**Soins de transition après l’hôpital psychiatrique**

**Vignette clinique**

Mme F., 1970, a été hospitalisée durant un mois début 2015 pour un épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques et une mise à l’abri d’un geste auto-agressif scénarisé par précipitation dans le vide. Cette hospitalisation s’inscrit dans le contexte du retrait de son activité professionnelle au sein de l’entreprise familiale, ainsi que des enjeux financiers autour de la récupération de sa part d’héritage en raison de la présence et de la persistance de conflits majeurs avec son père, ainsi qu’entre son père et son époux. Mme est mariée, sans enfant. Au décès de sa mère suite à un accident de voiture en 2007, Mme F. a en effet hérité d’une partie de la boulangerie familiale et travaille depuis lors avec son père, décrit comme autoritaire. Ce dernier lui aurait demandé à fin 2014 de choisir entre lui et son époux. Cet ultimatum a mis Mme en crise et provoqué dans un premier temps d’importantes angoisses pour lesquelles elle a bénéficié d’un suivi de crise ambulatoire. Au vu de l’apparition d’une symptomatologie dépressive, puis de sa péjoration avec perte d’autonomie importante à domicile et apparition de symptômes psychotiques et d’idées suicidaires scénarisées, ainsi que de l’épuisement de son mari, Mme F. a finalement été hospitalisée à sa demande sur un mode volontaire. Interprétative, présentant des idées délirantes de culpabilité ainsi que des hallucinations, Mme est d’abord persuadée que l’hospitalisation ne peut rien lui apporter et demande à partir. Au vu de la sévérité de la symptomatologie et la persistance des idées suicidaires, son hospitalisation est transformée en PLAFA médical. Au vu du risque élevé de passage à l’acte suicidaire, un protocole de soins intensifs est instauré. Le traitement neuroleptique introduit en ambulatoire est progressivement augmenté, et un nouvel antidépresseur instauré.

*Cette situation, pouvant être considérée au départ comme une transition situationnelle simple selon le cadre de référence de Meleis, met en évidence l’évolution imprédictible des symptômes malgré une prise en charge ambulatoire intensive de crise et leur cristallisation possible en une pathologie psychiatrique avérée. Mme doit alors faire face également à une transition santé-maladie. Une hospitalisation permettant une prise de distance momentanée d’un environnement trop anxiogène peut alors s’avérer indispensable, mais également venir confronter la personne dans son sentiment de perte de contrôle. L’hospitalisation apparaît également souvent, comme c’est le cas ici, lorsque l’entourage proche est épuisé. Comme il peut être constaté dans cette situation, la fluctuation de la symptomatologie peut également venir complexifier la prise en charge et venir menacer l’alliance thérapeutique, malgré une bonne collaboration de départ et une demande d’hospitalisation volontaire.*

Après une confrontation avec son père dans le cadre d’un entretien, Mme peut signifier son désarroi à son père face à son ultimatum et exprimer avoir besoin de prendre de la distance avec lui et de quitter l’entreprise familiale. Soulagée de sa décision, elle peut, avec le soutien de son mari et de l’assistante sociale de l’hôpital, effectuer diverses démarches administratives et assécurologiques et un retour à domicile peut être envisagé. Les scores globaux de HoNOS pour l’hospitalisation sont de 22 à l’entrée et de 10 à la sortie. Ils marquent une très nette amélioration en milieu protégé.

*Une confrontation avec les éléments qui ont fait crise peut devenir plus supportable en milieu protégé et sont dans ce sens souvent souhaitables, bien que pas toujours réalisables. L’implication des proches pendant l’hospitalisation dans la prise en charge et dans la préparation à la sortie est indispensable, mais doit être dosée après appréciation de la charge émotionnelle et du niveau d’épuisement. Les patients sont davantage satisfaits de leurs soins lorsque les proches ont été intégrés et ces derniers se montrent souvent à nouveau disponibles s’ils ont été considérés, entendus et soutenus dans leur rôle d’aidant. L’amélioration des scores HoNOS entre l’entrée et la sortie permettent de rappeler l’importance et l’efficacité des soins hospitaliers pour ce genre de troubles.*

Malgré l’amélioration de la symptomatologie thymique et psychotique constatée en milieu protégé, la rencontre avec la case manager de transition met en évidence une importante perplexité face au tri des cartes ELADEB. Madame avoue avoir toujours eu de la difficulté à demander de l’aide pour elle-même et faire des choix dans sa vie. Elle appréhende sa sortie, d’une part parce que l’absence d’activité professionnelle et de structure l’angoissent massivement, d’autre part parce qu’elle craint le regard et les questions des gens de son village. L’auto-évaluation est néanmoins poursuivie en plusieurs fois afin de s’adapter au rythme, au niveau d’angoisse et aux capacités cognitives de la patiente et ainsi éviter de la mettre en situation d’échec. Des examens complémentaires révéleront une structure de personnalité psychotique avec des défenses archaïques ainsi qu’une intelligence limite.

*Le recours à des outils favorisant l’implication active du patient en milieu hospitalier est important afin d’éviter une régression trop importante, qui, bien que parfois souhaitée, doit rester limitée afin de permettre un retour dans la communauté au plus vite. ELADEB, en plus d’offrir une rapide évaluation des difficultés et besoin d’aide selon la perspective du patient, permet également d’évaluer indirectement ses capacités cognitives et d’abstraction, ainsi que sa motivation. Manifestement très confrontant pour cette patiente, il a en outre révélé des vulnérabilités ou des limitations par des investigations complémentaires afin d’adapter la suite de la prise en charge aux capacités réelles de la personne et ainsi éviter de mettre des objectifs et des exigences inadéquats entraînant leur mise en échec qui viendraient conforter la patiente dans son sentiment d’incompétence et une faible estime de soi, tous deux déjà avivés actuellement par la dépression. Le risque est alors d’initier un cercle vicieux qui viendrait entretenir les troubles.*

Les besoins d’aide supplémentaire retenus par Mme au vu de la préparation à la sortie sont selon un degré d’urgence élevé: « travail », « fréquentation des lieux publics », « droit et justice » et selon un degré d’urgence moyen « santé psychique », « déplacements » et « temps libre ».

*L’évaluation des difficultés et besoins d’aide supplémentaires en lien avec la réalité quotidienne dans l’anticipation du retour à domicile s’avère précieuse car ces derniers peuvent passer totalement inaperçus en milieu protégé, comme ici en particulier la fréquentation des lieux publics, le droit et la justice, les déplacements et le temps libre. Non identifiés, ces besoins peuvent précipiter une rechute si l’anticipation de leur gestion n’a pas été prise en considération. Par ailleurs, le fait que le travail soit pour Mme F. son besoin d’aide le plus urgent est compréhensible vu que c’est le contexte dans lequel la crise a débuté. Les précisions apportées à ce sujet par Mme lors de la discussion qui a suivi l’évaluation a mis en évidence également une transition dite «développementale». En effet, pour Mme il va s’agir, dans un avenir proche, de réfléchir à une nouvelle orientation professionnelle alors qu’au stade de vie de l’âge adulte moyen se sont en principe davantage des questions de perfectionnement qui se posent. Cette dernière avait en effet davantage subi les événements qui ont précipité son statut professionnel d’indépendante et sa place de travail, plutôt que choisi une profession.*

La case manager lui propose de tenir un petit journal de bord en raison de ses pertes de mémoire et troubles de concentration toujours présents. Après des séances de psychoéducation sur le trouble dépressif sévère et les divers traitements, plusieurs outils lui sont alors présentés et proposés afin de préparer au mieux sa sortie comme par exemple un programme structurant hebdomadaire ou encore un plan de crise conjoint. Au vu de sa difficulté à effectuer ses déplacements seule, de peur de la confrontation au regard des autres, mais également en raison de l’inquiétude majeure lié au changement radical de sa routine quotidienne et de ses limitations intellectuelles, une suite de traitement lui est proposée à proximité de chez elle de sorte qu’elle puisse petit à petit avec l’aide de son mari en alternance avec celle de sa case manager afin de le ménager, à nouveau sortir de chez elle et retrouver son autonomie et ce, de façon planifiée. Des entretiens sont planifiés à domicile avec la case manager afin de lui permettre de trouver une manière satisfaisante de formuler ses difficultés et ce qu’il s’est passé en cas de confrontation directe avec des connaissances.

*Distinguer ce qui appartient aux troubles et ce qui appartient à la personne au moyen de la psycho-éducation est important dans une perspective de rétablissement afin que la personne puisse redéfinir son identité et ses rôles. L’identification d’obstacles potentiels, qu’ils soient liés à la personne, à son entourage ou encore à l’environnement, ainsi que des ressources disponibles lors de la transition hospitalo-ambulatoire permet d’initier diverses démarches en amont et de prévenir une rupture de suivi.*

*La crainte du regard des autres vient rappeler l’importance de la transition santé-maladie et des questions de stigmatisation qui sont liées au fait d’être atteint d’un trouble psychiatrique.*

Malgré ce cadre préalablement établi, un niveau d’angoisse élevé constaté lors du retour à domicile la déstructure à nouveau complètement et Mme se montre vite incapable de prendre des décisions simples et de gérer son quotidien. Le score de HoNOS après une semaine à domicile est de 16. Ce qui marquera un tournant décisif dans la prise en charge sera l’introduction rapide par la case manager de transition d’une activité ergothérapeutique régulière et structurée afin de répondre à la fois à son besoin d’aide prioritaire autour du travail et de ses inquiétudes quant à la gestion de son temps libre, mais également de contenir ses angoisses. Cette activité, perçue comme moins menaçante par la patiente que les entretiens qui la confrontent plus directement, lui permet également de reprendre espoir, confiance en elle et de travailler l’affirmation de soi. Elle pourra alors initier seule des démarches auprès d’un avocat pour connaître ses droits et devoirs en lien avec son retrait de l’entreprise et la suite de son avenir professionnel. Contre toute attente, Mme finira par décider de changer de psychiatre, n’ayant pas de feeling avec ce dernier et, préférant être suivie par une femme, effectuera les démarches nécessaires. Pour la première fois, elle s’y rendra alors seule par ses propres moyens. Lors du bilan final au cabinet du nouveau médecin psychiatre, le score de HoNOS est de 7 après un mois de suivi CMT.

*La péjoration de la symptomatologie et de l’intensité des problèmes au travers du score HoNOS à la sortie de l’hôpital malgré les mesures prises en amont illustrent la crise du retour à domicile. En l’absence d’un soutien dont l’intensité peut être rapidement adaptée, et sans possibilité d’intervention avec une potentielle mobilité et flexibilité, les situations peuvent rapidement se dégrader et nécessiter une réhospitalisation précoce. Ceci peut venir diminuer l’espoir de pouvoir se rétablir et éventuellement précipiter un passage à l’acte suicidaire.*

*L’introduction de l’ergothérapie n’avait pas été envisagée d’office au vu de l’évolution favorable des troubles psychiatrique et de son bon fonctionnement professionnel antérieur. Par contre, y avoir eu recours dans la réactivation de l’état de crise a été salutaire parce que cette approche était dans la cible du besoin d’aide prioritaire le plus urgent de Mme, de même que dans la transition développementale qui a pu être identifiée. Cette démarche a permis de valider Mme dans ses compétences et ses choix.*