

L'hôpital de jour ou la métaphore des essuie-glaces...

Dr Nicolas RATY

Médecin assistant en psychiatrie, Université de Liège, Belgique

Véronique LERUTH

Infirmière sociale, en santé mentale et psychiatrie

Marine GELAESEN

Infirmière en santé communautaire

Pr Jean-Marc TRIFFAUX

Psychiatre, Directeur médical

Hôpital de Jour Universitaire « La Clé »

Boulevard de la Constitution, 153

4020 Liège

Belgique

hj.lacle@skynet.be

nicolas.raty@ulg.ac.be

Résumé

En Belgique, à l'ère de l' « evidence based psychiatry », les soins en santé mentale sont à l'aube d'une réforme importante relative à la Loi sur les Hôpitaux (« art.107 »).

Mais les soins apportés aux sujets atteints de troubles psychiques se prêtent mal à des règles thérapeutiques basées sur l' « évidence ». Malgré cette antinomie, le champ de la psychiatrie se trouve confronté aux restrictions budgétaires imposées par les politiques en soins de santé. A l'instar des autres pathologies somatiques, la psychiatrie n'échappe pas au processus de marchandisation du corps humain et de la médecine.

L'hôpital de jour, en raison de son polymorphisme et de son caractère innovant, a toujours pu s'adapter jusqu'à présent aux diverses crises sociétales au risque de devenir pour certains, un "hôpital de jour 2.0".

Son évolution actuelle s'écarte largement des modèles initiaux conçus par les pionniers de la thérapie institutionnelle.

La création d'un nouveau maillon entre l'hôpital et le domicile est un des aspects novateurs de cette réforme. La mise en place d'équipes mobiles et le développement de soins à domicile, devraient permettre de soigner des patients psychiatriques qui n'auraient jamais franchi la porte des soins, qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires. Le soutien des liens existants avec l'entourage et la communication entre les différents partenaires du réseau devraient ainsi être renforcés.

Après un rappel historique concernant les évolutions de la psychiatrie et des réformes légales en lien avec le mode de fonctionnement des hôpitaux de jour, nous développerons l'aspect singulier et la spécificité de l'Hôpital de Jour « La Clé ».

Structure avant-gardiste, notre outil de soin a misé d'emblée sur le fait que la psychothérapie de groupe complète efficacement la psychothérapie individuelle et la réhabilitation psychosociale.

La thérapie d'inspiration institutionnelle, adaptée à temps partiel, réduit considérablement les risques de chronicité et de régression massive tout en stimulant le progrès psychique de l'individu dans un cadre communautaire bienveillant.

L'hôpital de jour pourrait avoir comme métaphore celle des « essuie-glaces » : à travers des changements parfois tempétueux, ils n'arrêtent pas la pluie mais ils permettent d'avancer...

Mots-clés : Psychiatrie - Hôpital de jour - Psychothérapie institutionnelle - Désinstitutionnalisation - Réforme psychiatrique - Equipes mobiles - Histoire de la psychiatrie

The day hospital or the metaphor of windshield wipers ...

In Belgium, in the era of « evidence based psychiatry », mental health care is on the cusp of a major reform related to the Hospital Act ("art.107").

But care for people with psychic disorders does not lend itself to therapeutic rules based on « evidence ». Despite this antinomy, the field of psychiatry is confronted with the budgetary restrictions imposed by health care policies. As well as other somatic pathologies, psychiatry does not escape the process of « human body » and medicine in general, commercialization.

The day hospital, because of its polymorphism and its innovative character, has always been able to adapt to various societal crisis so far as to become, for some, a « day hospital 2.0 ». Its current evolution deviates far from the initial models devised by the pioneers of institutional therapy.

The creation of a new link between hospital and home is one of the innovative aspects of this reform. The introduction of mobile teams and the development of home care should help to treat psychiatric patients who would never have gone out for help and care, whether in-hospital or as an outpatient. Support of the existing links with the entourage and communication between the different partners of the network should thus be reinforced.

After a historical reminder about the evolutions of psychiatry and of the legal reforms related to the mode of operation of day hospitals, we will develop the singular aspect and the specificity of our Day Hospital, « La Clé ».

As an avant-garde structure, our care protocol immediately assumed that group psychotherapy effectively supplements individual psychotherapy and psychosocial rehabilitation.

Institutional therapy, adapted on a part-time basis, significantly reduces the risk of chronicity and mass regression while stimulating the psychic progress of the individual in a benevolent community setting.

A good metaphor for the concept of day hospital could be « windshield wipers » : through changes that may get stormy, they do not stop the rain but they allow to move forward ...

Key-words : Psychiatry - Day-hospital - Institutional psychotherapy - Deinstitutionalization - Psychiatric reform - Mobile teams - History of psychiatry

Introduction

Historiquement, l'introduction des notions de communauté et de thérapie institutionnelle a profondément modifié le paysage psychiatrique et la dynamique des équipes soignantes. A

l'heure des avancées neurobiologiques d'une part, et des exigences de résultats objectivables dans un temps de plus en plus court d'autre part, la thérapie institutionnelle de jour doit réaffirmer sa place particulière dans le futur réseau de soins.

L'évolution historique de la psychiatrie menant aujourd'hui au mouvement de désinstitutionnalisation est un fait qui nous pousse à repenser constamment le rôle des institutions de jour. Plus particulièrement le rôle d'un hôpital historiquement avant-gardiste et autonome comme « La Clé ». Ce caractère avant-gardiste se définit par son rôle précurseur dans le paysage des soins, ses initiatives et son audace thérapeutique. Notre modèle intégratif est d'inspiration principalement psychodynamique, associant une prise en charge individuelle et groupale.

Les spécificités de cet espace de soins, offrant une discontinuité spatio-temporelle, sont d'autant plus à réaffirmer. Là où les médicaments ne peuvent guérir tous les maux existentiels et là où le milieu de vie peut insidieusement devenir pathogène, la psychothérapie d'inspiration institutionnelle offre un lieu d'échanges et d'expériences émotionnelles uniques.

La métaphore des essuie-glaces paraît intéressante car elle nous offre une vision englobant deux plans. Cet objet connu de tous est défini dans le Larousse comme « *un dispositif comprenant un moteur électrique entraînant un ou deux balais munis d'une lame en caoutchouc, et destinés à essuyer le pare-brise mouillé d'un véhicule afin de clarifier la vue.* » Cette définition nous permet déjà de relever l'aspect moteur de la dynamique insufflée par la sociothérapie de jour, l'aspect caoutchouteux amortissant et doux de la prise en charge thérapeutique, et l'objectif, offert à nos patients, d'y trouver une éclaircie à leurs souffrances. Cette métaphore peut donc simplement s'appliquer à un épisode individuel de souffrance psychique, mais également à la place de l'hôpital de jour au travers de la réforme institutionnelle actuelle.

Rappel historique

Les précurseurs

A la fin du XVIIIème siècle, porté par les idées des lumières, des droits de l'homme et de la révolution française, Philippe PINEL brise les chaînes des aliénés, remet en question l'enfermement des « fous » et substitue le terme de maladie à celui de folie. Ce geste fondateur crée un nouveau mouvement de soins : « le traitement moral », prémisse du traitement institutionnel.

Au XIXème siècle, Jean-Etienne ESQUIROL, disciple de PINEL, veut améliorer la situation des malades dans les asiles d'aliénés. Il développe le premier enseignement clinique de médecine mentale et le premier modèle d'institution thérapeutique. « *Une maison d'aliénés est un instrument de guérison : entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales.* »

En Belgique, c'est Joseph GUISLAIN (1797-1860) qui joue un rôle décisif dans la réforme asilaire de notre pays. Reprenant certaines idées du « traitement moral », il améliore grandement la qualité de vie des malades mentaux et développe, entre autres, l'architecture comme axe thérapeutique. Il est aujourd'hui considéré comme le « PINEL belge ». L'hôpital psychiatrique qu'il a construit à Gand en 1857 est en partie devenu un musée appelé « Musée Dr Guislain ».

La découverte de l'Inconscient dynamique par Sigmund FREUD révolutionne les courants psychiatriques et donne naissance à la « psychiatrie dynamique ». La psychanalyse développe le concept de transfert qui sera un outil central de la thérapie institutionnelle et de sa révolution organisationnelle (travail en équipe, personnel soignant formé et varié). « *L'institution peut être définie comme « objet transitionnel » qui met en relation le sujet et les autres chargés de le soigner.* » (P. DELION)

Mais, jusque dans la première moitié du XX^{ème} siècle, les hôpitaux psychiatriques restent le plus souvent des lieux oubliés où la contamination psychique noie un grand nombre de folies singulières dans une folie collective par encombrement de la misère. Il y persiste une séparation presque totalitaire entre les gardiens et les gardés.

Les fondateurs

Durant la seconde guerre mondiale, des centaines de milliers de malades mentaux sont stérilisés et/ou euthanasiés par l'Allemagne nazie. En France, des restrictions alimentaires vont provoquer la mort de 40.000 personnes hospitalisées en hôpital psychiatrique. La fin de la guerre et de l'occupation est l'occasion d'une remise en question du sort fait aux malades.

Les Journées Nationales de 1945 et 1947 tracent les grandes lignes du renouveau escompté. On détruit les murs, on comble les fossés, on ouvre les grilles, on remplace les cellules ou dortoirs remplis de paillasses par des chambres confortables, on aménage les salles de jour et de réfectoire, on supprime les uniformes, on reconnaît une intimité personnelle et de correspondance. « *N'avons-nous pas le devoir de rendre « habitables » ces lieux désertiques dans lesquels se sont égarés, souvent à jamais, ceux que nous nommons psychotiques ?* » (J. OURY).

Le modèle psychanalytique va pénétrer les murs des hôpitaux psychiatriques, il va s'adapter aux conditions particulières de ce travail dans un cadre collectif où la population est composée en majorité de malades psychotiques. « *Il est impossible de parler de la psychothérapie institutionnelle si on ne parle pas de la psychose.* » (J. OURY).

Ces patients produisant un « transfert dissocié », ne peuvent être pris en charge par un seul thérapeute. Il est nécessaire de leur proposer des possibilités multiples de transfert. Par conséquent, il faut alors la création de lieux, d'institutions variés, il faut assurer au patient la liberté de circulation, pour qu'il puisse aller d'un lieu à un autre. Dans le même esprit, les soignants ne sont pas recrutés spécifiquement dans le secteur sanitaire, certains sont artistes, agriculteurs. La « *distinctivité* » (J. OURY) augmente d'autant.

Dans ce contexte historique général, le médecin catalan Francesc TOSQUELLES, à l'hôpital de Saint-Alban-sur-Limagnole, est souvent cité comme le père de la psychothérapie institutionnelle. Il nous introduit, ici, la différence entre institution et établissement : « *L'établissement est le cadre légal et réglementaire destiné à répondre à des objectifs nécessaires au fonctionnement sociétal ; alors que l'institution est la manière dont les hommes chargés de l'accomplissement de ces objectifs se débrouillent avec leur réalisation.* »

En 1953, Jean OURY crée, lui, la Clinique de La Borde qui deviendra le principal lieu de la psychothérapie institutionnelle en France.

Georges DAUMEZON attache beaucoup d'importance au rôle des infirmiers et reste célèbre pour avoir fondé en 1949 des stages de formation permanente au Centre d'Entraînement aux Méthodes d'Education Active (CEMEA). La hiérarchie de soins, selon lui, ne doit plus être verticale mais bien horizontale.

A la même époque, les psychanalystes confirment l'existence de l'identification projective : c'est cet étrange pouvoir qu'ont les schizophrènes d'imprimer des déformations dans leur cadre d'existence (interlocuteurs compris). L'asile est une institution folle et déshumanisée dont les règlements répressifs visent à contenir la folie. Il faut donc également soigner l'institution. Un établissement est un organisme malade qu'il faut constamment soigner (H. SIMON). L'institution est intégrée au traitement et cesse d'être réduite à un lieu de soin et d'enfermement pour devenir un espace de vie.

Evolution vers la désinstitutionnalisation

En 1960, les premiers arrêtés de sectorisation sont créés en France. Leurs buts : traiter par une prise en charge précoce, assurer une posture de soin dans la communauté sociale, maintenir au maximum le lien familial, et avoir la possibilité d'accueillir tous les patients d'une région. Le principe fondamental du secteur est le refus de la ségrégation du malade mental.

En 1968, le programme s'articule autour des mouvements sociaux de mai, de décolonisation, de l'idéologie antiautoritaire et de l'antipsychiatrie. L'institution psychiatrique devient le symbole public de l'enfermement et de l'exclusion.

Même si le premier hôpital de jour psychiatrique date du début de XX^{ème} siècle à Birmingham (SEAN) et les premières équipes mobiles des années 30 aux Pays-Bas (QUERIDO), leur développement prend réellement place dans l'après-guerre. Le mouvement, soutenu par l'efficacité croissante des différents psychotropes, continuera de prendre de l'ampleur au fil du temps.

En Belgique, dans les années 60, la création des centres de santé mentale (CSM) permet une première aide ambulatoire aux personnes souffrant de problèmes psychiques. Les années 80 marquent l'arrêt de l'accroissement du nombre de lits et places résidentiels. Au début des années 90, on assiste au développement des initiatives d'habitations protégées (IHP) et des maisons de soins psychiatriques (MSP). Ces dernières structures de prise en charge ambulatoire constituent une nouvelle étape importante vers les soins communautaires. En 2002, la Déclaration conjointe sur la politique future en matière de soins en santé mentale est approuvée par l'ensemble des Ministres de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Elle précise qu'à l'avenir, les soins en santé mentale tant aigus que chroniques seront nouvellement organisés en réseaux et circuits de soins dans l'espoir de mieux répondre aux demandes et besoins thérapeutiques. Cette approche axée sur la demande de soins contribuerait à limiter autant que possible les prises en charge résidentielles soit par le nombre d'admissions, soit par le temps de séjour.

Réforme actuelle « psy 107 »

Quels sont les différents buts ambitionnés par cette réforme ?

- Amener les soins en santé mentale vers les demandeurs et non l'inverse.
- Permettre aux malades de rester un maximum dans leur milieu familial. Améliorer les échanges avec la famille.
- Valoriser et orienter vers les soins communautaires puis vers la réinsertion sociale.
- Suivre les recommandations de l'OMS (Helsinki, 2005).
- Réduire le nombre d'admissions ou le temps de séjour résidentiel.
- Réduire globalement le nombre de lits psychiatriques. En 2008, la Belgique disposait de 152 lits psychiatriques par 100 000 habitants ce qui la plaçait seconde de l'Union Européenne qui avait une moyenne de 90 lits par 100 000 habitants (*Policies and Practices for Mental Health in Europe - Meeting the Challenges*).
- S'inspirer des expériences étrangères encourageantes.
- Axer plus de moyens sur la prévention et le dépistage précoce des problèmes psychiatriques.
- Développer un modèle de coopération exerçant en circuits et réseaux de soins.
- Redéfinir et coordonner différentes fonctions de soins et soutenir le développement d'équipes mobiles.
- Permettre une approche plurielle par l'implication d'acteurs multiples n'appartenant pas uniquement au champ de la santé mentale.

Même si cet aspect n'est pas clairement énoncé, le contexte socio-économique actuel joue probablement un rôle moteur important dans la réforme « psy 107 ». L'offre résidentielle en santé mentale coûtant généralement plus cher, la logique politique, dans le contexte actuel, mène à la réduire. Le pouvoir médical, déterminant dans l'organisation des soins, est entravé par le pou-

voir administratif, qui lui, est souvent soumis aux obligations politico-économiques, ce qui amène des changements dont l'objectif est d'entrer dans le cadre du budget alloué à l'établissement. Cet objectif se détache souvent du besoin sanitaire spécifique de la souffrance psychopathologique.

Certains acteurs du mouvement de psychothérapie institutionnelle (H. TORRUBIA 94) appellent à une nouvelle résistance face à cette psychiatrie bureaucratique déshumanisante et ségrégante. « *Mieux vaut un pouvoir médical au service des malades et instaurant un collectif des soignants autonomes, qu'un pouvoir qui ne s'appuie que sur un antimédecinisme primaire qui aboutit à des considérations technocratiques voire bureaucratiques qui ne prennent pas suffisamment en compte les finalités thérapeutiques et même de plus en plus souvent aboutissent à des effets antithérapeutiques.* » (DELION, 2011)

Si les objectifs de cette réforme sont l'amélioration des soins en santé mentale, ils sont manifestement teintés de motivations idéologiques, politiques, sociales et économiques.

Nous ne développerons pas en détail les aspects techniques et pratiques de la mise en place de cette réforme car il reste à ce jour de nombreux points d'ombre. Mais nous pouvons préciser deux nouveaux aspects déterminants : le développement d'équipes mobiles et la nouvelle classification en fonctions des soins.

Equipes mobiles

Un des aspects novateurs est la création d'équipes mobiles et le développement de soins à domicile. Certaines de ces équipes, soutenues et financées par le projet 107, fonctionnent déjà depuis plusieurs années dans la région liégeoise. Elles sont évidemment composées d'un personnel formé et varié afin d'offrir une approche pluridisciplinaire (psychiatres, psychologues, infirmiers en psychiatrie ou santé communautaire, assistants sociaux, éducateurs, ergothérapeutes). Elles répondent aux demandes d'origine variée et lancent rapidement le processus de soins (en général dans les 24 à 48h). Elles peuvent se rendre 1-2 fois par semaine chez le patient avec une durée maximale d'un mois pour les équipes aiguës et de 18 mois pour les équipes chroniques.

Les avantages de cette approche mobile sont nombreux:

- La souplesse de la prise en charge de ces équipes (tant géographiquement que d'un point de vue des horaires) et la rapidité de réponse aux demandes.
- Un cadre de vie rassurant pour le patient et un avantage relatif à la disparition du cadre thérapeutique pouvant parfois, dans un premier temps, être un repoussoir.
- L'aisance de la libération de la parole dans son milieu de vie.
- L'accentuation de l'autonomisation.
- L'avantage sémiologique du point de vue environnemental.
- Le soutien des liens existants avec l'entourage.
- L'accentuation de la communication et la coordination des soins entre les différents partenaires du réseau.
- Une prise en charge mêlant la gestion de crise, les interventions brèves et de soutien, la mise en ordre sociale et une éventuelle réorientation post-équipe mobile.

Certaines difficultés sont également à relever :

- La nécessaire rapidité de différenciation entre la crise et l'urgence psychiatrique.
- Avoir conscience d'une moindre protection du point de vue médical lors d'une prise en charge au domicile.
- La disparition du cadre thérapeutique classique pouvant induire une difficulté d'intervention pour certains thérapeutes mais aussi pour certains patients, souffrant par exemple de graves troubles de personnalité, pour qui le cadre est primordial.
- La possible existence d'un cadre environnemental pathogène.
- La transmission thérapeutique pouvant parfois se révéler difficile.

Classification en fonction des soins

Il est également intéressant de préciser que le modèle de la nouvelle réforme intégrera cinq fonctions travaillant de concert afin de proposer une approche globale en réseau et répartie sur un territoire délimité. Ces cinq fonctions sont définies dans le Guide vers de meilleurs soins en santé mentale :

- Première fonction : activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic.
- Deuxième fonction : équipes ambulatoires de traitement intensif, tant pour les problèmes psychiques aigus que chroniques.
- Troisième fonction : équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale.
- Quatrième fonction : unités intensives de traitement résidentiel, tant pour des problèmes aigus que chroniques lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable.
- Cinquième fonction : formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible.

Chaque réseau devra satisfaire à l'ensemble des cinq fonctions et sera supervisé par un coordinateur de réseau.

Hôpitaux de jour

Les institutions de jour, comme les autres hôpitaux psychiatriques ou les services psychiatriques des hôpitaux généraux, font donc partie de la fonction numéro 4. Cette fonction intègre des institutions au caractère très varié sans réelle différenciation établie.

Mais l'hôpital de jour ne peut se cantonner à la fonction 4 et n'a pas attendu la réforme actuelle pour assurer d'autres fonctions définies ci-dessus.

Nous positionnons notre hôpital de jour, dans le réseau de soin actuel, potentiellement comme un pont existant entre les institutions à temps complet (prenant en charge une patientèle en urgence ou en crise majeure nécessitant un suivi médical intensif) et les institutions ou équipes ambulatoires travaillant à la réinsertion socio-professionnelle. Un pont permettant donc une transition thérapeutique douce. Mais au-delà de cette position passerelle, notre institution propose également une prise en charge totalement autonome.

Retournons justement à l'origine historique de l'hôpital de jour en Belgique.

Dans les années 70, les structures alternatives aux hôpitaux à temps complet se multiplient dans notre pays : centres de jour, appartements supervisés, communautés thérapeutiques,... *« L'état d'esprit animant la création de ces structures était et reste toujours de permettre au patient, grâce à une expérience de vie communautaire tenant compte de sa vulnérabilité psychique, d'acquérir une vie plus autonome dans l'interdépendance relationnelle et de redevenir acteur de son histoire. »* (J-M. TRIFFAUX, 2003)

C'est dans ce contexte que naît l'Hôpital de Jour « La Clé », premier du genre en Belgique. Il est créé en 1969 sous l'impulsion des professeurs DONGIER et BERTRAND (son assistant à l'époque) et a pour but de proposer un nouvel outil thérapeutique volontairement individualisé par rapport aux autres hôpitaux psychiatriques ou généraux. « La Clé » ne s'est pas limitée à son objectif de départ (réduire les temps de séjour dans les salles d'hospitalisation psychiatriques) mais s'est rapidement positionnée comme une structure « en amont » des structures hospitalières traditionnelles. Dans cette quête d'autonomie et grâce à notre spécificité, l'hôpital de jour s'est montré capable de recevoir des patients n'ayant pas séjourné au préalable dans d'autres institutions psychiatriques.

En reprenant cet aspect historiquement singulier et autonome et en se basant sur le postulat « *tout système institutionnel n'a de valeur que s'il est conçu pour disparaître et être remplacé par un autre, provisoire lui aussi* » (D. GIFFARD, 2009), l'Hôpital de Jour « La Clé » repense régulièrement sa manière de travailler tout en maintenant son autonomie fonctionnelle.

En lien avec cette approche darwinienne de la vie intra-hospitalière, il me semble nécessaire de signaler un des aspects qui caractérise le côté universitaire de notre hôpital : la recherche scientifique et en particulier l'évaluation de l'impact thérapeutique de la thérapie institutionnelle sur le devenir de nos patients.

Tout en connaissant l'énorme difficulté d'appliquer au champ de la psychiatrie les notions d'« *evidence based medicine* », nous pensons néanmoins pouvoir rendre crédible l'utilité du travail thérapeutique en institution. C'est ainsi que nous attachons beaucoup d'importance à évaluer l'amélioration des symptômes cibles, l'attitude du patient face à ses symptômes, l'amélioration des relations intersubjectives, la régulation et l'ouverture émotionnelles, le processus d'empathie et l'alexithymie.

Cette évolution nous a progressivement éloignés des patients originels de la psychothérapie institutionnelle telle que pratiquée à La Borde ou Saint Alban. La diminution du temps de séjour face à la pression socio-économique, l'intensité de la prise en charge psychothérapeutique, le positionnement unique de notre hôpital de jour dans le paysage psychiatrique liégeois ont contribué à transformer notre outil thérapeutique, tout en conservant la culture de travail en équipe, de la psychothérapie groupale et de la psychanalyse sans divan.

L'« *indestructibilité et l'indéfinie transformation* » développées par ROUSSILLON relèvent les infinis mouvements transférentiels et pulsionnels envers l'équipe et la structure depuis ses débuts. L'Hôpital de Jour « La Clé » a dû, depuis près de 50 ans, trouver les moyens de les absorber, de les contenir, de les analyser au travers des réunions d'équipe, d'un cadre thérapeutique établi et de travaux réflexifs d'adaptabilité menant au fonctionnement actuel.

Mode de fonctionnement de notre institution

« La Clé » est donc toujours à ce jour un lieu d'hospitalisation de première intention en éternelle mutation, mais également un instrument de transition privilégié après un séjour à temps complet.

Généralités

Elle fonctionne comme une unité médico-psycho-sociale à part entière proposant des soins thérapeutiques intensifs selon un découpage temporel particulier. Le cadre de fréquentation de l'hôpital est intensif, il implique une présence obligatoire du lundi au vendredi de 8h30 à 16h et s'organise selon une dynamique hebdomadaire. La durée d'hospitalisation varie bien sûr en fonction de l'évolution thérapeutique de notre patient et dure de quelques semaines à trois mois. Les décisions concernant la durée d'hospitalisation se prennent en équipe avec le patient et intègrent les notions de potentiel évolutif et de chronification.

Une équipe institutionnelle plurielle accueille jusqu'à trente patients adultes et adolescents des deux sexes à partir de 15 ans et souffrant de pathologies diverses. L'équipe offre aux patients un lien privilégié d'observation et de diagnostic inapplicable lors d'une prise en charge ambulatoire ponctuelle.

A noter qu'il s'agit bien d'une structure sans chambre ni lit (à l'exception d'un lit de soins). « La Clé » permet donc une prise en charge intensive sans déconnection totale de l'environnement, ce qui réduit, dès le départ, d'éventuels risques de chronicité et de régression massive. Le patient reste confronté aux problèmes courants de sa vie et trouve éventuellement de l'aide pour les résoudre.

Processus d'admission

Tout le monde peut réaliser une demande de pré-admission dans notre institution, mais nous préférons au maximum privilégier un premier contact par le patient lui-même.

Mise à part une situation d'urgence, le patient obtient un rendez-vous de pré-admission dans les 7-14 jours. Il y rencontre un médecin assistant en psychiatrie durant 45-60 minutes. Celui-ci évalue la demande, la motivation et l'adéquation de la souffrance psychique avec notre prise en charge au travers d'une anamnèse médico-psychiatrique. Une présentation du fonctionnement de notre institution est faite au futur patient. Une possibilité de visiter l'établissement est également proposée. Tout cela permet éventuellement de réaliser un travail préalable par rapport à la demande d'hospitalisation partielle.

Nous insistons, auprès du patient, sur la motivation au changement et sur le positionnement en demandeur de soins, actif dans sa prise en charge (J. BERTRAND 1985).

Le médecin présente, lui, la demande de pré-admission à l'ensemble de l'équipe soignante, ainsi la pertinence de la prise en charge est décidée en concertation.

Quelles pathologies traitons-nous ?

Les pathologies traitées dans notre structure sont diverses et multiples, avec une majorité de dépressions et de troubles anxieux névrotiques, ainsi que des troubles de la personnalité de type état-limite. Sont également pris en charge les troubles adolescents (décrochage scolaire), les dépendances aux jeux ou substances (principalement éthyliques et le plus souvent sevrées au préalable) ainsi que certains patients souffrant de troubles psychotiques disposant d'un minimum d'autonomie et de capacités de socialisation.

Un choix se porte donc sur l'hétérogénéité, le refus de la facilité ségrégative à l'image de la complexité qui régit le psychisme de l'homme et le fonctionnement de notre société dans sa diversité. Par cette approche, nous nous préservons également du risque de « *sectorisation pathologique ou symptomatique* » (P. DELION, 2011) et du sentiment de ne pas nous sentir concernés par la souffrance qui n'entrerait pas dans notre surspécialisation.

En revanche, de par sa structure temporaire, à temps partiel et ouverte, notre unité de soins ne permet pas de prendre en charge les grands suicidaires, les patients agités et/ou dangereux, les patients déments ou souffrant d'un déficit mental trop profond.

Quelle cohabitation institutionnelle ?

Il existe une différence importante entre "l'établissement" (le bâti délimité par les murs de l'hôpital) et "l'institution" (l'organisation des règles de la vie en commun). Ici, les murs ont été délibérément remplacés par des personnes (M. JADOT 1994).

Proposée à l'origine aux seuls patients psychotiques, pour qui elle représente un « abri psychique » contenant et adapté, la thérapie institutionnelle se révélera également pertinente dans la prise en charge des personnalités état-limites et névrosées... sans oublier que ces dernières, bénéficiant encore d'une intégration sociale et/ou familiale suffisante, pourront également avoir pleinement accès aux thérapies individuelles.

« *Le meilleur antidépresseur, c'est l'autre.* » (B. CYRULNIK, 2009) Reconnaisant à chaque être humain sa singularité, la psychothérapie d'inspiration institutionnelle, associée à une prise en charge individuelle, s'efforce de construire pour chaque patient une thérapeutique sur mesure. A travers l'institution, c'est réellement dans la rencontre et la relation avec le patient que la thérapie se développe. « *Le groupe est vécu comme lieu d'ébauche de la subjectivité et d'apprentissage de l'intersubjectivité. Il permet d'éprouver un réel auquel la prise en charge individuelle ne peut donner accès.* » (M. DELBROUCK, 2016)

Les piliers moteurs de l'hospitalisation

En plus de l'équipe soignante dans sa diversité et du groupe en lui-même, deux personnes jouent un rôle plus particulier auprès du patient.

Le référent axe sa prise en charge sur l'aspect psycho-socio-professionnel. Il va réaliser une éclaircie sociale ou administrative si cela est nécessaire, va construire l'« après Clé » avec le patient, et ce dès le début de sa prise en charge dans notre institution. Il peut aussi aborder certains thèmes de vie moins accessibles au médecin. Il aide à construire/maintenir le lien quotidien entre nos patients, le groupe et leur réseau.

Le médecin psychiatre est amené à voir ses patients, en entretien psychothérapeutique, deux fois par semaine. Il oriente les grandes lignes thérapeutiques durant l'hospitalisation, modifie éventuellement les traitements et entame une psychothérapie adaptée à la problématique de son patient. Il est également présent à toutes les réunions institutionnelles, quatre fois par semaine.

Ces réunions entre les différents soignants stimulent les échanges d'informations et de points de vue afin de dégager une articulation significative de compréhension et de choix thérapeutique. Elles nous poussent à confronter les notions objectives (retours de l'équipe, comportement du patient dans le groupe, réalité externe) et subjectives (fonctionnement intrapsychique du patient en entretien individuel, réalité interne) et à en relever les possibles distorsions. Elles permettent également l'indispensable travail d'analyse des relations transféro-contre-transférentielles de l'équipe soignante que nous tentons d'utiliser comme outils diagnostiques (O. KERNBERG). Ces réunions servent enfin comme prévention pour le personnel soignant lui-même qui peut livrer ses craintes et se libérer de la souffrance psychique rencontrée durant la journée sur le lieu de travail.

L'approche sociothérapeutique (groupale) combinée à l'approche psychothérapeutique individuelle forment une co-thérapie bénéfique à tous nos patients. Elles se rejoignent au travers des réunions institutionnelles qui forment la cheville ouvrière de l'hospitalisation. Ces réunions veillent à la stabilité globale de l'équipe soignante qui, elle, veille à la sécurisation affective et la constance relationnelle avec les patients. Ces différents moments d'échanges réduisent le risque de chronification de l'équipe soignante et avec elle, d'un fonctionnement à minima, se limitant aux demandes primaires et s'appuyant sur une lecture relationnelle à un seul niveau.

Nous relevons un mode de fonctionnement présentant trois axes thérapeutiques : une prise en charge groupale, individuelle et sociale travaillant de concert. Ainsi « *la thérapie déborde le cabinet et l'institution devient elle-même un instrument de la psychothérapie.* » (DELION, 2014) Ici, la réhabilitation sociale ne remplace pas les soins psychiatriques mais se construit complémentai-
rement à ceux-ci.

Contrat et charte

Pour permettre un encadrement spécifique au patient, le psychiatre et le référent vont se rencontrer le jour de l'admission et établir avec lui un contrat thérapeutique personnalisé. Ce contrat comprend deux clauses.

La première clause, la charte institutionnelle, est propre à l'hôpital et rappelle le cadre thérapeutique et les règles de bienséance. Il insiste sur le respect (de soi, de l'autre, du matériel, des horaires,...), sur la participation active aux ateliers et sur l'implication dans les tâches de vie communautaire.

La seconde clause, les objectifs thérapeutiques, est propre au patient et élabore des objectifs spécifiques en lien avec sa problématique. Ils doivent être qualitativement et quantitativement raisonnables, être créés par le patient lui-même et non par le thérapeute, et ils seront réévalués bi-mensuellement. Ainsi le patient peut prendre conscience des obstacles présents sur son parcours de soins, des situations à répétition ou de mise en échec.

La finalité de ce contrat s'achève par la signature des trois parties présentes et permet une responsabilisation du patient dans son propre processus de soins mais aussi une protection globale du groupe amené à travailler en psychothérapie

La notion de cadre s'appliquera bien évidemment différemment en fonction du pôle organisationnel de la personnalité du patient.

Il est en général « silencieux » pour les personnalités névrosées : il est établi, respecté et permet donc au traitement de se dérouler à l'intérieur des limites ainsi fixées.

Il sera beaucoup plus « bruyant » pour les personnalités de type état limite qui n'ont pas ou peu acquis les notions de tiers et d'interdit. Dès lors, leurs mouvements transférentiels agressifs ou libidinaux vont se manifester de façon intense, violente, non modulée, non freinée par les interdits, par les tiers (A. LECOQ). Le cadre doit donc être stable et solide.

Enfin nous adapterons un cadre bien plus souple et protecteur aux patients souffrant de psychose, pour qui la vie communautaire et institutionnelle présente déjà de nombreuses difficultés structurelles et transférentielles.

Activités institutionnelles

Notre vie sociale ordinaire est faite d'activités variées (loisir, travail, famille,...) qui se déroulent quotidiennement dans des lieux différents et avec des personnes différentes. L'institution doit donc offrir par son cadre une même possibilité d'activités diverses alliant engagement, autonomie, contraintes et libertés. Le patient va pouvoir utiliser le cadre là où lui-même manque de structure interne.

Ce cadre ritualisé doit être intériorisé pour offrir au patient des points de repères dans sa semaine. Les relations sociales qu'il vit au sein de l'institution le préparent à se confronter à la vie extérieure. L'hôpital de jour a donc une fonction de socialisation et en parallèle, la répétition hebdomadaire des activités institutionnelles pose le cadre de la prise en charge des patients.

Parmi ces activités, nous pouvons citer le programme qui permet au patient de choisir ses ateliers en lien avec ses objectifs thérapeutiques, le petit déjeuner qui représente la première activité sociale de la journée et qui est partagé avec le groupe et l'équipe soignante (permet de relever certaines tensions ou préoccupations), les activités sportives, et le repas thérapeutique choisi démocratiquement, confectionné par chacun et partagé à midi avec deux membres de l'équipe.

Le bilan de la semaine a lieu le vendredi et représente un moment important d'expression. Tous les patients, les membres de l'équipe soignante et deux médecins sont présents. Chaque patient est invité à s'exprimer sur sa semaine écoulée puis sur ses projets pour le week-end. Dans un second temps, chacun est libre de s'adresser aux autres patients ou aux membres du personnel pour exprimer un problème, échanger un point de vue, partager un sentiment ou faire une proposition.

C'est également lors du bilan que les patients, finalisant leur parcours thérapeutique au sein de notre institution, sont invités à présenter un travail de symbolisation, appelé « leur Clé ». Ce travail doit représenter leur cheminement au sein de notre institution. Ce peut être un texte, une peinture, un bricolage, une chanson,... Cette matérialisation est essentielle, elle soutient et marque une capacité de symbolisation, d'onirisme, et de souplesse psychique retrouvée dans le décours de la rémission clinique.

Activités socio-thérapeutiques

Chaque atelier créé dans notre institution a une finalité thérapeutique clairement construite et est systématiquement présenté et validé par l'ensemble de l'équipe soignante. Le programme de soins proposé aux patients s'articule autour d'activités qu'il pourra choisir librement et qui seront réfléchies et adaptées à sa symptomatologie. Elles seront également à l'origine d'un travail

réflexif (en miroir) du patient lui-même. « *Le patient est au centre de la prise en charge, il bénéficie d'une équipe soignante à son service, cela va lui permettre de s'appuyer sur la constellation transférentielle, quel que soit son état clinique et ce tout au long de son parcours.* » (P. DELION, 2012)

Les activités socio-thérapeutiques se déclinent en quatre rubriques :

- Les ateliers créatifs sont des espaces ouverts, accessibles à tous les patients où ils seront invités à expérimenter la créativité, à leur rythme, sans jugement et sans performance. Le patient peut s'autoriser à exprimer quelque chose de lui-même dans un espace relationnel. Ces ateliers créatifs permettent d'entraîner les fonctions cognitives (mémoire, concentration, attention,...), les fonctions sociales (distance relationnelle, adéquation du discours,...), l'expression d'émotions au travers de la confiance en soi, la tolérance face à la frustration, le dépassement de l'échec,...
- Les ateliers d'expression demandent au patient de réaliser un travail d'introspection au travers d'une multitude de supports créés et utilisés par l'animateur pour faciliter le travail réflexif. Le support varie de la simple vidéo ou texte écrit au plateau de jeux adapté, le tout dans le but de toucher un maximum de patients dans leur problématique et de pouvoir leur permettre d'exprimer leur ressenti face au groupe.
- Les ateliers corporels privilégient l'approche par le corps pour atteindre le psychisme. Les patients vont exprimer au travers du corps ce qu'ils ne peuvent pas encore dire oralement. Ils peuvent redécouvrir le ressenti de sensations plaisantes, se réapproprier leur schéma corporel,...
- Les ateliers communautaires permettent au patient de se responsabiliser face aux tâches de la vie courante. Ces ateliers comprennent : l'achat du pain, la préparation du café, l'exécution de la vaisselle et du rangement des locaux de vie,... En termes de finalité, ils permettent aux patients de se structurer, se responsabiliser et d'initier des pistes de travail à explorer au domicile.

Difficultés et limites

Les soins à temps partiel ne peuvent évidemment pas couvrir tous les champs de la psychopathologie et l'évolution institutionnelle de notre hôpital de jour a partiellement limité le type de souffrance psychique prise en charge. Il arrive pourtant, malgré les moyens (voir plus haut) mis en place pour assurer la stabilité de la thérapie (groupale et individuelle), que certaines difficultés et limites apparaissent sur le plan clinique :

- Représentation négative de l'hôpital entraînant un refus de prise en charge.
- Rythme trop soutenu du programme de soins (5jours/semaine).
- Alliance thérapeutique inexistante.
- Majoration symptomatique.
- Contagion morbide au niveau du groupe.
- Intolérance au cadre thérapeutique.
- Apparition de résistance psychothérapeutique.
- Milieu environnemental trop pathogène pour une prise en charge à temps partiel.
- Chronification du patient dans l'hospitalisation psychiatrique.
- Bénéfice secondaire (conscient ou non) à prolonger la prise en charge hospitalière.
- Deuil de la relation thérapeutique et de la « protection » hospitalière.
- Lenteur de la réinsertion sociale.
- Coût de l'hospitalisation parfois difficilement supportable.

« Si les symptômes de la chonification (perte de créativité, appauvrissement des échanges, intolérance, inadaptation aux changement internes et externes) se structurent et deviennent durables

dans le temps, le patient développe des bénéfices secondaires à rester hospitalisé en consolidant son statut de malade assisté. Il risque d'acquérir de nouvelles compétences « iatrogènes » et un savoir-faire à l'intérieur du système de soins et non plus à l'extérieur de l'institution dans une société qu'il redoute et évite. » (J-M. TRIFFAUX, 2003)

Concernant le personnel soignant, une chronification de l'équipe dans un travail minimaliste, peu créatif, simpliste, ainsi que la nécessaire coordination des soins et échanges entre intervenants multiples, présentent un risque d'enlisement qu'il faudra systématiquement prévenir.

Fin d'hospitalisation

Comme cité plus haut, à l'ère de l' « evidence based medicine », l'évaluation thérapeutique est nécessaire pour valider la pertinence de nos interventions. Nous évaluons systématiquement, en réunion d'équipe pluridisciplinaire, le parcours du patient selon l'échelle STAR (J. BERTRAND, M. JADOT, J-M TRIFFAUX). Elle prend en compte trois variables qui sont la modification du symptôme, l'attitude face à celui-ci et la dynamique des relations interpersonnelles.

La finalité du processus de soins offerts au patient passera par une auto-évaluation du cheminement thérapeutique. Celle-ci utilise la même échelle d'évaluation STAR.

Le groupe de transition sera présenté au patient sortant. Il s'agit d'un temps de rencontre d'1/2 journée par semaine. Il propose une permanence sociale, un groupe de parole animé par un médecin assistant en collaboration avec l'éducateur responsable, puis une activité en groupe. Il est de fréquentation libre et non limité dans le temps. Il nous permet une évaluation globale régulière de l'état de nos patients après leur sortie de l'hôpital et apporte également un élément de structuration organisationnel, psychique, relationnel et de continuité thérapeutique.

« La Clé » possède également une habitation protégée destinée à aider 4 patientes féminines atteintes de troubles psychiatriques chroniques qui y trouvent une solution transitoire entre dépendance institutionnelle et vie plus autonome.

La finalité de l'hospitalisation visera le maintien du patient dans son environnement grâce à la mise en place d'un réseau personnalisé. Ce réseau établi en collaboration avec le patient pourra assurer différentes fonctions:

- Prévention face à la rechute grâce à un suivi psychothérapeutique.
- Réadaptation au fonctionnement du quotidien par l'intégration dans un CRF (centre de réadaptation fonctionnelle).
- Fonction sociale par l'instauration d'activités ludiques, sportives, culturelles ou la mise en place d'un bénévolat.
- Insertion professionnelle par le biais d'une réflexion sur les projets de formation ou de recherche d'emploi.
- Traitement plus intensif qui sera assuré par des équipes mobiles au domicile et cela, à plus long terme.

En conclusion

A travers l'analyse de notre mode de fonctionnement, nous avons tenté de démontrer qu'à l'aube d'une réforme en santé mentale d'envergure, il convient, pour chaque institution, de définir sa spécificité, ses points forts et ses limites. Ce travail est nécessaire pour faciliter la future complémentarité du réseau de soins en santé mentale et éviter de stériles rivalités délétères pour les personnes en souffrance psychique.

La réforme 107 est ambitieuse et apparaît dans une continuité historique de révision légale de la santé mentale. Ses contours pratiques ne sont pas encore complètement définis mais il paraît nécessaire d'en comprendre l'origine historique et les motivations réformistes. En effet, cette

compréhension améliore notre connaissance globale de la psychiatrie et du réseau de soins en santé mentale, et nous stimule à un travail d'auto-analyse.

Nous repositionnons l'hôpital de jour comme étant un véritable pont, une liaison entre les hôpitaux à temps complet et le mouvement de désinstitutionnalisation, de prise en charge ambulatoire.

L'Hôpital de Jour « La Clé » remplit d'ores et déjà de nombreux objectifs recherchés par la réforme « psy 107 » :

- Réduire les soins résidentiels à temps complet et le nombre de lits psychiatriques chroniques.
- Apporter une approche plurielle.
- Prendre en charge des indications multiples.
- Favoriser le maintien au domicile.
- Valoriser la réinsertion socio-professionnelle.
- Développer et se coordonner avec le réseau de soins.

Il s'extirpe de l'unique fonction 4 pour prendre place dans plusieurs fonctions prédéfinies par la réforme 107 et y jouer différents rôles tels qu'apporter de l'aide à la détection précoce, à la prévention de la maladie mentale, soutenir la réhabilitation socio-professionnelle et maintenir une formule résidentielle spécifique (habitation protégée).

Cette position, bien évidemment centrale de l'hôpital de jour, lui offre une capacité d'action thérapeutique vaste et variée. Elle nous impose une responsabilité dans la nécessaire collaboration entre équipes soignantes et dans une approche thérapeutique complémentaire avec les nouveaux modèles de soins.

Enfin, notre institution maintient son autonomie fonctionnelle et sa recherche scientifique, ce qui lui permet de repenser continuellement sa manière de travailler afin d'être en accord avec la société actuelle et la demande de soins en santé mentale. Il importe que les équipes soignantes soient capables de renouveler leurs approches et leur créativité de soins.

Il n'est donc pas uniquement intéressant de comparer la métaphore des essuie-glaces avec un épisode orageux de souffrance psychique que peut traverser une personne malade mentale, mais aussi de comparer la place des institutions de jour à travers les changements actuels liés à la réforme « psy 107 ».

L'hôpital de jour, c'est comme des essuie-glaces, à travers des changements parfois tempétueux, ils n'arrêtent pas la pluie mais ils permettent d'avancer...

Bibliographie

1. DELBROUCK M., **La relation thérapeutique en médecine et en psychothérapie**, De Boek Supérieur, Louvain-la-Neuve, 2016, 512 p.
2. DELION P., **Thérapeutiques institutionnelles**, EMC-psychiatrie, 2001.
3. DELION P., **Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne, introduction à la psychothérapie institutionnelle**, 2ème édition, Dunod, Paris, 2005/2011, 336 p.
4. DESERT J.-B. et al., **Janus ou les mutations d'un hôpital de jour, le paradoxe de la femme aux chats**, Revue des hôpitaux de jours psychiatriques et des thérapies institutionnelles - n°18, 2016: 97-103
5. GIFFARD D., **Psychothérapie institutionnelle**, <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/formation/document/therapie/therapie-institutionnelle.htm>, 2009
6. **Guide vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins**, consultable à l'adresse <http://www.psy107.be>.
7. HOCHMANN J., **Histoire de la psychiatrie**, 4ème édition, Presses Universitaires de France (PUF), collection Que sais-je? Paris, 2004/2015, 128 p.
8. KAËS R., **Les théories psychanalytiques du groupe**, 5ème édition, Presses Universitaires de France (PUF), collection Que sais-je? Paris, 1999/2014, 128 p.

9. MIKOLAJCZAK G. et al., **En-deçà du symptôme, en-dedans du cadre, au-delà du symptôme...**, Revue des hôpitaux de jours psychiatriques et des thérapies institutionnelles - n°17, 2015: 98-104.
10. MORMONT M., **'Psy 107' : une réforme à la hauteur de ses ambitions ? Regards croisés**, Santé conjugée - n°70, 2015: 95-99.
11. REUTER B. et al., **Les soins en hôpital de jour: du trou de serrure au jeu de clés...**, Revue des hôpitaux de jours psychiatriques et des thérapies institutionnelles - n°18, 2016: 53-58.
12. ROUSSILLON R. et al., **Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale**, 2ème édition, Elsevier Masson, Issy-les-Moulineaux, 2007/2014, 668 p.
13. THUNUS S. et al., **Evolution du champ de la Santé mentale en Belgique : de l'asile vers les réseaux et circuits de soins**, L'Observatoire - n°72 « Santé mentale : les enjeux de la réforme ? », 2012.
14. TRIFFAUX J.-M., **L'éloge de la folie en hôpitaux de jour: présent du passé et perspectives**, Revue des hôpitaux de jours psychiatriques et des thérapies institutionnelles - n°5, 2003: 23-30.