

L'hospitalisation en psychiatrie : Comment ça marche ?

L'hôpital n'a pas très bonne presse. Ni en soins somatiques, ni en psychiatrie.

Trop cher, trop encombré, trop contagieux, trop dangereux même ! La preuve c'est que la plupart de nos contemporains y meurent !

Nombreux sont ceux qui tirent sur l'hôpital comme on tire sur une ambulance.

Toujours plus vite, toujours plus spécialisé et pointu.

Il y a bien quelques spécialités qui résistent comme la gériatrie et la psychiatrie mais avec quelle pression !

Ce n'est pas par hasard si je rapproche ici ces deux spécialités en « iatrie » : ce sont celles de l'homme global, la médecine qui tente de prendre en compte l'Homme dans toutes ses dimensions : corps esprit et même âme... en tout cas pour le dire de manière moderne : l'Homme bio-psycho-social.

Cependant ces spécialités n'échappent pas à la pression ambiante et elles sont souvent montrées du doigt comme particulièrement dispendieuses voir dilettante : finalement la question qui nous est renvoyée se résume : est-ce bien utile ?

Je voudrais ce matin vous partager quelques idées simples, à grands traits, liées à ma pratique en tant que psychiatre, Praticien Hospitalier à l'hôpital psychiatrique depuis près de 25 ans.

Je vous propose un partage de ressenti, pas un discours étayé sur des études ou une littérature abondante. Je ne cherche pas ici à faire œuvre scientifique mais je me situe plutôt dans l'ordre du récit, de ce que je crois, de ce pour quoi je milite de ce qui fonde ma pratique.

Il ne s'agit pas pour moi de dire que l'hospitalisation est une panacée. Je suis un militant convaincu des soins ambulatoires et je trouve qu'on devrait aller plus loin dans ce domaine. La création d'équipes mobiles m'apparaît aujourd'hui un complément indispensable aux soins hospitaliers mais aujourd'hui, je me fais l'avocat de l'hospitalisation...

En psychiatrie on a deux problèmes :

- 1) faire venir les personnes à l'hôpital,
- 2) les faire sortir de l'hôpital !

A en croire les éternels discours sur les urgences qui apparaissent inmanquablement parmi les priorités de nos décideurs et l'insistance pour réduire au maximum les durées moyennes de séjour, ce qui se passe entre ces deux bornes n'intéresse pas grand monde, semble-t-il, et pourtant, c'est dans ce temps que se situe la vérité du soin.

Mon propos se déroulera donc logiquement en trois parties inégales : l'entrée, le temps de l'hospitalisation, la sortie...

1. Faire rentrer les personnes à l'hôpital :

Qui sont les personnes qui viennent à l'hôpital psychiatrique ?

Pourquoi sont-elles hospitalisées ?

Quelles sont les indications de l'hospitalisation ?

Comment arrivent-elles là ?

En théorie chacun devrait pouvoir être concerné, un jour ou l'autre, par une hospitalisation en milieu psychiatrique... Pourtant, si l'on devait faire une étude sociologique des personnes hospitalisées on constaterait très vite une sur représentation de personnes socialement défavorisées. Les raisons de cette inégalité sont multiples et je n'ai pas les moyens de les étudier ici de manière définitive. Je pense que la précarité sociale, l'isolement social et familial, les situations de ruptures des liens, sont des situations qui, sans forcément engendrer en elle-même la pathologie, favorisent lorsque le trouble survient, l'orientation vers l'hospitalisation.

Par ailleurs, la pathologie psychiatrique favorise ces ruptures des liens sociaux et on ne peut pas facilement déterminer qui de la poule ou de l'œuf...

Ce qui est vrai pour les personnes défavorisées devient, semble-t-il, moins vrai, dès lors que l'on parle de la grande précarité telle que la rencontre nos collègues de l'EMPP, équipe mobile de psychiatrie précarité. Lorsque la désinsertion est trop profonde, les personnes semblent ne plus pouvoir (vouloir ?) rentrer dans les cases des parcours de soin habituels...

Quelles sont donc les indications de l'hospitalisation.

Je ne vais pas ici parler en termes de diagnostic de la nosologie. Certes la nosographie a son importance et le codage diagnostic CIM 10 fait partie des exigences de tout passage à l'hôpital, mais ce diagnostic est loin d'être suffisant pour rendre compte des raisons d'hospitaliser un patient en psychiatrie. Je vous renvoie à la remarquable thèse que notre jeune confrère Pascal Couturier a soutenue récemment sur ce sujet du diagnostic en psychiatrie.

Je propose de séparer les patients en deux types pour deux catégories d'hospitalisation:

- Les personnes qui viennent pour la première fois...
- Les personnes qui font des séjours récurrents.

La personne qui est hospitalisée pour la première fois à l'hôpital psychiatrique vit un véritable cataclysme. La réputation de nos établissements dans l'imaginaire populaire ne peut jamais faire d'une hospitalisation dans nos murs quelque chose de banal. Au moins pour la première d'entre-elles.

L'hospitalisation est provoquée par une **situation de crise**. Cette crise est une crise systémique, c'est-à-dire qu'elle concerne une personne et son entourage. Cette crise est plus ou moins aiguë. Les personnes et leurs familles sont souvent tellement réticentes à rentrer dans le système de la psychiatrie que le recours peut attendre parfois des mois ou des années... Quelle patience, quel espoir d'un lendemain qui sera sûrement meilleur de la part des personnes elle-même et de leur famille ! L'hospitalisation survient lorsqu'il n'est plus

possible de gérer les conséquences des troubles. Ces crises se manifestent par des troubles des comportements plus ou moins spectaculaires, des délires impressionnants pour le patient et son entourage, des passages à l'acte ou des menaces de passage à l'acte hétéro ou auto agressifs... Ces crises sont l'occasion de beaucoup de souffrance et d'insécurité pour tous ceux qui sont concernés. Cette insécurité est à la fois psychologique, physique et sociale...

Dans un premier temps, ce qui est demandé à l'hospitalisation c'est alors d'offrir un **lieu de sécurité** pour le patient et/ou pour son entourage ou la société qui se sent menacée.

L'hôpital psychiatrique est d'abord perçu comme un lieu de sécurité.

C'est très important de prendre conscience que c'est souvent cet aspect qui convainc le patient et/ou son entourage d'accepter le recours à l'hospitalisation. **L'indication première de recours à la première hospitalisation, c'est la mise en sécurité.**

Pourtant, ce recours à un lieu contenant et sécurisant est vécu par le patient et aussi parfois par l'entourage et notamment la famille avec souvent beaucoup de colère et de culpabilité. En effet ce recours met le doigt sur une défaillance de la capacité de protection que l'on doit à ses proches... Cela met le patient d'emblée dans attitude défensive.

Certains se défendent très rapidement dès l'arrivée dans le service : « Laissez-moi sortir et je vous promets de venir vous voir tous les jours si vous voulez... » disent-ils dans les premières heures. Les soignants peuvent alors subir cette colère qui va s'exprimer sous des formes différentes. Rappelons-nous que les patients ne viennent pas d'abord pour établir de bonnes relations avec les médecins ou le personnel soignant...

Le fait qu'il s'agisse d'une hospitalisation libre ou sous contrainte ne change pas fondamentalement les choses. Elle est d'abord vécue comme **un échec** par chacun des protagonistes patient et famille.

C'est dire **l'importance du moment de l'accueil**. L'équipe doit se montrer très professionnelle pour être suffisamment rassurante, sécurisante sans recourir à une fausse réassurance trop rapide.

Accepter cette colère. Etre capable d'assumer la place de mauvais objets que le patient et/ou son entourage projette sur les soignants qui accueillent. Cela demande de la disponibilité suffisante pour le patient (et pour la famille quand il y en a), sans chercher à rassurer trop mais sans signe d'inquiétude... avec la juste distance pour que le patient ne se sente pas assujetti complètement. Attention de ne pas être trop « coucounant » d'emblée. L'enjeu c'est que le patient accepte de se laisser mettre en sécurité, et cela même s'il ne reconnaît pas le caractère pathologique de ses troubles.

Cette phase de l'accueil a une durée variable. Habituellement moins de trois ou quatre jours. Dans ce court délai, on doit pouvoir opérer une réassurance suffisante faute de quoi le patient risque de remettre en cause la poursuite même du séjour. Lorsque le patient met un terme à l'hospitalisation dans cette période précoce, on a encore rien pu faire pour lui... Il aura essentiellement lutté contre l'hospitalisation sans prendre en compte sa propre souffrance. L'hospitalisation aura été un rendez-vous manqué... mais peut-être pas complètement manqué. Certains ont besoin de vérifier qu'ils peuvent sortir pour accepter de se laisser soigner à une autre occasion...

De plus la mobilisation d'énergies de révolte peut avoir, de temps en temps, un effet cathartique protecteur mais hélas, souvent, de courte durée. Il n'est pas inhabituel de constater une amélioration rapide de la symptomatologie dans les premiers jours de l'hospitalisation... symptômes que ressurgissent rapidement si on dure un peu.

Cette phase d'accueil consiste aussi -- et peut-être surtout -- de mettre en œuvre un cadre de soin.

A mon avis ce cadre est primordial. Il doit viser à assurer l'acceptabilité de l'hospitalisation sans compromettre la sécurité recherchée. C'est une alchimie qui demande du doigté et qui ne doit pas sacrifier à une approche protocolarisée. Cela nécessite une évaluation précise et qui fasse un minimum consensus en équipe.

L'accueil est un moment délicat et c'est pour cela qu'il est grandement préférable que la personne soit accueillie par l'équipe qui va la prendre en charge. Même avec la meilleure volonté, les situations d'hébergement dans un autre service telles qu'on les connaît trop souvent dans notre hôpital, ou encore les « services portes » ne sont pas, selon moi, des dispositifs optimums pour l'accueil.

La personne qui revient pour un nouveau séjour : Soit il s'agit d'une nouvelle crise, soit il s'agit d'une hospitalisation de régulation pour des difficultés d'adaptation.

On pourrait croire que, chez ces personnes dont certaines finissent par être des habituées, le caractère dramatique des situations présentées précédemment est beaucoup moins vrai... Pourtant je suis souvent étonné de voir qu'il y a quand même une tendance à dramatiser le moment de l'entrée qui reste vécu bien souvent comme un échec.

Cela invite à préparer ces temps d'hospitalisation en amont dans le temps de l'extrahospitalier, et à les intégrer dans une trajectoire cohérente et nécessaire du fait du caractère cyclique, prolongé des pathologies psychiatriques.

L'attitude des soignants doit être, là encore, très professionnelle dans une empathie raisonnable.

L'équipe doit lutter contre le **découragement** de voir **revenir** tel ou tel patient, comme si le retour était une remise en cause de l'efficacité de ses soins.

Une mauvaise manière de se défendre peut être de développer un sentiment de colère à l'égard de l'équipe de l'extrahospitalier qui n'a pas su garder les bénéfices de l'hospitalisation. Il faut beaucoup travailler la relation entre les équipes de l'intra et de l'extra hospitalier pour échapper à ce genre de procès d'intention !

Une expression contre transférentielle négative à ce moment clé peut avoir des conséquences néfastes sur le déroulement de la suite des soins. Le patient peut, en outre, percevoir très bien le clivage entre les équipes et s'y engouffrer.

Il faudrait pouvoir vivre, de part et d'autre la ré-hospitalisation, non comme un échec mais comme une nouvelle étape sur cette trajectoire qui permet seulement d'aller un peu plus loin.

Lorsque les patients sont des « grands habitués », l'acceptabilité de l'hospitalisation devient meilleure. Les recours à la contrainte ont tendance à diminuer et les patients, bien souvent, demandent eux même à faire un nouveau séjour. Il y alors le risque pour l'équipe de se sentir utilisée pour des raisons qui ne sont plus tellement médicales mais plus comme un recours trop facile et démobilisateur. Nous sommes parfois contraints paradoxalement de devoir re-dramatiser le recours à l'hospitalisation. Le professionnalisme doit rester la règle pour accueillir avec beaucoup d'attention cette nouvelle demande qui fait symptôme... A nous de déchiffrer l'énigme.

2. Le déroulement de l'hospitalisation

Nous nous situons maintenant dans le corps des soins à l'hôpital où je distingue **trois temps** de durée éminemment variable et peu liés à la pathologie au sens nosographique du terme. Bien entendu il faudrait adapter mon propos à chaque situation et je ne peux être que schématique voir caricatural, mais j'en assume le risque. Trois temps donc :

Après la phase de lutte que l'on vient de décrire...

- Une phase d'acceptation, Une phase symptomatique
- Une phase d'amélioration symptomatique
- Une phase de projection dans l'ailleurs et de préparation de la sortie.

Durant ces différentes phases, nous verrons ce qui se passe du point de vue du patient et du point de vue de l'équipe de soin.

- Le premier temps de l'hospitalisation est le temps de l'expression symptomatique.

Dès que le patient cesse de lutter contre l'hospitalisation, contre le cadre posé (fonction paternelle), il peut laisser s'exprimer ses symptômes et sa souffrance. Le patient accepte le statut de patient et met les soignants dans leur rôle premier de soignants, c'est-à-dire qu'il les invite à **prendre soin** de lui (fonction maternelle). Prendre soin de sa personne dans toutes ses dimensions. De même que c'est le nouveau-né qui institue les parents dans leur fonction parentale, de même, c'est le patient qui fait le soignant !

Nous nous trouvons donc, soignants et patients dans un espace transférentiel complexe parce qu'il ne s'agit pas d'une relation duelle mais le transfert se fait non avec les personnes mais bel et bien avec le service lui-même. Cela explique aussi pourquoi, lorsque le patient doit changer plusieurs fois d'unité l'accroche transférentielle reste possible dès lors que l'on ne personnalise pas trop la relation d'emblée car le jeu transférentiel s'établit entre la personne et l'Institution. En fait c'est souvent plus difficile pour les soignants d'entrer avec retard dans ce transfert que pour le patient lui-même.

Cette phase est une phase de **régression**. C'est en cela qu'elle apporte un soulagement à l'angoisse du patient. Il est très important de repérer ce mouvement régressif qui n'est pas mauvais en soi et qui est un levier puissant pour la sédation des symptômes. Le repérer pour s'ajuster sans l'amplifier à outrance dans une position trop maternante. (On peut se rappeler ici le concept de « mère suffisamment bonne » de Winnicott).

Il faut savoir accompagner cette phase de régression au rythme du patient, sans forcing, sans passage obligé, sans avoir peur parfois d'accompagner loin ce mouvement régressif, sans jamais que notre attitude n'amplifie le mouvement.

Dans cette phase de régression les symptômes trouvent habituellement leur résolution. Attention, ce n'est pas miraculeux, ni le seul fait de ce jeu transférentiel, et je ne suis pas en train de dire que les traitements psychotropes ne servent à rien. Leur rôle s'intègre et souvent participe à créer les conditions de cette régression.

Dans cette première phase la présence de l'entourage doit être plutôt un peu en retrait pour éviter trop d'interférence dans le jeu transférentiel... Cela ne veut pas dire que la famille doit être systématiquement exclue de cette première phase mais ce n'est pas le moment où sa présence est la plus opérante.

Cette phase régressive peut durer assez longtemps et c'est là que l'endurance de l'équipe est mise à l'épreuve. Accepter de durer avec les symptômes, et dans cet accompagnement. Un père, une mère ne dit pas à son enfant au bout de trois mois : « bon, c'est assez, maintenant, tu te débrouilles pour tes repas et pour changer ta couche... » De même l'équipe ne peut pas décréter la fin de ce temps de régression.

- Et cependant, imperceptiblement, l'attitude de l'équipe devra amener le patient dans la deuxième phase : **la phase de progression**.

Les symptômes se font moins prégnants, le patient peut, sans danger, commencer à quitter progressivement son nid régressif pour aller à la rencontre de ceux qui l'entourent.

Là le rôle des autres patients du service est très important. La dynamique du groupe des patients rentre en jeu. Ce n'est plus un patient confronté à une équipe de soin mais le groupe des patients qui se constitue pour réguler cette relation transférentielle un peu encombrante. Il se re-joue là un peu ce qui se passe dans l'adolescence avec les phénomènes de bande et ses jeux d'identification. Cela peut être assez désagréable pour les soignants de sentir que ce patient qu'il a fallu accompagner de manière très proche prend de la distance avec parfois une sorte d'agressivité.

Lors de ce moment de l'hospitalisation, les symptômes ont bien régressés mais le patient est parfois très inquiet devant la marche que constitue la perspective de retrouver sa vie à l'extérieur de l'hôpital.

C'est le temps de la « rééducation » où rentrent en jeu les rééducateurs, psychologues, ergothérapeutes, et aussi le travail social.

Parfois la crise aura tout emportée sur son passage comme si une digue avait cédé... C'est alors qu'il faut patiemment tout remettre dans l'ordre de la vie sociale, avec les lenteurs de l'administration que l'on sait...

C'est une phase de **reconstruction** et aussi de prise de distance dans la relation soignante.

Evidemment le passage de la phase un à la phase deux n'est pas de l'ordre de la loi du tout ou rien et les phases se chevauchent et peuvent même rentrer dans des séquences d'alternance...

Dans cette période, l'entourage familial doit prendre sa place, je dirais sa juste place, si cela existe... En tout cas, il est primordial de chercher une alliance pour faciliter le retour dans la vie sociale.

On attend de cette phase que le patient se stabilise non seulement sur le plan symptomatique mais aussi sur le plan de sa projection dans l'avenir pour l'accompagner dans la mise en place de son projet de vie... Ces projets sont très individuels... Ils ont pour point commun de se concevoir hors de l'hôpital.

Parfois, et cela n'est pas envisagé lors des premiers séjours, soit la résolution symptomatique est très incomplète, soit les dégâts en terme d'autonomie sont tels qu'il n'est pas question d'envisager rapidement un ailleurs... Il est alors tout à fait préjudiciable de laisser le patient dans un service d'admission où le turn over est rapide et où les différences de rythme de séjours apportent la confusion et il est légitime de choisir l'hospitalisation sans terme. Sans terme, cela ne veut pas dire définitive mais que la sortie n'est plus l'objectif...

Un lieu qui envisage d'être pour un temps un substitue de lieu de vie, où l'on peut, sans jugement s'autoriser à durer... C'est le cas des hospitalisations de séjours longs.

Il s'agit d'une occurrence très rare....

3. Faire sortir les personnes

Lorsque le patient entrevoit suffisamment clairement sa vie hors de l'hôpital, on accède avec lui à la troisième phase de l'hospitalisation : **La préparation de la sortie.**

Il n'est pas rare que la personne demande à accélérer cette période de préparation de la sortie. Je dirai même que nous sommes incités vivement à anticiper sur le projet de sortie...

Récemment dans une discussion avec les personnes du cabinet qui nous aide à élaborer notre projet d'Etablissement, ils nous proposaient comme axe de travail de systématiquement penser à la sortie dès l'entrée du patient... Toujours le souci de diminuer la fameuse DMS !

Le problème c'est que si on se met dans cet état d'esprit avant que ce soit le temps, certes on gagnera quelques jours mais on a de grands risques de voir revenir notre patient de manière prématuré... C'est le phénomène de la porte tournante. On sait par exemple qu'avec les personnalités hystériques la patiente annonce dans les premiers jours de son hospitalisation le temps total de celle-ci, souvent sur un mode négatif du genre : « je ne vais quand même pas rester trois mois ! »... Vous pouvez être quasi sûrs que, si vous précipitez la sortie au bout d'un mois, la patiente reviendra pour faire la durée annoncée. Les personnes ont souvent cette capacité à savoir quand elles sont prêtes à quitter l'hôpital ! Il faut juste les écouter.

Donc, cette phase de préparation de la sortie ne doit être entamée que lorsque la personne est prête à se projeter hors des murs... Ce n'est jamais sans angoisse.

Là, il faut parfois les freiner parce qu'elles n'ont pas forcément perçu toutes les difficultés à affronter et il est vraiment primordial de prendre le temps, sans traîner pour autant, de bien préparer la sortie.

Il ne s'agit pas seulement de la rédaction de l'ordonnance mais vous savez la complexité de certaines situations affectives, relationnelles, sociales dégradées... Il faut aider la personne à se projeter complètement dans toutes ces dimensions...

Parfois le chantier est tellement vaste que le patient se trouve dans l'incapacité d'appréhender toutes ces difficultés et il s'impatiente. Il peut être nécessaire de ne pas tout achever pour que la personne prenne secondairement conscience de ces difficultés et accepte qu'on les aborde lors d'un séjour ultérieur... C'est le cas très habituellement à la fin d'une première hospitalisation. Il ne faut pas toujours vouloir tout régler en une seule fois !

La sortie se fait bien souvent après des petites « permissions » de sortie qui permettent au patient et l'entourage de se rassurer sur les capacités à reprendre la vie hors de l'hôpital.

La sortie doit aussi prévoir les conditions du suivi, les relais avec les équipes de soins ambulatoires au CMP, CATTP, HDJ... Il peut être très fructueux que les personnes soient présentées au cours de l'hospitalisation pour optimiser les relais... Il s'agit d'un véritable passage de relais qui nécessite parfois du temps pour que le patient, et l'équipe d'hospitalisation aussi, se détachent acceptent de défaire une partie du lien...

Dans cette perspective, là encore, la solidité du lien inter-équipe sera primordiale pour rassurer les uns et les autres. Il est très important que les soignants du service d'hospitalisation connaissent les lieux et les personnes qui assureront la suite de la prise en charge. Cela facilite de manière considérable l'enclenchement du suivi.

Cet accompagnement de la sortie peut être tellement délicat qu'il faut parfois un temps long et même une équipe dédiée pour faire l'interface entre le dedans et le dehors. C'est ce que nous avons organisé dans notre service dans l'unité que nous appelons unité de post-cure que l'équipe vous présentera cet après-midi...

Pour prendre une autre comparaison, je dirais que la préparation de la sortie tient parfois plus de l'obstétrique que de la psychiatrie. Pour éviter les déchirures il faut parfois retenir la tête en appuyant à contre-courant mais tout en laissant venir le nouveau-né... Tout un art !

En guise de conclusion

Voilà donc exposée ma manière de considérer l'hospitalisation, avec toute sa puissance thérapeutique. Il aurait fallu dire aussi tous les risques, les effets indésirables qui peuvent être parfois chez certains de véritables traumatismes lorsque le cadre n'a pas été bien posé, ajusté.

L'hospitalisation est un véritable « médicament » dont il faut user avec beaucoup de discernement, et de doigté, sans dépasser la dose prescrite qui est éminemment individuelle, en respectant les indications et aussi les contre-indications... C'est un médicament composé de murs et d'une équipe de professionnels divers mais qui agissent en synergie au profit d'un patient unique et aussi de l'entourage de celui-ci...

Un bien singulier médicament dont il faut encore défendre l'AMM !