

## L'hôpital psychiatrique : bienfaits et limites d'un territoire de discontinuité

Fabrice Herrera, Jacques Quintin et Philippe Conus\*

**Résumé :** *L'hôpital psychiatrique est un territoire de discontinuité; il offre aux patients qu'il accueille un espace et un temps tiers, à l'écart de leur fonctionnement habituel. Dans ce lieu, le patient va être accueilli de façon globale, car son corps, comme ses symptômes et ses actes peuvent avoir pris la place des mots et du récit qui habituellement contiennent et métabolisent. La discussion d'équipe va être un des éléments qui accompagnera progressivement le patient dans la reconquête d'une histoire partageable, ce qui lui permettra de se relever et de quitter l'hôpital. Parfois, cependant, ce processus de retissage nécessite du temps, voire s'avère impossible parfois, la discontinuité hospitalière devient un piège qui alimente et chronicise les difficultés. Dans ce type de situations, l'aide à la sortie de l'hôpital nécessite l'adaptation de tout le système de soins afin que chaque personne puisse trouver sa place, en dehors de l'hôpital.*

**Mots-clés :** *Hôpital psychiatrique, discussion d'équipe, identité narrative, asile, discontinuité, identification au patient*

---

\* **Fabrice Herrera** est psychiatre-psychothérapeute, médecin associé au sein du Département de Psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois à Lausanne en Suisse. Il y développe son intérêt pour l'éthique clinique des soins psychiatriques et psychothérapeutiques, notamment hospitaliers, et pour la discussion d'équipe.

**Jacques Quintin** est philosophe, professeur titulaire, enseigne l'éthique clinique à la faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke. Il s'intéresse à la question du jugement en vue de l'accomplissement de soi en regard d'une réflexion sur la vie humaine dans des contextes de relation d'aide.

**Philippe Conus** est professeur au Département de Psychiatrie du Centre Hospitalo-universitaire de Lausanne. Chef du service de psychiatrie adulte, son domaine de spécialité est l'intervention précoce dans les troubles psychotiques.

## Introduction

L'hôpital psychiatrique contemporain est souvent considéré comme un «dernier recours» pour des situations complexes et urgentes, dans lesquelles les risques sont importants.

Dans ces situations difficiles, il y a la conviction qu'un changement de lieu, à savoir l'entrée au sein de l'hôpital, pourra être efficace : pour calmer rapidement, protéger de l'agir et du suicide, sortir de l'impasse d'un vécu insupportable à l'extérieur. Entrer à l'hôpital psychiatrique et y séjourner fait ainsi appel à l'idée de vivre dans un nouvel espace, différent du lieu de vie habituel du patient, pour y soigner son psychisme, durant un temps limité, avant d'en sortir. Mais comment cette hospitalisation et ce changement de lieu peuvent-ils répondre aux besoins du patient, à ces moments particuliers de son existence ?

Pourquoi cette persistance du recours à un lieu tiers et pourquoi tous les soins ne se déroulent-ils pas dans la communauté? Que retrouvons-nous de spécifique dans ce lieu «hôpital psychiatrique» qui permettrait de soigner les patients ?

En effet, l'action thérapeutique de l'hôpital psychiatrique demeure difficile à décrire et à formuler : on entend toujours dire que «les murs soignent à l'hôpital», mais que cache cette formulation? Le fait de désigner «les murs» dans cette formule évoque sans doute l'importance du lieu et de sa constitution architecturale et physique dans son effet thérapeutique.

Il y a l'idée d'entrer à l'hôpital, pour pouvoir en sortir. Alors que se passe-t-il dans ce lieu qui sécurise à l'entrée, soigne et permet qu'on en sorte? Comment l'hôpital psychiatrique exerce-t-il son effet thérapeutique dont la composante spatiale serait importante? Toutes ces questions pourraient se résumer à une seule : que sous-tend cette idée de changer de lieu pour soigner son psychisme? Par ailleurs, ce territoire, apparemment indispensable, est en même temps associé à des représentations sociales défavorables et souffre plutôt d'une «mauvaise réputation» : comment le comprendre ?

Dans cet article, nous tenterons d'avancer notre réflexion sur ces différentes questions et d'identifier les ressorts thérapeutiques de l'hôpital psychiatrique. Nous discuterons notamment de la force que constitue son offre d'un espace en

rupture avec le milieu habituel du patient et de l'importance du rôle joué par la discussion d'équipe dans ce lieu qui l'accueille – discussion qui permettrait au patient de réassumer son rôle à l'extérieur «des murs». Nous verrons dans un second temps que l'effet de discontinuité offert par l'hôpital psychiatrique peut également être une limite, voire un danger inhérent à son action thérapeutique. Certains patients peuvent s'y retrouver «piégés» et l'enjeu de leur sortie devient important à penser et à accompagner.

## **1. Le lieu «hôpital psychiatrique»**

### **1.1 Un peu d'histoire**

Clément Bonnet, dans son article *Les métamorphoses de l'asile*, décrit les évolutions historiques du lieu «hôpital psychiatrique». Il y présente le début de «l'asile enfermement», puis «le choc de la Seconde Guerre mondiale et la transformation de l'asile en instrument de soins», «l'éclatement de l'asile monolithique et le retour dans le milieu social» dans les années 1960 pour enfin évoquer l'état actuel de développement de la «santé mentale et des réseaux de partenariat» (Bonnet, 2011, p. 13).

On est donc passé d'un lieu «organisé à l'écart, en dehors de la société, avec la ségrégation spatiale et la réclusion» (*Idem.*) à des soins se déroulant au sein de la communauté, avec toute une série d'adaptations sous-tendues par des éléments idéologiques, politiques, scientifiques et éthiques que cet auteur expose habilement. Il est instructif de noter que ce changement de paradigme a une forte composante géographique ou territoriale.

L'asile était construit à l'écart des villes et s'appuyait souvent sur les travaux de ferme et de jardinage, travaux qui sont d'ailleurs aujourd'hui, hélas, souvent interdits d'accès aux patients, car stigmatisés et liés à ce passé complexe à assumer. Dans ces lieux se développent de nouvelles idées et théories du soin. Citons en particulier le développement du traitement moral par Pinel en 1810, qui s'appuyait déjà sur des idées novatrices comme l'importance du non-recours à la violence physique, l'importance des pairs dans le soin des malades et une liberté relative dans l'établissement prenant la place de la réclusion serrée; ce qui constituera une grande avancée dans le domaine de la psychiatrie.

La philosophie actuelle des soins, quant à elle, se basant sur un idéal de désinstitutionnalisation, serait plutôt de ne pas écarter les patients de leur milieu de vie habituel. Il s'agirait de s'appuyer sur leurs ressources et celles de leur milieu pour préserver leurs acquis en vue d'éviter l'éloignement, l'isolement, la contrainte et de proposer des soins adaptés *in situ*. Nous sommes donc passés de l'idée d'un lieu tiers, éloigné, regroupant les difficultés en son sein, à l'idée d'une continuité du soin, dans un lieu partagé, incluant et soutenant la liberté des patients.

On note par ailleurs que les hôpitaux, jadis éloignés des villes, ont été bien souvent « rattrapés » par celles-ci. L'emplacement des nouveaux bâtiments consacrés aux soins psychiatriques est plutôt choisi à l'intérieur du tissu urbain social partagé, même s'il est toujours complexe pour une ville d'insérer de nouvelles structures de ce type dans des quartiers existants.

Dans leur livre *Le besoin d'asile*, Kapsambelis et ses collaborateurs exposent ces concepts et observent que, dans ce mouvement de désinstitutionnalisation a été oubliée l'importance des « fonctions asilaires », c'est-à-dire d'une forme spécifique de soins, indispensable à certains patients, notamment ceux souffrant de pathologies chroniques, soins qu'ils trouvaient dans ces lieux. « [L]es rêves des années 1950, devenus en grande partie réalité, nous mettent en présence de nouveaux défis; leur innocence initiale est mise à rude épreuve. [...] les patients [...] ne manquent pas de nous rappeler que les particularités de leur condition humaine révèlent un besoin fondamental d'asile. » (Kapsambelis, 2011, p. 1)

Écrire ce livre sur le besoin d'asile de nos jours est bien sûr un acte militant tant l'asile a été décrié, notamment après la Seconde Guerre mondiale et les catastrophes humaines qui s'y sont déroulées, au point que l'usage de ce mot a été banni des pratiques psychiatriques. Pourtant, l'étymologie et le sens du mot « asile » sont en contradiction assez nette avec sa réputation. « L'asile est en effet d'abord le lieu inviolable où l'on se réfugiait. Les temples païens et autrefois les églises étaient des asiles; les ambassadeurs avaient le droit d'asile. » (Littré, 2009, p. 121) Toujours dans le Littré on apprend que, par extension, « l'asile correspond à tout lieu où l'on est en sûreté contre une poursuite, contre un danger. Ce mot s'est ensuite associé au concept de protection, retraite, refuge. » (*Idem.*)

C'est en ce sens que Kapsambelis et ses collaborateurs proposent de réhabiliter ce mot, en évoquant et en développant le concept de « fonctions asilaires », décrites comme indispensables pour certains patients et qui sont assumées, de nos jours, par diverses entités, par divers lieux.

Il est en effet intéressant de constater que le besoin d'hôpital psychiatrique et d'asile persiste toujours. L'adaptation et le développement des soins ambulatoires n'ont pu permettre sa disparition. Pourtant, la « mauvaise réputation » de l'hôpital psychiatrique demeure et l'hospitalisation est souvent vécue comme négative.

### ***1.2 Le développement des soins psychiatriques extrahospitaliers et la désinstitutionnalisation***

En Suisse, comme en France et dans de nombreux autres pays industrialisés, accompagnant le mouvement de fermeture des lits dans les hôpitaux, l'offre de soins psychiatriques ambulatoires s'est beaucoup développée, permettant aux patients d'être pris en charge au sein de consultations ambulatoires en ville. L'essor de ces soins ambulatoires permet d'assurer une continuité de la trajectoire de vie du patient, en contraste avec la logique discontinue du séjour hospitalier. Ainsi, l'ingérence dans la vie du patient est minimisée, l'appui sur ses ressources est privilégié et il devient un partenaire des soins qui lui sont proposés. De ce fait, l'hospitalisation peut parfois être vécue comme un échec puisque le patient ou son thérapeute ambulatoire peut la percevoir comme une limite aux réussites de leurs efforts thérapeutiques de maintien d'une continuité ou de visée d'une amélioration. L'hospitalisation peut même être présentée comme ce qui doit être évité, les soins ambulatoires visant dès lors à « prévenir » de l'hospitalisation. En somme, on voit que se construit une manière de parler et de se représenter l'hospitalisation comme un objet redoutable qu'il s'agirait d'éviter.

Une autre manière de se représenter l'hôpital est de dire que c'est « la seule et ultime solution » compte tenu des symptômes du patient ou de la gravité de son état ou des risques. On arriverait donc à l'hôpital en dernier recours et cette idée est appuyée par la pression sur les entrées, les courts séjours, etc. L'hôpital est donc réservé pour les « cas » les plus difficiles, les situations les plus

aigües, celles pour lesquelles « tout a déjà été tenté en ambulatoire ». Ce discours est en outre soutenu par des arguments financiers : les soins hospitaliers sont onéreux et sont donc de plus en plus « réservés » aux situations extrêmes.

On oublie pourtant les limites des possibilités des patients à se conformer à cet idéal de continuité ambulatoire, comme le souligne Bonnet :

Nous sommes tous soumis à un certain terrorisme du normatif et, dans ce registre, il faut se demander si l'intégration sociale ne devient pas une sorte d'idéal absolu des pratiques en santé mentale. Ceci risque de tendre à l'exclusion de tous ceux qui ne pourront répondre aux programmes qui doivent les conduire à l'insertion. (Bonnet, 2011, p. 13)

En effet, la maladie et la souffrance sont parfois résistantes, ce qui peut rendre nécessaire l'hospitalisation. D'autre part, des compétences thérapeutiques hospitalières spécifiques sont manifestement requises dans certaines situations, ce qui explique cette impossibilité de « se passer » de l'hôpital, mais ces « compétences thérapeutiques » sont occultées par la mauvaise réputation hospitalière : on y pense en premier lieu comme un lieu de contrainte, et non comme un lieu de soins.

### **1.3 L'hôpital psychiatrique : un lieu mythique**

Le nom des hôpitaux psychiatriques est souvent hérité de ces asiles du passé et porteur d'une réputation douloureuse. Des noms comme « Cery » à Lausanne ou « Charles Perrens » à Bordeaux sont encore associés à des représentations défavorables et à la « folie » dans le langage public. Aujourd'hui encore, il est parfois difficile de donner des rendez-vous à de nouveaux patients dans ces lieux dont le nom reste lié à de vieilles histoires, à des mythes difficiles à mobiliser. C'est un des lieux de la ville qui restent « mythiques » pour le groupe social comme le cimetière, la prison, l'établissement médico-social (EMS), le tribunal... Un des lieux auxquels on attribue une fonction, à qui est associé un groupe auquel on ne souhaite pas s'identifier, et qu'on souhaite éviter.

Le fait d'assigner une population définie à un lieu pour la soigner est discutable. En France par exemple, dans son avis du 15 février 2018 sur les enjeux éthiques du vieillissement, le Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé (CCNE) s'interroge sur le sens de la concentration des personnes âgées entre elles, dans des établissements dits d'hébergement. Ce rapport évoque les leviers pour une société inclusive pour les personnes âgées et il remet notamment en cause l'idée du rassemblement des personnes âgées en EMS (CCNE, 2018). Pour le CCNE, cette logique de rassembler pour mieux soigner – afin d'être rentable et efficace – est à revoir et il recommande plutôt de favoriser le développement des soins ambulatoires et du maintien à domicile, plus respectueux du patient et des équipes de soins.

La lecture de ce rapport est très inspirante en psychiatrie où l'on soigne une population stigmatisée et rejetée par la société, qui tend à être « concentrée » non plus dans des asiles, mais dans des EMS ou des lieux tiers, parfois sous-dotés en personnel. On a parfois l'impression que l'on a fermé l'asile, mais pour en fait ouvrir des lieux tiers dans la ville, possiblement plus inclusifs, mais surtout moins onéreux. Les « fonctions asilaires » sont assumées aujourd'hui par de multiples lieux de consultation, lieux de vie, foyers. Et les trajectoires de vie des patients sont souvent constituées de passages successifs dans ces lieux, trajectoires émaillées de ruptures, de deuils, entrecoupées de retours à l'hôpital psychiatrique.

L'hôpital psychiatrique serait un lieu qui accueille une partie de nous à laquelle nous souhaiterions éviter de penser, une différence que l'on préférerait mettre de côté. Comme la prison accueille le crime et l'agressivité, l'EMS accueille la vieillesse et la fin de vie, l'hôpital psychiatrique accueille la maladie mentale et l'insensé que l'on a du mal à accepter et à reconnaître comme potentiellement nôtre.

L'hôpital psychiatrique doit donc « composer » avec des rôles mixtes : l'accueil de la crise psychiatrique aigüe d'une part et, d'autre part, l'exercice des fonctions asilaires, décidément indispensables, au sujet desquelles la société mène une importante et continue réflexion quant à leur prise en compte.

#### **1.4 L'hôpital psychiatrique et son « plateau technique » invisible**

La représentation collective négative du lieu « hôpital psychiatrique » constitue un obstacle à l'entrée du patient dans de bonnes conditions lorsque sa situation l'y conduit : on redoute d'entrer dans ce lieu. Il est instructif de noter que l'hôpital somatique ne connaît pas cette « mauvaise réputation » sociale. Le séjour en hôpital somatique n'est évidemment pas souhaité, mais l'hospitalisation somatique est fréquemment vécue comme un soulagement par les patients en souffrance, qui considèrent alors que leurs difficultés vont être prises au sérieux, approfondies par des spécialistes et mieux traitées. En milieu somatique, il y a plus souvent l'impression que l'expertise du soin et les soins les plus spécialisés se déroulent au sein de l'hôpital; on y trouve les « plateaux techniques », les « services d'excellence » et les nouveaux traitements « de pointe ».

L'hôpital psychiatrique se distingue de l'hôpital somatique à cet égard : il n'y a peu ou pas de « plateaux techniques » en psychiatrie, du moins pas encore étant donné qu'il existe des velléités de développement d'outils technologiques de soins psychiatriques, visant peut-être à se rapprocher du modèle somatique afin de jouir de la reconnaissance médicale. Au sein de ces hôpitaux, il n'y a pas de machines sophistiquées et onéreuses, pas de blocs opératoires, du moins pas ceux dont on connaît la configuration, le décorum et les uniformes de couleur vive.

Fréquemment même, les soignants et les patients ne se distinguent pas par leur habillement. Le port de la blouse, qui est pourtant une des attributions sociales du médecin et qui vise à le différencier du patient, à souligner une asymétrie des rôles et des savoirs, est ici laissé de côté.

S'il n'y a pas de lieux d'intervention, d'appareils de radiologie, de substances radioactives ou d'appareils médico-techniques dans l'hôpital psychiatrique, où poser une perfusion est parfois le summum de la complexité de l'acte médical qui y est assumé, alors que reste-t-il de la spécificité visible des soins de l'hôpital psychiatrique? De quoi sont-ils constitués?

Nous pouvons noter que la plus grande partie du budget d'un hôpital psychiatrique concerne le paiement des soignants hospitaliers, ce qui pourrait faire penser que la spécificité des soins

pourrait donc se situer dans l'effectif humain, donc dans des modalités difficiles à considérer, car non « revêtues » des appareils et des artifices médicaux habituels. Quels sont donc ces outils techniques et ces qualités thérapeutiques « invisibles » détenus par l'équipe hospitalière psychiatrique ?

## **2. Le « lieu hôpital » : accueil d'un récit rompu et d'un corps parlant**

### **2.1 *L'hospitalisation psychiatrique comprise comme la rupture d'un récit***

L'hospitalisation correspond souvent à une rupture du lien de communication entre le patient, son entourage et/ou lui-même : une faillite du langage à contenir et à métaboliser sa souffrance. Tosquelles écrit à ce sujet : « Quelqu'un évoquant le concept de maladie s'est arrêté, non sans pertinence suggestive, sur le fait qu'il a cru entendre "mal à dire" au lieu de "maladie". [...] les malades ont toujours du mal à dire ce qu'ils éprouvent. » (Tosquelles, 1995, p. 33) On pourrait dire, en miroir, que les soignants ont alors du mal, d'une part, à s'adresser à leurs patients et, d'autre part, à se raconter leur expérience au contact de cette souffrance.

Lorsque tout va bien, chacun parvient habituellement à s'auto-observer et à se raconter des histoires sur son vécu. Nous traduisons ce vécu en des récits qui contiennent, qui nous singularisent et qui permettent de communiquer à notre entourage notre perception de nous-même et du monde. On peut rapprocher cette façon de « se raconter » du concept d'« identité narrative » décrit par Ricoeur : « La compréhension de soi est une interprétation; l'interprétation de soi, à son tour, trouve dans le récit, parmi d'autres signes et symboles, une médiation privilégiée; cette dernière emprunte à l'histoire autant qu'à la fiction, faisant de l'histoire d'une vie une histoire fictive. » (Ricoeur, 1990, p. 138)

La rencontre avec l'autre permet l'échange d'un patrimoine d'histoires connues et partagées qui viennent transformer notre récit de vie, ce qui rend chaque échange plus sophistiqué et plus proche de perceptions multiples. Le récit ainsi construit s'appuie sur nos conceptions et celles des autres, sur le passé et les histoires du groupe.

Il permet de contenir et de transformer des événements parfois inédits et douloureux, mais déjà approchés par d'autres et véhiculés par d'autres récits, ce qui rend les choses partageables et également davantage supportables. On souffre par exemple déjà moins lorsqu'un nom est mis sur notre souffrance, lorsqu'on peut en dire quelque chose. Le langage permet de savoir que d'autres ont déjà connu quelque chose de proche de notre vécu, ce qui soulage, permet de comprendre, d'intégrer déjà une part des difficultés. Dans ces échanges entre dedans et dehors, avec soi-même et avec l'autre, entre les événements du monde extérieur et le langage, la souffrance est métabolisée, elle est rendue tolérable car transformée. Lorsque « ça devient racontable », en nous-même et pour les autres, c'est déjà moins angoissant : il convient de passer par un tiers pour comprendre et se comprendre.

Parfois, ce travail de « mise en intrigue », pour reprendre les mots de Ricoeur, échoue : l'énergie de la souffrance est trop forte, les récits connaissent des difficultés à décrire et à contenir et c'est souvent dans ces « impasses » que les actes et les symptômes arrivent, faute de passer par le filtre du langage. Mais les actes et les symptômes sont souvent moins bien compris par l'entourage : ils appellent souvent, en réponse, de nouveaux actes plutôt que des mots (Herrera *et al.*, 2018).

Les patients qui arrivent à l'hôpital sont couramment dans ces situations de traduction impossible de leur vécu, vis-à-vis d'eux-mêmes et vis-à-vis de leurs proches. La mise en récit échoue et l'échange est défaillant. La réalité extérieure, dans ces moments de crise, peut devenir oppressante et ingérable : l'espace de pensée n'existe plus, car la souffrance, oblitérante, prend toute la place. Patrick Declerck qui a étudié et vécu aux côtés de personnes en errance et de clochards, parle dans son livre de la nécessité d'un refuge dans ces situations : « un refuge régressif contre une écrasante et ingérable réalité [...] un abri face aux agressions d'un univers social inhospitalier. » (Declerck, 2001, p. 358)

Dans ces moments de crise, on peine à « rencontrer » le patient dans ce qu'il vit. Tosquelles écrit à ce sujet : « celui qui vit dans une certaine détresse n'arrive pas à en parler d'une façon univoque. Et en tout cas, il ne trouve jamais facilement des mots pour pouvoir reformuler cette détresse en phrases qui pourraient traduire toute la mouvance de ce qu'il éprouve. » (Tosquelles, 1995,

p. 33) Dans ces situations, c'est le corps et ce sont les actes qui s'expriment et qui deviennent les supports de la souffrance non dite; l'agitation et la violence, ou au contraire l'immobilité et le mutisme, amènent l'entourage et les soignants à répondre également par des actes : en contenant ou en sollicitant. On perçoit que quelque chose se joue en deçà des mots et on ne tente pas forcément d'utiliser le langage en premier lieu. On se laisse alors *ressentir* comment aider ou accompagner de façon mesurée et adéquate. Ce sont des moments où le langage verbal, rendu déficitaire, s'incline et laisse place au tact, à des moments et des échanges qui se jouent plutôt au niveau corporel; la question d'accueillir le corps, la globalité de cette personne en crise devient aiguë. Le suivi uniquement ambulatoire est clairement dépassé, car les choses ne sont plus tenues et contenues par le langage et la relation d'échange. L'hôpital peut alors devenir ce lieu d'asile, car lieu discontinu, lieu d'un récit rompu, non intégré dans le parcours existentiel du patient. Il offre alors une « fonction d'asile décentrée dans une société complexe » comme le décrit Bonnet (2011, p. 13).

## **2.2 L'hôpital : un lieu de l'horizontalisation**

Lorsque le patient est hospitalisé, il est accueilli par une équipe composée de professionnels aux fonctions diverses. Cette diversité de rôles professionnels se décline en une variété de personnes les assumant. Le groupe des patients, également divers, est partie prenante de cet accueil et de cette vie hospitalière.

Ces groupes partageront l'espace commun de l'hôpital psychiatrique. Il s'agit d'une vie communautaire auprès d'inconnus pour des personnes qui vivaient peut-être jusque-là seules dans un logement ou bien au sein d'un lieu peuplé d'êtres connus. Au sein de l'hôpital psychiatrique, une discontinuité est autorisée par rapport aux exigences de l'extérieur : le patient peut se permettre d'y aller mal. L'hôpital psychiatrique est ainsi aussi un lieu de grande tolérance où ce qui est habituellement rejeté, ce qui fait habituellement peur et détonne y est banal et admis par les groupes. Souvent, le simple fait d'entrer à l'hôpital apaise, ou bien exalte tout à coup les difficultés du patient. On observe que l'agitation extrême débute souvent lorsque les moyens sont mis en place pour la contenir. Cet aspect représente une des critiques récurrentes

faites à l'encontre de l'hôpital : c'est un lieu qui peut potentialiser la violence, car il offre les moyens de la contenir. La violence pourrait être alors comprise comme une adaptation à ce milieu et il est vrai qu'il existe une relation dialogique entre contrainte et agitation. Mais on peut aussi dire que c'est un lieu qui permet au patient, pendant une période limitée dans le temps, de relâcher tout ce qu'il a eu du mal à contenir jusque-là. Dans ce lieu, il peut se permettre de « lâcher », de « s'horizontaliser », car le relai est pris autour de lui. Comme un grand blessé que l'on tenait éveillé et qui arrive aux urgences où il peut enfin se laisser aller, car il est entouré de soignants qui le perfusent, le scopent, le pansent, le préparent pour les soins nécessaires... On parle ici du rôle fondamental donné à l'équipe de soins, à qui est alors déléguée cette lourde responsabilité de l'accueil dans ces situations extrêmes de souffrance. Par ailleurs, à l'hôpital psychiatrique, ce ne sont pas des gestes techniques, des perfusions ou des machines qui vont entourer le patient comme dans l'hôpital somatique, mais des personnes qui vont parler, tenter de comprendre, tenter de contenir et d'accueillir, en tentant de ne pas être dans le trop, ni dans le pas assez.

Pour parvenir au lieu « hôpital psychiatrique », le parcours est stressant et le cheminement compliqué. Le fait de choisir l'hôpital n'est jamais une décision facile, il s'agit d'un processus souvent assez long pendant lequel le stress et les risques sont élevés, pour les patients comme pour leurs proches. Mais une fois arrivé, on sait que ce lieu pourra accueillir ce qui était devenu impossible au-dehors. L'hôpital psychiatrique est aussi fiable que paradoxalement critiqué dans cette mission qu'on lui délègue.

À l'intérieur de l'hôpital, certaines des responsabilités et des rôles du patient vont être mis entre parenthèses, ce qui peut avoir un effet tout autant soulageant qu'angoissant, la séparation du milieu habituel appuyant cet effet de *régression* : une mise à distance particulière, engendrée par le séjour hospitalier.

Le patient et son corps sont hébergés à l'hôpital. « Et son corps », car l'hôpital va s'adresser au patient dans sa globalité : l'équipe de soins va s'intéresser à cet être mangeant, dormant, se réveillant, se lavant, partageant avec ses pairs, etc., et il est accueilli jour comme nuit. Il s'agit d'une dimension physique de l'accueil peu commune dans le domaine des soins psychiques, spécifique de l'hôpital psychiatrique. L'hôpital est ainsi un lieu privilégié pour

s'intéresser à l'approche corporelle de la souffrance psychique, d'autant plus que, comme nous l'avons vu, les rouages du langage ne fonctionnent souvent plus aussi bien dans les moments de crise qui accompagnent le séjour hospitalier. Un retour aux soins du corps, à son accueil, au ressenti des émotions peut être un préalable précieux et adéquat avant le réinvestissement et la « remise en charge » du discours (Herrera *et al.*, 2018).

Cette prise de distance et cette régression, permises par l'hôpital, sont parfois complexes à atteindre dans la vie courante où les exigences de fonctionnement, de verticalisation sont importantes et où le patient en souffrance peut avoir du mal à trouver un temps et un espace où s'horizontaliser. Il faut toujours « tenir debout », « continuer » et « fonctionner » à l'extérieur, pour répondre aux exigences plus ou moins explicites et complexes des milieux dans lesquels nous vivons. L'hôpital, avec ses moyens humains, son architecture et sa localisation spécifiques, sachant aussi qu'il est le dernier endroit susceptible d'accueillir les personnes en difficulté, a cette force de toujours pouvoir accueillir un patient, quel que soit son état. L'équipe hospitalière va devoir contenir et amortir toute cette souffrance, mais elle a les moyens pour cela et peut donc éviter de rejeter, de renvoyer le patient ailleurs. L'hôpital psychiatrique est souvent critiqué, décrit comme un lieu de contraintes, de privation de libertés, mais on oublie alors au passage qu'il est un lieu dont on ne parvient pas à se passer, le seul à accueillir ce qu'à l'extérieur, on ne parvient plus à supporter et à contenir. Il constitue une solution de discontinuité et de rupture toujours accessible, un lieu qui peut toujours accueillir le patient, en lui fournissant un lieu tiers où il peut « s'horizontaliser », faire une pause, se permettre de lâcher et de ne plus contenir, prendre un temps pour penser à sa douleur existentielle. En ce sens, l'hôpital psychiatrique nous paraît être une ressource précieuse pour échapper à la souffrance lorsqu'elle est trop intense. Il peut représenter ainsi une voie alternative au suicide et aux passages à l'acte violent, lorsque le vécu d'enfermement et le vécu d'impasse sont devenus trop forts dans le milieu habituel du patient.

### **3. L'effet thérapeutique de l'hospitalisation psychiatrique**

#### **3.1 L'hôpital : un lieu de discontinuité**

L'hôpital active donc son premier levier thérapeutique en raison de son effet de discontinuité géographique, fonctionnelle et temporelle. Il s'agit d'un lieu extérieur et dont les soins reposent sur cette extériorité. Cette discontinuité vis-à-vis du milieu de vie habituel du patient est pourtant régulièrement critiquée dans la mesure où les proches et le patient sont souvent mécontents de la vivre.

Les soignants s'appuieront sur cette rupture de temps et d'espace occasionnée par l'hospitalisation pour permettre au patient d'accéder à une nouvelle continuité. Pour cela, le symptôme, lui-même vecteur de discontinuité et d'incompréhension, pourra être accueilli dans l'hôpital psychiatrique.

On entre dans l'hôpital pour pouvoir en sortir, et ce, le plus rapidement possible. Le moment de la sortie de l'hôpital est le moment où l'équipe de soins estime que la continuité peut être réassumée par le patient et ses proches/son milieu de vie/ses soignants ambulatoires : il s'agit du moment où la discontinuité et la rupture ne sont plus aussi nécessaires, moment aussi où le symptôme a perdu de sa nécessité et a souvent, dès lors, diminué en intensité.

Pour permettre cette reprise de continuité et cette sortie de l'hôpital, les soignants vont s'intéresser à la vie du patient qui se déroule dans le monde extérieur. Toutefois, ceci n'est pas d'emblée possible puisqu'au début, les symptômes, le corps souffrant et agissant s'expriment et il n'est pas encore temps de retisser cette histoire. Il y a un premier temps hospitalier d'accueil qui ne vise qu'à contenir et à sécuriser, à calmer et à rassembler les choses, et un deuxième temps – même si ces étapes se déroulent bien sûr de façon conjointe – où le récit va pouvoir se construire. Il s'agit donc d'accueillir, puis de comprendre. Le début de la compréhension permettra de penser la sortie du patient.

Le temps hospitalier de l'accueil est une période, pour les soignants et les patients, peu accessible à une description simple puisqu'il s'agit bien souvent d'une période « non dite » ou « non accessible au langage », faite de différences, de ruptures, d'actes de part et d'autre. Pendant cette période, on ne comprend pas encore, mais on agit « à vue », en fonction bien souvent de l'urgence. Un acte en appelle un autre, et l'on peut assister à « des corps à corps »

impliquant le patient et l'équipe. Ce n'est que dans un second temps que les choses pourront se raconter, après que les « corps à corps » aient été entendus/accueillis.

L'équipe hospitalière partage donc un but implicite d'accueil qui diffère un certain moment de celui de la compréhension. Rappelons que l'arrivée du patient à l'hôpital est due au fait que la charge psychique était trop lourde ou la complexité trop grande à porter pour la mise en récit. Un temps de rupture est donc à respecter avant de reprendre. C'est pour cela aussi que, pour le soignant ambulatoire, l'hospitalisation peut être perçue comme une fuite du processus en cours; cette pause dans le travail peut même être vécue comme un échec. Mais cette possibilité de discontinuité, qui n'est pas souhaitable en tant que telle, est précieuse dans le processus. Il est intéressant que le soin psychique puisse s'appuyer sur cet effet de temps et d'espace tiers, qui nous semble être une alternative au suicide et à d'autres passages à l'acte de rupture, une alternative au langage aussi, dans des situations où celui-ci est devenu déficitaire. L'hôpital offre un effet de tiers qui est par ailleurs potentialisé par l'équipe multidisciplinaire qui y travaille : la souffrance du patient pourra être ainsi abordée sous de nouveaux angles et de nouveaux types d'aide pourront être ouverts (accompagnement par un assistant social, étude du traitement psychopharmacologique par de nouveaux spécialistes, psychothérapie brève de crise ouvrant de nouvelles potentialités, entretiens de famille, etc.).

### **3.2 La discussion d'équipe hospitalière : chef d'orchestre du soin**

Abordons ce qui constitue, selon nous, le levier le plus puissant de l'entreprise soignante de l'hôpital psychiatrique, en même temps que peu considéré : la discussion d'équipe hospitalière (Herrera, 2015).

L'hôpital psychiatrique donne accès à de nombreux outils thérapeutiques spécialisés dans des domaines variés. Chacun de ces outils peut être utile, mais se pose la question de savoir comment les orchestrer. Comment proposer à chaque patient une hospitalisation et des moyens thérapeutiques adaptés à sa situation et qui prennent sens pour lui? Par exemple, il faut se demander si un médicament doit être introduit, pourquoi, à quel dosage et à quel moment, avec quels risques et quelles attentes. Les mêmes

questions se posent au sujet des traitements d'approche corporelle, de psychothérapie, de psychoéducation, de contention physique ou relationnelle, des activités thérapeutiques et occupationnelles, des entretiens interprofessionnels, des sorties thérapeutiques, des réseaux (rencontres de groupe avec les personnes impliquées dans une situation) et des entretiens de famille. Cette liste d'outils hospitaliers n'est pas exhaustive et toutes les hospitalisations psychiatriques ne les utilisent pas en totalité. La qualité du soin doit se déployer dans le sur-mesure avec, dans l'idéal, des adaptations fines et évolutives de l'équipe aux besoins du patient, selon les étapes de sa prise en charge hospitalière. C'est ici qu'intervient la discussion d'équipe hospitalière : dans l'orchestration de tous ces outils thérapeutiques et leur adaptation (Herrera *et al.*, 2018).

Comme nous l'avons dit, l'hospitalisation psychiatrique peut se comprendre comme une rupture de récit. Le patient peinerait à trouver les mots pour décrire son vécu, ce qui peut se traduire par l'expression de cette incompréhension : « Je ne comprends pas ce qui m'arrive ». Parfois, ce sont les actes et les symptômes qui prennent la place du discours qui « ne tient plus ». Les proches témoignent fréquemment de cette discontinuité : « On ne le reconnaît plus ». L'équipe hospitalière accueille donc une personne à un moment de rupture d'un récit de vie et dès les premiers instants, l'hôpital psychiatrique va fonctionner comme une machine à faire parler, en rendant possible le retissage à partir de ce point rompu. Les professionnels, dont les métiers et les sensibilités sont singuliers, vont partager une intimité avec le patient, en le côtoyant, jour et nuit, dans sa globalité, l'équipe va ainsi recueillir et se raconter, par étapes, des bouts d'histoire au sujet du patient. Bonnet parle du déploiement de « dispositifs thérapeutiques élaborés, visant à maintenir la dimension du sujet et le lien à son histoire » (Bonnet, 2015, p. 29).

Ces bouts d'histoire seront fabriqués individuellement par chaque membre de l'équipe au contact du patient, dans ces moments et ces espaces-duels où ils le rencontrent. En effet, chacun des acteurs de l'équipe hospitalière, du fait de son histoire personnelle, de sa formation professionnelle et de ses préoccupations existentielles du moment et de son étape de vie, entendra et captera la souffrance du patient

rendue inaudible par les symptômes et la faillite de sa tentative à contenir ses difficultés.

### **3.3 La reconnaissance du patient dans et par le groupe des humains**

Le patient est ainsi reconnu dans ses moments d'échange. Tosquelles écrit à ce sujet : « On peut dire en quelque sorte que c'est la présence et la considération mutuelle entretenue avec d'autres personnes qui déterminent leur adresse, et du même coup leur forme. » (Tosquelles, 1995, p. 13) On pourrait avancer que l'équipe hospitalière constituera une caisse de résonance pour le patient dont la souffrance a de fortes chances d'y être comprise, captée, par *identification*. Jean Oury, théoricien des communautés thérapeutiques, affirmait qu'un collectif doit être un « piège à singularité » (Rey, 2018, p. 109), en effet, les multiples interactions du patient au cours de son séjour avec les personnes qui constituent ce collectif, permettent la rencontre, l'identification, et le récit. L'équipe qui discute est un appareil à métabolisation qui répète, récupère cette histoire, la redit et la remâche à chaque remise, à chaque intervision (discussion d'équipe multidisciplinaire). Elle passe au crible des singularités des membres du groupe qui la traduisent et la transforment. La nouvelle histoire « digérée » inspire la suivante qui la porte, et ainsi de suite. Ce travail implique progressivement le patient avec lequel on échange. Celui-ci prend ce qui lui parle pour traduire ce qu'il vit (Herrera *et al.*, 2018).

Le groupe crée ainsi une histoire que le patient leur inspire et que celui-ci pourra recevoir pour, dans un second temps, s'en défaire. Pas une histoire toute faite et généralisante, pas une histoire qui se limiterait aux seuls diagnostics et symptômes, mais une histoire complexe que les soignants captent à l'intérieur d'eux, lorsqu'ils se retrouvent en contact avec la souffrance du patient. Certains membres de l'équipe parviennent alors à se mettre à sa place, à s'identifier à lui, à comprendre sa souffrance et à la « remettre en jeu », comme dirait Tosquelles, dans le monde partageable des humains, des histoires et des idées.

Heureusement la remise en jeu est toujours possible grâce à de nouvelles rencontres où la sensibilité de chacun aux liens d'amour- tout autant qu'à la douleur et à la violence subie- permet de nouvelles reformulations [...] En fait, chez

les humains, les liens surgissent d'eux-mêmes, ils poussent sans qu'on y prête attention. La parole surgit et pousse d'elle-même dans une fonction de lien disponible pour s'enlacer avec autrui. La parole construit toujours de nouveaux liens. (Tosquelles, 1995, p. 36)

On pourrait aussi dire que la personne est « remise en intrigue » si l'on emprunte la formule de Ricœur :

L'événement : en tant que simple occurrence [...] se borne à mettre en défaut les attentes créées par le cours antérieur des événements; il est simplement l'inattendu, le surprenant, il ne devient partie intégrante de l'histoire que compris après coup, une fois transfiguré par la nécessité en quelque sorte rétrograde [...] l'opération narrative développe un concept tout à fait original d'identité dynamique [...] Le pas décisif en direction d'une conception narrative de l'identité personnelle est fait lorsque l'on passe de l'action au personnage. [...] le personnage, dirions-nous, est lui-même mis en intrigue. (Ricœur, 1990, p. 170)

Dès lors, grâce à cet exercice de métabolisation du groupe, l'autre est reconnu. Il s'agit d'un exercice de reconnaissance du semblable dans ce qui est différent et à l'écart, qui prend parfois du temps. Citons à nouveau Ricœur :

Les états mentaux sont certes toujours ceux de quelqu'un; mais ce quelqu'un peut être moi, toi, lui, quiconque. [...] Je ne peux parler de façon significative de mes pensées, si je ne peux en même temps les attribuer à un autre que moi. (Ricœur, 1990, p. 52)

### **3.4 Un biotope polyphonique fragile à défendre**

Le patient va pouvoir ainsi se relever et sortir de l'horizontalisation hospitalière, pour se réapproprier une histoire de lui-même échangeable avec lui-même et avec les autres, une « prothèse d'intime » co-façonnée durant son séjour. Bien sûr, ce métabolisme hospitalier est conditionné par de nombreux éléments. Il s'agit, par exemple, de donner la parole à chacun dans l'équipe en tenant compte de qui il est, de ce qu'il aime, de son niveau

d'expertise dans tel ou tel domaine. Il faudra prendre le temps d'entendre et de considérer les paroles dissonantes, minoritaires, et *se laisser faire* et influencer par l'autre qui perçoit d'autres choses, *sans quitter ses perceptions propres*.

Nous pouvons lier cette qualité d'écoute aux concepts de *collaboration conflictuelle* et de pensée complexe décrits par Edgar Morin (2004). Tosquelles, lui, commente les choses ainsi : « il faut s'entraîner à l'écoute des polyphonies plutôt que de concevoir *a priori* qu'il y a des rencontres pluridisciplinaires. [...] les digressions qui apparaissent dans les groupes apportent un complément d'informations qui modulent le sens de ce qu'on a observé. » (Tosquelles, 1995, p. 79) C'est la sédimentation progressive de ces couches d'écoute qui va « coller » au plus près à la réalité de l'histoire de notre patient, et c'est ce que le séjour hospitalier accompagne. Citons à nouveau Tosquelles à ce sujet : « nos tâches professionnelles exigent de nous une personnalisation très active où, devant l'inconnu de l'autre, il faut l'inventer au plus près de ce qu'il est. Nos jeux et nos enjeux, qui dévoilent la vie des autres, comportent l'actualisation de nos intuitions, de notre imagination et de nos concepts. » (Tosquelles, 1995, p. 9) Le patient pourra alors quitter l'hôpital, reverticalisé et « vêtu » de cette histoire qui contient sa souffrance. Il pourra à nouveau affronter le monde extérieur et ses exigences, et continuer de se raconter auprès de lui et des autres.

## **4. Les risques de la discontinuité hospitalière**

### **4.1 Le piège de l'hospitalisation infinie**

Certains patients se retrouvent coincés ou perdus dans l'hôpital psychiatrique. Ce lieu qui s'appuie, comme nous l'avons vu, sur la discontinuité, la régression et l'horizontalisation qu'il permet, rencontre parfois des patients porteurs de symptômes résistants et continus, qui trouvent dans l'hôpital une manière de fuir la réalité du monde extérieur. Il y a alors une potentialisation de leurs symptômes et de leurs difficultés sociales puisque c'est un lieu qui tolère leur discontinuité, qui ne leur impose pas de fonctionner, qui ne les rejette pas. Lorsque la machine institutionnelle « capte » ces patients déjà souvent gravement en difficulté, leur discontinuité et leur désinsertion courent le risque de ne faire que s'accroître.

En effet, dans ces situations, le processus de retissage et de remise en intrigue de leur histoire se heurte à une résistance opiniâtre. Un des effets les plus marquants de ce phénomène est que certains de ces patients, au bout de quelque temps, mais déjà dès leurs premières hospitalisations, marquent les esprits par leur manière d'habiter l'hôpital, comme si l'entier de leur vie y était contenu.

Ces patients, qui deviennent des « intimes » des soignants et des lieux de l'hôpital, restent pourtant des inconnus, car on ne sait souvent rien de leur histoire d'avant. On connaît leurs goûts en termes de repas, ce qu'ils aiment faire ou bien leurs habitudes à l'hôpital, on connaît leurs médicaments, leurs diagnostics, leurs troubles du comportement, et on parle avec eux chaque jour. Mais contrairement aux hospitalisations dans lesquelles succède au temps d'accueil le temps de la compréhension, on ne comprend en fait rien avec eux et on s'en contente, sans doute parce que l'on perçoit l'ampleur de cette souffrance et la lutte désespérée contre le processus de mise en intrigue. Équipes hospitalières et patients deviennent passagers de cette horizontalisation qui persiste, de ce détachement du sens qui s'ancre dans les actes du quotidien et désingularise.

Ce sont des patients pour lesquels la constitution d'une anamnèse, d'une histoire se fait par morceaux et dure parfois des mois. De nombreux rendez-vous manqués (lorsqu'ils sont réalisables) accompagnent ce processus laborieux. Leurs histoires peuvent alors ressembler à des puzzles aux mains des soignants, puzzles aux pièces non cohésives et antagonistes, zones d'ombre impossibles à mettre en lumière. Le temps semble s'écouler de façon incohérente dans ces histoires avec des dates non concordantes, des périodes d'oubli ou d'événements peu crédibles.

Ces anamnèses, fruits d'un travail de longs mois, peuvent à l'occasion effrayer les soignants. Ceux-ci se demandent ce qu'il arriverait au patient si celui-ci tenait la sienne en main et la considérerait tout à coup dans son ensemble. Est-ce que cela susciterait de l'angoisse ? Pour cette raison, il convient de manipuler avec précaution ces documents et d'exercer un œil critique sur nos volontés de rassembler et d'historiciser à tout prix.

Parfois, la lutte opiniâtre contre la continuité est une lutte pour la vie et la charge pourrait être oblitérante pour le patient si les choses étaient tout à coup rassemblées. C'est en cela que la discontinuité et les symptômes sont si précieux : ils permettent la

survie, et la levée du symptôme/de la discontinuité hospitalière ne doit pas se faire trop rapidement, trop crûment, il est vital de respecter le temps nécessaire. Les « fonctions asilaires » de l'hôpital (Kapsambelis, 2011) trouvent dans ces situations leur importance, dont celle d'un lieu d'accueil solide pour ces « monuments déchus » (Declerck, 2001).

Il arrive que des patients choisissent de se suicider, même à l'hôpital, alors que les soignants trouvaient qu'ils « allaient mieux », qu'ils réintégraient le monde des récits partagés, mais peut-être trop vite, trop « bien ». Notre désir de soigner et de normer doit toujours pouvoir être remis en question, car il peut être destructeur. Il s'agit, comme le propose Denis de :

Respecter les positions d'autrui, et singulièrement celles de chaque patient, non seulement du point de vue de la stratégie thérapeutique – qui veut que l'on suspende tout jugement sur les conduites du patient [...] – mais aussi, foncièrement, en admettant sans verdict les attitudes ou les solutions pragmatiques plus ou moins « anormales » trouvées par le patient pour aménager sa vie ou ce moment-là de sa vie. (Denis, 2011, p. 81)

Toutefois, peut-être « par chance », ces anamnèses précieusement reconstituées se perdent dans les dossiers de l'hôpital ainsi que de la mémoire des soignants. Peut-être qu'en s'identifiant aux patients, l'équipe lutte aussi, dans ces situations extrêmes, contre l'établissement d'une continuité dangereuse ou vécue comme telle. Peut-être qu'une histoire de vie ne se retient que lorsqu'une personne a entendu quelqu'un lui en parler, et pour ces patients, ces vêtements ne ressemblent jamais aux leurs.

Dans ces histoires de vie, les proches semblent inexistantes. On peut parfois douter du fait qu'ils existent ou vivent encore, bien que leur âge soit éternellement le même dans le récit du patient. Comme si le temps s'était arrêté pour ces patients qui ont des liens forts avec l'hôpital et les équipes qui se succèdent auprès de lui (Gougoulis, 2011, p. 59). Ce sont les nouveaux collaborateurs qui les rencontrent à leur arrivée dans le service, ces patients que tout le monde et personne connaît et qui sont devenus des piliers de certaines unités de soins. Tels des résistants, épuisés par des années de fuite, ils ont trouvé refuge dans ce lieu et se tiennent ici

en sécurité sur la crête fragile du temps de rupture hospitalier. Ces patients nous interrogent sur la complexité et la fragilité de l'humain. Ils nous montrent la force de la destruction d'une histoire, d'un récit, lorsque celui-ci est devenu intenable, lorsque la souffrance est trop forte et que la survie prime sur la mise en récit.

#### **4.2 Tenter de penser la sortie de l'hôpital**

Au contact des patients qui connaissent des difficultés à sortir de l'hôpital, un sentiment d'impasse peut facilement s'installer chez les soignants. Les équipes parlent ainsi de « mises en échec » des projets de sortie construits pour ces patients. En fait, dans la réalité, par ses actes, ses symptômes, le patient continue de dire son incapacité à se soumettre à cet extérieur qui lui est imposé. Il demeure coincé dans la régression hospitalière, inapte au monde extérieur qui d'ailleurs le rejette souvent fortement. Lorsque la sortie se concrétise, elle est suivie de près d'une re-entrée : c'est le phénomène dit de la « porte tournante » pour décrire cette impasse spatiale et temporelle dans laquelle ces personnes sont prises. Parfois, les lieux se succèdent : prison, foyer, hôpital somatique, mais, mis bout à bout, on constate une hospitalisation qui peine à s'achever, une crise jamais résolue. Il est d'ailleurs précieux de revenir dans ces situations à la première hospitalisation, dont le souvenir a sombré dans l'oubli de la mémoire collective et qui recèle pourtant les trésors, potentiellement vulnérants d'ailleurs, du début de la chute.

Les résistances de ces patients et de cette souffrance se heurtent aussi aux idéaux de rentabilité et d'efficacité des soins. Ainsi, ces patients peinent à envisager la sortie de l'hôpital, ils semblent comme chez eux, de sorte que le désir d'y rester est exprimé, en tout cas le désir d'en sortir disparaît de leurs discours, car aucun lieu n'existe plus en dehors de celui-ci pour les accueillir.

Face à ces situations, il est intéressant de repenser la clinique hospitalière usuelle en tentant de proposer des solutions alternatives de soins. À Lausanne, au sein du département de psychiatrie, le service de psychiatrie générale a mis sur pieds le programme de soins « Edgar Morin » qui s'adresse spécifiquement à ces patients souffrant de pathologies psychiatriques sévères, et dont la souffrance s'exprime notamment par leur incapacité à sortir de l'hôpital et à s'inscrire

dans l'espace public partagé (Lequin *et al.*, 2017). Ces patients, grands utilisateurs de soins et souffrant de pathologies souvent chroniques et résistantes, sont accueillis au sein de l'unité hospitalière *Les Roseaux*. Le but est de leur offrir une hospitalisation de plus longue durée et de tenter de résoudre avec eux ce symptôme de l'hospitalisation infinie en se focalisant sur cette incapacité à vivre dans la communauté, que ce soit du fait de comportements inacceptables ou de difficultés, par exemple, cognitives.

On peut noter que dans ces histoires que l'on tente de retisser en équipe, le lieu a une importance toute particulière. Une grande étape du travail dans cette unité est de constituer une anamnèse de l'hébergement pour recenser tous les lieux dans lesquels le patient a vécu en faisant ressortir ce qui s'y est passé, afin de comprendre les déménagements et leurs raisons. Il s'agit de revisiter avec ces patients leurs histoires relationnelles et de vie qui les ont menés d'un endroit à un autre. L'isolement social apparent est habituellement frappant dans ces récits.

L'anamnèse de l'hébergement dans ces situations nous ramène bien souvent à la maison familiale, qui a été le premier lieu difficile à quitter, voire impossible à quitter. Ces histoires d'émancipation non réalisées sont revisitées, histoires où les relations avec les figures familiales et l'environnement précoce sont souvent restées fortes et conflictuelles.

L'hôpital est devenu le nouveau relai de cette émancipation impossible. Couramment, suite à des deuils ou des pertes, l'hôpital se retrouve à assumer un rôle après que des proches significatifs aient abandonné le patient. Dans ces cas, la mission hospitalière serait de tenter de « retisser » une histoire alors que l'histoire/identité du patient avant l'hospitalisation ne tenait que grâce à une personne ou un lieu aujourd'hui disparu, où il semble ne pas avoir de support sur lequel tisser, pas de repères préalables qui permettraient de « tenir ». Le processus de « mise en intrigue » semble devoir repartir « de novo » de l'hôpital, et souvent par étapes.

Si le patient peut quitter l'hôpital, il est dirigé vers un lieu de transition où un environnement soignant et éducatif est soigneusement mis en place et coordonné avec l'équipe hospitalière, qui reste présente en seconde ligne, pour continuer une prise en charge au long cours, où la continuité et la fiabilité relationnelle devront être assumées. Aux côtés du patient, les soignants tentent

de donner du temps pour la construction d'un projet sur mesure, qui tient compte de la gravité de cette symptomatologie, la perte d'une place et d'un lieu social ne permettant plus au patient de se raconter, auprès de lui-même et des autres.

## **Conclusion**

L'hôpital psychiatrique contemporain se retrouve à devoir assumer des missions complexes et parfois contradictoires : il doit s'adresser à la crise aiguë et proposer des traitements brefs, mais aussi s'adresser à la sévérité de symptômes chroniques et résistants qui nécessitent parfois des hospitalisations prolongées.

L'effet thérapeutique de ce lieu se base notamment sur une discontinuité géographique, situationnelle, personnelle et professionnelle. Le patient, à l'écart de son milieu et de son fonctionnement habituel, et dans un lieu spécialisé pour le soigner, va pouvoir être accueilli par l'équipe hospitalière qui va le soutenir dans la reconquête de sa vie extérieure.

Cette discontinuité, sur laquelle une grande partie de l'efficacité thérapeutique est basée, peut aussi être un piège qui capte les patients les plus fragiles dans un lieu impossible à quitter. Une réflexion s'impose sur les différents lieux d'accueil de la souffrance psychique en lien avec ces « fonctions asilaires », indispensables pour nos patients les plus fragiles.

Ces patients, à la marge, résistants aux frontières, nous interrogent sur notre façon de vivre. Ils contestent nos fonctionnements et nous rappellent sans cesse les limites et les dangers de nos entreprises soignantes.

En miroir, les soignants hospitaliers doivent résister à l'intérieur de l'hôpital, pour défendre au quotidien leurs valeurs dans un esprit de collaboration conflictuelle féconde malgré une réalité extérieure contraignante. La discussion d'équipe est un espace d'une importance fondamentale dans l'effet thérapeutique de l'hôpital : elle doit être valorisée et défendue. C'est à ce prix que le patient pourra être reconnu dans le groupe des humains et non mis de côté ou assigné à des simplifications diagnostiques qui aggraveraient sa rupture et sa souffrance désingularisante.

## Références

- BONNET, C. (2011). « Les métamorphoses de l'asile », dans KAPSAMBELIS, V. (dir.), *Le besoin d'asile, des lieux pour les psychoses*, Paris, Doin, Collection « Polémiques », p. 13-35.
- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTÉ (2008). *Avis n° 128 (15 février 2018): Enjeux éthiques du vieillissement*, Paris, en libre consultation sur le site [www.ccne-ethique.fr](http://www.ccne-ethique.fr).
- DECLERCK, P. (2001). *Les naufragés: avec les clochards de Paris*, Paris, Plon, Collection « Terre Humaine ».
- DENIS, P. (2011). « Pour une éthique de la méthode », dans PORTE, J.-M. et B. CHERVET (dir.), *L'éthique du psychanalyste*, Paris, PUF, Collection « Monographies et débats de psychanalyse », p. 75-82.
- GOUGOULIS, N. (2011). « Temporalité, atemporalité et éternité chez les patients psychotiques institutionnalisés », dans KAPSAMBELIS, V. (dir.), *Le besoin d'asile, des lieux pour les psychoses*, Paris, Doin, Collection « Polémiques », p. 59-78.
- HERRERA, F. (2015). « L'hôpital psychiatrique: le lieu d'une remise en mots par le groupe », *Revue Médicale Suisse*, vol. 11, p. 1702-1705.
- HERRERA, F. et al. (2018). « La semaine d'investigation et de crise », *Santé Mentale*, Hors-série août 2018, p. 20-24.
- KAPSAMBELIS, V. (dir.) (2011). *Le besoin d'asile, des lieux pour les psychoses*, Paris, Doin, Collection « Polémiques ».
- LEQUIN, P. et al. (2017). « Restaurer la compétence à vivre hors de l'hôpital psychiatrique: résultats d'un programme spécialisé », *Revue Médicale Suisse*, vol. 13, p. 1610-1613.
- LE NOUVEAU PETIT LITTRÉ (2009), Paris, Éditions Garnier, Collection « Le livre de poche ».
- MORIN, E. (2004). *La Méthode, Vol. 6, Éthique*, Paris, Le Seuil, nouvelle édition, Collection « Points ».
- REY, J.-F. (2018). « Vie quotidienne, accueil, rencontre: le traitement institutionnel de l'intime », dans QUINTIN J. et al. (dir.), *Intimité et secret dans les soins*, Montréal, Liber.
- RICŒUR, P. (1990). *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, Collection « L'ordre philosophique ».
- TOSQUELLES, F. (1995). *De la personne au groupe, à propos des équipes de soins*, France, Eres, « Collection des travaux et des jours ».