

Le médecin de famille et l'hôpital de jour : complémentarité de soins

J. M. Triffaux(1), S. Halkin(2), J. Bertrand(3)

RESUME

Face à la détresse psychologique souvent somatisée sous forme de troubles "fonctionnels", il importe d'envisager un décodage systématique du message corporel initial.

Lorsqu'une prise en charge psychologique s'indique de façon intensive, les auteurs illustrent de façon concrète, le type d'interactions nécessaires et complémentaires existant entre médecin de famille et l'hôpital de jour.

L'AME EN DETRESSE

C'est au quotidien que le praticien, qu'il soit généraliste ou "psy", est confronté à la détresse psychologique au sens large du terme, que ce soit dans le cadre d'une affection somatique grave, de décompensation anxiodépressive, de tentative de suicide, de toxicomanie, de problèmes conjugaux ou familiaux, de difficultés socio-professionnelles...

Dans chacune de ces situations, il s'agit la plupart du temps d'un état de crise où s'est rompu l'équilibre bio-psycho-social du patient dans son environnement habituel. Ces patients et/ou leur famille s'adressent alors à nous, les représentants de la Mère-Médecine, afin que nous puissions intervenir rapidement avec notre "supposé savoir".

Il devient alors primordial de décrypter ce type de demande dans une relation médecin-malade particulière dans la mesure où elle met en exergue à la fois la nécessité de prendre une décision rapide ainsi qu'un contexte émotionnel intense.

Balint, en créant des groupes de discussions de cas entre praticiens, avait clairement compris l'utilité d'analyser les diverses attitudes ou contre-attitudes rentrant en scène dans la relation médecin-malade.

Par exemple, vouloir décapiter la crise à tout prix, renforcer inutilement un clivage psyché-soma ou psychiatriser d'emblée en urgence le patient débordé dans ses mécanismes de défense habituels font partie des sollicitations pressantes ou des contre-attitudes auxquelles se trouve confronté le médecin.

Il importe de garder à l'esprit que la crise est en elle-même porteuse, dès son émergence, d'une rupture de l'homéostasie antérieure et de la nécessité d'un changement dans le système. On retrouve en effet dans le sens étymologique du terme de crise (krisis : décision), la notion de changement subi impliquant de nouvelles réponses adaptatives.

Ces nouvelles réponses aboutiront dans les cas favorables, à une maturation et à une amélioration du système, ce qui représente un progrès au sens psychodynamique ou, dans les cas défavorables, à une rigidification du système avec implication de systèmes extérieurs d'urgence (médecin de famille, hospitalisation en urgence, police...).

A ce propos, une enquête statistique sur 2.269 patients admis aux urgences psychiatriques, a été réalisée à l'Hôpital de Jour universitaire "La Clé" de juin 1987 à décembre 1990:

(1) Psychiatre, Université de Liège, Département de Médecine psychosomatique, Hôpital de Jour universitaire "La Clé", Unité de Psycho-Cardiologie.

(2) Assistant Hospitalier, Université de Liège, Hôpital de Jour universitaire "La Clé".

(3) Maître de Conférences et Chef de Travaux, Université de Liège, Département de Médecine psychosomatique, Médecin-Directeur de l'Hôpital de Jour universitaire "La Clé".

Il en ressort les constatations suivantes :

- les diagnostics provisoires les plus fréquents sont la dépression et la toxicomanie, les tranches d'âges les plus représentées vont de 26 à 35 ans, puis de 36 à 45 ans;
- la majorité d'entre eux sont de nationalité belge;
- le célibat et l'inactivité professionnelle sont également deux paramètres plus souvent présents chez les patients adressés en urgence psychiatrique;
- les symptomatologies les plus fréquemment rencontrées sont par ordre de fréquence : les troubles dépressifs, la toxicomanie, les tentatives de suicide, l'anxiété (tableau I).

Tableau I.
La détresse psychologique en urgence.

Dépression	35,7 %
Toxicomanie (alcool, drogue, médicaments)	23,7 %
Tentative de suicide	19,7 %
Anxiété	12,2 %
Problèmes sociaux	9,9 %
Agitation	7,8 %
Délire	5,6 %

Statistiques par symptomatologie sur 2.269 patients (juin 1987 - décembre 1990).

LE CORPS EN DETRESSE

Dans bien d'autres situations et plus particulièrement en médecine générale, le problème peut devenir d'autant plus complexe que la détresse psychologique utilise une expression caméléonesque mettant en avant le langage du corps comme premier ou seul moyen de communication avec le médecin (fig. 1).



Fig. 1.

Pour des raisons socio-culturelles, un problème a priori somatique reste le seul moyen reconnu d'exprimer une souffrance intérieure. Il n'est dès lors pas étonnant de constater que dans nos pays industrialisés, 40 à 50 % des patients consultent un médecin pour des symptômes dits fonctionnels ou psychosomatiques et dépression masquée.

Devant ces symptômes, deux types d'attitudes peuvent survenir.

— Soit le médecin se cantonne dans une relation purement scientifique avec son patient, ce qui peut entraîner une série de passages à l'acte médical puis, à court ou à moyen terme, à des sentiments de défi, de mépris ou d'impuissance malgré ce fameux "supposé savoir médical". Ceci nous a amené à reprendre, sous forme d'un "bêtisier" le type de commentaires que nous sommes tentés de formuler au patient à certains moments de notre pratique (tableau II).

— Soit le médecin dépiste et prend en considération la dimension psychologique du problème sans nécessairement l'étiqueter "psy", ce qui évolue la plupart du temps vers une meilleure intégration du conflit pour le patient ainsi que vers une meilleure réponse thérapeutique.

Tableau 2.
Bêtisier des troubles fonctionnels.

-
- Tout est normal, vous n'avez rien
 - Ce sont vos nerfs
 - Faites un effort
 - Avec de la volonté, ça ira
 - Ça ira mieux demain
 - Si vous aviez une maladie grave, je comprendrais...
 - Avec ce médicament, tout va s'arranger
 - Je ne peux plus rien faire pour vous
 - Même quand je suis malade, moi je travaille
 - Si ça continue, allez voir un psychiatre
-

A ce propos, l'étiquette "psy" ou la tendance à la psychiatrisation trop rapide ne risque que de faire une seule chose : augmenter les remparts défensifs du patient et le blesser narcissiquement. Il ne faut pas être grand clerc pour constater tous les jours que le trouble psychique ou la psychiatrie sont des étiquettes qui continuent à faire peur pour des raisons socio-culturelles d'une part et par rapport à bon nombre de fantasmes collectifs et individuels.

Orienter un patient vers une prise en charge psychosomatique reste, même si la démarche entre médecin traitant, patient et psychosomaticien est bien triangulée, une mission délicate dépendant essentiellement de la façon de prendre en considération la souffrance du patient, de l'équation personnelle du médecin et de la qualité interactionnelle entre les divers intervenants.

INTERFACE ENTRE MEDECIN DE FAMILLE ET PSYCHIATRIE : L'HOPITAL DE JOUR

Tenant compte donc des paramètres socio-culturels précédemment évoqués par rapport au langage de la plainte, ainsi que par rapport à l'image de la psychiatrie, l'hospitalisation à temps partiel fonctionne, par essence, en interaction constante avec le milieu naturel du patient dans lequel le médecin de famille tient une place cardinale.

L'outil thérapeutique qu'est l'hôpital de jour trouve sa souplesse dans le fait qu'il permet une prise en charge psychologique intensive sans déconnecter totalement le patient de son environnement, ce

Tableau III.
Hôpital de Jour universitaire "La Clé" :
caractéristiques fonctionnelles.

qui réduit dès le départ les risques de chronicité, la régression trop massive et l'évitement total de la réalité.

Afin d'affiner les relations de collaboration complémentaire entre médecin de famille et l'hôpital de jour, nous illustrerons les caractéristiques fonctionnelles de l'Hôpital de Jour universitaire "La Clé" (tableau III) avant d'aborder deux cas cliniques.

-
- Structure hospitalière autonome de première intention
 - Capacité d'accueil : 25 places pour adultes et adolescents
 - Indications :
 - Troubles anxio-dépressifs
 - Personnes à risque suicidaire
 - Troubles de personnalité (névrotique, borderline, psychotique)
 - Troubles psychosomatiques
 - Toxicomanie alcoolique et aux drogues illicites
 - Problèmes psychosociaux
 - Contre-indications :
 - Cas d'extrême urgence
 - Psychose productive non socialisable
 - Absence de support social
 - Thérapeutiques :
 - Psychologiques (individuelles et de groupe)
 - Sociologiques
 - Biologiques
 - Objectifs :
 - Disparition ou amélioration des symptômes cibles (angoisse, dépression)
 - Amélioration de l'attitude face aux symptômes
 - Amélioration des relations humaines (familiales, socio-professionnelles...)
 - Durée moyenne d'hospitalisation : 5 à 6 semaines
 - Horaire : ouvert de 8 h 30 à 16 h 30, du lundi au vendredi
 - Admission : prise de rendez-vous pour entretien préalable
 - Coût au patient : 25 F par jour
 - Lieu : 153, Boulevard de la Constitution, 4020 Liège.
-

Quel hôpital ?

L'Hôpital de Jour "La Clé" est une unité de soins psychiatriques de 25 places pour adultes et adolescents. Il est autonome et totalement indépendant d'un hôpital général ou psychiatrique. Il est construit au cœur de Liège sur le site des polycliniques de ville de la Faculté de Médecine.

Premier hôpital de jour créé en Belgique, au sein du Département de Médecine psychosomatique de l'Université de Liège, il est né en 1969. Son premier objectif était la réduction de temps de séjour dans les salles d'hospitalisation psychiatrique au CHU. Mais très rapidement, l'équipe de "La Clé" a exprimé sa volonté d'intervenir en amont des structures hospitalières traditionnelles. Aidé dans sa quête d'autonomie et de spécificité par l'indépendance "territoriale" dont il a toujours joui, l'hôpital de jour s'est rapidement montré capable de recevoir des malades qui, le plus souvent, n'avaient pas séjourné antérieurement à l'hôpital psychiatrique.

Dans un souci de psychiatrie intégrée, il entretient des relations privilégiées aussi bien avec les autres structures universitaires (les polycliniques et les salles d'hospitalisation de psychiatrie et de psychologie médicale de l'hôpital général, l'hôpital psychiatrique, les urgences...) qu'avec les hôpitaux et centres non universitaires de l'arrondissement de Liège.

L'hôpital de jour est donc, avant tout, un lieu d'hospitalisation de "première intention" : le patient est alors directement adressé par une policlinique, un centre de santé mentale, un service d'urgence, un intervenant social, le thérapeute habituel ou le médecin traitant. Il arrive même assez souvent qu'il s'y présente spontanément. Il reste évidemment un instrument de transition privilégié après une hospitalisation à temps complet.

Pour quels patients ?

Les indications d'hospitalisation se prennent en équipe, sur base d'une ou de plusieurs consultations de pré-admission avec un médecin de l'hôpital. Ces consultations ont pour objectif la mise en lumière de la demande du patient et de son référent extérieur, ainsi que l'établissement des premières ébauches d'un projet thérapeutique. La famille et le médecin traitant sont souvent impliqués dans ce processus de pré-admission, comme dans le reste du traitement. On voit que cette procédure exclut l'extrême urgence mais autorise une prise en charge rapide.

Aucune catégorie nosologique n'est écartée d'emblée mais la spécificité de l'hospitalisation de jour n'autorise pas la mise en œuvre d'une séparation totale transitoire du milieu de vie habituel, ni le manquement de la régression, comme dans un hôpital à temps complet. Nous n'hospitalisons donc que les patients à potentiel évolutif reconnu et qui font preuve d'un désir de changement, du moins implicite. A ce titre, la psychopathie sévère, le retard mental important et la psychose grave avec délire agissant ou déstructuration massive ne sont pas de bonnes indications d'hospitalisation de jour. En s'appuyant sur les concepts de la dynamique des petits groupes, la trop forte représentation d'un certain type de pathologie au sein de la communauté hospitalière constitue également une contre-indication relative.

On entend souvent que le risque suicidaire implique l'institutionnalisation en milieu fermé. L'hôpital de jour accepte de prendre en charge des patients présentant un potentiel suicidaire reconnu, pour autant qu'ils bénéficient d'un entourage adéquat pendant leur temps extrahospitalier. On voit ici qu'une étroite collaboration avec le médecin de famille est une condition indispensable à la réalisation d'un tel type d'hospitalisation.

Le groupe est composé de patients névrosés graves, psychotiques, déprimés, psychosomatiques, alcooliques, toxicomanes..., groupe à coloration "névrotique-dépressive" dominante. On tente de maintenir un équilibre entre les diverses pathologies au sein du groupe pour lui conserver son hétérogénéité et son dynamisme. Les toxicomanes aux drogues illicites sont, par exemple, impérativement hospitalisés en petit nombre pour augmenter les chances de succès thérapeutique.

Pour combien de temps ?

L'hôpital de jour propose des séjours à court ou moyen terme et un traitement intensif, avec une durée moyenne de six semaines. La durée de l'hospitalisation, donc le moment de la sortie, est toujours envisagé dès l'admission du patient. Le temps de séjour est évalué avec celui-ci et consigné dans le contrat avec les autres objectifs thérapeutiques.

Sortir de l'hôpital fait donc partie intégrante du processus thérapeutique dès l'entrée à l'hôpital. Tant qu'un processus d'évolution

dynamique persiste, l'hôpital prend son temps ou plutôt, le laisse au patient, en s'efforçant de respecter son propre tempo. C'est ainsi qu'une hospitalisation de presque un an peut coexister avec un séjour d'une semaine...

L'après hôpital.

Outre la possibilité de poursuivre l'hospitalisation par des consultations ambulatoires si le patient ne dispose pas de thérapeute à l'extérieur (qui peut bien sûr être le médecin traitant), l'hôpital propose comme prise en charge post-hospitalière le groupe de transition qui fonctionne de manière autonome une demi-journée par semaine et propose une permanence sociale, un groupe de parole et un bref contact avec le médecin si nécessaire. Sa fréquentation est libre et n'est pas limitée dans le temps.

CAS CLINIQUES

Josiane : mélancolie et surenchère

Josiane a 39 ans. Elle est mariée et mère d'une fille de huit ans. Elle s'est présentée spontanément au Service des Urgences du CHU, qui nous l'a adressée.

C'est deux ans plus tôt que s'installent les premiers symptômes dépressifs, quand Josiane abandonne un travail régulier de facturière pour s'occuper de sa mère, cardiaque.

Sur les conseils de son mari, elle ne reprend pas le travail. Sa dépression s'accroît et s'accompagne d'un fort sentiment d'inutilité et d'hostilité à l'égard de son mari.

Son tableau dépressif extrêmement sévère se caractérise principalement par un pragmatisme majeur, des idées d'indignité, de non-valeur, d'incurabilité et de culpabilité excessives. Ses projets suicidaires très inquiétants, se concrétisent par une tentative de pendaison un mois avant la première consultation.

D'emblée, cette prise en charge s'avère difficile puisque Josiane refuse l'hospitalisation qu'on lui propose en comptant sur la reprise d'un travail pour guérir.

Vu la gravité de l'état de la patiente, nous la sollicitons par écrit pour qu'elle reprenne contact avec l'hôpital de jour. C'est dans un état de détresse impressionnant qu'elle se représente à la consultation, un bon mois plus tard.

Ce n'est qu'à grand peine qu'on arrive à la motiver à une hospitalisation : Josiane refuse d'entrer en ITT et d'abandonner ses projets de bénévolat (garde d'enfants en bas âge à la maison!). Elle est soutenue dans sa réticence par un mari ambivalent, culpabilisé et déprimé.

On installe immédiatement un traitement par perfusions intraveineuses d'antidépresseurs chez cette patiente présentant une dépression majeure. L'équipe soignante se mobilise massivement autour de Josiane. On tente de favoriser au maximum son insertion au sein du groupe des autres patients et de leurs activités.

Josiane reprend une certaine confiance et elle quitte l'hôpital le soir, un peu plus sereine.

Le lendemain, on apprend que, pour des raisons obscures, Josiane a été hospitalisée précipitamment en asile psychiatrique par son médecin traitant. Deux ans sans traitement, amorce de prise en charge puis surenchère d'un confrère rompant l'alliance thérapeutique si précieuse et si difficilement nouée avec cette patiente.

Remarques.

1) On peut voir dans ce cas-ci que la patiente s'adresse "seule" à l'hôpital de jour, sur les conseils du Service des Urgences. On remarque à quel point l'admission a été retardée et difficile. Le médecin de famille peut, en préparant le patient et en l'assistant dans sa demande de soins à l'hôpital de jour (rappelons que la participation du médecin traitant au processus de pré-admission est la bienvenue) permettre une transition avec l'hôpital dans des conditions optimales et augmenter les chances de réussite de la prise en charge.

2) Quel rôle le médecin traitant joue-t-il dans le traitement d'un patient hospitalisé à l'hôpital de jour? En favorisant l'hôpital de jour pour la gestion de la globalité du traitement psychiatrique (biologique, sociologique et psychologique) et en préférant une décision prise en collaboration avec l'hôpital de jour, le médecin traitant permet l'évolution dans un projet thérapeutique commun, condition indispensable au succès d'une hospitalisation à temps partiel. Le traitement somatique doit être articulé avec le traitement psychiatrique et crée l'occasion d'un dialogue entre médecins.

3) Que faire quand une décision urgente s'impose pour un patient hospitalisé en dehors des heures de fonctionnement de l'hôpital de jour? Le médecin traitant a la possibilité de solliciter le Service des Urgences du CHU qui, grâce à son service d'hébergement de 24 heures, permet de contenir la crise et de faire la passerelle avec l'hospitalisation de jour le lendemain. Les assistants participant au rôle de garde psychiatrique au CHU connaissent bien le fonctionnement de l'Hôpital de Jour "La Clé" et les contacts entre eux sont fréquents et réguliers.

Les dépenses d'Hector

Hector est âgé de 60 ans. Il est veuf et pensionné depuis peu. Il a un fils unique de 30 ans, avec lequel il cohabite mais garde peu de contacts. Il vit relativement isolé et replié sur lui-même, tout en conservant des contacts irréguliers avec sa sœur.

Au mois de janvier 1990, Hector cède à brûle-pourpoint un terrain qui lui appartenait et il disparaît avec le chèque de cette vente. Ce n'est qu'après plusieurs semaines de fugue qu'il est amené *manu militari* au Service des Urgences pour un comportement perturbateur et désordonné, survenu dans un hôtel sordide d'une ville fort distante de la sienne. L'état franchement délirant et halluciné du patient impose la mesure de collocation.

C'est après un séjour de deux mois et demi dans une institution psychiatrique qu'il est hospitalisé à l'hôpital de jour. Nos objectifs étaient la consolidation de la rémission psychotique, la réinsertion dans un circuit social plus favorable et l'installation d'une tutelle médico-psychologique à visée préventive, par la fréquentation hebdomadaire du groupe de post-cure.

Tout se passe parfaitement bien. On ne parvient pas cependant à voir le fils d'Hector. On s'étonne également de la grande tolérance de la famille d'Hector face aux troubles graves du comportement de celui-ci (un autre épisode délirant du même type était survenu huit ans auparavant : Hector avait alors dilapidé une somme d'environ un million de francs). Cet épisode, pas plus que l'actuel, n'avait entraîné de réaction de la part du fils notamment.

Après environ un an de fréquentation du groupe de post-cure, Hector nous informe que c'est son médecin traitant qui assurera son

injection mensuelle de neuroleptiques retard. Peu de temps après, Hector interrompt sa fréquentation, pourtant très régulière du groupe de transition. Au même moment, son fils nous téléphone pour nous faire part du comportement anormal d'Hector, tournant sans cesse autour de la table en maugréant.

Nous prenons immédiatement contact avec le médecin traitant. Il nous dit avoir été très étonné de recevoir des rapports d'hospitalisation concernant un patient qu'il n'avait plus vu depuis dix ans. Il nous apprend également qu'il n'a évidemment jamais administré de neuroleptiques retard à Hector. Le médecin traitant accepte de rendre visite à Hector, rétablit sa couverture neuroleptique, le stimule à fréquenter à nouveau le groupe de transition et passe avec lui un contrat de visites régulières.

L'intervention du médecin traitant a donc permis d'enrayer une nouvelle décompensation psychotique et, par là, d'éviter une nouvelle hospitalisation. Son inscription dans le réseau médical qui s'est établi autour du patient offre la garantie d'une plus grande sécurité et d'une meilleure efficacité des soins.

CONCLUSIONS

Dans le vaste champ de la détresse psychologique, l'hôpital de jour se définit comme un élément du système du patient qui ne devient véritablement thérapeutique que s'il s'intègre de façon équilibrée aux autres éléments du système (couple, famille, médecin traitant...).

Le découpage temporel de ce type d'hospitalisation nécessite, par définition, une collaboration active entre les différents intervenants médicaux et paramédicaux.

Le rôle du médecin de famille se trouve d'emblée dans une position de complémentarité souhaitée tant dans le processus de pré-admission que lors du temps hospitalier lui-même. Ces interactions sont réalisables par l'intermédiaire de réunion d'équipe, ouverte aux médecins traitants désireux de participer activement à ce type de prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

- BERTRAND, J. — Une clé psychiatrique. L'hôpital de jour. *Acta psychiat. belg.*, 1984, **84**, 117-123.
- BERTRAND, J. — Spécificité et originalité de l'hôpital de jour, ou le temps passé pour un temps futur. *Inform psychiat.*, 1985, **61**, 6.
- BERTRAND, J., LEX, O., FRANCK, N., GROSJEAN, B., MOURAD, H., TRIFFAUX, J. M. — Scanner de l'urgence psychiatrique, in *IVe Journées de l'AFERUP, janvier 1993*.
- BLEANDONU, G., DESPINOY, M. — *Hôpitaux de jour et psychiatrie dans la communauté*. Payot, Paris, 1974.
- HALKINS, S. — *Dix ans d'évaluation à l'Hôpital de Jour "La Clé", réflexions et perspectives*. Monographie du XIX^e colloque des Hôpitaux de Jour, Lille, oct. 91, 54-57.
- TRIFFAUX, J. M. — *Le regard des autres, d'autres regards...* Monographie du XVII^e Colloque des Hôpitaux de Jour, Nancy, oct. 89, 94-98.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr J. Bertrand, Hôpital de Jour universitaire "La Clé", 153, Boulevard de la Constitution, 4020 Liège.