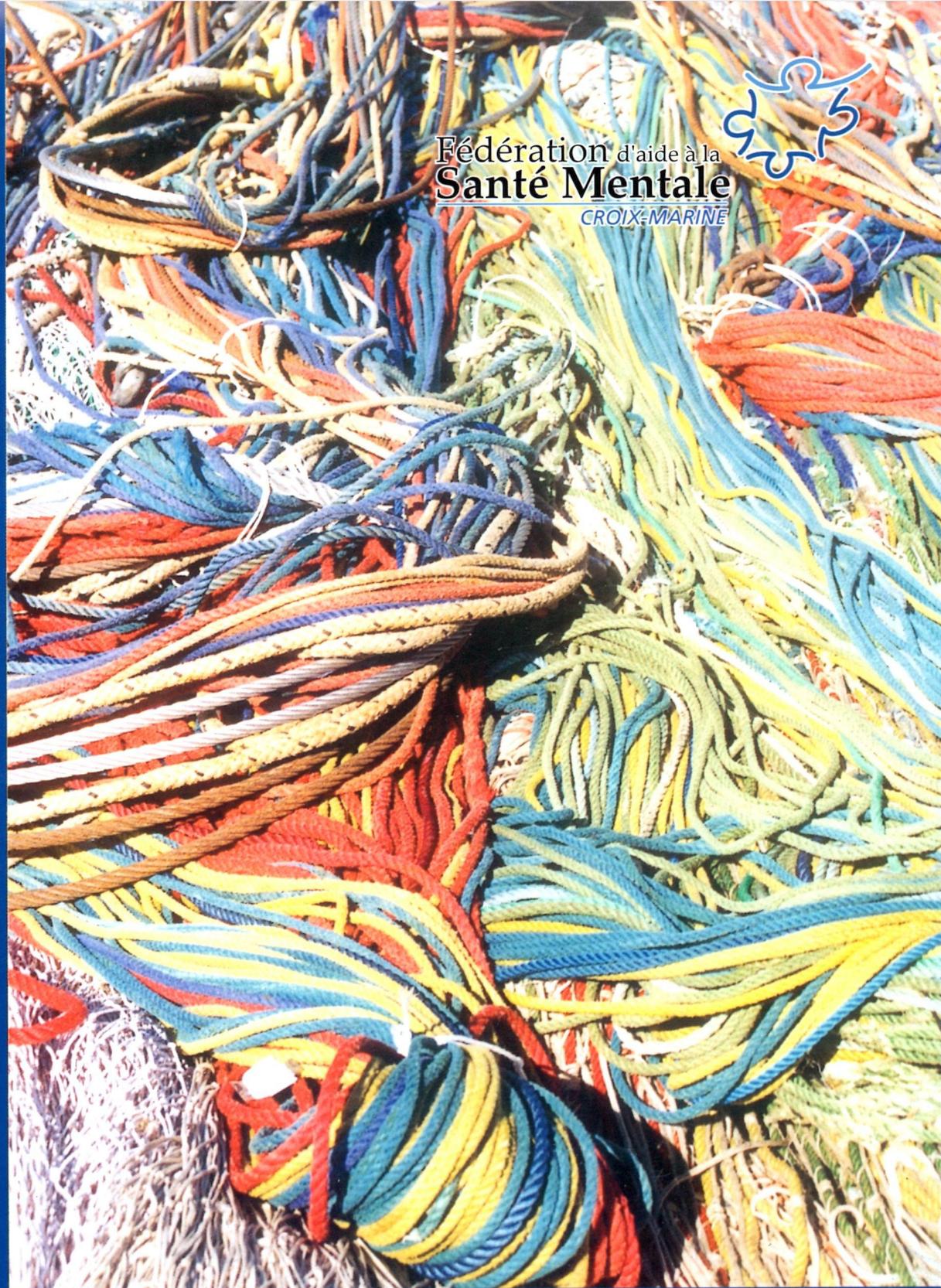


PRATIQUES & RECHERCHES



Fédération d'aide à la
Santé Mentale
CROIX-MARINE



*en santé
mentale*

**RÉGION DE
BASSE-NORMANDIE**

Journée de Coutances

N° 34
Nov. 2003
5 €



Édito

Docteur J.F. GOLSE



L'INDICATION DE L'HOSPITALISATION EN MILIEU PSYCHIATRIQUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Dr GALLUET
Médecin Généraliste
St-Sauveur-le-Vicomte



LES CONDITIONS CONTEXTUELLES D'UN SOIN DE PROXIMITÉ

Patrick Chaltiel
Chef de Service du 14^{ème} Secteur de Psychiatrie Générale
de Seine-Saint-Denis (Bondy)



L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE : HISTOIRE, TRANSFORMATION, PERSPECTIVES

Anne Golse
Sociologue, chercheur au Laboratoire d'Analyse Socio-Anthropologique du Risque (LASAR),
maître de conférence en sociologie, Université de Caen.



L'HOSPITALISATION ENTRE CRAINTE ET ESPOIR

Jean FILMONT
Psychologue



Nous nous sommes tant détestés !

L'hospitalisation fait un retour en force sous la pression des événements. A vrai dire, l'hospitalisation n'avait jamais disparu, loin de là, sauf peut-être pour quelques secteurs adeptes de l'extrême qui cependant tels le coucou venaient déposer leurs patients dans le nid des voisins. Mais l'hospitalisation avait disparu du discours car cette conception théorique de l'extrême pour rare qu'elle ait été dans son application, n'en a pas moins constitué durant de longues années, le paradigme de la bonne gouvernance des secteurs, pour des équipes vaguement honteuses et culpabilisées d'un passé noirci, avec la complicité active des pouvoirs publics à la recherche de leviers pour amoindrir le poids des dépenses de l'hôpital « ce pelé, ce galeux d'où venait tout le mal ».*

Un très grand nombre de lits a donc été fermé avec pour corollaire un prodigieux développement de l'extra-hospitalier : centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, appartements thérapeutiques et associatifs, ateliers thérapeutiques, CATTTP etc... Et cela avec un investissement massif, peut-être même un surinvestissement qui péjorait d'autant l'image de l'hôpital. Ce rôle de mauvais objet tend cependant à glisser depuis quelques années vers le médico-social. Le besoin permanent de construire un mauvais objet pour se sentir meilleur n'épargne pas les équipes de psychiatrie !

Nous assistons depuis deux ans à une remontée brutale et inexplicable du nombre des hospitalisations sur l'ensemble du territoire. A Picauville, par exemple, cela s'est traduit en 2002 par une augmentation de 10 % du nombre des patients admis ce qui correspond à un nouveau pavillon de 18 lits plein en permanence ! Dans un contexte de baisse générale des moyens non pas tant en argent qu'en temps disponible auprès des patients (passage aux 35 heures et fuite en avant réglementaire et technocratique plus idéologiquement ambitieuse que réaliste et systématiquement chronophage) le risque est grand de voir cette opposition entre extra hospitalier et intra-hospitalier se reconstruire au profit cette fois-ci de l'hospitalisation comme si l'ancienneté de cette dernière lui conférait une sorte de droit d'aînesse obscurément revendiqué, revendication soutenue par une longue souffrance refoulée. Par éviter ce combat fratricide et stérile il est urgent de repenser l'hospitalisation dans tous ses aspects : son histoire, ses indications, ses contre-indications, sa spécificité, son intégration dans le dispositif du secteur... Les journées Croix-Marine (dont celle qui vient de se dérouler à Coutances) sont un des lieux possibles pour ce travail nécessaire.

Dr Jean-François GOLSE
Président Croix-Marine Basse-Normandie

* LA FONTAINE. « L'hôpital malade de la peste »

Erratum. Il s'agit bien de la fable « les animaux malades de la peste », nos lecteurs auront corrigé d'eux-mêmes.

PRATIQUE ET RECHERCHES EN SANTÉ MENTALE

REVUE DE L'ASSOCIATION
CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation Bon-Sauveur
50360 PICAUVILLE
Tél. 02.33.21.84.00 [poste 8466]
Fax 02 33 21 85 14

Directeur de publication :
Jean-François GOLSE
Responsable de la rédaction :
Maryse CORBET
Comité de rédaction :
J. ANDERSON,
Jeanne BERTAUX,
Jean FILMONT,
Jean-Noël LETELLIER,
Serge LOQUET,
Marie-Line LAMARE-HAMELIN,
Bernard NOUHAUD,
M. PITON,
Odile SANSON

Mise en page et impression :
Imprimerie Artistique LECAUX
TOURLAVILLE • 02.33.88.52.52

Crédit photos : Philippe LAMOTTE

Secrétariat : 02 33 21 84 66

ISSN 1157-5135
Dépôt légal : 4^{tr} trimestre 2003



L'INDICATION DE L'HOSPITALISATION EN



Dr GALLUET
Médecin Généraliste
St-Sauveur-le-Vicomte

INTRODUCTION

L'hospitalisation d'un patient en milieu psychiatrique, reste pour, le médecin généraliste, une situation délicate à gérer dans la plupart des cas.

Il se trouve confronté à :

- un tableau clinique
- une décision à prendre
- une mise en œuvre de l'hospitalisation

Il en est lui-même un des acteurs avec le patient et son entourage. Par ses indications, qui sont souvent mal définies, mal perçues, l'hospitalisation pour une prise en charge psychiatrique, n'a pas un cadre nosologique étroit en comparaison d'autres pathologies mieux définies sur le plan médical.

LE RECOURS AU MEDECIN GENERALISTE

Les situations qui sont rencontrées par le médecin généraliste et qui peuvent être suivies ou non d'une hospitalisation sont variées.

Soit, il s'agit d'une consultation ou d'une visite demandée en urgence, le plus souvent par l'entourage, plus rarement par le patient lui-même.

- Situation peu fréquente : le patient est volontaire pour une démarche de soins, car il en ressent le besoin, la situation sera des plus faciles à gérer.
- Malheureusement, le plus souvent il s'agit d'une situation où le patient encourt le plus grand risque ou le fait encourir aux autres. Dans ce cas, la demande vient en général de l'entourage avec une attitude de défilement : « est-ce que vous pouvez passer, docteur, juste lui dire bonjour, ne dites pas qu'on vous a appelé ! ».

Ces situations aiguës sont :

- Un patient déprimé avec risque majeur de passage à l'acte, perçu par lui-même ou son entourage.
- Un patient psychotique, connu ou non, qui

présente une décompensation brutale avec pour nous, généralistes, deux facteurs importants à gérer : l'agitation et l'agressivité.

- Un patient réticent, soupçonneux, qu'on n'arrive pas à « accrocher », voire manipulateur. Et ce, beaucoup plus souvent qu'on ne le croit.

Soit une situation non urgente mais avec un potentiel évolutif important :

c'est classiquement le patient souriant mais porteur en lui d'une grande souffrance qui ne franchit pas la barrière du langage et qui se suicidera quelques heures après, parce que vous ne l'avez pas compris. Calme, avec une décision prise et qui vient voir, je dirais presque par hasard, si vous n'avez pas une solution. C'est l'expérience du médecin généraliste, la connaissance de son patient qui peut permettre de dénouer la situation.

Et le médecin généraliste dans tout ça :

- Mal formé pendant ses études, sa réponse dépend de son appréhension du problème. Il existe chez beaucoup d'entre nous de l'aversion pour ces situations notamment urgentes. Elles dérangent.
- Un médecin généraliste jeune aura moins d'expérience mais consacra plus de son

MILIEU PSYCHIATRIQUE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

temps, aura un investissement personnel plus important, en oubliant que de temps en temps, il se fera cannibaliser par son patient.

- Un médecin généraliste plus âgé aura plus d'expérience, parce qu'il a vécu de multiples situations pendant sa carrière, mais sera moins disponible moralement et dans le temps.
- Souvent surbooké, peu disponible, il sait qu'en cas d'urgence sa salle d'attente va se vider, qu'il va en avoir pour un temps certain. Il va quand même s'y rendre, mais la rencontre avec le patient ne va pas se passer dans les meilleures conditions.
- D'autant plus que cela va se passer le plus souvent durant son week-end de garde, ou durant sa nuit de garde, dans un cadre pas toujours confortable (cris, violences verbales, agitations) où il ne reste au médecin que sa parole.

Il ne manque plus que l'entourage dans ce tableau :

- Souvent le déclencheur du processus avec un rôle soit facilitateur dans le contact avec le patient, soit « freinateur » avec des remords.
- L'entourage joue souvent le rôle d'interface entre le patient et le médecin car il arrive qu'on parvienne à les isoler et qu'ils maintiennent une pression forte chez le médecin plus enclin à les écouter qu'à écouter le patient, d'autant plus que souvent l'anamnèse passe par eux.

LA PRISE DE DECISION D'HOSPITALISATION.

D'abord, la première question qu'on se pose : qu'est-ce que cela va apporter au patient ?

- Une mise en sécurité.
- Un désir de sa part d'une réelle prise en charge.
- « Je veux être hospitalisé mais il n'y en a pas besoin »
- « Je ne veux pas être hospitalisé mais il y en a besoin », et moi, médecin, je n'ai pas les moyens de l'y obliger.

Pour le médecin :

- Un soulagement personnel.
- La notion de risque ne sera plus à sa charge.
- Une décision par excès : « j'hospitalise, mais il n'y en a pas besoin », je me défile mais on ne pourra pas me le reprocher.
- Une décision par défaut : « je n'hospitalise pas ».

Pour l'entourage :

- « Il faut qu'il soit hospitalisé », peur, crainte du patient ou des signes exprimés par le patient, alors que la prise en charge peut être différente.
- « Il ne faut pas qu'il soit hospitalisé », je ne veux pas qu'il me le reproche (souvent entendu), je ne veux pas qu'il aille chez les fous.

Mais souvent, la décision d'hospitaliser ne s'inscrit pas dans le cadre de la longue durée, le plus souvent, il peut s'agir d'un séjour court de 24 à 48 heures, le temps de laisser retomber la crise.

LA MISE EN PLACE DE L'HOSPITALISATION.

Même si pour beaucoup de médecins généralistes, le temps important est la décision d'hospitaliser, il faut savoir où. De la réussite de la prise en charge du patient dépend sa guérison ou sa stabilisation. Parfois confrontés à de mauvais aiguillages, à un accueil non adapté, nous voyons ressortir nos patients quelques heures plus tard dans la même situation qu'à l'entrée. Heureusement, ces cas deviennent rares.

Un des grands progrès réalisés ces dix dernières années, est ce passage quasi obligé par l'hôpital général, où grâce aux Antennes Médico-Psychologiques, un premier entretien a lieu, d'où découle une entrée ou pas dans le soin spécialisé, loin de l'hôpital psychiatrique, resté dans leur imaginaire collectif comme asile. Le fait de diriger vers l'hôpital général, permet dans certaines situations, de recourir au



Indications de l'hospitalisation en milieu psychiatrique en médecine générale

somatique (on va voir pourquoi vous avez mal à la tête) pour gagner l'adhésion du patient. Peut-on procéder autrement pour une hospitalisation ? Sûrement.

Chaque secteur a ses centres d'accueil et il serait plus logique, au moins aux heures ouvrables, d'adresser directement à ces centres ces patients. Mais très souvent, il est difficile de contacter un interlocuteur car ils sont difficilement joignables, soit en réunion, soit en consultation, soit entre ces deux lieux.

CONCLUSION.

Il reste beaucoup de choses à faire pour optimiser la prise en charge de l'hospitalisation de ces patients.

Trois fils directeurs :

- Est-il possible, pour les psychiatres, d'établir des protocoles sous forme de recommandations ou de guide-lignes, d'arbres décisionnels, pour nous aider dans nos décisions de terrain ?

- Est-il possible d'établir des procédures pour la mise en œuvre de l'hospitalisation et qui soient communes aux différents secteurs ?
- Développer l'accueil en hôpital général mais aussi développer l'accueil dans les centres de chaque secteur car ces deux types de prise en charge sont complémentaires.

Mais, il ne faut pas nier les énormes progrès accomplis en 15 ans pour ces prises en charge. Car nous observons que de plus en plus de population a recours au soin, disons « psychologique » pour ne pas les effrayer. Mais, malheureusement, il y a une partie, certes infime, qui ne veut pas accéder aux soins. J'en veux pour preuve le nombre d'hospitalisations et de prises en charge refusées et qui traînent dans la nature et pour lesquels nous essayons de faire de notre mieux en tant que généraliste et dont on sait que l'issue sera fatale un jour.

Je ne m'étendrai pas sur le renforcement des liens entre médecins de terrain que nous sommes et médecins spécialisés dont la complémentarité doit se renforcer.



LES CONDITIONS CONTEXTUELLES D'UN SOIN DE PROXIMITÉ

Présentation

En ce début de 21^e Siècle, les écarts se sont creusés entre des formes de psychiatrie très variées. Le traditionnel triptyque : « Psychiatrie Publique – Psychiatrie Libérale – Psychiatrie Universitaire » a explosé en une myriade de sous-spécialisation, de références théoriques variées, d'opinions divergentes sur l'avenir de notre discipline. Aussi est-il bon de se présenter de façon claire, afin que chacun puisse situer d'où vient le discours qui va suivre :

Je suis un Psychiatre **Optimiste** :

Je refuse la plainte et les lamentations. Je suis plutôt satisfait de l'évolution considérable qu'a mise en œuvre la psychiatrie au cours du siècle de mon exercice. Je pense (comme B.H.L. : « la barbarie à visage humain ») que « le pessimisme ne vaut que par la couche qu'il dépose, mince, mais dure, de certitudes et de refus ».

Je suis un Psychiatre **Généraliste** :

Je refuse la fragmentation et la sous-spécialisation promouvant le « soin en filières », ennemi d'un accès aux soins facile pour toute personne en souffrance psychique sévère mais non « étiquetée ».

Je suis un Psychiatre **Contextuel** :

Je pense que la psychiatrie publique doit se situer à mi-chemin entre : connaissances « universelles » de la science médicale et cultures locales de l'entraide et du soin.

Je suis un **Santé-mentaliste** résolu :

Je crois que l'art du soin psy doit renoncer à son « splendide isolement », et s'inscrire au sein d'un champ multi-partenarial, qui, loin de déspécifier la pratique psychiatrique, l'aidera au contraire à déployer son action de façon plus modeste et complémentaire aux multiples appuis sociaux indispensables à un vrai progrès de la **prévention** des troubles mentaux et de l'insertion sociale des patients.

Voilà pour les présentations ! Venons-en, maintenant, à mon propos.

Une histoire récente d'« accueil à domicile »

Madame B est signalée à l'Accueil de Bondy par le CCAS. Elle a 67 ans, elle vit seule, recluse dans un appartement complètement envahi d'objets et détritrus de toutes sortes, dont elle refuse de se séparer. Elle est veuve depuis 5 ans et le voisinage s'est alarmé de la dégradation progressive de son état physique et psychique. Elle frise la cachexie, fait des chutes dans la rue, refuse qu'on l'aide, claquant la porte au nez de la sollicitude des voisins et des travailleurs sociaux et s'enferme dans un logis où elle n'occupe que les quelques mètres carrés de chambre restés libres, comme un minuscule îlot dans un océan d'ordures. Bref, elle est folle ! Proposition est faite par les services de la mairie d'une hospitalisation sous contrainte, assortie d'une « descente » des services de salubrité qui se chargeront d'évacuer l'appartement pour le rendre à un état d'habitabilité socialement acceptable.

Contre-proposition de l'équipe de secteur : un travail de crise à domicile pendant 2 à 3 mois. L'hypothèse de crise, construite au terme de quelques rencontres entre les soignants et Mme B. transforme la définition du problème et permet à la patiente d'adhérer rapidement au projet commun.

Cette hypothèse s'appuie, en effet, sur les mots de Mme B elle-même, mots validés par l'équipe soignante, qui s'engage à en respecter la valeur, transformant le discours sécuritaire en discours sécurisant. Mme B n'y est plus « une folle en danger, barricadée au cœur d'un océan d'immondices », mais « une petite fille triste abandonnée dans un océan de trésors ». Suivra, pendant plusieurs semaines, à un rythme quasi quotidien, une noria de soignants de l'équipe de secteur, qui, chacun à son tour, reviendra de chez Mme B avec un objet dont Mme B a accepté de se dessaisir, après lui en avoir raconté l'histoire. Un jour : un vieil aspirateur hors d'usage, dans son carton d'origine, le



lendemain un coffret de photos, le surlendemain, des fleurs séchées d'âge canonique.

Ainsi d'objet en objet, de fragment en fragment, Mme B « recolle » son histoire éparpillée en la livrant aux soignants : son enfance dans un petit village d'Allemagne, sa rencontre avec son mari, l'exclusion et l'ostracisme dont elle fut victime dans sa belle-famille, l'anorexie mentale, puis le suicide de sa fille, son seul enfant, la haine mutuelle qui en a résulté au sein de son couple, puis la maladie, le décès du maudit... et le grand silence de mort qui s'en est suivi. Au bout du compte, Mme B, acceptant peu à peu de se dessaisir de ses trésors trouve, tout d'un coup, son appartement bien trop vide... à l'image de ce qu'il reste de sa vie. Elle tente de se pendre... puis, se ravise et appelle l'Accueil. Elle demande alors à l'équipe de l'admettre pour quelques jours, à l'hôpital et de la soigner. Depuis, Mme B a basculé du côté de la vie et a quitté de son plein gré l'enfer de ses trésors de mémoire pour un joli studio proposé par l'OPHLM, où elle se sent dit-elle, comme la jeune fille fraîchement débarquée de son Allemagne natale.

Des belles histoires comme celle-là, il y en a des milliers que pourraient raconter ici, à ma place, des centaines de soignants de secteur psychiatrique.

Trois avantages à ce travail d'accueil à domicile :

- Travailler au rythme du patient. Respecter sa temporalité et y adapter la temporalité des soins. Éviter les traumatismes de rupture et de contrainte
- Développer la « clinique du patient en société » (le bain de ville)
- Valeur pédagogique : pour la famille, pour l'entourage, le voisinage, pour les partenaires sociaux du soin.

Les conditions d'un tel travail

Un tel accompagnement psychiatrique de la personne en détresse psychique paraît, à le raconter ainsi, une chose simplissime, qui va de soi. Pourtant, il s'agit là d'une suite d'actes

soignants d'une extrême sophistication dans leur contenu, et conditionnés par quantité de conditions contextuelles.

Je voudrais vous décrire, dans cette brève intervention, les conditions requises pour qu'un tel travail puisse exister.

- Il y faut, tout d'abord, une équipe motivée par un fort désir collectif de prise de risque et d'invention.

Pour cela, il faut que cette équipe n'ait pas été maltraitée par une administration sadique et tatillonne, par un chef de service paranoïaque, cynique ou déprimé, par une impérite de politique laissant s'installer une pénurie de moyens conduisant à une désertification des ressources humaines locales.

- Il faut aussi que cette équipe ait su maintenir, par des transmutations continues de ses lieux et méthodes de soins, l'idée fondamentale que le soin psy passe par le lien, et la proximité humaine, bien avant les murs ou les molécules.

- Il faut que cette équipe ait choisi de positionner au moins le quart de ses moyens humains en amont du soin, dans une écoute de la souffrance psychique d'où qu'elle vienne et par quelques biais qu'elle se présente.

- Il faut que cette équipe se soit ouverte sur son environnement, sur son écosystème citoyen, afin d'y repérer les ressources locales d'entraide et de soin (famille, médecins généralistes, services d'urgence, services d'aide sociale, réseau associatif, élus locaux... etc).

- Il faut que cette équipe se sente encouragée, soutenue et valorisée dans ses efforts par une réelle volonté politique de destigmatisation, et d'intégration des personnes en souffrance psychique.

- Il faut que ce consensus médical, administratif et politique ne soit pas un simple discours démagogique, mais qu'il s'inscrive dans les faits, par des mesures concrètes et efficaces :

- l'accès prioritaire au logement adapté,
- l'accompagnement à la vie sociale des personnes isolées,
- l'accès à des formes de formation et

d'insertion professionnelle adaptée aux handicaps psychiques résultant des troubles mentaux.

Car une équipe de secteur ne peut être seule à soutenir l'intégration sociale des personnes touchées par la stigmatisation psy. L'asile, ça n'est pas seulement les murs de l'asile, mais toute situation conduisant les patients à ne plus avoir d'autres interlocuteurs sociaux que des pysys. C'est ça, une existence asilaire !... et ça peut très bien se faire à domicile ! **La régression asilaire commence quand la vie et le soin sont confondus, que le soin envahit la vie et que la survie envahit le soin.**

Tout soignant psychiatrique sait que les souffrances psychiques intenses s'expriment souvent par projections sur l'environnement et qu'il peut être fort thérapeutique de réparer une armoire, déboucher un lavabo ou de cuire un œuf avec un patient.

Pour autant, il n'est pas du ressort de la psychiatrie de réparer toutes les armoires, de déboucher tous les lavabos ni de cuire tous les œufs.

La psychiatrie a besoin, pour continuer dans le sens du progrès humain, **que la société, dans son ensemble, ait le courage politique d'assumer les conséquences des choix qu'elle a effectués** en repoussant la réclusion, l'exil et l'oubli asilaire.

La psychiatrie intégrée à la ville, telle que nous nous efforçons de la tricoter depuis plus de 30 ans ne peut rien **si la société demeure profondément maltraitante** à l'égard des malades psychiques et de leurs familles... ce qu'elle est encore bien trop !

Conclusion : Psychiatrie et Santé Mentale

Nous sommes donc à un nouveau carrefour de cette saga passionnante de la psychiatrie. Ce carrefour est clairement à l'intersection du clinique et du politique, d'où l'importance de rencontres entre ces deux champs.

L'enthousiasme des soignants, quelque peu abrasé, ces dernières années, par une conjoncture très lourde, ne demande qu'à renaître, en s'appuyant sur la construction d'une nouvelle clinique : clinique du

patient dans son milieu, par opposition à la clinique classique, basée sur l'observation du malade hospitalisé voire interné. Vous avez bien compris que Mme B, extirpée, au nom des soins, de son océan de trésors n'était plus rien et que toute sa réappropriation d'elle-même n'a pu se produire qu'à la faveur de ce patient travail de deuil des traumatismes de son histoire.

A l'hôpital on aurait tout au plus « traité la dépression » à l'aveugle.

Mais cette construction restera en panne si le mouvement de la santé-mentale, dans tous ses aspects mutli-dimensionnels ne fonde pas l'action du politique.

Cette **politique de santé publique** doit repérer, dénoncer et résoudre, toutes les formes de cette maltraitance sociale des malades psychiques et de leurs proches (ostracisme, exclusion, abandon, internement, oubli).

A ce carrefour, trois voies s'offrent à nous : le retour à l'asile sous des formes édulcorées, aseptisées, masquées... mais qui finiront toujours par redevenir ce que l'on sait (du côté du patient et du soignant, la dépendance mutuelle et l'abrasion psychique, du côté du socius : le déni, l'abandon et l'oubli).

La marginalisation intra-sociale des malades mentaux (errance, misère, incarcération, internements, errance...)

Enfin, la poursuite du chemin ardu d'un soin psychiatrique de proximité, intégré au sein d'une volonté socio-politique affirmée d'aide à la Santé mentale et de vigilance contre tout ostracisme, toute exclusion, tout abandon.

Je vous laisse deviner laquelle de ces voies a ma préférence.



Patrick Chaltiel
Chef de Service du
14^{ème} Secteur de
Psychiatrie Générale
de Seine-Saint-Denis
(Bondy)

L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE : HISTOIRE, TRANSFORMATION, PERSPECTIVES

Question originale que celle de l'hospitalisation dans le contexte actuel car le leitmotiv semble plutôt la question du « secteur » proposé comme une alternative à l'hospitalisation.

Depuis quelques décennies, règne une volonté de réduire l'hospitalisation. Dans les propos elle est soit passée sous silence soit attaquée/dénigrée comme un archaïsme qui nécessite une politique volontariste de fermeture. Pour beaucoup elle reste l'héritière et le symbole de l'arbitraire psychiatrique et de son pouvoir d'enfermement, toujours objet des craintes les plus vives. S'y ajoute également, du côté des professionnels comme de l'administration de la santé, la crainte de la sédimentation hospitalière de populations socialement oubliées. Ces vieux démons, toujours prêts à se réveiller, perdurent à bas bruit sous forme de cette image négative qui s'attache à l'hospitalisation. Mais d'un autre côté, avec la baisse du nombre de lits et l'augmentation actuelle des effectifs des personnes hospitalisées, par moments se fait jour, chez les soignants, une certaine nostalgie d'une époque, plus récente historiquement, où, dans l'hospitalisation, l'on pouvait prendre le temps – ou donner le temps à quelqu'un – de (se) soigner.

Toutes ces craintes et cette nostalgie laissent penser que la réalité est pour le moins complexe et qu'il nous faut tenter de la cerner tant d'un point de vue factuel que d'un point de vue analytique : quels sont les mouvements qui affectent l'hospitalisation mais également, quelle fonction remplit-elle ?

Pour ce faire, l'analyse doit tenir compte de deux dimensions, une actuelle : la place de l'hospitalisation au sein du dispositif psychiatrique élargi ; une dimension socio-historique qui la replace dans la longue durée de l'histoire de la psychiatrie, qui permet de réfléchir en ces termes : malgré les transformations indéniables des dernières décennies, y-a-t-il déclin ou transformation du modèle de l'hospitalisation ? Peut-on parler de permanence ou de changement de sa fonction ?

L'histoire des politiques psychiatriques

Pour mieux percevoir la place actuelle de l'hospitalisation, il semble nécessaire de se pencher sur l'histoire de la psychiatrie publique depuis sa naissance. On peut, de manière commode, discerner trois moments articulés autour de trois textes fondateurs et de trois dates symboliques : 1838 et la loi sur les aliénés ; 1960 et la circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales ; 1990 et la circulaire relative aux orientations de la politique de santé mentale. Ces dates ne sont que des repères indiquant que des pratiques qui s'expérimentaient depuis déjà quelque temps viennent à s'inscrire dans le texte législatif ou administratif.

1) La loi de 1838 et l'asile

Cette première politique psychiatrique, qui reconnaît la naissance de la "médecine spéciale" comme distincte de la médecine somatique,



Anne Golse
Sociologue, chercheur au
Laboratoire d'Analyse
Socio-Anthropologique du
Risque (LASAR), maître de
conférence en sociologie,
Université de Caen.

s'ordonne autour de trois mots clés : soins, assistance et ordre. Comme le montrent G. Swain et M. Gauchet¹, la réintégration du fou dans l'humanité, passera par l'invention de l'asile, lieu où contenir, assister et soigner. Les murs de l'asile symbolisent la frontière normal/pathologique² : pour une part, l'internement vient reconnaître l'existence d'un processus pathologique chez l'individu atteint d'aliénation, pour une autre part la clôture de l'institution porte la marque de l'utopie asilaire, celle de soigner en inventant une bonne société contre une société accusée de produire les faits pathologiques si ce n'est d'être par essence pathologique. L'échec du modèle – l'isolement ne guérit pas – va cependant être sa réussite : à défaut de guérir, l'asile va remplir ses missions d'ordre public et d'assistance : il draine les aliénés. Sa rentabilité se fonde sur cette capacité à garder et assister au moindre coût ; il vit en autarcie en grande partie du travail des malades³. La figure emblématique de cette période est le chronique parfaitement adapté à ce monde plein de bruit, de fureur et de désespoir.

2) La circulaire de 1960 et la doctrine du secteur

Il faut attendre 1945 pour qu'un mouvement interne aux médecins des hôpitaux psychiatriques se fasse jour. Une doctrine se forge qui contient les principes de renouvellement de la politique psychiatrique : la sectorisation. Contre l'enfermement et la chronicisation dont il est porteur, contre l'encombrement et la pénurie qui engendrent des conditions de vie indigentes, la psychiatrie se redéfinit comme pratique soignante globale dont l'hospitalisation ne serait qu'un moment. Contre l'isolement, s'affirme également que le milieu "naturel"⁴ de l'homme c'est la société et qu'il faut viser le maintien de chacun au plus près des liens sociaux "naturels". Même si dans les faits il faut attendre encore plus d'une décennie pour que se fasse jour un début de réalisation des objectifs ainsi définis, la circulaire de 1960, qui vient reconnaître cette volonté de transformation, ordonne la deuxième politique psychiatrique sous le signe de la proximité et de la continuité des soins (de la prévention à la post-cure en passant par l'hospitalisation).

Il faut dire qu'il y a urgence en la demeure. A côté de la population traditionnelle de l'asile commence à émerger une deuxième population, plus fluide, plus mouvante, pour qui l'hôpital psychiatrique ne peut pas servir de cadre de vie : les névrosés, les déprimés qui incarnent un nouveau mal de vivre réclamant des soins. Ils sont les figures émergentes de la psychiatrie. La nouvelle rentabilité de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales, énoncée par la circulaire, se fonde sur le turn-over des malades entre le dedans et le dehors.

Il semble cependant important de replacer ces changements sous le signe de transformations globales extérieures au champ psychiatrique contribuant à atténuer la traditionnelle séparation du malade mental de la société. Les lois de 1968⁵ et de 1975⁶ permettent la réduction de l'altérité constitutive du fou. D'une part, la loi de 1968 rapproche le malade mental du citoyen puisqu'elle lui accorde d'être responsable civilement de ses actes et dissocie le lien entre internement et gestion des biens. D'autre part, les lois de 1975, en créant le champ médico-social et l'AAH, permettent de casser le lien solide entre assistance et soins. De plus, toutes ces lois mettent en œuvre une lecture sociale de la maladie mentale sous le signe du déficit (loi de 1968) et du handicap (loi de 1975). Le malade mental rejoint le handicap physique ou sensoriel sous le signe du négatif.

Ainsi un faisceau disparate de transformations fragilise et réorganise la frontière dedans/dehors qui, avant, redoublait la frontière normal/pathologique. Globalement au fil des années 1970 et 1980, la mission d'ordre disparaît : pour une part, les internements diminuent de manière significative, pour une autre part, la maladie mentale n'entraînant plus aussi souvent qu'avant l'irresponsabilité pénale, les malades mentaux rentrent en prison⁷. La mission d'assistance s'estompe lentement avec la création du champ médico-social et laisse la place à une nouvelle mission de réinsertion, réadaptation. Cependant, avec ces transformations on assiste à un renouvellement des enjeux. Si la frontière devient poreuse, si le mot d'ordre est la sortie des malades et des soignants hors des murs protecteurs de l'hôpital, la confrontation à la vie dehors et aux autres institutions que l'asile avait oblitérées apparaît. D'où un vaste chambardement des pratiques lentement constituées dans l'asile et un effacement lent de l'ordre disciplinaire au profit d'un ordre relationnel. D'où une complexification des approches de la maladie mentale. En effet les malades mentaux insérés dans leurs familles et/ou d'autres réseaux sociaux, ou désespérément seuls dans leur appartement, ne se prêtent pas à une lecture univoque en terme de maladie. L'abord se fait de plus en plus comportemental car ce n'est pas la maladie qui pose problème mais le comportement. A diagnostic égal on ne peut pas à l'extérieur suivre de la même manière celui qui indispose l'immeuble par son chambard nocturne et celui qui se fait oublier dans un tableau de totale incurie. Pratiques et savoirs se réinventent dehors. Ajoutons que la confrontation à la vie extérieure et aux autres institutions ne se fait pas sans mal car si la psychiatrie doit apprendre à sortir de son isolement constitutif, en même temps elle fait peur et fascine : on appelle et on craint ses pouvoirs et ses savoirs.

3) La circulaire de 1990 et la politique de santé mentale

Actuellement nous sommes engagés dans un mouvement de transformation qui nous fait quitter le deuxième moment de la psychiatrie. Cette circulaire⁸ intervenant 5 ans seulement après la loi de 1985⁹ légalisant l'organisation sectorielle se met pour une part sous le signe de la continuité de ce qui a été initié trente ans auparavant. Cependant il faut surtout la lire comme un dépassement de la politique sectorielle initiée en 1960 voire comme



L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

Histoire, transformation, perspectives



une rupture décisive dans la construction du fait psychiatrique..

L'objet de la psychiatrie change : ce n'est plus la maladie mentale mais la santé mentale et ses différents avatars sous forme de souffrance psychique. La barrière normal/pathologique qui avait commencé à s'éroder n'existe plus. La souffrance psychique devient le signifiant princeps des savoirs et des pratiques psychiatriques : la psychiatrie doit drainer la souffrance psychique et les défauts du mieux-être. De plus l'orientation vers la santé mentale signe une rupture avec le seul modèle curatif pour se tourner vers la prévention des risques et la promotion de la santé par une intervention sur les défauts du mieux-être et les risques de maladie¹⁰. C'est le fondement même de la discipline psychiatrique et partant de là l'ensemble du dispositif (pratiques et organisation) qui se transforme¹¹.

Le résultat de toutes ces transformations est que le dispositif s'alourdit considérablement. Il y a inflation de la file active : de 1989 à 1999, + 58 %¹². En 1995, on passe à 22/00 puis à 23/00 en 1997 et 25/00 en 1999. Pour reprendre l'expression que M. Gauchet et G. Swain ont utilisé pour parler de l'asile en son temps, la psychiatrie « aspire » d'autres populations.

Le problème actuel est ce que ce mouvement d'augmentation de la file active et du travail au sens large s'accompagne d'un mouvement contraire de la démographie du personnel. Alors que l'augmentation du personnel a permis le secteur, autant depuis cette période la démographie s'inverse. De 1970 à 1984, pendant les années où l'extrahospitalier se crée mais également où l'hospitalisation se tourne activement vers le soin, il y a + 77 % d'infirmiers et

+ 216 % de psychiatres. Ce mouvement d'expansion de la démographie professionnelle atteint son acmé l'année où la file active du dit extrahospitalier dépasse celle de l'intrahospitalier : en 1985 il y a une moyenne de 7.6 ETP de médecins et 66 ETP d'infirmiers par secteur. Depuis, alors que la file active ne cesse d'augmenter le mouvement démographique s'infléchit de manière notable. De 1989 à 1999 la démographie infirmière s'est infléchie de - 15.3 % et, l'ensemble de l'équipe passe de 89.1 ETP en 1987 à 83.7 ETP en 1999. Le nombre actuel de médecins par secteur est actuellement de 6.3 ETP mais la situation devrait s'aggraver dans les années à venir.

L'hospitalisation

Après ce rapide survol de deux siècles de psychiatrie, il nous faut maintenant en venir à notre sujet de préoccupation, l'hospitalisation. On peut constater deux choses : en premier lieu, loin du dépérissement de l'hospitalisation tant attendu c'est plutôt à une transformation du modèle que l'on assiste. Ensuite l'hétérogénéité reste forte entre différentes catégories de patients qui utilisent différemment l'hospitalisation et ses nouveaux avatars que sont, dans certains cas, les structures à temps partiel.

En premier lieu, il semble qu'il y ait une permanence du recours à l'hospitalisation. L'hospitalisation complète assure encore 26.2 % de la prise en charge de la file active, soit plus d'un quart des personnes suivies par le dispositif. Chiffre qui montre bien l'ampleur du phénomène. En même temps le modèle de l'hospitalisation change. En effet quelques chiffres permettent une comparaison. En 1968 il y a 116 338 personnes hospitalisées au 31 décembre et en 1969, année record, il y a 118 293 personnes hospitalisées au 31 décembre. Ensuite une lente décrue s'amorce du nombre de personnes hospitalisées au 31 décembre. C'est ainsi qu'en 1999 une même coupe montre seulement 58 000 personnes hospitalisées soit une réduction de la moitié de l'effectif.

Urgences et équipes de santé mentale

16 mars 2004 à Paris

Argument

La pathologie psychiatrique emprunte souvent le circuit des urgences, et comme dans toutes les autres disciplines médicales, on observe là aussi une inflation de ces demandes. L'urgence y compris psychiatrique est-elle devenue un phénomène de société ?

Comment comprendre que dans notre vie quotidienne tout s'impose sur le mode de l'instantanéité comme si nous étions malades du temps ?

Dans ce contexte, il est important d'examiner les différentes modalités d'accueil et de réponses à l'urgence car c'est sans doute là un bon indice de l'état des pratiques de la psychiatrie.

Quels sont aujourd'hui les lieux de recours pour l'urgence et la crise ? Comment se joue la disponibilité des intervenants pour l'intervention d'urgence, au domicile, dans les CMP, CHS, CHG, CAC et SAMU ?

Interrogeons les modèles cliniques et les moyens nécessaires pour accueillir et évaluer les multiples formes de détresse, construire ou improviser des stratégies d'action face aux situations imprévues ?

Comment s'articulent les réponses immédiates et ponctuelles avec la continuité des soins ?

Le travail d'urgence renforce-t-il la médicalisation de la psychiatrie ; la notion de crise introduit-elle véritablement une autre façon de penser les situations d'urgence ?

Quelle approche possible de l'urgence psychiatrique quand elle est intriquée dans les situations d'urgences sociales ?

Comment travailler avec les partenaires obligés que sont les familles, les généralistes et parfois la police ou les pompiers ?

Dans toutes ces questions essentielles de santé publique, il faut aussi se demander quelle serait la politique préventive souhaitable, quelle place pourrait prendre l'associatif pour renforcer les capacités des personnes à faire face aux situations de crise ?

Renseignements

Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine

31, rue d'Amsterdam, 75008 Paris.

Téléphone : 01 45 96 06 36, fax : 01 45 96 06 05.

Site internet : www.croixmarine.com

E. mail : croix-marine@wanadoo.fr

N° d'organisme formateur : 11.75.203.79.75

Maladie mentale et situations de handicap : Évolution des concepts Innovations dans les pratiques

20-21-22 septembre 2004 à Vannes

Argument

Le concept de handicap a été profondément renouvelé ces dernières années. La question se pose aujourd'hui des effets des innovations dans le domaine particulier des situations de handicap liées à la maladie mentale.

La FASM Croix-Marine a, depuis longtemps, consacré beaucoup de ses réflexions à ce questionnement, dans un esprit qui semble prévaloir aujourd'hui :

- réduction des clivages entre actions sanitaires, sociales, médico-sociales, éducatives ; avec recherche d'articulations fonctionnelles entre les différents plans pour permettre la nécessaire continuité du suivi,
- promotion du sujet, citoyen autant qu'il en est capable, au-delà de ses désavantages sociaux,

Au cours de ces journées, nous nous proposons d'interroger les représentations que nous nous faisons du rôle du travail et de l'insertion dans la communauté vis-à-vis du processus d'humanisation, ainsi que des conditions requises pour que les actions que nous soutenons restent orientées vers la personne dans sa globalité, en prenant en compte sa subjectivité et le lien à son histoire.

On s'attachera également à mettre en évidence l'importance des approches humanistes et subjectivantes, afin d'éviter que les actions d'adaptation n'en restent à la butée que représente parfois le handicap, lorsqu'il est privé d'un éclairage dynamique et que l'on s'en tient aux stigmates les plus évidents, en méconnaissance de la souffrance psychique sous-jacente.

Ces différentes perspectives seront envisagées, non seulement pour le travail et l'insertion professionnelle, mais aussi pour ce qui concerne les enfants dans leurs relations avec l'école et les apprentissages fondamentaux ; on abordera également les réponses institutionnelles possibles aux situations de handicap lors de l'avancée en âge.

Renseignements

Fédération d'Aide à la Santé Mentale Croix-Marine

31, rue d'Amsterdam, 75008 Paris.

Téléphone : 01 45 96 06 36, fax : 01 45 96 06 05.

Site internet : www.croixmarine.com

E. mail : croix-marine@wanadoo.fr

N° d'organisme formateur : 11.75.203.79.75



L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

Histoire, transformation, perspectives

Si on s'intéresse maintenant au nombre d'admissions (et réadmissions) il y en a eu 481 948 en 1997, soit 3,9 fois plus qu'en 1968 qui n'a vu que 123 097 admissions. Mais on peut également constater que le turn-over est important puisqu'il y a environ 1,7 hospitalisation par personne en 1997. Ainsi alors que le nombre de personnes hospitalisées à une date diminue de moitié, le nombre d'admissions en une année augmente de presque 4 fois. Il y a ainsi une augmentation considérable du flux des hospitalisations voire des réhospitalisations. Ce que les durées de séjour des personnes hospitalisées un jour donné montre de manière exemplaire.

Répartition des durées de séjour des personnes hospitalisées au 31-12-1968

Durée	% de personnes hospitalisées
+ de 10 ans	27
Entre 5 et 10 ans	15
Entre 3 et 5 ans	10
Entre 1 et 3 ans	18
Moins de 1 an	30

Répartition des durées de séjour des personnes hospitalisées un jour donné en 1999

Durée	% de personnes hospitalisées
Plus de 1 an	33
Entre 3 mois et un an	47
Moins de 3 mois	20

Il est intéressant de voir combien le mode de présentation et l'échelle du temps changent. En 30 ans d'écart, l'ordre de grandeur est divisé par 10. D'une manière globale, la tendance est à la réduction de la durée d'hospitalisation. Mais au total, même si on peut lire ces chiffres comme une lente décrue, on ne peut guère parler de déclin. De plus, alors que la file active de l'ambulatoire et du temps partiel témoigne de l'importance du travail effectué dans la cité depuis deux ou trois décennies, la file active de l'hospitalisation recommence à augmenter de manière significative : depuis 1991 + 16 % d'augmentation. La réduction de la DMH permet juste de contenir cette augmentation dans une politique de réduction des lits.

En effet, en 1993 il y a encore 74 lits par secteur contre 55 actuellement.

La politique sectorielle a permis à la psychiatrie de diffuser hors des murs et d'augmenter la file active sans réduire l'hospitalisation autant que souhaité. L'ambulatoire comme le temps partiel semblent s'être greffés autour de l'ancien modèle unitaire de l'hospitalisation sans se proposer comme une réelle alternative¹³. Ils ont également permis le glissement des populations chroniques vers des prises en charge diversifiées en externe. La transformation de l'hospitalisation s'est effectuée non dans le sens du dépérissement mais du déplacement de certaines populations. Une des questions qui se pose est la suivante : pourquoi, parallèlement au déplacement des populations chroniques vers le temps partiel, la prise en charge de plus en plus forte en ambulatoire, cette recrudescence de l'hospitalisation à temps complet et non son déclin ? Les statistiques annuelles des secteurs et les études de l'INSERM peuvent nous aider à réfléchir.

Premier point : il existe des modes différenciés de recours à l'hospitalisation à temps complet. Il y a une part de la file active qui circule entre les trois filières du dispositif sous des formes combinatoires différentes, une autre qui n'utilise que l'hospitalisation soit de longue durée soit de manière brève sans aucune autre forme de prise en charge par la suite.

Deuxième point : si on s'intéresse au diagnostic, on voit une série de transformations à l'œuvre : reflux en chiffres absolus des démences et retards de l'ensemble du dispositif, glissement des populations, déplacement des psychoses chroniques vers le temps partiel, reflux de l'hospitalisation et déplacement vers l'ambulatoire des catégories qui recouvrent l'ancien diagnostic de névrose. Par contre, à côté des psychoses, on observe une forte poussée des diagnostics d'anxiété et de dépression, autrefois contenus en ambulatoire, ainsi que des diagnostics de troubles de l'adaptation et du comportement vers l'hospitalisation et le temps partiel. De plus tous ces chiffres parlent le langage de la pauvreté et de la solitude, du dénuement et de la désaffiliation. La poussée vers le temps complet de ces différents diagnostics va de pair avec cette désaffiliation. Ainsi les conditions socio-économiques, les

conditions de vie à l'extérieur, gardent toute leur importance. C'est une des constantes de l'histoire de la psychiatrie : à diagnostic égal, ce sont les capacités externes qui font l'admission... et la sortie. La psychiatrie publique - et son hospitalisation - reste une culture de la pauvreté mais aussi une réponse au déficit majeur d'intégration sociale des populations qui lui échoie. Malgré la création du champ médico-social, la psychiatrie n'a pas réussi à s'affranchir de sa mission d'assistance qu'elle gère désormais dans un dispositif élargi.

De la même manière la psychiatrie publique, dont c'est une grande spécificité, ne s'est pas affranchie de sa mission d'ordre. On observe actuellement une augmentation forte des hospitalisations sous contrainte : + 57 % en 10 ans. Elle représente actuellement 15 % de l'ensemble des hospitalisations. Ce sont d'ailleurs les deux formes de l'hospitalisation sous contrainte qui augmentent le plus vite : +17 % pour les HDT et + 19 % pour les HO contre 2.5 % pour les hospitalisations libres. De plus les procédures d'urgence sont en augmentation et elles vont souvent de pair avec le diagnostic de troubles du comportement. La mission d'ordre perdure ou du moins la pression externe sur l'hospitalisation.

Conclusion

Une réflexion sur l'hospitalisation en psychiatrie met ainsi en relief ce qu'il en est des transformations de la psychiatrie publique sous la forme du changement et de la continuité. Certes il y a des changements de sa forme institutionnelle avec la création des structures externes, un déplacement de l'activité, une extension des populations qui fréquentent le dispositif. Mais se pose aussi la question de la permanence, qui est peut-être celle de son essence.

La psychiatrie ne reste-t-elle pas tacitement ancrée dans la doctrine de l'isolement ? En effet, l'isolement, clé de voûte du premier moment de la psychiatrie, ne garde-t-il pas une certaine importance, sans le dire. Certes, la psychiatrie a réduit son isolement par rapport à la société mais l'isolement des patients n'est-il pas encore le motif inconscient de certaines hospitalisations, que ce soit sous la forme d'un retrait temporaire de l'individu de son « milieu naturel » ou sous celle de fournir un lieu où être dans certaines formes de désaffiliation ?

Ainsi, malgré sa revendication d'être une discipline médicale comme une autre, culture de la pauvreté, assistance, ordre obligent à reposer la question du fait psychiatrique. N'y a-t-il pas, de manière occultée, permanence de ce qui avait été le moment inaugural de la psychiatrie, revu et corrigé. Bien sûr, il n'est plus question de construire cette contre-société asilaire, que la psychiatrie après-guerre a remise en cause, mais les anciennes missions d'ordre et d'assistance ne continuent-elles pas à infiltrer silencieusement les pratiques de soin et/ou les représentations ? Peut-on et doit-on arriver à une hospitalisation purifiée reposant sur des seules indications médicales, complètement déconnectées de ce qui fait la chair des êtres sociaux que sont les personnes qui ont recours au dispositif ?

1 M. Gauchet, G. Swain, La pratique de l'esprit humain, Gallimard, Paris, 1980.

2 Cf. P. Girard, Représentations et pratiques sociales de l'institution psychiatrique, thèse en vue de l'obtention d'un doctorat de 3^{ème} cycle, Institut de Sociologie, Université de Caen, 1980.

3 Cf. G. Lanteri-Laura, La chronicité en psychiatrie, Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson, 1998.

5 Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

6 Loi du 3 janvier 1968, portant réforme du droit des incapables majeurs.

6 Lois du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

7 Cf. L. Kies, Le dernier rempart. La mise en place du dispositif de santé mentale en prison et ses enjeux, Prisons : entre oubli et réformes, Mana, n°5, Revue du LASAR, Université de Caen, 2^{ème} semestre 1998, p. 59-86

8 Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

9 Loi du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique.

10 Cf. A. Golse, Regards critiques sur l'évolution de la psychiatrie vers la santé mentale, Les conférences de Prisme.

11 Cf. A. Golse, Le lien psychiatrique comme lien social généralisé, Analyse sociologique des transformations récentes de la psychiatrie publique, Thèse pour le doctorat en sociologie, Université de Caen, 2000.

12 L'activité du dispositif ne peut pas se résumer à la seule prise en charge des patients de la file active car toute une partie du travail d'interinstitutionnalité, de promotion de la santé et de prévention des risques, ne donnent pas lieu à l'ouverture d'une fiche-patient.

13 Pour faire bonne mesure il faudrait montrer que la création du secteur médico-social a servi à déplacer certaines populations de l'asile d'autrefois plus qu'elles ne sont retournées vers leur « milieu naturel ».

HOSPITALISATION ENTRE CRAINTE ET ESPOIR

Pour traiter cette question de ce qui se passe à l'hôpital, j'ai souhaité un propos essentiellement clinique, avec cependant cette idée que c'est de toute façon de la clinique que peut partir une théorisation bien pensée. J'ai donc choisi de vous parler d'un cas, et le cas en question relève de la catégorie nosographique dite des états limites. Plusieurs raisons à cela. Tout d'abord il s'agit de pathologies qui s'expriment très nettement dans la relation à l'autre réel, soit dans la relation soignant soigné. Il m'a ainsi semblé pouvoir rencontrer certains des principaux enjeux de ce qui peut se passer à l'hôpital avec nos patients. Ensuite, ces cas sont souvent difficiles dans la mesure où ils amènent les équipes à vivre des situations délicates et tendues, ainsi qu'à devoir se remettre en question. Mon propos pourrait donc faciliter une discussion sur ces situations que vous rencontrez peut être vous-mêmes. Enfin, il s'agit de situations de plus en plus fréquentes, me semble-t-il, dans le travail hospitalier. A cet égard, les lectures qu'on peut faire depuis déjà longtemps sur ce terrain psychopathologique, témoignent de l'idée d'un lien entre ces états et l'évolution sociale. Evoquer un tel cas m'a donc paru concerner une certaine actualité psychopathologique.

Mme B. a un itinéraire chaotique où viennent d'emblée les ruptures et les traumatismes. Elle a fait, une petite année avant l'hospitalisation qui va nous arrêter, une tentative de suicide médicamenteuse et a été hospitalisée à l'hôpital général. Cette hospitalisation se passe mal et elle est envoyée dans une clinique de la région rouennaise. Après ce séjour, le relais est pris par un C.M.P. proche d'ici où on lui propose un suivi fait de consultations psychiatriques et d'entretiens infirmiers. Voici le contexte reconstitué dans lequel nous allons être amenés à la recevoir à l'hôpital : à 34 ans, Mme B. vit mariée - depuis 7 ans - et élève ses deux filles, l'une de 12 ans issue d'une première union et l'autre de 6 ans de son mariage. Elle a exercé pendant une dizaine d'années la profession d'esthéticienne et s'est arrêtée de travailler à la naissance de sa seconde fille. Le couple est en difficultés financières, lui est marin et travaille en lien avec l'entreprise de conchyliculture de ses beaux-parents, autrement dit les parents de Mme B. Des projets de partage des parts de l'entreprise sont évoqués depuis longtemps, non sans tensions entre les quatre enfants. Mme B. a essayé de faire les marées, mais sans que cela lui rapporte suffisamment et elle est en situation de demander un dossier de surendettement. Par ailleurs, elle est décrite comme dépressive, s'alcoolise de temps à autre et rencontre des difficultés dans sa relation avec sa première fille. C'est donc dans ce contexte que les choses vont en quelque sorte se précipiter pour elle.

Quelques jours avant l'hospitalisation, elle chute chez elle avec perte de conscience et perte d'urine. Elle prend des comprimés de Tranxène pour affronter son dossier de surendettement mais la consultation psychiatrique de fin de semaine lui est encore plus difficile à affronter. Elle s'y rend cependant mais après avoir avalé des comprimés et bu de l'alcool. Elle ne se souviendra pas de la suite. Après la consultation, elle prend sa voiture et a un accrochage dans un lieu où elle ne sait pas s'être rendue. L'amnésie liée à cet après-midi là ne s'amendera pas. Elle arrive dans la nuit qui suit à l'hôpital, en H.D.T., un certificat du généraliste, un autre du médecin du SAMU, la demande d'un tiers étant rédigée par sa mère. Les certificats indiquent une agitation psychomotrice aiguë, des tendances à l'automutilation et un désir de mourir. Elle arrive fortement sédaturée, attachée sur un brancard... "complètement amorphe" comme ont noté les veilleurs. Il lui faudra plus de 24 heures pour retrouver un état moins comateux. Dans les quelques jours qui précèdent ma rencontre avec elle, elle est décrite par les uns et les autres et tour à tour comme :

- de contact agréable et de conduite adaptée ;
- refusant de s'alimenter et faisant du mauvais esprit ;
- coopérante ;
- dépressive ;
- manifestant son opposition et son agressivité par les refus du traitement et des repas ;
- demandant à être réhospitalisée dans la région rouennaise.

Je fais en quelque sorte une pause dans mon récit, avant d'évoquer ma rencontre avec elle, parce qu'il me semble que ces premiers jours montrent déjà ce qui commence à s'organiser pour elle. Si Mme B. est d'abord complètement dans le cirage, les jours qui suivent donnent d'elle une image éclatée et contradictoire. En fonction des interlocuteurs, et en fonction des moments, la patiente donne différentes facettes d'elle-même, renvoyant les soignants à des représentations et des affects différents. Alors, ce qui doit se passer à l'hôpital, avec des sujets par définition en grande souffrance psychique, c'est le rassemblement et l'élaboration collective de ce que le patient tout à la fois donne à voir, exprime, projette ou expulse de lui. Là, le modèle bionien de la relation mère-bébé me paraît un appui théorique de premier choix et d'un grand secours.

Revenons-en au récit de l'hospitalisation de Mme B. Je la rencontre tout à la fois parce qu'il en a été convenu en réunion de synthèse, parce que l'équipe infirmière y a pensé et parce que la patiente l'a demandé. Je comprends après coup ce dont il s'agit dans cette demande : elle est soutenue par l'espoir, parfois décrit comme bouclier défensif dans l'organisation des états



limites. Autrement dit, le psychologue vient là pour elle comme doté d'une omnipotence magique à la soulager de ses difficultés intérieures. Ces espoirs-là sont cruellement déçus et c'est bien le problème de ce qui s'engage avec ces patients... Je me souviens d'une femme aux traits tirés, donnant l'impression de fatigue et d'angoisse, avec des yeux ronds presque globuleux exprimant la crainte et l'espoir. J'ai aussi gardé l'impression, chez cette femme en robe de chambre et chaussons, d'une volonté brouillonne de préserver une certaine dignité faite de retenue et d'une présentation, tant physique que langagière évoquant des origines sociales aisées. Cela ressemblait pourtant à une façade, ou à un dernier chant avant le naufrage qui n'était pas sans me rappeler la crainte de l'effondrement décrite par D.W. Winnicott. Elle me parle d'abord comme on appellerait au secours, avec un débit verbal important, en venant, non sans une teinte de complaisance à se raconter. La tonalité dysphorique reste cependant nettement au-devant de cet entretien. Aussi ressemble-t-elle, lors de cette première entrevue, à une personne menacée de toutes parts par un effondrement dépressif et narcissique. Le risque suicidaire est encore bien présent et l'autodépréciation particulièrement vive. Lorsque je lui demande comment les choses se passent dans le service, la patiente évoque des infirmières qui lui disent qu'elle est dépressive et ne s'en sortira pas, indique qu'on voudrait l'obliger à manger, lui interdire de se laver et qu'elle serait mieux ailleurs. Ces propos restent distancés quand elle me les tient et je profite de la place qu'elle me donne de bon objet étayant et attentif pour lui renvoyer la volonté de l'équipe tout entière de trouver avec elle des solutions, rappelant qu'elle vient de traverser un épisode particulièrement douloureux. Cela apaise quelque peu la dynamique éminemment projective qu'elle me rapporte et nous convenons de nous revoir quelques jours plus tard pour continuer à essayer de comprendre. Trois épisodes institutionnels vont émailler les jours suivant cette entrevue.

Premier épisode :

Lors d'une entrevue avec le psychiatre, elle s'en prend à lui, au traitement et aux obligations de la vie collective. Ce dernier la décrira comme agressive, opposante, provocatrice, dyssociale et capricieuse. A dire vrai, il m'a semblé, même si la patiente n'a jamais pu me le confirmer directement, que cette entrevue répétait pour elle une situation rencontrée maintes fois et dont elle fait remonter l'origine à un abus sexuel par un employé de l'entreprise familiale quand elle avait onze ans. Cette situation s'est reproduite quasiment à toutes les hospitalisations et la consultation psychiatrique ayant ouvert l'épisode que je raconte pourrait bien l'avoir

confronté aux mêmes fantasmes. Mme B. se vit alors sous une contrainte à laquelle elle ne peut échapper et qui menace de l'envahir complètement. Elle proteste, elle refuse, se met en colère et la seule issue qui lui vient à l'esprit - dans le registre de l'impulsion -... c'est la fenêtre. Celle de la défenestration et non pas celle du fantasme qui pourrait la préserver un peu de la figure surmoïque archaïque qu'elle projette alors sur le médecin, instance d'un jugement sans appel possible qui menace de l'anéantir totalement. On peut alors indiquer que le mouvement de l'hospitalisation est très largement déterminé par les tentatives de tenir à distance, par un jeu de clivages et de projections, "grâce" aux soignants, cette imago menaçante. Ces patients rompent d'ailleurs souvent avec les soignants dans des situations transférentielles de ce type.

Deuxième épisode :

Une autre question va provoquer un épisode institutionnel intéressant. Chez elle, Mme B. prend plusieurs douches par jour à cause d'une idée tenace d'être sale - et non d'une saleté tenace-. Or, ces conduites, plus compulsives que rituelles, sont difficiles à mettre en place à l'hôpital, à cause des règles de la vie en commun qui induisent une certaine planification de la journée. Ce sera l'enjeu, pendant un certain temps, d'un conflit entre la patiente et l'équipe. Cette dernière va ainsi venir buter répétitivement sur le refus qui lui est opposé de pouvoir se laver plusieurs fois dans la journée. Confrontée à cette frustration qui l'angoisse, elle va critiquer, s'opposer, tenter sans grande conviction de transgresser et donc jouer en quelque sorte avec cette limite réglementaire de l'hôpital. Les soignants sont alors placés dans une position - souvent ressentie à juste titre comme injuste - de mauvais soignants qui ne comprennent rien et font mal leur travail. L'immaturité affective de ces patients amène parfois certains soignants ou l'équipe dans son ensemble à des pensées ou des actes de rejet qui précipitent ce qui constitue la fin récurrente des relations que ces patients entretiennent avec les autres, à savoir la rupture, agie ou subie. A dire vrai, pour Mme B. comme pour les autres, les patients s'en prennent aussi à ce dont ils ont besoin et c'est parfois quand on a le sentiment qu'ils « ne sont pas dans le soin » - pour reprendre la formule consacrée -, qu'ils y sont justement le plus.

Cliniquement, et pour la patiente, ces compulsions à se laver renvoient aux traumatismes sexuels de son enfance et de son adolescence, à son impression d'avoir été « salie ». Elle m'expliquera, lors de l'entretien suivant, qu'elle se représente son corps comme divisé en haut et bas et que c'est essentiellement au bas qu'elle s'en prend dans le lavage, à des fins d'effacement et d'attaque

de la crasse sexuelle. Une telle partition évoque une menace d'effraction et d'intrusion dont la patiente tente de se protéger par la division et le surinvestissement des barrières – limites –. Le lavage se comprend alors comme un investissement de la peau comme frontière fragile du moi plus que dans une dynamique érotisée sadomasochiste comme chez l'obsessionnel ou phallique comme chez l'hystérique. Dès lors, le maintien du règlement intérieur et, dans le même temps – et il faut insister sur ce « en même temps » - des entretiens psychologiques a permis que l'interdit soit respecté sans que l'angoisse ne devienne trop forte pour elle et n'amène de nouveaux passages à l'acte. On aurait là un exemple d'utilisation institutionnelle du règlement dans le sens d'un renforcement des fonctions moïques du patient.

Troisième épisode :

Pour situer les choses, disons que le comportement qui consiste à refuser son écuelle ou à laisser de la nourriture dedans n'est pas sans produire un certain effet sur ceux qui vous la tendent. On sait aussi qu'il s'agit là d'une problématique précoce et complexe du développement individuel dans laquelle se joue une partie de la construction psychique du sujet. Cela fait quelques mois que Mme B. mange peu et a tendance à maigrir, l'hospitalisation va nous confronter à cette affaire. Dès les premiers jours, la patiente va en effet soit refuser ses repas soit ne manger que très peu. Elle perdra 2.5 kgs en dix jours et dira à maintes reprises n'avoir que peu d'appétit. Il me sembla qu'elle avait plutôt raison et que sa restriction alimentaire, au lieu d'entrer dans le cadre d'une anorexie mentale – avec par exemple l'obsession de la nourriture et du corps qui en est caractéristique – devait se comprendre dans le cadre d'une manifestation dépressive et, une fois repéré l'effet produit sur les soignants, dans celui de la relation soignant soigné elle-même. C'est que l'effet produit fut d'inquiétude, mais d'une inquiétude complexe dans laquelle était à la fois en cause une préoccupation légitime bien qu'exagérée pour l'état de santé de la patiente et un vague sentiment de culpabilité, comme si l'aliment condensait le soin dans son ensemble et qu'alors le refus de la patiente était à la fois un refus alimentaire, mais aussi un refus de soin voire tout bonnement un refus d'amour. Le reste du tableau clinique pouvait en effet évoquer pareille condensation. Lors d'une réunion de synthèse est abordé, non sans passions, cet aspect de la prise en charge de Mme B., à un moment où le médecin, absent, est remplacé par une de ses collègues. Se montrent des fantasmes, chez les soignants, qui me semblent éclairer l'ensemble de la dynamique relationnelle en cause. Ces fantasmes furent de contrainte : il s'agissait, pour des raisons conscientes de santé et inconscientes de contre-transfert agressif de mettre en place un contrat de poids conditionnant la suite de l'hospitalisation et la sortie. Si pareille proposition me

semble éclairer les choses, c'est parce que les soignants, en pareille situation, renvoient telle quelle l'agressivité que la patiente projette sur eux : il s'agirait, dans le modèle de Bion que j'évoquais plus haut, d'un aller-retour sans rêverie maternelle entre le bébé et sa mère, le contenu concerné étant fait d'agressivité. Pour le dire autrement, Mme B. projette sur les soignants sa propre incapacité à se prendre en charge (à se nourrir en quelque sorte), craignant les représailles, et lui répondre par un système contraignant serait lui rendre impossible sa défense et la confronter aux affects dépressifs qu'elle ne parvient pas à élaborer.

Lors de cette réunion de synthèse, nous avons cependant réussi à rêver ! Il fut convenu que la psychiatre, appuyée de la surveillante, rencontrerait la patiente pour lui dire qu'elle allait pouvoir manger comme elle l'entendait, jusqu'à un certain poids si elle maigrissait encore, poids à partir duquel serait mis en place un contrat, pour des raisons somatiques. Cette intervention fut, je crois, le pivot de l'hospitalisation de Mme B. Elle put, en effet, par la suite se remettre progressivement à mieux manger et aborder dans les entretiens psychologiques certaines dimensions de sa problématique dépressive. Son contact et son adhésion aux soins allèrent en s'améliorant et la sortie fut progressivement envisagée. La raison du succès de cette intervention me semble être qu'elle a permis de dégager la question du comportement alimentaire de la dynamique projective instaurée par la patiente puisque la laisser faire de cette façon-là était lui faire confiance et veiller sur elle en même temps. L'équipe lui apparaissait certes sous un jour meilleur mais elle lui renvoyait surtout une image moins dévalorisée d'elle-même. Il est aussi à remarquer que cette décision, prise en commun lors d'une réunion, témoignait des capacités de la dite équipe à contenir et à élaborer les données du transfert institutionnel. Autrement dit, la réunion apparaît comme le support permettant, en l'occurrence, de traiter les conflits de la patiente, comme support d'un moi auxiliaire susceptible d'intégrer les composantes clivées pour le dire en termes kleinien.

Mme B. est sortie de l'hôpital après une hospitalisation de presque un mois. Un suivi a été organisé avec elle fait de consultations psychiatriques, de la participation à un atelier de dessin extérieur à l'hôpital et de consultations psychothérapeutiques. Voici donc rapportée cette hospitalisation qui me semble montrer comment il peut se produire des choses utiles et importantes dans ce cadre de soins, en particulier avec ce type de patients pour lesquels les prises en charge unifiées montrent souvent leurs faiblesses.

Jean FILMONT
Psychologue - Clinicien
Fondation Bon Sauveur
Secteur 50 G02 PICAUVILLE

