note 462 entrées pour l'année 2009 avec une durée moyenne de séjour de 7,2 jours. Les tableaux cliniques présentés par ces patients sont variés :

- crise suicidaire ;
- trouble aigu de l'adaptation nécessitant une évaluation réitérée ;
- situation de détresse psycho-sociale ;
- pathologie somatique avec répercussion thymique ou anxieuse ;
- pathologie anxio-dépressive avec conduite addictive à évaluer ;
- trouble psychosomatique complexe nécessitant une approche pluridisciplinaire ;
- pathologie professionnelle avec décompensation anxieuse et/ou dépressive.

Les pathologies les plus fréquemment retrouvées chez les patients de l'UMPS sont les troubles aigus de l'adaptation, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les troubles de la personnalité d'un point de vue psychiatrique et les conséquences d'un geste suicidaire, des pathologies neurologiques, endocrinienne et digestives d'un point de vue somatique.

La prise en charge pluridisciplinaire de l'UMPS présente un intérêt majeur au niveau des situations aiguës. Concernant les situations d'urgence, différentes situations relèvent d'une prise en charge mixte :

- patients ayant réalisé un geste suicidaire avec complications somatiques graves et présentant des troubles du comportement importants ou un risque suicidaire majeur. Un exemple fréquent est la pneumopathie d'inhalation nécessitant une oxygénothérapie. Pour des raisons de sécurité, l'oxygène mural n'est pas disponible dans de nombreux centres hospitaliers spécialisés. Lorsque le risque suicidaire est majeur, une prise en charge en unité de soins conventionnelle n'apporte pas la sécurité nécessaire. En effet dans ces unités, le personnel soignant n'est pas formé à la gestion du risque suicidaire et le passage, même régulier et fréquent du psychiatre dans le cadre de la psychiatrie de liaison, ne permet pas une prise en charge optimum du patient ;
- patients présentant des symptômes psychiatriques dont l'étiologie peut apparaître secondaire à une atteinte organique. L'exemple le plus typique est le trouble de l'humeur atypique d'apparition tardive pouvant faire évoquer un processus expansif intracrânien. Les examens d'imagerie médicale ne sont pas réalisés en urgence dans ce contexte s'il n'existe pas d'autre point d'appel neurologique et, dans ce cas, la

symptomatologie d'entrée étant psychiatrique, les services de soins conventionnels restent réticents à la prise en charge de ces patients. Leur transfert immédiat en milieu psychiatrique ne peut se faire qu'après avoir écarté une organicité, ce que permet l'UMPS.

Concernant des affections chroniques, l'UMPS n'a pas actuellement pour vocation la prise en charge somatique de patients présentant des pathologies psychiatriques sévères.

Ainsi définie, l'UMPS correspond à une unité de type III dans la classification de Kathol [16].

Vignettes cliniques

M^{me} D. est hospitalisée au CHU d'Angers dans les suites d'un accident de la voie publique volontaire dans le cadre d'un épisode dépressif majeur d'intensité sévère avec éléments psychotiques du post-partum tardif. Après des soins de réanimation, la patiente est prise en charge en orthopédie du fait du bilan lésionnel important. Durant son séjour en orthopédie, la patiente a pu rencontrer l'équipe de psychiatrie de liaison qui a permis d'amorcer des soins spécialisés. Dans les jours suivant son arrivée au CHU d'Angers, la patiente présente toujours une symptomatologie dépressive avec éléments psychotiques et risque suicidaire majeur, rendant impossible son maintien dans l'unité d'orthopédie ; mais elle nécessite des soins somatiques lourds rendant impossible son transfert en milieu spécialisé.

Devant ces éléments, la patiente est transférée à l'UMPS. La patiente bénéficie alors d'une prise en charge double : somatique, en lien avec les orthopédistes, et psychiatrique. Les différents entretiens ont permis de travailler avec la patiente et son entourage la nécessité de soins spécialisés au décours de l'épisode aigu. Après quinze jours d'hospitalisation à l'UMPS, la patiente ne nécessite plus de soins somatiques aigus, les éléments psychotiques ont régressé ; mais il persiste un état mixte nécessitant une prise en charge spécialisée. La patiente est alors transférée avec son accord et ayant compris l'intérêt d'une prise en charge au Centre Hospitalier Spécialisé.

M^{me} G. est hospitalisée au CHU d'Angers dans un contexte de symptomatologie dépressive et de douleurs des membres inférieurs, étiquetées psychogènes. Du fait des antécédents psychiatriques de la patiente (trouble des conduites alimentaires, tentatives de suicides multiples...), la patiente est adressée à l'UMPS. Les différents entretiens mettent en évidence un trouble de la personnalité de type état-limite avec trouble des conduites alimentaires comorbides. La symptomatologie douloureuse apparaît difficile pour les psychiatres à rattacher au trouble de personnalité. De ce fait et bien que l'examen clinique réalisé dans le service soit sans particularité, il est décidé de façon conjointe de continuer les investigations. La concertation avec les somaticiens de l'équipe a permis de choisir les examens complémentaires les plus adaptés dans le cas de M^{me} G. L'électromyogramme retrouve une multinévrite multiple axonale orientant vers une connectivite. La patiente est alors transférée dans le service de Neurologie pour une prise en charge optimale.

Discussion

Limites

Les limites de cette unité tiennent principalement à son caractère expérimental. En effet, la rareté et le caractère récent de ce type d'unité nécessitent une évaluation à plus long terme concernant leur fonctionnement.

Le caractère intensif de la prise en charge ne permet pas de suivi au long cours, les patients étant rapidement orientés vers d'autres professionnels. Cet état de fait peut entraîner une certaine frustration chez les psychiatres dont les suivis s'inscrivent souvent dans le temps.

La non-sectorisation des lits de l'UMPS rend difficile leur inscription dans la filière de soins. De plus, ils ne peuvent accueillir de patients hospitalisés sans leur consentement. Le fonctionnement de l'unité reposant sur la présence conjointe de personnels provenant de deux hôpitaux différents, l'articulation CHU-CHS est primordiale.

Certains patients présentant des troubles psychiatriques sans atteinte somatique co-morbide ou présentant des troubles psychiatriques trop sévères refusent la prise en charge spécialisée et souhaitent être hospitalisés à l'UMPS. Cette nouvelle demande de soins n'est pas sans poser de difficultés puisqu'elle ne correspond pas à la charte de fonctionnement de l'unité. Il est donc nécessaire d'établir des critères d'admission clairs et de les transmettre aux différents partenaires du réseau de soins.

La mixité des équipes peut être un frein au fonctionnement de l'UMPS. Son existence repose en effet entièrement sur l'investissement et la coopération des acteurs du dispositif. Cette complémentarité reste fragile, rendant compte du caractère incertain de la viabilité de l'unité en cas de modification de son organigramme.

Avantages

Le principal avantage de cette unité médico-psychiatrique est de permettre une prise en charge globale et intégrée dans une unité de temps, de lieu et d'action. La proximité des ressources médico-techniques du CHU rend possible la réalisation d'examens complémentaires, la demande d'avis spécialisés, la réalisation de soins somatiques aigus, tout en bénéficiant de soins psychiatriques.

La prise en charge des patients y est intensive permettant ainsi de réduire les durées moyennes de séjour.

L'hospitalisation en unité médico-psychiatrique est décrite comme non stigmatisante par les patients [19]. Elle peut donc constituer une alternative aux patients et à leur famille qui sont demandeurs de soins, mais sont opposés à une prise en charge en milieu spécialisé.

La mixité des équipes est une richesse et permet un échange de compétences. La pluridisciplinarité nécessite en effet que chacun s'intéresse au travail des autres afin de trouver un langage commun, visant à harmoniser les prises en charge.

Ce caractère innovant permet aussi d'inscrire l'UMPS dans un travail de recherche et d'enseignement. En effet, l'UMPS est un lieu d'enseignement pour les étudiants et les internes en médecine et de nombreux travaux de recherche, centrés sur la suicidologie et la psychopathologie du travail, sont actuellement en cours.

Conclusion

Les unités médico-psychiatriques à l'hôpital général semblent donc être une réponse intéressante pour les patients présentant une comorbidité somatique et psychiatrique. Elles permettent en effet de proposer des soins intégrés et une prise en charge globale du patient. Bien qu'elles présentent certaines limites et inconvénients dus principalement à leur caractère expérimental et novateur, il nous apparaît nécessaire de développer ces structures encore trop rares à l'heure actuelle.

Concernant l'UMPS, la question des patients présentant des troubles chroniques doit être posée. La prise en charge de ces patients, différents de la population actuelle, nécessiterait un nouveau projet de service, avec plus de lien avec les secteurs de psychiatrie.

Aucun conflit d'intérêt déclaré

BIBLIOGRAPHIE

1. Hansen MS, Fink P, Frydenberg M *et al.* Mental disorders among internal medical inpatients: prevalence, detection, and treatment status. *J Psychosom Res* 2001;50:199-204.
2. Mayou R, Hawton K. Psychiatric disorder in the general hospital. *Br J Psychiatry* 1986;149:172-90.
3. Seltzer A. Prevalence, detection, and referral of psychiatric morbidity in general medical patients. *J R Soc Med* 1989;82:410-2.
4. Silverstone PH. Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:43-51.
5. Arolt V, Driessen M, Dilling H. The Lunbeck General Hospital Study. In: prevalence of psychiatric disorders in medical and surgical inpatients. *J Psychiatr Clin Pract* 1997;1:207-16.
6. Martucci M, Balestrieri M, Bisoffi G *et al.* Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital: a two-phase epidemiological survey. *Psychol Med* 1999;29:823-32.
7. Fink P. Mental illness and admission to general hospitals: a register investigation. *Acta Psychiatr Scand* 1990;82:458-62.
8. Fink P. Physical disorders associated with mental illness. A register investigation. *Psychol Med* 1990;20:829-34.
9. Fink P. The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychol Med* 1992;22:173-80.
10. Fink P, Jensen J, Poulsen CS. A study of hospital admissions over time, using longitudinal latent structure analysis. *Scand J Soc Med* 1993;21:211-9.
11. Borgès Da Silva Ge, Borgès Da Silva Gi, Fender P *et al.* Co-morbidité d'affections somatiques avec les maladies mentales. *Rev Med Ass Maladie* 2000;1:45-52.
12. Stoudemire A, Fogel BS. Organization and development of combined medical-psychiatric units: part 1. *Psychosomatics* 1986;27:341-5.
13. Stoudemire A, Fogel BS. Organization and development of combined medical-psychiatric units: part 2. *Psychosomatics* 1986;27:417-28.
14. Harsch HH, Koran LM, Young LD. A profile of academic medical-psychiatric units. *Gen Hosp Psychiatry* 1991;13:291-5.
15. Jung Wiggins E. Patients souffrant de troubles somatoformes : évaluation d'une prise en charge intégrée médico-psychiatrique et revue de la littérature. Thèse Université de Genève. 2002;42.
16. Kathol RG, Harold H, Harsch HH *et al.* Categorization of types of medical/psychiatry units based on level of acuity. *Psychosomatics* 1992;33:387-96.

17. Kathol RG. Cost outcomes on a medical psychiatry unit. *J Psychosom Res* 2010;68(3):293-4.
 18. Leue C, Driessen G, Strik JJ, Drukker M *et al.* Managing complex patients on a medical psychiatric unit: an observational study of university hospital costs associated with medical service use, length of stay, and psychiatric intervention. *J Psychosom Res* 2010;68(3):295-302.
 19. Kathol RG. Medical psychiatry units: the wave of the future. *Gen Hosp Psychiatry* 1994;16:1-3.
 20. Eytan A, Bovet L, Gex-Fabry M *et al.* Patients' satisfaction with hospitalization in a mixed psychiatric and somatic care unit. *Eur Psychiatry* 2004;19:499-501.
-