

L'HOSPITALISATION N'EST PAS UNE PROMENADE DE SANTÉ

Par le Dr. Igor THIRIEZ

*Version 1.2
mise à jour le 07/12/2015*

Ce document vise à reconstituer ce qui peut être vécu douloureusement par les patients hospitalisés en psychiatrie et à en analyser les répercussions sur les soins dont ils bénéficient. Si certaines pratiques y sont critiquées, notamment les plus coercitives, leur usage et leur utilité n'y sont pas niés, pas plus que les professionnels qui y recourent n'y sont condamnés.

Les grands axes se dégageant des témoignages sont ici résumés en phrases élémentaires (A., B., C. etc.), analysées puis regroupées en cinq catégories plus ou moins distinctes.

Parallèlement, ce document vise à définir les orientations qui devraient être adoptées ou approfondies dans le but de soulager ce vécu douloureux, non seulement sans nuire à la prise en charge, mais en améliorant celle-ci. Encourager de telles pratiques ne revient pas à nier qu'elles soient déjà mise en œuvre, ni à sous estimer les professionnels concernés, ni encore à imposer celles-ci au péril des patients et du personnel.

Celles-ci sont détaillées à partir de principes clairs (1., 2., 3. etc.) et sont regroupées au sein des mêmes cinq catégories.

ENFERMEMENT, SOLITUDE ET ENNUI

La seule attitude appropriée vis-à-vis des mesures restrictives consiste à réduire leur utilisation, leur durée et leur nocivité

A. Je ne peux pas sortir, bouger, fumer	1. Restreindre les libertés de circuler, de disposer de ses biens ou de communiquer, ce n'est pas soigner
B. Je me sens seul	2. De telles mesures ne devraient pas être envisagée sans avoir considéré puis éliminé toutes les alternatives moins restrictives
C. Je m'ennuie terriblement	3. Leur seule indication psychiatrique valable reste la dangerosité
	4. Lorsque ces critères ne sont pas réunis, ces mesures sont abusives
	5. Toute mesure restrictive doit être justifiée au patient
	6. S'adapter au patient doit rester une priorité

HONTE, HUMILIATION ET PERTE D'INTIMITÉ

La seule attitude appropriée vis-à-vis de l'intimité, c'est de la respecter, de la préserver et de la restaurer

D. Je ne peux pas m'habiller	7. Un pyjama d'hôpital n'est pas thérapeutique
E. Je dois vivre sous le regard inquisiteur du personnel, et des autres patients	8. Une mesure de surveillance ne devrait pas être mise en place sans avoir envisagé puis éliminé toutes les alternatives moins intrusives
F. Je dois me dévoiler au personnel et à ma famille	9. Soigner l'intimité pour favoriser la confiance et restaurer la dignité

INSÉCURITÉ, ANGOISSE ET CATASTROPHISME

La seule attitude appropriée vis-à-vis de l'angoisse, c'est de rassurer activement, sans prioriser les médicaments

G. J'ai peur de me retrouver seul	10. Présence disponibilité et positivité
H. Je n'arriverai pas à bien dormir	11. Agir sur l'environnement, c'est aussi soigner
I. Je vais aller encore plus mal	12. Les anxiolytiques et hypnotiques "si besoin" ne devraient pas être administrés sans avoir considéré puis éliminé les solutions précédentes
J. Je vais mourir, ou être tué	

IGNORANCE, INCOMPRÉHENSION ET ÉGAREMENT

La seule attitude appropriée vis-à-vis de l'ignorance, c'est d'informer, et de se former

K. Je n'obtiens pas de réponse	13. Informer, c'est rassurer, et c'est aussi soigner
L. Je ne comprends pas la raison des décisions	14. Informer, ce n'est pas cacher, ni se cacher
M. Je ne sais pas à quoi m'attendre	15. Informer, ça ne se fait pas à moitié, ni à coté
N. Je ne sais pas quoi faire	16. Informer, c'est aussi justifier
O. Il y a tant à faire	17. Informer, c'est proposer des solutions concrètes à un problème
P. J'ai peur que ça dure à vie	18. Informer, c'est anticiper
	19. Informer, c'est ne pas ignorer

PERTE DE DÉCISION, D'AUTONOMIE ET DE COMPÉTENCES

La seule attitude appropriée vis-à-vis de l'autonomie, c'est de la restaurer, et de la développer

Q. Je dois obéir à d'autres, qui prennent des décisions pour moi	20. L'obéissance n'est pas thérapeutique
R. Je ne suis pas entendu	21. La confiance, ce n'est pas automatique, ni à sens unique
S. Mes souhaits ne sont pas pris en compte	22. La chaleur avant la distance
T. Je ne comprends pas la situation	23. L'empathie en toutes circonstances
U. Je suis dépendant de l'aide des autres	24. Le patient doit pouvoir décider de sa prise en charge
	25. Les patients ne sont pas des menteurs nés
	26. Rendre compétent, c'est aussi soigner

ENFERMEMENT, SOLITUDE ET ENNUI

A. Je ne peux pas sortir, bouger, fumer etc.

Restreindre un droit aussi universel et profondément ancré que la liberté de circulation n'est pas sans conséquences traumatiques pour un patient. Si de réels bénéfices peuvent survenir, la qualité des soins s'en trouvera logiquement altérée. Bien que certains paramètres (notamment les "consignes") puissent être modulés, la totalité des patients hospitalisés restent concernés, notamment en raison de la persistance de restrictions généralement considérées comme incompressibles. Il s'agit pour la plupart de contraintes jugées indispensables au bon fonctionnement d'un service (ex. horaires, service fermé) et au respect de la collectivité (ex. ne pas rentrer dans les chambres des autres patients).

Ces mesures sont vécues d'autant plus douloureusement que leur mise en place est brutale, qu'elles sont imposées, et qu'elles ne seront pas les mêmes pour tous les patients.

B. Je me sens seul

L'isolement reste l'une des conséquences les plus néfastes de l'enfermement. Celui-ci prive le patient de la plupart des sources potentielles de soutien et de renforcement qui sont à mobiliser dans les domaines social, familial ou encore professionnel. Les restrictions les plus courantes à ce niveau concernent évidemment les sorties et les visites mais également les principaux moyens de communication (ex. téléphone et internet).

C. Je m'ennuie terriblement

Les effets délétères de l'inactivité ne sont plus à prouver mais restent encore sous-estimés. Il s'agit pourtant de l'un des plus gros facteurs d'aggravation de la plupart des troubles mentaux. Le patient peut non seulement se retrouver privé de ses activités habituelles (ex. de loisirs ou professionnelles) mais également de celles qui pourraient être changées ou mises en place pour l'aider. Les restrictions visées concernent principalement les sorties mais également les effets personnels dont il ne peut pas disposer à l'hôpital.

La seule attitude appropriée vis-à-vis de ces mesures restrictives consiste à réduire leur utilisation, leur durée et leur nocivité.

1. Restreindre les libertés de circuler, de disposer de ses biens ou de communiquer, ce n'est pas soigner.

Bien que les mesures concernées puissent parfois faciliter la mise en œuvre de soins, elles demeurent le pire moyen d'y parvenir et de les poursuivre. Celles-ci sont encore régulièrement mises en place pour obtenir des bénéfices à court terme, souvent rassurants pour les soignants, sans suffisamment tenir compte des conséquences ultérieures de leur caractère aversif et traumatisant. Les mesures les plus coercitives (ex. isolement, contention physique) sont à l'origine d'authentiques syndromes de stress

post-traumatique dont la plupart se manifestent après l'hospitalisation. Quant aux mesures considérées comme moins coercitives, leur impact n'est pas moins sous estimé, en grande partie car les conséquences sont aussi souvent constatées après le séjour. Le retentissement sur l'alliance thérapeutique est généralement négatif, ce qui favorise l'échappement aux soins et donc le recours ultérieur à de nouvelles mesures de contrainte si une hospitalisation se révèle nécessaire. Soigner, c'est plutôt produire le maximum d'effort pour rompre ce véritable cercle vicieux.

2. De telles mesures ne devraient pas être envisagées sans avoir considéré puis éliminé toutes les alternatives moins restrictives.

Exemples :

- Refuser la moindre sortie sans avoir envisagé la possibilité d'un accompagnement.
- Refuser la moindre sortie sans avoir envisagé la prescription d'un alcootest au retour.
- Refuser une communication téléphonique sans avoir envisagé la possibilité que celle-ci soit surveillée.
- Refuser une visite de l'entourage pour un patient en isolement, ou lorsqu'il s'agit de jeunes enfants, sans avoir envisagé la possibilité de l'aménager.
- Refuser à un patient de bénéficier d'un téléphone, d'une tablette tactile ou d'un ordinateur portable sans avoir envisagé la possibilité d'une utilisation sécurisée dans le service.

3. Leur seule indication psychiatrique valable reste la dangerosité.

Le ou les dangers en question doivent être :

- Manifestes
- Clairement définis
- Liés à la pathologie du patient
- Pour lui-même ou pour autrui
- Non susceptibles d'être prévenus de façon moins coercitive

4. Lorsque ces critères ne sont pas réunis, ces mesures sont abusives.

C'est notamment le cas lorsque ces mesures sont utilisées dans le but de sanctionner, de menacer, de manipuler ou de soulager une équipe exaspérée.

Exemples :

- Refus des sorties dans le parc après un retour de permission trop tardif.
- Menacer d'isolement un patient dont l'opposition est passive.
- Refus des sorties tant que le patient n'accepte pas le traitement retard.
- Isolement d'un patient en raison de sollicitations de l'équipe jugées excessives.
- Refus de sorties en raison de la dangerosité d'un autre patient.

5. Toute mesure restrictive doit être justifiée au patient.

Cette démarche est aussi indispensable à la mise en place qu'au maintien de la mesure dont la nécessité doit être réévaluée le plus souvent possible. La justification doit être honnête, claire, précise, notamment en ce qui concerne le risque à prévenir, la durée estimée de la mesure et ce qui permettra de l'interrompre ou de l'atténuer.

Exemples de justifications insuffisantes ou absentes :

- *"C'est pour votre bien"*
- *"C'est le médecin qui l'a décidé"*
- *"C'est comme ça pour tout le monde"*
- *"Vous êtes en souffrance"*
- *"Vous avez besoin d'être cadré/contenu"*

6. S'adapter au patient doit rester une priorité.

Les règles les plus arbitraires ne doivent pas contrarier ou freiner la bonne prise en charge d'un patient.

Exemples :

- Refuser d'ouvrir la porte à un patient, de lui donner des affaires, de lui passer un coup de téléphone sur le seul prétexte que "c'est à un autre de le faire".
- Empêcher un patient d'aller chercher des affaires chez lui sur le seul prétexte qu'on ne donne "pas de permission le jour de l'admission".
- Refuser un accompagnement en terrasse sur le seul prétexte que "ce n'est pas encore la bonne heure".

HONTE, HUMILIATION ET PERTE D'INTIMITÉ

D. Je ne peux pas m'habiller

Le fameux pyjama d'hôpital renforce non seulement le sentiment d'infantilisation et le vécu carcéral d'un séjour en psychiatrie, mais il prive également le patient concerné de ce qu'il peut considérer comme une part de son identité : ses vêtements. Par ailleurs, le port de ce pyjama renforce également la fausse croyance que le séjour consistera principalement à rester au lit et dormir.

E. Je dois vivre sous le regard inquisiteur du personnel, et des autres patients

Être observé dans la plupart de ses activités quotidiennes peut rapidement devenir irritant et oppressant, ne serait-ce que pour des actes considérés à tort comme banals tels que téléphoner, manger ou prendre ses médicaments. Il en est de même lorsqu'il s'agit de dévoiler ses effets personnels, de ne pas pouvoir bénéficier d'une chambre individuelle ou encore d'être surveillé pendant la nuit. C'est pourtant le sentiment de honte qui se révèle le plus douloureux pour des patients déjà fragilisés par leur pathologie et exposés malgré eux au regard d'autrui. Lorsqu'il s'agit de comportements plus intimes tels que se déshabiller, uriner ou se laver, il serait plus approprié de parler d'un véritable sentiment d'humiliation.

F. Je dois me dévoiler au personnel et à ma famille

La réticence des patients à se confier provient avant tout de la crainte d'être jugé. Cette difficulté à livrer des pensées douloureuses et des informations personnelles, à des professionnels certes mais souvent inconnus, est généralement liée à un sentiment de honte tenace. Celle-ci est renforcée par la multiplicité des intervenants et les soucis de confidentialité. Le partage de ces informations au sein des équipes, aussi nécessaire soit-il, est en effet mal vécu par la plupart des patients qui se retrouvent également contraints d'en dévoiler à leur entourage proche, voire professionnel.

La seule attitude appropriée vis-à-vis de l'intimité, c'est de la respecter, de la préserver et de la restaurer

7. Un pyjama d'hôpital n'est pas thérapeutique

Il ne soigne pas davantage qu'il ne saurait prévenir de façon fiable certains risques parfois mis en avant lors de son utilisation (ex. fugue, passage à l'acte auto-agressif ou suicidaire). Celle-ci ne devrait s'envisager que pour pallier à un manque de dignité, et le plus brièvement possible, par exemple en l'absence de vêtements propres et dans un état correct à disposition. Il conviendra alors d'y remédier au plus vite, en impliquant au maximum le patient dans cette démarche afin qu'il puisse bénéficier de ce dont il souhaite à ce niveau (permission, famille, VAD).

8. Une mesure de surveillance ne devrait pas être mise en place sans avoir auparavant considéré puis éliminé toutes les alternatives moins intrusives.

Plus une mesure de surveillance sera intrusive, plus elle sera vécue de façon honteuse et dégradante, et plus un patient aura tendance à vouloir y échapper, ce qui n'est pas sans conséquences sur le risque à prévenir. Ce n'est pas l'intrusion qui rend la surveillance efficace mais la possibilité pour le patient d'y contribuer activement, d'où la nécessité de la lui justifier et d'en convenir avec lui dans le cadre d'une alliance.

Exemples :

- Surveiller le comportement d'un patient suicidaire toutes les trois heures sans avoir évalué la possibilité que le patient vienne de lui-même rapporter l'évolution de ses idées suicidaires toutes les trois heures.
- Imposer la présence d'un tiers pendant une sortie sans avoir évalué la possibilité que le patient puisse régulièrement appeler un membre du personnel au cours de sa permission.

9. Soigner l'intimité pour favoriser la confiance et restaurer la dignité

Plus les informations jugées nécessaires aux soins seront obtenues par la contrainte ou par des moyens détournés, moins le patient concerné y adhèrera, et moins il en confiera par la suite. Là encore, ce n'est pas l'intrusion qui rend la prise en charge efficace mais la capacité du patient à se dévoiler activement et délibérément. C'est cette relation de confiance avec le patient qu'il faut favoriser en priorité même si cette démarche paraît plus coûteuse en temps et en énergie.

Exemples :

- Ne pas se livrer à des interrogatoires d'allure policière
- Ne pas se précipiter d'emblée vers l'entourage pour obtenir des informations
- Ne pas multiplier les intervenants de façon injustifiée, notamment lors d'un entretien médical ou infirmier
- Ne pas imposer des entretiens avec l'entourage ou en public
- Ne pas empêcher les solutions de repli, notamment la possibilité de sortir d'une pièce, du service, de s'isoler temporairement ou de quitter un entretien difficile
- Ne pas partager les informations confiées à d'autres professionnels sans son accord
- Ne pas partager les informations confiées à son entourage sans qu'il accepte d'y participer activement

INSÉCURITÉ, ANGOISSE ET CATASTROPHISME

G. J'ai peur de me retrouver seul

L'isolement, même relatif, prive non seulement les patients de leur entourage (B.) et de la plupart de leurs activités habituelles (C.) mais constitue également pour beaucoup une source d'anxiété majeure. Le sentiment d'abandon, les ruminations anxieuses, dépressives ou délirantes s'en trouvent souvent décuplés, ce qui contribue à rendre le séjour encore plus éprouvant.

H. Je n'arriverai pas à bien dormir

Cette angoisse très fréquente chez les patients est renforcée à l'hôpital par de nombreux facteurs dont la plupart sont liées à l'obligation de rompre brutalement avec leur milieu habituel : dormir seul, partager sa chambre avec un autre patient, ne pas pouvoir fumer ou choisir son heure de coucher, la surveillance nocturne, l'environnement souvent peu apaisant et les craintes de ne pas être assez ou trop sédaté constituent les principaux. Il va sans dire que cette anxiété favorise le cercle vicieux de l'insomnie.

I. Je vais aller encore plus mal

Ce sont les inconvénients angoissants et globalement douloureux d'une hospitalisation qui sont perçus le plus précocement, le plus intensément et le plus durablement par ceux qui les subissent. Les avantages leur paraissent souvent au mieux insuffisants, au pire inutiles. À titre d'exemple, les craintes de mal dormir (H.) et surtout de se retrouver livré à soi-même (G.) peuvent mener à celle de ne pas pouvoir être aidé ou secouru par le personnel si nécessaire. Par ailleurs, la présence d'autres patients peut susciter la peur d'être contaminé par leurs problèmes ou d'être agressé. Ne serait-ce qu'à partir de là, il n'est pas improbable pour un patient de redouter que son état ne s'améliore pas, voire qu'il s'aggrave du fait de cette hospitalisation.

J. Je vais mourir, ou être tué

Cette crainte découle en partie de la précédente, la mort représentant alors le point final de cette aggravation tant redoutée, elle même déclenchée puis entretenue par ces conditions douloureuses d'hospitalisation et les ruminations associées à ce sentiment global d'insécurité.

La seule attitude appropriée vis-à-vis de l'angoisse, c'est de rassurer activement, sans prioriser les médicaments.

10. Présence, disponibilité et positivité

La moins mauvaise manière de viser la "bonne" présence reste de lutter contre ce qu'elle n'est pas : d'un côté l'absence et ses risques angoissants, de l'autre l'omniprésence et ses conséquences intrusives. Mais cette présence ne permet rien sans la disponibilité qui doit l'accompagner et qui reste probablement le meilleur remède à l'angoisse, au moins à court terme. Chaque membre d'une équipe, quelque soit son rôle, doit pouvoir offrir sa part de disponibilité et proposer des solutions de manière à ne pas laisser un patient anxieux livré à lui même. C'est dans ce genre de situation qu'une attitude positive est essentielle. La positivité n'est pas un optimisme béat mais la mise en avant de pensées positives dans le but de pousser le patient vers l'action, vers l'avenir et vers les autres. Exemples :

- Proposer une activité en exposant les bienfaits de l'action sur la rumination.
- Proposer un accompagnement dans le parc en rappelant que confier ses craintes à un soignant permet souvent de dédramatiser.
- Proposer un coup de téléphone à un membre de l'entourage en vue d'une permission.

11. Agir sur l'environnement, c'est aussi soigner

S'adapter au patient doit rester une priorité (6.) qui consiste également à ajuster au mieux son environnement. Non seulement l'impact et la possibilité de ces mesures sont sous estimés, mais celles-ci restent encore pour la plupart considérées à tort comme néfastes. L'idée reçue que l'on retrouve à l'origine de cette conviction est qu'un patient devrait forcément s'adapter à l'environnement fixé pour aller mieux, et que cette tolérance du "cadre" imposé est en elle-même un signe d'amélioration. Accommoder l'environnement permet au contraire des bénéfices rapides et durables qui rendent justement le patient plus apte à faire face aux désagréments et autres péripéties de l'environnement hospitalier.

Exemples :

- Opter pour une chambre simple ou double en fonction de son effet tranquilisant, notamment sur le sommeil.
- Ne pas imposer à un patient des repas collectifs pendant lesquels il ne pourra pas s'alimenter dans de bonnes conditions.
- Ne pas refuser une sortie en terrasse à un patient anxieux sur le seul prétexte que les sorties dans le parc lui sont autorisées.

12. Les anxiolytiques et hypnotiques "si besoin" ne devrait pas être administrés sans avoir considéré puis éliminé les solutions précédentes.

Si les effets bénéfiques de ces médicaments sont incontestables à défaut d'être systématiques, leurs effets secondaires peuvent quant à eux contrarier une amélioration durable de façon beaucoup plus fréquente. La sédation se révèle souvent beaucoup plus durable, intense et néfaste que ce qui est recherché. Les phénomènes de tolérance et d'accoutumance, qui ne sont pas liés qu'aux benzodiazépines, posent de sérieux problèmes qui sont souvent négligés à court terme.

IGNORANCE, INCOMPRÉHENSION ET ÉGAREMENT

K. Je n'obtiens pas de réponse

L'absence de réponse claire aux interrogations des patients est logiquement très mal vécue, d'autant plus que l'anxiété est souvent associée à des difficultés à gérer l'incertitude. Les questions les plus fréquemment impliquées sont en rapport avec le diagnostic, la causalité des troubles, les effets des médicaments, la durée d'une mesure restrictive (à commencer par celle de l'hospitalisation) ou encore sur quoi se fondent les décisions.

L. Je ne comprends pas la raison des décisions

Le fait que des décisions le concernant soient prises par d'autres (S.) est déjà difficile à endurer pour un patient, mais encore davantage s'il ignore par quoi celles-ci sont motivées. Il sera alors d'autant plus difficile pour lui d'y adhérer durablement, ceci quelle que soit l'importance présumée de cette décision.

M. Je ne sais pas à quoi m'attendre

Le manque d'information sur le déroulement d'une hospitalisation installe régulièrement les patients dans une attitude d'attente passive et anxieuse, centrée d'un côté sur les quelques événements qu'ils peuvent prévoir (repas, sorties cigarettes, coucher etc.), de l'autre sur la sortie définitive. Ce phénomène est d'autant plus néfaste qu'il concerne des patients ayant pour la plupart déjà des difficultés à anticiper l'avenir de façon positive.

N. Je ne sais pas quoi faire

La "bonne volonté" des patients se heurte bien souvent à l'ennui (C.), à la sédation et à l'apragmatisme mais également au fait qu'il ne se sentent pas suffisamment motivés et guidés vers des actions qui pourraient non seulement les occuper, mais aussi les informer et les aider.

O. Il y a tant à faire

Les objectifs fixés sont souvent si flous et lointains qu'ils donnent l'impression aux patients d'avoir à gravir seuls et aveugles une montagne en plein brouillard. Les quatre points précédents contribuent chacun à rendre cette ascension plus difficile, parfois

jusqu'à un véritable égarement alors qu'ils envisageaient plutôt une prise en charge éclairante.

P. J'ai peur que ça dure à vie

Se sentir égaré, baladé sans rien y comprendre finit par faire craindre de ne jamais retrouver son chemin. De nombreuses mesures, qu'elles soient ou non imposées, sont prises non seulement sans être justifiées mais également sans que le patient soit informé de leur durée prévisible ni des conditions qui inciteraient à les maintenir. Ceci les rend d'emblée interminables.

La seule attitude appropriée vis-à-vis de l'ignorance, c'est d'informer, et de se former

13. Informer, c'est rassurer, et c'est aussi soigner

La stigmatisation dont sont victimes les patients en est un bel exemple à l'échelle de la société. L'ignorance est le côté obscur de la psychiatrie. Cette ignorance mène à la peur, et, selon Maître Yoda : "la peur mène à la colère, la colère mène à la haine et la haine mène à la souffrance". Cette citation d'allure folklorique se vérifie également à l'échelle d'une hospitalisation. En effet, et contrairement à une idée reçue, ce n'est pas en cachant des informations qu'on soulage une souffrance.

14. Informer, ce n'est pas cacher, ni se cacher

La honte et le sentiment d'impuissance des soignants se retrouve à l'origine de nombreuses dissimulations, à commencer par celles concernant le diagnostic et le pronostic des maladies psychiatriques. Souvent justifiées par des arguments plus ou moins valables tels que les inconvénients liés aux "étiquettes" ou la difficulté à prévoir une évolution à l'échelle d'un individu, ces conduites de dissimulation se révèlent la plupart du temps défavorables aux patients par la suite. Un diagnostic ouvre non seulement la voie à une meilleure compréhension de son problème, à une meilleure prise en charge mais permet également de se sentir moins seul et moins perdu face à celui-ci. Le pronostic permet de mieux anticiper les rechutes, de mieux adhérer à la poursuite des soins et notamment du traitement médicamenteux.

15. Informer, ça ne se fait pas à moitié, ni à côté

Il n'existe pas de minimum syndical en matière d'information, ce qui peut notamment se constater lorsque des patients sont admis après avoir été partiellement informés, voire parfois désinformés sur les modalités d'hospitalisation. Une information doit en appeler d'autres et ainsi de suite. La diversité des intervenants au sein d'une équipe doit pouvoir favoriser ce cercle vertueux : chaque membre ne doit pas se contenter de l'information donnée par un autre mais aussi produire des efforts pour la compléter.

Exemples d'informations partielles :

- *"Vous n'allez pas bien"*
- *"Vous ne pouvez pas téléphoner"*
- *"On ne guérit pas de cette maladie"*

- *"Le traitement, c'est pour la vie"*
- *"Vous sortirez quand vous irez mieux"*

16. Informer, c'est aussi justifier

Les mesures restrictives sont loin d'être les seules à nécessiter leur justification au patient. Pour exemple, il ne suffit pas de prescrire ou de délivrer un médicament à l'hôpital pour que celui-ci apporte des bénéfices à plus long terme. Il est essentiel qu'un patient sache précisément la façon dont il fonctionne, notamment par rapport à son trouble, et ce que celui-ci pourra lui apporter en bien ou en mal. Il en est de même pour toute mesure de surveillance, notamment lorsqu'elle est renforcée. Il est par exemple prouvé que parler du suicide ne favorise pas le passage à l'acte, y compris en présence d'un risque élevé.

17. Informer, c'est proposer des solutions concrètes à un problème

Il est souvent préférable d'aider un patient à régler ses problèmes plutôt que de s'obstiner à les solutionner sans lui. Cela passe obligatoirement par proposer des solutions les plus concrètes possibles. La diversité des rôles et des compétences au sein d'une équipe ne devrait pas contrarier la possibilité pour chacun des membres d'y contribuer mais au contraire favoriser ce processus. Il en est de même pour l'entourage dont l'assistance est encore trop souvent négligée en matière de résolution de problème. Proposer des solutions, ce n'est pas s'engager à les adopter. Proposer des solutions, c'est augmenter la probabilité que la meilleure d'entre elles soit choisie. Il n'y a donc par exemple aucune raison valable de ne pas parler des permissions dès le début de l'hospitalisation même si celles-ci ne sont pas envisageables immédiatement.

18. Informer, c'est anticiper

Le manque d'anticipation dans la délivrance d'information est à l'origine de nombreux désagréments pour les patients. S'il est souvent essentiel de fixer des objectifs à long terme, il l'est tout autant de les segmenter de manière à obtenir des progrès rapides qui favoriseront à leur tour d'autres progrès moins rapides. Pour exemple, les bénéfices à attendre des médicaments ne sont pas communiqués avec suffisamment de précision pour être constaté par les patients (ex. "vous allez vous sentir mieux", "vous serez apaisés", "vous reviendrez dans la réalité"). D'un autre côté, la réticence à les prévenir des effets secondaires est souvent basée sur des idées reçues plus ou moins superstitieuses.

Exemples :

- *"Si on en parle, ils vont survenir"* : pensée magique?
- *"Si on n'en lui parle pas, il ne s'en rendra pas compte"*. Seront-ils pour autant moins invalidants?
- *"Le patient va croire les ressentir à tort"*. Qu'est-ce qui le prouvera?
- *"Le patient va confondre des symptômes de la maladie avec des effets secondaires"* : un traitement adapté conduit-il plus souvent aux effets secondaires ou à l'aggravation de la maladie qui justifie sa prescription?
- *"Le patient va les simuler afin d'interrompre le traitement"* : mais alors pourquoi souhaiterait-il tant l'interrompre?

19. Informer, ce n'est pas ignorer

Informer, c'est partager ses connaissances dans le but de rendre les patients plus compétents face à leurs problèmes. Il est donc indispensable de s'assurer que ces connaissances soient fiables et régulièrement mises à jour. Chaque professionnel au sein d'une équipe, quel que soit son rôle, ne devrait pas se contenter de celles, minimales, acquises durant ses études ou sa formation initiale. Connaître les maladies mentales est aussi nécessaire lorsqu'on sert à manger à un patient que lorsqu'on prescrit une contention. Savoir comment fonctionnent les médicaments est aussi indispensable lorsqu'on les administre que lorsqu'on les prescrit. Il est également essentiel de ne pas se reposer uniquement sur les connaissances de son équipe et d'aller parfois voir ailleurs pour mieux en rapatrier.

PERTE DE DÉCISION, D'AUTONOMIE ET DE COMPÉTENCE

Q. Je dois obéir à d'autres, qui prennent des décisions pour moi

Pour de nombreux patients, l'obéissance est perçue comme une fin plutôt que comme un moyen, comme une atteinte à leurs libertés plutôt que comme une étape qui pourrait éventuellement mener à une amélioration. Il n'est donc pas surprenant qu'ils puissent se sentir agressés, et ce quelles que soient les justifications qui leur sont fournies. À ces décisions imposées par le personnel s'ajoutent souvent celles prises par l'entourage lorsque celui-ci est inclus dans la prise en charge. Ceci n'est pas sans susciter certains conflits, qu'il s'agisse de simples effets personnels ou d'une mise sous curatelle.

R. Je ne suis pas entendu

Ne pas se sentir compris, entendu ou pris au sérieux est non seulement désagréable mais réellement désespérant, notamment pour des patients qui pensent légitimement que l'hôpital est le dernier endroit où ceci peut leur arriver. En conséquence, les patients concernés perdent confiance en l'équipe, s'isolent encore davantage et se mettent parfois en quête de solutions alternatives plus satisfaisantes à court terme qui ne sont pas toujours judicieuses (ex. sollicitation d'autres patients, prises de toxiques, fugue ou sortie contre avis médical).

S. Mes souhaits ne sont pas pris en compte

Ce phénomène survient généralement lorsque les deux conditions précédentes sont réunies. Certains patients se retrouvent non seulement les derniers consultés avant une prise de décision, mais également sans aucune prise sur celle-ci. Les conditions requises pour qu'il en soit autrement sont souvent présentées de façon floue et inaccessible, ce qui renforce chez les patients l'impression d'être considéré d'emblée et durablement comme inaptes à résoudre leurs problèmes.

T. Je ne contrôle pas la situation

Ce sentiment de perte de contrôle, déjà provoqué par le trouble à l'origine de l'hospitalisation, se trouve donc renforcé par l'hôpital lui-même. Ce qui était alors envisagé par les patients concernés comme une solution pour se soigner finit par devenir angoissant, accroître le sentiment d'impuissance et amoindrir l'autonomie. Ce phénomène atteint rapidement la confiance en soi puis, plus profondément, l'estime de soi.

U. Je suis dépendant de l'aide des autres

La conséquence directe de cette perte d'autonomie est l'installation d'une véritable dépendance aux soignants et parfois à l'hôpital dont les répercussions se manifestent pour la plupart après la sortie. Il est notamment tout à fait logique que cette dépendance à l'hôpital se manifeste par des réadmissions fréquentes à leur tour favorisées par la tendance des équipes à faire sortir très rapidement les patients concernés et à provoquer chez eux un sevrage brutal. Il s'agit tout simplement du cercle vicieux de l'addiction.

La seule solution appropriée vis-à-vis de l'autonomie, c'est de la restaurer et de la développer

20. L'obéissance n'est pas thérapeutique

Obéir n'est pas adhérer et, contrairement à l'adhésion, l'obéissance mène à la transgression. Le consentement, aussi éclairé soit-il, ne se situe qu'à mi-chemin entre l'obéissance et l'adhésion. C'est cette dernière qu'il faut viser en ce qu'elle constitue de plus actif et durable. L'obéissance est quant à elle un piège à éviter selon la même règle du dernier recours qui régit l'utilisation de ce qui peut y mener : la coercition (2.). Une décision ne doit donc pas être imposée sans avoir envisagé puis éliminé toutes les alternatives moins coercitives.

21. La confiance, ce n'est pas automatique, ni à sens unique

Son statut, sa blouse, son diplôme, ses connaissances ou son expérience ne garantissent pas la confiance d'un patient. Il s'agit avant tout d'arguments d'autorité, une autorité dont les limites ont suffisamment été exposées auparavant et sont d'autant plus présentes dans un domaine aussi sujet à la méfiance que la psychiatrie. La confiance, ça se gagne. Le meilleur moyen de gagner celle d'un patient est justement de lui accorder la sienne. Cette démarche est souvent rendue difficile car jugée à tort proportionnelle à la prise de risques. Si faire confiance à un patient peut sembler plus risqué à court terme, les bénéfices ultérieurs, incontestables en ce qui concerne l'alliance, doivent absolument être pris en compte.

22. La chaleur avant la distance

La réputation de froideur des milieux psychiatriques n'est pas injustifiée et provient en grande partie d'une croyance bien ancrée selon laquelle trouver la "bonne distance" consiste avant tout à s'éloigner. Quitte à rester dans la métaphore, la quête d'une bonne température devrait se substituer à celle de la distance, de manière à privilégier les

attitudes chaleureuses. Mettre et maintenir un patient le plus à l'aise possible constitue la première étape indispensable à l'établissement d'une relation de confiance, ce qui ne saurait se produire sans la chaleur. Celle-ci est autant à privilégier dans ses aspects environnementaux qu'humains. La valeur d'un simple sourire est à ce niveau très souvent sous-estimée comme le sont les effets pesants et glaçants du silence. Une dose d'optimisme et parfois un soupçon d'humour peuvent également jouer un rôle important. Enfin, le réchauffement ne se produira pas sans une écoute toute aussi active.

23. L'empathie en toutes circonstances

L'empathie est la compréhension des sentiments d'autrui, sans forcément y adhérer (sympathie). Il s'agit d'un phénomène indispensable à l'installation puis au maintien d'une relation de confiance avec un patient, ceci à condition que cette empathie se manifeste activement. Il est ainsi essentiel de communiquer en priorité à un patient ce que l'on comprend de sa position, de ses émotions et de ses sentiments, tout en évitant les attitudes qui ne seraient pas empathiques : l'apathie, l'antipathie pure, cynique ou moralisatrice et parfois la sympathie.

Exemples de réactions face à un patient qui se plaint d'anxiété de façon répétitive et qui réclame beaucoup d'anxiolytiques "si besoin" :

- *"Hum hum..."* (apathie)
- *"Encore! Vous nous empêchez de travailler."* (antipathie moralisatrice)
- *"Encore! Mais vous allez nous vider la pharmacie..."* (antipathie cynique)
- *"Vous avez raison. On ne peut pas se détendre dans des conditions pareilles, et c'est intolérable. Je vous rajoute une vingtaine de gouttes."* (sympathie)
- *"Les médicaments ne sont pas des bonbons!"* (antipathie moralisatrice)
- *"Allez donc vous reposer."* (apathie)
- *"Mouais, vous n'avez pas l'air anxieux..."* (antipathie)
- *"Je comprends bien votre problème, mais nous allons devoir trouver une autre solution."* (empathie)

24. Le patient doit pouvoir décider de sa prise en charge

S'il semble désormais établi pour la plupart des professionnels qu'un patient doit être impliqué dans sa prise en charge, cela ne conduit hélas que trop rarement à lui laisser de véritables choix. Attendu qu'il n'existe rarement qu'une seule solution à un problème et qu'un patient peut être éclairé, c'est à dire suffisamment informé des risques et des bénéfices à attendre de chacune des solutions, celui-ci doit pouvoir participer à la prise de décision en priorité. Si la solution qu'un patient préconise n'est pas jugée la meilleure par l'équipe, cela ne signifie pas qu'elle soit pour autant mauvaise. Si cette solution se révèle finalement mauvaise, les conséquences ne seront pas forcément catastrophiques et permettront même parfois au patient d'apprendre de cette erreur.

25. Les patients ne sont pas des menteurs nés

Concernant les suspicions de tromperie, ce bon vieux Docteur House n'a peut-être pas tort en affirmant que "tout le monde ment" mais il se trompe en déduisant qu'il ne faut pas leur faire confiance. Refuser de faire confiance à un patient qui ment, c'est l'inciter à mentir davantage et c'est aussi mépriser les raisons qui l'ont poussé à mentir, et au sein

desquelles on retrouve le manque de confiance accordée par les soignants. Le meilleur moyen de lutter contre le mensonge et la tromperie, c'est de chercher par tous les moyens à redonner sa confiance.

26. **Rendre compétent, c'est aussi soigner**

Il semble évident que plus une hospitalisation est efficace, plus elle permettra au patient de ne pas être réhospitalisé par la suite. Cette idée peine pourtant à se généraliser à l'échelle d'une prise en charge globale : plus une prise en charge est efficace, plus elle permettra à un patient de gérer lui-même ses problèmes. Gérer ses problèmes, ça s'apprend, notamment auprès des soignants. Aussi atteints que puissent l'être les patients lors de leur admission, ils ne sont jamais totalement incompetents ou incapables d'apprendre, d'où la nécessité d'identifier ces compétences et de les développer dès le stade de l'hospitalisation. Apprendre implique d'être guidé mais également d'agir aussi librement que possible dans un climat de confiance.

Intervenir de façon active dans sa prise en charge permet à un patient de s'en attribuer davantage les résultats, puis de développer ses aptitudes à obtenir ceux auxquels il aspire. N'est-ce pas là ce qu'on pourrait lui souhaiter de mieux?