



HAL
open science

Dépendance et psychiatrie : Etude sur 2 ans d'une population de 47 patients

Sébastien Waldmann-Villaume

► **To cite this version:**

Sébastien Waldmann-Villaume. Dépendance et psychiatrie : Etude sur 2 ans d'une population de 47 patients. Sciences du Vivant [q-bio]. 2009. hal-01732062

HAL Id: hal-01732062

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732062v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du DES de psychiatrie

par

Sébastien WALDMANN-VILLAUME

Le 19 octobre 2009

**Dépendance et psychiatrie:
Etude sur 2 ans d'une population de 47 patients**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le professeur Jean-Pierre KAHN..... Président

Monsieur le professeur Raymund SCHWAN..... Juge

Monsieur le professeur Bernard KABUTH..... Juge et directeur de thèse

Madame le docteur Martine ATTIA..... Juge

THESE

Pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Dans le cadre du DES de psychiatrie

par

Sébastien WALDMANN-VILLAUME

Le 19 octobre 2009

**Dépendance et psychiatrie:
Etude sur 2 ans d'une population de 47 patients**

Examineurs de la thèse :

Monsieur le professeur Jean-Pierre KAHN..... Président

Monsieur le professeur Raymund SCHWAN..... Juge

Monsieur le professeur Bernard KABUTH..... Juge et directeur de thèse

Madame le docteur Martine ATTIA..... Juge

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE
Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice Doyen *Recherche* : Professeur Jean-Louis GUEANT
Vice Doyen *Pédagogie* : Professeur Annick BARBAUD
Vice Doyen *Campus* : Professeur Marie-Christine BÉNÉ

Assesseurs :

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

Filières professionnalisées :

Prospective :

FMC/EPP :

M. Christophe NEMOS

M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

M. le Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT

M. le Professeur Christophe CHOSEROT

M. le Professeur Laurent BRESLER

M. le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY
Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ - Jean-Bernard DUREUX - Gabriel FAIVRE – Gérard FIEVE - Jean FLOQUET
Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ
Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN - Claude HURIET – Christian JANOT - Jacques LACOSTE
Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE
Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX - Jean-Pierre MALLIÉ - Pierre MATHIEU
Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert
PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL - Jean
PREVOT - Antoine RASPILLER - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL - Daniel SCHMITT
Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Professeur Ali DALLOUL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale ; médecine d'urgence*)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE,
HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : *(Neurologie)*

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

2^{ème} sous-section : *(Neurochirurgie)*

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : *(Rhumatologie)*

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3^{ème} sous-section : *(Dermato-vénérologie)*

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2^{ème} sous-section : *(Cardiologie)*

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

4^{ème} sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

2^{ème} sous-section : *(Chirurgie digestive)*

3^{ème} sous-section : *(Néphrologie)*

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4^{ème} sous-section : *(Urologie)*

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)*

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : *(Chirurgie générale)*

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (*Pédiatrie*)

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (*Chirurgie infantile*)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (*Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale*)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (*Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale*)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (*Oto-rhino-laryngologie*)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Ophthalmologie*)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (*Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie*)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Béatrice MARIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Nicole LEMAU de TALANCE

3^{ème} sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

3^{ème} sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

4^{ère} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Pierre GILLOIS – Docteur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)

Docteur Lina BOLOTINE

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie*)

Docteur Patrick ROSSIGNOL

50^{ème} Section : RHUMATOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Rhumatologie*)

Docteur Anne-Christine RAT

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA – Monsieur Pierre TANKOSIC

66^{ème} section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE

Madame Nadine MUSSE

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale

Professeur associé Alain AUBREGE

Docteur Francis RAPHAEL

Docteur Jean-Marc BOIVIN

Docteur Jean-Louis ADAM

Docteur Elisabeth STEYER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY - Professeur Michel BOULANGE
Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean FLOQUET - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeur Simone GILGENKRANTZ – Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – - Professeur Guy PETIET
Professeur Luc PICARD - Professeur Michel PIERSON - Professeur Jacques POUREL
Professeur Jacques ROLAND - - Professeur Michel STRICKER - Professeur Gilbert THIBAUT
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)

Université de Stanford, Californie (U.S.A)

Professeur Paul MICHIELSEN (1979)

Université Catholique, Louvain (Belgique)

Professeur Charles A. BERRY (1982)

Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)

Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)

Brown University, Providence (U.S.A)

Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)

Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)

Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)

Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)

Harry J. BUNCKE (1989)

Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Daniel G. BICHET (2001)

Université de Montréal (Canada)

Professeur Brian BURCHELL (2007)

Université de Dundee (Royaume Uni)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)

Institut d'Anatomic de Würzburg (R.F.A)

Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)

Université de Pennsylvanie (U.S.A)

Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)

Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)

Université d'Helsinki (FINLANDE)

Professeur James STEICHEN (1997)

Université d'Indianapolis (U.S.A)

Professeur Duong Quang TRUNG (1997)

*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)*

Professeur Marc LEVENSTON (2005)

Institute of Technology, Atlanta (USA)

A notre maître et juge,

Monsieur le professeur Jean-Pierre Kahn

Professeur de psychiatrie d'adultes

Nous vous remercions infiniment pour l'honneur que vous nous faites, en accepter de présider ce jury et de juger notre travail.

Durant le semestre passé dans votre service, nous avons apprécié vos qualités didactiques et votre savoir-faire. Vous nous avez enseigné les bases de notre métier, la séméiologie, la conduite d'un entretien, l'organisation du travail, l'inclination à la recherche.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe du profond respect et de l'estime que nous vous portons.

A notre maître et juge,

Monsieur le professeur Raymund Schwan

Professeur de psychiatrie d'adultes

Nous vous remercions infiniment pour l'honneur que vous nous faites, en accepter de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

Nous avons eu la chance de vous voir arriver au sein de notre faculté. Nous avons pu apprécier votre finesse clinique, vos connaissances et vos qualités pédagogiques. Votre dynamisme nous a stimulé dans nos recherches.

Par ce modeste travail, veuillez recevoir un signe du profond respect et de l'estime que nous vous portons.

A notre maître et juge,

Monsieur le professeur Bernard Kabuth

Professeur de pédopsychiatrie

Vous nous faites l'honneur de diriger et juger ce travail et nous vous en remercions.

Nous avons eu la chance de suivre vos cours, puis de passer un semestre dans votre service. Nous avons découvert chez vous une personnalité remarquable de par vos compétences, votre sens de la clinique, votre profondeur intellectuelle qui n'altèrent en rien votre grande disponibilité et votre gentillesse.

Nous vous remercions d'avoir su guider nos pas dans tout au long de notre cursus, et dans le travail ci-présent. Que celui-ci soit pour vous l'expression de notre grande estime et de notre vive gratitude.

A notre juge,

Madame le docteur Martine Attia

Docteur en psychiatrie adulte

Nous vous remercions infiniment pour l'honneur que vous nous faites, en accepter de siéger dans ce jury et de juger notre travail.

Nous avons eu le plaisir de travailler durant une année avec vous. Nous avons admiré votre sens de l'éthique, votre capacité d'écoute, le respect que vous portez aux patients. Nous avons grâce à vous pu mesurer toute la complexité du travail institutionnel. Vous nous avez beaucoup apporté, et les mots ne sont pas assez forts pour vous dire à quel point nous vous sommes redevables.

Veuillez trouver ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre éternel respect.

Je dédie ce travail

A ma petite famille,

A ma tendre et chère Emilie qui m'a soutenue tout au long de ce travail, et qui je l'espère deviendra prochainement mon épouse.

A ma princesse Maya, qui du haut de ses 1 an, m'a bien fait comprendre qu'il n'y avait pas que le travail dans la vie. Je la remercie pour tout l'amour qu'elle m'apporte.

A mon père sans qui je n'aurais jamais pu terminer (ni même commencer) ce travail. Ton aide me fut précieuse.

A mes deux mères, celle qui m'a mise au monde et qui je l'espère peut être fière de son fils, et celle qui m'a élevée, que je ne remercierai jamais assez.

A mes deux petits frères que j'embrasse.

A mes grands-parents, en particulier à mes deux grands-mères décédées il y a quelques mois, à qui je rends hommage.

A mes amis, que je voyais moins ces derniers temps, mais nous allons y remédier.

A tous ceux qui m'ont soutenu :

A toute l'équipe du DIM, et plus particulièrement à monsieur Denis Perrin, que je remercie pour sa grande patience et sa disponibilité.

Aux bibliothécaires du centre de documentation du CPN, mesdames Françoise Pierron et Fabienne Gilet.

A l'équipe d'Archambault qui m'a chaleureusement accueilli.

Aux infirmiers de l'unité 1 dont j'ai beaucoup relu les observations.

Aux médecins du pôle du Grand Nancy, et surtout aux médecins de l'unité 1, qui ont indirectement mais grandement participé aux résultats de l'étude :

Dr Beau, Dr Bentouati, Dr Lambolez, Dr Ionita, Dr Fernandez, Dr Verra, et Mme Bernecolli.

A tous les patients avec qui j'ai parcouru un bout de chemin, et qui m'ont donné l'envie de poursuivre ce métier.

SERMENT

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leur raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

Table des matières

1	INTRODUCTION	17
2	THEORIES.....	19
2.1	La dépendance	19
2.1.1	Définitions de la dépendance et de l'autonomie	19
2.1.2	Limites normatives et pathologiques de la dépendance.....	20
2.1.3	Addiction et dépendance	23
2.1.4	La dépendance affective	27
2.1.5	Evaluation de la dépendance	27
2.1.6	Troubles de la personnalité et dépendance	32
2.1.7	Autres troubles associés à la dépendance	39
2.1.8	Hypothèses étiopathogéniques de la dépendance	41
2.2	Le rôle de l'institution	47
2.2.1	Définition de l'institution	47
2.2.2	Rappels sur la notion de transfert et de contre-transfert.....	48
2.2.3	Le transfert institutionnel.....	49
2.2.4	L'approche sociologique du concept de maladie mentale.....	50
2.2.5	La réadaptation, la réinsertion et la réhabilitation	51
2.1	Le patient entre l'institution et la société	52
2.1.1	Le malaise de l'institution face au malaise de la société.....	52
2.1.2	L'institution : lieu d'existence et lieu d'exclusion.....	53
2.1.3	La chronicisation et la dépendance institutionnelle	55
2.2	Espoirs et limites des stratégies de traitements de la dépendance	58
2.2.1	Le concept de guérison	58
2.2.2	Les thérapies médicamenteuses	59
2.2.3	La thérapie individuelle	60
2.2.4	La thérapie institutionnelle	66

3	FACTEURS DE VULNERABILITE LIES A LA DEPENDANCE OU A UN TEMPS D'HOSPITALISATION PROLONGE	70
3.1	Le centre psychothérapique de Nancy	71
3.2	Les études réalisées	72
3.3	Profil des patients	78
3.3.1	Sexe	78
3.3.2	Âge.....	79
3.3.3	Pathologies des patients	80
3.3.4	Temps de présence	84
3.3.5	Age de premier contact.....	87
3.3.6	Difficultés liées à l'enfance.....	87
3.3.7	Agressions	87
3.3.8	Tentatives de suicide.....	87
3.3.9	Tabagisme	88
3.3.10	Autres addictions.....	90
3.3.11	Traitements psychotropes.....	92
3.3.12	Troubles somatiques	92
3.3.13	Niveau d'études	94
3.3.14	Activité salariée	95
3.3.15	Revenus perçus	96
3.3.16	Conditions de logement	97
3.3.17	Structure familiale des ménages.....	98
3.3.18	Liens familiaux.....	99
3.3.19	Structure matrimoniale.....	100
3.3.20	Nombre d'enfants sur l'ensemble des hôpitaux psychiatriques	101
4	ETUDES ET RESULTATS	102
4.1	Présentation de l'étude.....	102
4.1.1	Objectifs de l'étude	102
4.1.2	Lieu de l'étude : l'unité 1 étage.....	102
4.2	Justification des critères choisis	104
4.2.1	Les patients	104
4.2.2	La durée et la période	104
4.3	Méthodologie	105
4.3.1	Recueil des données.....	105
4.3.2	Sélection des patients	106
4.4	Thèmes d'études retenus	110

4.5	Résultats et diagnostics.....	111
4.5.1	Sexe	111
4.5.2	Age.....	111
4.5.3	Diagnostics établis.....	113
4.5.4	Evaluation des temps de séjours et du nombre d'hospitalisations.....	123
4.5.5	Facteurs psychopathologiques.....	133
4.5.6	Facteurs socio-économiques.....	153
4.5.7	Réseau familial, social et amical.....	158
4.5.8	Suivi des hospitalisations.....	166
4.6	Résumé des principales caractéristiques des patients en fonction de leur profil.....	188
4.6.1	Sexe, âge, diagnostic, durée et nombre de séjours.....	188
4.6.2	Facteurs psychopathologiques.....	189
4.6.3	Facteurs socio-économiques.....	190
4.6.4	Suivi de l'hospitalisation la plus longue.....	191
5	DISCUSSION.....	192
5.1	Caractéristiques individuelles.....	192
5.1.1	Âge et sexe	192
5.1.2	Diagnostics	192
5.1.3	Durées et nombre de séjours.....	195
5.1.4	Antécédents des patients.....	196
5.1.5	Facteurs socio-économiques.....	200
5.1.6	Réseau familial et social	201
5.1.7	Suivi des hospitalisations.....	203
5.1	Caractéristiques institutionnelles	205
5.2	Profil type des patients	208
5.2.1	Profil général	208
5.2.2	Profil en fonction du sexe.....	210
5.2.3	Profil en fonction du type de séjour.....	210
5.1	Limites de notre étude	212
5.2	Finalités thérapeutiques et perspectives de recherche	213
6	CONCLUSION.....	218
7	BIBLIOGRAPHIE.....	219

« Le métier de désaliéniste est un métier infiniment plus dur que le métier d'aliéniste ».

Lucien Bonnafé (La psychiatrie de secteur)

1 Introduction

En quelques décennies, la psychiatrie a considérablement évolué, offrant un arsenal thérapeutique de plus en plus diversifié. La thérapie institutionnelle a bouleversé le concept asilaire des hôpitaux psychiatriques, en passant d'une mission de « gardiennage et d'isolement » à une perspective de soins, d'ouverture et de réintégration sociale. Les conséquences de ce changement sont une prise en charge ambulatoire et sectorisée des patients, permettant leur maintien en dehors de l'institution.

Face à cette nouvelle organisation de la psychiatrie, certaines pathologies nous interrogent en raison de leur apparente résistance aux thérapeutiques déployées à visée de réhabilitation. Il en découle des temps de séjour prolongés en institution, ou des rechutes régulières avec une multiplication des hospitalisations.

Quel est le profil psychopathologique et socio-économique de ces patients restant plus longtemps hospitalisés que les autres ?

Nous plaçant volontairement hors du champ des psychoses, des troubles bipolaires, des démences et des déficiences mentales sévères dont nous connaissons déjà la gravité clinique et le risque d'institutionnalisation, nous souhaitons démontrer qu'il existe une problématique non nécessairement en contradiction avec ces diagnostics, qui se situe dans le domaine vaste et complexe des dépendances, et que l'institution entretient en partie ce symptôme.

Dans une première partie théorique nous étayerons les différents concepts de la dépendance, ses origines, ses limites, ses symptômes et troubles associés, ses modes d'évaluation, ses rapports avec la société et l'institution, et les différentes stratégies thérapeutiques.

Puis nous examinerons en deuxième partie les différents facteurs de vulnérabilité en lien avec une dépendance pathologique ou un temps de séjour prolongé en psychiatrie.

Dans une troisième partie nous rechercherons des critères psychopathologiques et socio-économiques à travers la lecture de dossiers d'une population cible de 47 patients sélectionnés en fonction de leur temps de présence hospitalière supérieur à 60 jours cumulés sur 2 ans au Centre Psychothérapique de Nancy. Nous exposerons également les suivis, les rechutes, l'évolution et le devenir de ces patients tout au long de ces années.

Dans la discussion, nous comparerons nos résultats avec les données d'autres enquêtes. Nous déterminerons des profils de patients en fonction de leur durée de séjour habituelle, et nous tenterons de mettre en relief la notion de dépendance à l'institution à travers le déroulement de leur prise en charge et de l'évolution des troubles. Nous évoquerons pour terminer les finalités thérapeutiques qui en découlent, ainsi que les limites de notre étude et les perspectives de recherche.

2 Théories

2.1 La dépendance

2.1.1 Définitions de la dépendance et de l'autonomie

Dans le Petit Robert (7), dépendre vient du latin *dependere*, pendre de, d'où se rattacher à, être sous la puissance de. La dépendance est le fait qu'une chose est rattachée à une autre, sous la puissance d'une autre. S'agissant d'une personne ce sera l'assujettissement, l'obéissance, la soumission (48). Elle est le fait d'un individu sans autonomie. Elle est chargée d'un double sens de protection et d'aliénation du sujet (87).

En psychiatrie, ce terme est lié à la pathologie. Pour Serge Tribolet (109), il s'agit de la « perte de la volonté de pouvoir s'abstenir, à l'origine d'un état d'asservissement physique et mental. » La dépendance occupe donc une place centrale en addictologie.

Pour J-P. Kahn, citant A. Memmi, la dépendance se définit comme « une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels et qui relève de la satisfaction d'un besoin ». La notion de dépendance occupe donc un champ très vaste qui dépasse le champ psychiatrique, qui lie le sujet à ses proches, son environnement, ou l'institution.

Concernant le handicap et la gériatrie, un sens différent s'est développé : on parle de dépendance pour des personnes qui du fait de leur handicap ont besoin de l'aide d'autrui pour exercer certaines activités nécessaires à la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, afin de les aider à s'adapter à leur environnement. On parle ainsi plus spécifiquement des personnes âgées, chez qui la dépendance est liée à l'abaissement ou à la disparition, du fait de la vieillesse, de certaines capacités qui leur seraient nécessaire pour vivre seul. (25)

A l'inverse, l'autonomie est définie par le Robert comme « le droit pour l'individu de déterminer librement les règles auxquelles il se soumet. »(7). Elle détermine la capacité d'un individu de conserver son intégrité et son indépendance vis-à-vis du milieu physique et social (48), de l'aptitude à se gouverner soi-même. Elle

présuppose la capacité de jugement, c'est-à-dire la capacité de prévoir et de choisir, et la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son jugement. Cette liberté doit s'exercer dans le respect des lois et des usages communs. L'autonomie d'une personne relève ainsi à la fois de la capacité et de la liberté.(25)

A noter qu'en gériatrie, les termes d'autonomie et de dépendance ne sont pas opposés car l'autonomie se réfère au libre arbitre de la personne alors que la dépendance est définie par le besoin d'aide. (25)

2.1.2 Limites normatives et pathologiques de la dépendance

Les conduites de dépendance sont de celles qui interrogent le plus sur la délimitation entre le normal et le pathologique.(29)

Selon P. Jeammet, « la dépendance est une propriété du vivant » (66). La vie se caractérise en effet par une interdépendance des êtres vivants entre eux et avec leur milieu, si bien que nous pouvons imaginer que la dépendance est le fait de tout un chacun, et que l'indépendance absolue n'existe pas. Lorsque nous tentons de faire la somme des dépendances auxquelles est assujetti un être humain, nous sommes étonnés de les trouver si nombreuses. Nous constatons que bon nombre d'entre-elles concernent notre adaptation au milieu de vie, tandis que d'autres correspondent à nos investissements. Certaines sont purement et simplement imposées. Les unes appartiennent au domaine physiologique : nous dépendons de l'air que nous respirons, des aliments que nous mangeons et du climat dans lequel nous vivons. Les autres sont en rapport avec notre vie sociale : la langue et tout autre moyen de communication, l'organisation politique de notre société, les us et les coutumes.

La relation primaire mère-nourrisson nous rappelle également que nous avons été soumis à un contexte de dépendance totale, et que celle-ci persiste au cours de la vie, de façon plus modérée, dans l'affection qui nous lie à nos parents, et dans les investissements secondaires qui font de nous des êtres sociaux.

Ces formes normales de dépendance côtoient des formes pathologiques. Pour P. Jeammet, «L'homme prenant conscience de sa dépendance et de ce fait même de ses limites, de sa relative impuissance et de sa finitude (...) introduit le paradoxe au cœur même de la personnalité. Pour se développer et être soi-même, il faut se nourrir des autres, mais il faut également se différencier des autres.(...) Cette

contradiction est d'autant plus insoluble que le sujet est plus en sécurité interne lorsqu'il reçoit des autres ce qui lui manque pour se sentir lui-même mais en donnant de ce fait à ceux-ci un insupportable pouvoir sur lui. La perception de la dépendance est alors ressentie comme une violence faite au Moi » (66). Le recours aux addictions apporte une réponse à cette situation anxiogène de par sa fonction autothérapeutique. Elle exprime l'impossibilité d'une relation à l'objet libidinal et la tentative de maîtrise d'un objet externe.

Nous savons qu'il existe différentes formes de dépendance, liées à des fonctions physiologiques détournées de leurs finalités naturelles. La faim, la soif, la sexualité, la régulation du plaisir et de l'alternance tension/détente sont utilisées comme un moyen de se libérer des contraintes biologiques et instinctuelles (29). Les limites entre la normalité et le pathologique, l'abus et la dépendance, les notions de besoin et de désir, ne sont pas toujours évidentes à distinguer. A partir de quel moment peut-on évoquer la dépendance ? Existe-t-il des paramètres communs aux sujets dépendants, au vu de la diversité de leurs conduites ? Peut-on les distinguer en fonction du psychotrope ou de l'objet d'addiction, sachant que la plupart sont légaux et socialement admis ?

Pour une majorité d'auteurs, la dépendance pathologique se caractérise par son intensité et sa répétition compulsive, par l'urgence du besoin de satisfaction et l'impossibilité de s'y soustraire. Elle concerne souvent un seul objet, non remplaçable. Alors que les mécanismes psychiques qui sous-tendent la dépendance normale sont évolutifs et diversifiés, ceux qui concernent la dépendance pathologique sont massifs et rigides. (31)

Nous pouvons repérer dans ces conduites une ambivalence extrême, entre d'une part le sentiment de liberté provisoire, et celui d'enfermement dans cette conduite qui impose son renouvellement afin d'éprouver la sensation libératrice (40). Pour Y. Pélicier, il s'agit « d'une situation de captivité pour le psychisme du sujet : le fonctionnement de la pensée, en proie à un objet qui devient totalitaire, n'est en effet plus libre ». (99)

Cette perception est d'autant plus exacerbée que notre société a pour norme l'autonomie, l'individualisme et un certain nombre d'autres valeurs comme la réalisation personnelle, l'aspiration au bonheur, le contrôle des affects et des émotions, devenant synonymes de bonne santé. La dépendance est au contraire

marquée du sceau de la pathologie, les limites normatives ayant tendance à se déplacer vers son éradication. Ce qui était autrefois toléré l'est de moins en moins actuellement (29). Paradoxalement, explique M. Lejoyeux (78), « la pression de la société tend à nous rendre tous dépendants et crée un système d'addiction généralisé ». La norme est aussi dans l'excès, ce qui nous pousse à repousser nos limites dans le travail, le sport, la consommation, nos dépenses. La passion peut ôter tout usage de la liberté. Elle rend passif pour tout ce qui ne concerne pas la passion en question. En citant, C. Rosset, Lejoyeux dit du dépendant qu'il est « celui qui détourne le regard », et désigne les paranoïaques, les nostalgiques, les conservateurs, ou les révolutionnaires qui prônent la liberté comme des catégories de dépendants.

Or la normalité n'est pas d'être dépendant ou autonome mais de pouvoir utiliser l'une ou l'autre de ces modalités de manière adaptative. L'autonomie va de pair avec le libre arbitre et une certaine forme de contrainte acceptée. Elle ne se conçoit que dans une certaine forme de communication sociale, c'est-à-dire d'adéquation à l'environnement. En cela, nous pouvons dire qu'un comportement normal est simultanément autonome et dépendant. L'autonomie signifie également la prise en considération de ses propres limitations et difficultés pour imaginer un avenir les intégrant. Elle se constitue progressivement, comme l'acquisition de la marche par l'enfant. (8)

Les valeurs d'épanouissement et de réalisation personnelle instituent un idéal impossible, une frustration qui conduisent beaucoup d'individus vers la dépression ou les conduites addictives, traduisant la progression inquiétante des toxicomanies. D'autre part de nombreux travaux ont montré que l'autonomie excessive rendait les sujets sensibles à certains stress les rendant vulnérables aux dépressions endogènes (80).

Ainsi, plusieurs auteurs tendent à penser que l'addiction et le refus farouche de la dépendance appartiennent au même ensemble clinique. Certains estiment même que la dépendance est au cœur de la plupart des pathologies en psychiatrie. Dans le dernier chapitre du « Moi et le Ça », la dépendance était désignée par Freud comme l'enjeu central à l'intérieur du psychisme entre les instances, dans les relations que le Moi établit et entretient avec le Ça et le Surmoi (42). Face à cette puissance des pulsions, le moi conscient et raisonnable fait face bien souvent par le système du

refoulement. Mais il n'évite ainsi le combat qu'au prix de toute une série de mécanismes pathologiques qui obèrent lourdement sa prétendue autonomie. (87)

Dans l'état actuel des connaissances, il apparaît légitime d'admettre plusieurs niveaux de définition de la dépendance pathologique : Dépendance observée versus dépendance ressentie ; données comportementales versus données psychopathologiques (65). Il convient d'en définir les limites cliniques afin de mesurer, comparer, diagnostiquer la dépendance sans entrer dans un phénomène de dilution du concept dans une acception trop large et trop vague pour qu'elle garde sa pertinence, d'où l'importance des critères diagnostiques internationaux (29). Il est aussi très important de connaître les processus qui entraînent ce phénomène de dépendance, sans sous-estimer la part intrapsychique et inconsciente des troubles au profit de données purement symptomatologiques et forcément restrictives.

2.1.3 Addiction et dépendance

Les interrelations entre dépendance et addiction sont étroites et complexes. Peut-on parler de deux entités autonomes et singulières, ou sont-elles synonymes et interchangeable ?

L'addiction apparaît dans les années 60 en psychiatrie pour remplacer le terme de toxicomanie qui paraissait plus restrictif et stigmatisant.

Selon le *Dictionnaire des termes de médecine du Garnier Delamare*(44), l'addiction est « l'asservissement d'un sujet à l'usage d'une drogue dont il a contracté l'habitude par un emploi plus ou moins répété. Il est synonyme de pharmacodépendance ». L'OMS en 1964 recommandait d'ailleurs ce terme de pharmacodépendance plutôt que d'addiction.

Les classifications diagnostiques actuelles (DSM-IV et CIM-10) assimilent la dépendance au comportement addictif essentiellement lié à une substance, principalement les drogues et l'alcool. Les addictions comportementales et les dépendances affectives ne sont pas négligées, mais font l'objet de parties à part. On ne retrouve donc pas de chapitre transnosographique sur l'addiction fédérant tous ces comportements.

Critères de la dépendance à une substance selon le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) (3)

mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une souffrance ou un dysfonctionnement cliniquement significatif, comme en témoignent trois (ou plus) des manifestations suivantes, survenant à n'importe quel moment sur la même période de douze mois :

1. tolérance, définie par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

besoin de quantités nettement majorées de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;

effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de substance.

2. sevrage, comme en témoigne l'une ou l'autre des manifestations suivantes :

syndrome de sevrage caractéristique de la substance ; la même substance (ou une substance apparentée) est prise dans le but de soulager ou d'éviter les symptômes de sevrage.

3. substance souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé

4. désir persistant ou efforts infructueux pour réduire ou contrôler l'utilisation de la substance ;

5. temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, la consommer ou récupérer de ses effets ;

6. d'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison de l'utilisation de la substance ;

7. poursuite de l'utilisation de la substance malgré la connaissance de l'existence d'un problème physique ou psychologique persistant ou récurrent déterminé ou exacerbé par la substance.

Préciser :

Avec **dépendance physique** : signes de tolérance ou de sevrage

Sans **dépendance physique** : pas de signes de tolérance ou de sevrage

Critères de la dépendance selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) (92)

- désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive ;
- difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation au niveau de l'utilisation) ;
- syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance, ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage ;
- mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré ;
- abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêt au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer ou récupérer ses effets ;
- poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

L'addiction devient un concept plus large pour Richard et Senon qui voient l'addiction comme « une relation de dépendance plus ou moins aliénante pour l'individu, et plus ou moins acceptée, voire parfois totalement rejetée par l'environnement social de ce dernier, à l'égard d'un produit (drogue, tabac, alcool, médicaments), d'une pratique (jeu, sport) ou d'une situation (relation amoureuse) » (104).

Cette définition dépasse donc le cadre des pharmacodépendances, pour englober plusieurs types de dépendances.

Goodman, psychiatre anglais, a formulé en 1990 une définition de l'addiction en la décrivant comme "un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur, et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des

conséquences négatives". Il décrit ainsi plusieurs critères qu'il relie au champ des addictions (47):

- A.** Impossibilité de résister aux impulsions à réaliser ce type de comportement.
- B.** Sensation croissante de tension précédant immédiatement le début du comportement.
- C.** Plaisir ou soulagement pendant sa durée.
- D.** Sensation de perte de contrôle pendant le comportement.
- E.** Présence d'au moins cinq des neuf critères suivants :
 - 1.** *Préoccupation fréquente au sujet du comportement ou de sa préparation.*
 - 2.** *Intensité et durée des épisodes plus importantes que souhaitées à l'origine.*
 - 3.** *Tentatives répétées pour réduire, contrôler ou abandonner le comportement.*
 - 4.** *Temps important consacré à préparer les épisodes, à les entreprendre ou à s'en remettre.*
 - 5.** *Survenue fréquente des épisodes lorsque le sujet doit accomplir des obligations professionnelles, scolaires ou universitaires, familiale ou sociales.*
 - 6.** *Activités sociales, professionnelles ou récréatives majeures sacrifiées du fait du comportement.*
 - 7.** *Perpétuation du comportement, bien que le sujet sache qu'il cause ou aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.*
 - 8.** *Tolérance marquée: besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence pour obtenir l'effet désiré, ou diminution de l'effet procuré par un comportement de même intensité.*
 - 9.** *Agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité de s'adonner au comportement.*
- F.** Certains éléments du syndrome ont duré plus d'un mois ou se sont répétés pendant une période plus longue.

Ainsi la définition de Goodman permet de regrouper des troubles habituellement dispersés dans les autres classifications, visant à expliquer certains comportements différents en leur supposant un processus commun. On y retrouve la toxicomanie, le tabagisme, l'alcoolisme, la boulimie, le jeu pathologique. D'autres suscitent plus de débats tels que les tentatives de suicide répétées, les achats compulsifs, les conduites à risque, l'anorexie, les addictions sexuelles, la kleptomanie, l'excès de sport ou de travail, et les troubles obsessionnels compulsifs (98).

Nous remarquons que toutes ces définitions sont variables suivant les auteurs, mouvantes selon les époques, et qu'il est bien difficile de trouver une définition qui fasse consensus. Nous prendrons le parti d'englober les addictions dans le concept de dépendance que nous utiliserons dans le sens large du terme.

2.1.4 La dépendance affective

Selon Tribolet (109), la dépendance affective est définie par « un besoin d'affectivité, de réassurance et de soutien par peur intense d'être abandonné ; éprouvant péniblement la solitude, le sujet tente de l'éviter par peur du sentiment de vide et d'ennui. »

La dépendance affective constitue une caractéristique normale chez l'être humain comme l'illustrent d'une part le lien entre le bébé et sa mère et d'autre part l'interdépendance mutuelle rencontrée chez les sujets vivant en couple. La dépendance interpersonnelle est la relation normale de recherche d'aide et de réassurance que l'on peut observer dans la vie quotidienne. (80),

La dépendance affective ne rentre pas dans le champ des addictions, mais lorsqu'elle devient importante et caractérise le comportement au long cours du sujet, elle est alors pathologique, prédisposant soit à un trouble somatique, soit à un trouble psychiatrique, qui est alors toujours une pathologie de la relation, en excès ou par défaut.

2.1.5 Evaluation de la dépendance

La dépendance, tout comme l'autonomie, ne représente pas un état global, relevant d'une appréciation unique, mais à des aptitudes et des capacités d'un profil dimensionnel et catégoriel. En cela, elle est difficile à définir et évaluer. Elle est par ailleurs dynamique, évolutive. Les instruments diagnostiques, apportant une réponse statique, ont donc peu d'intérêt. Enfin, elle est subjective, les réponses apportées pouvant être très différentes d'une personne à l'autre, le patient ayant également une évaluation différente de ses capacités, et l'environnement influençant lui-même le degré de dépendance (suivant les moyens disponibles, le mode de prise en charge, la charge de travail...).(110)

En pathologie mentale, la dépendance concerne toujours, à un degré variable, le fonctionnement relationnel, et à un moindre degré, les aptitudes élémentaires relatives au fonctionnement de base. La dépendance fonctionnelle est évaluée en psychiatrie par plusieurs systèmes, dont beaucoup ont été empruntés à la gériatrie. Elles sont relativement peu utilisées, aucune ne faisant consensus.

Nous en citerons quelques-uns :

2.1.5.1 Le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées (52)

il est issu de la Classification Internationale des Handicaps, qui a introduit les concepts de déficience, d'incapacité et de désavantage. Le guide-barème indique des fourchettes de taux d'incapacité. Les seuils de 50 % et de 80 %, s'ils sont atteints, peuvent ouvrir droit à divers avantages ou prestations par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Le guide-barème comprend huit chapitres, correspondant chacun à un type de déficiences :

Le chapitre II correspond aux déficiences du psychisme.

Principaux critères de déficiences du psychisme (II)

1. Troubles de la volition.
2. Troubles de la pensée.
3. Troubles de la perception.
4. Troubles de la communication.
5. Troubles du comportement.
6. Troubles de l'humeur.
7. Troubles de la conscience et de la vigilance.
8. Troubles intellectuels.
9. Troubles de la vie émotionnelle et affective.
10. Expression somatique des troubles psychiatriques.

Critères secondaires

Ils permettent de moduler les taux :

- retentissement relationnel ;
- hospitalisations (récentes, prolongées, répétées) ;
- âge du patient, ancienneté de la maladie ;
- traitement.

Le taux d'incapacité est entre 80 et 90 % lorsque les Troubles invalidants de l'affectivité perturbent ou entravent la vie quotidienne et socioprofessionnelle.

2.1.5.2 Les échelles du P.M.S.I en psychiatrie

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est un dispositif faisant partie de la réforme du système de santé français ayant pour but la réduction des inégalités de ressources entre les établissements de santé. Afin de mesurer l'activité et les ressources des établissements, il est nécessaire de disposer d'informations quantifiées et standardisées. Deux échelles évaluent le degré de dépendance fonctionnelle.

- L'Échelle Globale de Fonctionnement (E.G.F) : il s'agit d'une évaluation médicale concernant les patients adultes, permettant d'évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel sur un continuum hypothétique en 10 niveaux, allant de la santé mentale (100) à la maladie la plus grave (1). Elle peut être intéressante pour suivre globalement les progrès des individus, au moyen d'une note unique. La version retenue est issue du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV) révisé par l'American Psychiatric Association. (3)

- L'échelle A.D.L (« Activities of Daily Living ») : elle est cotée par le personnel infirmier à partir d'une grille d'activités de la vie quotidienne. Initialement créée pour l'évaluation objective de la dépendance des malades chroniques et des personnes âgées par Katz et al, elle a été adaptée pour la psychiatrie et contribue à l'évaluation de la dépendance en psychiatrie. L'ADL peut varier en fonction de 6 critères. Chacun de ces critères est coté de 1 (indépendance) à 4 (assistance totale).

Dépendance physique : habillement, mobilité, alimentation et continence

Dépendance relationnelle : comportement, communication/relation

2.1.5.3 Les autres échelles

Le système britannique Camberwell High Contact Survey (C.H.C.S) : ce système d'évaluation des besoins résulte d'un programme d'études épidémiologiques particulièrement important, conduit depuis une vingtaine d'années sur une commune socio-économiquement défavorisée du sud-est de Londres, Camberwell. Régulièrement actualisé, il propose des critères et une démarche permettant d'identifier les besoins spécifiques d'un individu en matière de soins psychiatriques.

Il évalue des besoins principaux (niveau du patient) et des besoins secondaires se rapportant à l'éventualité d'une prestation excessive de soins, nécessitant de trouver un équilibre entre le risque de rechute et le risque de dépendance. (110)

La grille AGGIR (Autonomie, Gériatrie Groupes Iso-Ressources) évalue simultanément l'autonomie et la charge en soins de patients âgés, selon 10 activités discriminantes (cohérence, orientation, toilette, habillage, alimentation, élimination, transferts, déplacements à l'intérieur, déplacements à l'extérieur, communications à distance) et cotées selon trois modalités (A= fait seul ; B= fait partiellement ; C= ne fait pas seul). Elle permet d'aboutir à différents groupes iso-ressources allant de 1 à 6 (GIR 1= personnes confinées au lit ou au fauteuil, nécessitant la présence indispensable et continue d'intervenants ; GIR 6 = personne n'ayant pas perdu son autonomie pour les actes de la vie quotidienne).

Le modèle PATHOS est un système d'information sur les niveaux de soins nécessaires pour assurer les traitements des états pathologiques des personnes âgées qui a été élaboré en partenariat avec le service médical de la C.N.A.M. Ce système permet d'identifier sur une liste pré-établie de 50 « états pathologiques celui ou ceux qui résument le mieux l'ensemble de la pathologie , et de compléter la description de cet état clinique par un « profil de soins nécessaires », choisi parmi 12 profils possibles.

la méthode S.I.I.P.P.S (soins infirmiers individualisés à la personne soignée), le système P.R.N (processus de recherche en nursing) visent essentiellement à mesurer les charges de soins infirmiers, en fonction des besoins du patient et de son état de dépendance. (110)

2.1.5.4 L'évaluation de la dépendance affective

En psychopathologie, certains auteurs ont considéré que la dépendance affective était un phénomène continu plus ou moins intense selon les sujets, envisageant alors cette dernière comme une dimension. L'approche dimensionnelle est représentée d'une part par les échelles ou les questionnaires mesurant la dépendance :

L'inventaire de dépendance interpersonnelle d'Hirschfeld (1977), L'échelle de sociotropie et d'autonomie de Beck (1983), l'inventaire révisé de style personnel de Robins et al. (1994), l'échelle de dépendance de l'inventaire clinique multiaxial de Million (1987), le questionnaire d'autoévaluation de Bitrchnell et al. (1991). La dépendance peut aussi s'évaluer de manière indirecte par l'échelle de dépendance orale du Rorschach, et du TAT (Thematic Aperception Test).

Elle est représentée d'autre part par l'approche dimensionnelle de la notion de personnalité :

Parmi eux, le modèle d'Eysenck (1967) mesurant l'extraversion, le névrosisme et le psychoticisme ; le modèle des cinq facteurs de Costa et Mc Crae (1985) qui ajoutent l'ouverture aux expériences, le caractère agréable, et le caractère consciencieux, les deux dernières remplaçant le psychoticisme; D'après Bornstein et Cecero (18), la dépendance affective était positivement associée au névrosisme et négativement associée aux autres facteurs. Le modèle psychobiologique de Cloninger (1994) mesure la recherche de nouveauté, l'évitement du danger, la dépendance à la récompense et la persistance, l'autodétermination, la coopération et la transcendance ; L'étude de Mulder et al. (86) démontre l'association de la personnalité dépendante avec l'évitement du danger et est négativement liée à la maturité individuelle. L'échelle de dépendance du MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), est constituée de 57 items sur les 704, mesurant plus ou moins directement la dépendance, avec des liens importants avec la dépression. (80)

D'autres auteurs n'ont considéré la dépendance pathologique qu'à partir d'un certain seuil de dépendance affective en envisageant la dépendance pathologique comme une catégorie, définissant la personnalité dépendante.

2.1.6 Troubles de la personnalité et dépendance

De nombreux auteurs renvoient la dépendance pathologique à des aléas du développement de la personnalité. La personnalité se développe selon deux grands axes : 1) celui des échanges avec l'environnement qui caractérisent les relations objectales ; 2) celui de l'autonomie et du narcissisme qui va permettre au sujet de se percevoir progressivement comme un être autonome et de se percevoir dans sa différence avec l'environnement. Ces deux axes peuvent entrer en conflit et entraîner la mise en place de comportements de dépendance à l'adolescence, qui conduiront à un trouble de la personnalité si ces comportements se maintiennent à l'âge adulte. (40)

Plusieurs troubles de la personnalité entretiennent des liens avec la notion de dépendance affective. Ces troubles de la personnalité sont souvent associés au sein d'un même individu. Il est rare qu'un patient soit représenté par les critères d'un seul type de personnalité.

L'intérêt de l'approche catégorielle est d'objectiver l'existence d'une entité morbide permettant d'en étudier les différentes caractéristiques.

2.1.6.1 *La personnalité dépendante*

La personnalité dépendante est le prototype de l'individu dépendant affectivement de façon pathologique. Le sujet laisse passivement les autres assumer les responsabilités le concernant, en raison d'un manque de confiance en soi et de son incapacité à fonctionner de manière autonome. (80)

La personnalité dépendante concernerait près de 4% de la population générale. La prévalence est plus élevée chez les femmes. Les facteurs favorisants sont représentés par une maladie somatique chronique, une anxiété de séparation ou une dépression dans l'enfance ou l'adolescence. La composante génétique est importante, de même que les facteurs environnementaux.

Les critères du DSM-IV évaluent la protestation face à la séparation (critère 7) et le crainte de la perte (critère 8), la faible estime de soi (critères 4 et 6), le besoin de

conseil et de réassurance (critère 1), le besoin d'approbation (critère 3), la soumission (critères 2 et 5).

Besoin général et excessif d'être pris en charge, qui conduit le sujet à un comportement soumis et « collant » avec la peur de la séparation, apparaissant au début de l'âge adulte. Ce diagnostic nécessite la présence d'au moins 5 des 8 manifestations suivantes :

Le sujet a du mal à prendre des décisions dans la vie courante sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui.

Le sujet a besoin que d'autres assument des responsabilités dans la plupart des domaines important de sa vie.

Le sujet a du mal à exprimer son désaccord avec autrui de peur de perdre son soutien ou son approbation.

Le sujet a du mal à initier des projets ou à faire des choses seul par manque de confiance en son propre jugement ou en ses propres capacités plutôt que par manque d'énergie ou de motivation.

Le sujet cherche à outrance à obtenir le soutien ou l'appui d'autrui au point de faire volontairement des choses désagréables.

Il se sent mal à l'aise ou impuissant lorsqu'il est seul par crainte d'être incapable de se débrouiller.

Lorsqu'une relation proche se termine, il cherche de manière urgente une autre relation qui puisse assurer les soins dont il a besoin.

Il est préoccupé de manière irréaliste par la crainte de devoir se débrouiller seul.

Les Critères diagnostiques de la CIM-10 (F60.7) évaluent la crainte de l'abandon (critère 5), la faible estime de soi (critère 4), le besoin de conseil et de réassurance (critère 6), la soumission (critères 1 et 2).

A. Répond aux critères généraux d'un trouble de la personnalité (F60)

B. Présence d'au moins quatre des six caractéristiques suivantes :

Le fait d'autoriser ou d'encourager les autres à prendre la plupart des décisions importantes de la vie à sa place.

Une subordination des ses propres besoins à ceux de personnes dont on dépend et une soumission excessive à leur volonté.

Une réticence à faire des demandes, même justifiées, aux personnes dont on dépend.

Un sentiment de malaise ou d'impuissance quand le sujet est seul en raison d'une peur excessive de ne pouvoir se prendre en charge seul.

Une préoccupation par la peur d'être abandonné par la personne avec qui le sujet a une relation proche et d'être livré à soi-même.

Une capacité réduite à prendre des décisions dans la vie quotidienne sans être rassuré ou conseillé de manière excessive par autrui.

Les limites de cette approche catégorielle sont liées d'une part à la stabilité ou l'instabilité temporelle des traits qu'il convient de vérifier et d'autre part à la cohérence interne de l'ensemble de ces traits qui sont censés mesurer la même chose. Ainsi certains traits de la personnalité dépendante telle qu'elle est définie dans le DSM-IV semblent peu valides, les critères 2 et 7 n'ayant pas été testés et les critères 3 et 4 étant contredits par les études, comme l'a souligné Bornstein en 1997 (16). En effet, contrairement au critère 3, les sujets dépendants exprimeraient bruyamment leur désaccord avec autrui. Par ailleurs des études ont démontré des capacités d'initiative chez ces sujets dépendants, notamment dans le domaine de la santé et de l'éducation.(80)

2.1.6.2 *La personnalité borderline ou limite*

Les traits de dépendance des personnalités limites sont très marqués, associé à une quête affective et la crainte de l'abandon. Elles adhèrent aisément à un environnement dont elles deviennent dépendantes, peuvent « se fondre dans le paysage », décrivant la personnalité « as if ». Mais la personnalité limite peut aussi réagir par des sentiments de vide émotionnel, d'hyperactivité, de rage, de questionnement identitaire, alors que la personnalité dépendante et plus calme, soumise, passive, cherchant rapidement des solutions de remplacement. Par ailleurs, si ces deux types de personnalité ont tendance à rechercher des relations proches, voire « collantes », les états-limites sont plus ambivalents voire agressifs avec leurs proches, créant une instabilité au niveau des relations interpersonnelles. L'incapacité à établir une relation d'objet satisfaisante explique également la multiplicité des relations transférentielles établies par ces sujets(50). Cette agressivité est à rapprocher de celle des personnalités passives-agressives qui fait un pont entre les dépendants et les états-limites. (80)

Ce trouble est fréquent en population générale, de l'ordre de 2 % (101), avec une prévalence plus élevée chez les femmes. L'existence de carences narcissiques, de mauvais traitements physiques et/ou psychologiques pendant l'enfance est avancée comme facteur de risque dans le développement de cette personnalité : de 50 à 70% des personnalités borderline auraient subi des abus sexuels. Des pertes ou des séparations précoces, des conflits familiaux divers sont fréquemment retrouvés pendant l'enfance. Enfin, les études familiales montrent que ce trouble est plus fréquent chez les apparentés du même type de trouble, témoignant d'une hérédité. (101)

Plusieurs auteurs (Rado, Wurmser, Bergeret...) estiment que la psychopathologie des toxicomanes, de la majorité des troubles du comportement alimentaire, de toutes les pathologies soumises au problème de la distance relationnelle, sont assimilables à la psychopathologie des états-limites, dont la clinique recouvre pratiquement l'intégralité de la nosographie psychiatrique. (29)(50)

Résumé des principaux critères du DSM-IV de la personnalité borderline

Mode général d'instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, accompagnés d'une impulsivité. Pour parler de personnalité borderline, le sujet doit présenter au moins 5 des 9 manifestations suivantes :

- Efforts pour éviter les abandons réels ou imaginés
- Mode de relations interpersonnelles instable et intense (il y a souvent alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation et de dévalorisation)
- Perturbation de l'identité avec instabilité de l'image ou de la notion de soi
- Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet
- Répétition de comportements, gestes ou menaces suicidaires ou comportements d'automutilation
- Instabilité affective due à une labilité de l'humeur.
- Existence d'un sentiment chronique de vide
- Colère intense et/ou inappropriée : difficulté à contrôler sa colère.
- Survenue transitoire, généralement situations de stress, d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs.

2.1.6.3 La personnalité abandonnique

Elle n'est pas définie dans les manuels diagnostiques du DSM-IV ou de la CIM-10, mais est fréquemment utilisée en institution.

L'abandonnisme est un sentiment et un état psychoaffectif d'insécurité permanente, lié à la crainte irrationnelle d'être abandonné par ses parents ou ses proches, sans rapport systématique avec une situation réelle d'abandon. (89)

Des interactions parentales pathogènes très précoces jouent probablement un rôle important dans la genèse de cet état, avec des épisodes réels de deuil ou d'abandon.

Les sujets qui souffrent d'abandonnisme sont souvent hypersensibles, anxieux, instables sur le plan caractériel, fragiles sur un plan émotionnel ; en général, ils ne supportent pas la frustration.

Ces sujets s'avèrent extrêmement complexes à soigner, notamment en institution. On retrouve chez eux en même temps une souffrance liée à un vécu d'abandon, d'isolement, de privation affective, un repli sur soi, une auto-dépréciation, des tendances à régresser vers des positions infantiles et en même temps une tendance à agresser constamment l'autre dans une sorte de comportement réactionnel impulsif.

Plus la relation établie avec eux est importante, plus le risque d'abandon leur semble grand, et plus donc il leur faut attaquer ce lien. Ils sont à la fois dans une demande de remplissage relationnel et dans l'impossibilité d'accepter un tel remplissage. Le manque est tel qu'il est impossible, de toute façon, de le combler. (73)

Ce trouble, dont l'entité est discutable, pourrait être considéré comme une variante extrême des états-limites. Il fait d'ailleurs partie des « Pathologies limites avec dominance des troubles de la personnalité » dans la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA R-2000). Certains situent sa structure psychique dans les névroses d'abandon (C. Odier, G. Guex) ou les psychonévroses narcissiques (O. Kernberg).

2.1.6.4 La personnalité histrionique

Elle se caractérise également par une dépendance affective, avec une présentation plus bruyante, associée à une affectivité superficielle et labile, une dramatisation, un théâtralisme, une expression exagérée des émotions, une suggestibilité, un égocentrisme, une auto-complaisance, un manque de considération pour autrui, une tendance à être facilement blessé, un besoin d'excitation et un désir permanent d'être apprécié et d'être l'objet d'attention. (80)

Avant l'entrée en vigueur des nouvelles références internationales, il était courant de confondre personnalité histrionique et personnalité dépendante dans le même concept de personnalité hystérique. J.D Guelfi décrit la dépendance affective de l'hystérique par sa recherche constante d'hommages et d'attention, par sa sensibilité aux diverses frustrations et par son mode captatif de relation interindividuelle. Cette dépendance peut aller jusqu'à une perte d'autonomie matérielle et psychique, entraînant une grave invalidité. Lorsque ce trait est dominant, elle s'individualise alors en personnalité passive-dépendante, avec une connotation de plus grande gravité. (51)

2.1.6.5 La personnalité évitante

Elle est souvent timide, isolée, inhibée. Elle présente des traits de dépendance à l'égard des sujets considérés comme contraphobique. Leur rapport vis-à-vis d'autrui est marqué par la réticence, la susceptibilité et la sensibilité, avec une tendance à fuir les contacts. (80)

2.1.6.6 La personnalité à conduite d'échec

Non définie dans les classifications actuelles, elle est marquée par un masochisme moral pouvant conduire à la recherche d'une dépendance auprès d'une personne satisfaisant le besoin de brimades et d'échec. (80)

2.1.6.7 La personnalité psychopathique

Si les troubles du comportement, l'impulsivité, l'absence d'empathie et de remise en cause font partie du tableau habituel, les personnalités psychopathiques ont aussi fréquemment une conduite addictive associée. Tout comme les états-limites, leur vie est chaotique, marquée par l'instabilité et l'ambivalence affective. (51)

2.1.6.8 La personnalité narcissique

Elle est représentée par des individus ayant une haute estime d'eux-même, un manque d'empathie, et un besoin d'être admiré (51). Plus fréquente chez l'homme, elle masque la dépendance, peu valorisée socialement. (80)

Selon Balint, « les narcissiques sont désespérément dépendants de leur environnement et si leur narcissisme peut être préservé, c'est à la condition que leur environnement consente ou puisse être contraint, à s'occuper d'eux. Cela reste valable, d'une façon générale, pour le plus grand dictateur comme pour le plus humble catatonique ». (11)

2.1.7 Autres troubles associés à la dépendance

La dépendance est perçue dans de nombreuses études comme un facteur de risque pour de nombreux troubles psychopathologiques, notamment, la dépression, la schizophrénie, les troubles alimentaires, les troubles anxieux, les troubles psychosomatiques ; la dépendance est aussi considérée comme un facteur de risque pour les troubles physiques, en particulier lorsque elle est liée à l'usage d'un produit. Elle est enfin un facteur de risque d'exclusion sociale.

L'étude menée par M.Corcus et al. (29) montre des différences entre les différentes conduites de dépendance, mais également entre hommes et femmes. **Une dimension commune de la dépendance est la tonalité dépressive qui semble dominer tous les tableaux.**(108)

Ainsi, les toxicomanes sont souvent instables, mal insérés socialement, impulsifs, faiblement tolérants à la frustration. Les hommes sont plus anxieux et manquent d'affirmation de soi, alors que les femmes sont plus agressives.

Les alcooliques sont inadaptés à une vie sociale et affective. Ils développent des symptômes dépressifs et d'anxiété. Il s'y associe souvent une méfiance et une inhibition.

Les patientes boulimiques et anorexiques sont anxieuses et socialement inhibées, manquent de confiance en elles. Elles réagissent mal au stress. Certaines sont méticuleuses et perfectionnistes. Beaucoup craignent le rejet. Lorsque les deux tableaux sont présents en même temps, elles apparaissent plus perturbées, mal structurées, plus anxieuses, impulsives, intolérantes, avec de nombreuses difficultés relationnelles et de fonctionnement.

On note des liens de corrélation entre dépendance affective et dépression ou trouble bipolaire, avec une mauvaise réaction au stress, une agoraphobie et des antécédents de phobie scolaire, une obésité plus fréquente. La dépendance affective est aussi augmentée dans les troubles du comportement alimentaire, mais pas dans les toxicomanies ou l'alcoolisme qui sont sous-représentées, sauf au début des troubles pour les patients alcoolodépendants. (80)

Enfin, il est démontré qu'une dépendance excessive augmente le risque de suicide, de façon indépendante aux autres troubles qu'elle induit (addiction ou dépression).

(81). L'étude de Ries R.K. et al. (105) a montré que plus de 50 % des suicidants les plus sévères avaient également un abus de substance ou une dépendance. Enfin certaines tentatives de suicide à répétition tout comme les scarifications réitérées peuvent être perçues comme des actes addictifs. (13)

Par ailleurs, la dépendance affective entraînerait la survenue de pathologies somatiques, en raison de phénomènes de stress induisant un affaiblissement du système immunitaire (80). Enfin, plusieurs études ont démontré que la dépendance affective augmentait avec l'existence d'une pathologie somatique, et avec la durée et le niveau de sévérité de la pathologie en question. Lorsque les sujets sont hospitalisés, cette dépendance est encore plus élevée. (17)

Ceci est en partie lié aux soins de nursing qui induisent une régression due au sentiment d'impuissance que toute maladie comporte. Il est également lié au comportement de l'entourage des sujets malades qui peuvent induire et renforcer des comportements de dépendance encourageant le sujet malade à remplir ce rôle ; ce statut de malade renforce le sentiment de perte d'autonomie et accentue la dépendance institutionnelle lorsque le patient est hospitalisé. (80)

En psychopathologie, la dépendance ne se réduit donc pas à la dépendance biologique à une substance. La prise du produit, son utilisation systématique, les particularités de la dépendance répondent aussi à une souffrance psychique que le sujet tente de résoudre et qu'il ne fait que transformer en une autre. L'objet fait office d'automédication. Employé comme antidépresseur, il peut être à l'origine de modifications thymiques insupportables qui amplifient le phénomène de dépendance (40). Par ailleurs ces comorbidités sont des facteurs de gravité supplémentaires compromettent l'adaptation sociale à long terme des patient.

2.1.8 Hypothèses étiopathogéniques de la dépendance

2.1.8.1 Neurobiologie et dépendance

Le phénomène d'addiction est caractérisé par des processus neurobiologiques. Le système dopaminergique mésocorticolimbique, encore appelé circuit de récompense en représente la matrice neuroanatomique commune. L'utilisation de drogues, en libérant des quantités importantes de dopamine, déclenche ainsi une forte sensation de satisfaction mais aussi chez certaines personnes un dysfonctionnement du circuit.

D'autres systèmes de neurotransmission (dopamine, glutamate, peptides opioïdes, GABA) ainsi que les voies du stress (corticotérostérone) entrent en interconnexion avec ce substratum. Les processus addictifs seraient le reflet d'un dysfonctionnement dans la régulation de l'ensemble de ces réseaux neuronaux interconnectés, à travers un état dit « allostatique » (état d'équilibre du déséquilibre) qui nécessite un maintien du produit pour obtenir une « stabilité hédonique » et une plus grande vulnérabilité aux changements, à l'opposé de l'état homéostatique qui permet à l'homme de s'adapter à son environnement. (72)

On estime par ailleurs que 30% de la variabilité de la dépendance pathologique est attribuable aux facteurs génétiques.(29)

2.1.8.2 Théorie de l'attachement et dépendance

La théorie de l'attachement permet une exploration de cette problématique de dépendance selon des modèles compatibles avec la biologie, la psychologie cognitive et les données de la psychologie du développement. Bowlby avait opposé les deux termes de dépendance et d'attachement, en considérant que la dépendance résultait d'un échec des processus d'attachement qui supposent une forme d'autonomie.

Comme la théorie psychanalytique, elle fait ressortir l'importance de la qualité des premières interactions de l'enfant avec son environnement. Mais à la différence de celle-ci, elle a favorisé le développement d'outils d'investigation scientifique qui permettent non seulement d'étudier ces interactions de façon systématique mais aussi, plus récemment, la manière dont elles sont intériorisées et contribuent à l'organisation de la personnalité.(28)

Fondée sur l'hypothèse qu'il existe un besoin primaire de relation qui ne repose pas exclusivement sur la satisfaction des besoins, elle met l'accent sur le fait que ce sont les expériences vécues avec les figures d'attachement de la première enfance à l'adolescence qui déterminent la forme que prend le comportement d'attachement de l'adulte. Au cours des premières expériences relationnelles, l'enfant construit graduellement des attentes par rapport aux comportements des autres quand ils interagissent avec lui. La régularité des comportements des figures d'attachement permet d'organiser peu à peu ces attentes en « modèles internes opérants ». Ainsi vont se constituer tout au long du développement des modèles de représentation de soi et des autres, résultant de l'intériorisation des relations précoces. Ainsi, l'expérience d'un entourage disponible et prévisible dans l'enfance procurerait à l'individu une sécurité lui permettant d'affronter séparation et frustrations, en particulier lors des phases critiques de la vie comme l'adolescence. Au contraire, un entourage peu disponible ou imprévisible risque d'entraîner chez l'enfant un retrait des affects, voire des attitudes de dépendance relationnelle, constituant une protection contre l'angoisse de séparation (27). L'étude du comportement d'enfants et du style narratif d'adultes (étudié grâce à l'*Adult Attachment Interview*) dans des situations activant le comportement d'attachement a permis de décrire des typologies : sécuritaire-autonome, insécure évitant-détaché, insécure ambivalent-préoccupé et insécure désorganisé. (49)

Le style narratif de l'adulte traduit l'organisation des modèles internes opérants et du système d'attachement qui est utilisé de manière prédominante dans les relations interpersonnelles. Il a permis de découvrir de nombreux liens entre trouble de l'attachement et pathologies psychiatriques. La plupart des études s'accordent pour dire que la dépendance est souvent liée à un attachement insécuré de type détaché (plus fréquent chez les sujets dépendants aux drogues et les anorexiques) ou préoccupé (plus fréquent chez les boulimiques). (29)

Dans cette perspective, d'autres chercheurs comme Winnicott font remonter les origines de la dépendance aux échecs du processus de séparation-individuation et associent la problématique de la dépendance aux troubles dans les interactions précoces mère-bébé. (40)

Les recherches montrent en effet qu'une éducation sur-protectrice et autoritaire est un facteur favorisant le développement de la dépendance chez les enfants, les adolescents et les adultes. Une telle éducation court-circuiterait les représentations mentales du sujet qui produisent des réponses émotionnelles le conduisant à rechercher la dépendance à des fins de protection. Le produit ou l'objet de dépendance aurait alors une fonction de suppléance du moi, impuissant à agir, et inefficace. La dépendance psychopathologique est aussi à rapporter à une faiblesse ou à un déficit dans le fonctionnement psychique des sujets. La dépendance serait le résultat d'une sensibilité à des expériences interpersonnelles de stress et de privation. (40)

2.1.8.3 *Psychanalyse et dépendance*

En psychopathologie, la dépendance est conçue comme un processus complexe qui trouve ses origines dans les premiers investissements corporels et l'échec des processus de séparation-individuation. (40)

Les théorisations psychanalytiques de la dépendance reposent sur trois modèles : le modèle du plaisir, du narcissisme et de l'apaisement des tensions. Enfin la question du corps dans la dépendance est centrale.

Olievenstein (91) rappelle que la rencontre avec l'objet-drogue est à concevoir comme une expérience corporelle et psychique qui transforme l'univers du sujet. Pour L. Fernandez citant P. Jeammet (40), la question de la dépendance renvoie à « une certaine marge de liberté, une marge de jeu possible envers notre dépendance affective, matérielle à l'égard du monde externe ». Cette marge de liberté, ce sont d'abord les parents qui vont la donner au nouveau-né. Pour G. Loas (80), « Ce sont les parents et singulièrement la mère qui, à la naissance et durant les premières années vont aider l'enfant à répondre aux contraintes de dépendance qui pèsent sur lui. Progressivement, l'enfant intériorise ce rôle facilitateur et régulateur des parents. Son appareil psychique prend le relais de ceux-ci et occupe une fonction de tampon et de filtre entre les exigences internes, les besoins physiologiques, les pulsions, et les contraintes de l'environnement ».

La pathologie survient quand le sujet perd cette marge de liberté. Le sujet dépendant est un sujet qui utilise la réalité externe (monde perceptivo-moteur) pour contre-investir une réalité interne défaillante ou menaçante sur laquelle il ne peut s'appuyer car elle ne lui donne pas une base sécurisante. (65)

Pour Jeammet, « Il s'agit donc d'une modalité de fonctionnement susceptible de concerner des structures et des organisations psychiques différentes, et d'apparaître ou de disparaître en fonction des variations de la conjoncture interne et environnementale à laquelle elle est par définition extrêmement sensible ». (40)

Selon Pedinielli citant Winnicott (98), cette réalité interne défaillante serait liée à une mauvaise différenciation du ça et du moi par le déficit du contenant maternel et l'absence de transitionnalité. Pour Gutton (54), cette déficience est à mettre en relation avec l'échec de l'introjection, processus organisateur constitutif de l'objet interne, élaborant la perte et signant la séparation avec l'objet externe.

A sa place a lieu un phénomène d'incorporation, mécanisme imaginaire visant à nier la perte de l'objet. Il se manifeste par un acting out direct, sans remémoration et sans perlaboration, correspondant à des autoérotismes particuliers avec des plaisirs de fonctionnement se substituant au fantasme qui a fait l'objet d'une attaque surmoïque. Ces gestes addictifs ont ainsi une fonction de reconstruction du Moi, réalisant un équilibre économique qui peut être transitoire ou définitif.

Darcourt (31) propose trois mécanismes entretenant ce phénomène de dépendance : l'obtention d'un plaisir, l'obtention d'un état d'élation avec sentiment de toute puissance et l'apaisement d'une tension.

Le premier modèle est celui d'un plaisir lié à une excitation érotique. C'est l'économie libidinale qui est concernée. Le mécanisme qui entraîne la dépendance est la recherche d'un plaisir érotique qualifié de pervers. L'auto-érotisme pourrait être le ressort de certaines dépendances (comme le flash provoqué par une injection d'héroïne). Le masochisme, autre forme d'érotisme pervers, avec une économie masochiste (jouissance dans et par la douleur), occupe sans doute une place essentielle. L'important est le plaisir éprouvé et l'intense désir de se renouveler, ce qui conduit à un comportement de dépendance. Ce mécanisme est fréquent chez les sujets recherchant des sensations fortes (joueurs recherchant l'excitation anxieuse aiguë dans le bref instant où « les jeux sont faits », alcooliques recherchant les sensations pénibles qui suivent l'ivresse, fumeurs recherchant les sensations euphorisantes corollaires des pics de nicotine).

Le deuxième modèle est celui du narcissisme. Les conceptions de Grunberger en France, Kohut et Kernberg aux Etats-Unis, permettent une bonne compréhension de l'économie psychique de la dépendance. Ces auteurs lèvent l'ambiguïté par rapport à l'auto-érotisme en séparant la lignée narcissique de la lignée libidinale. Ce n'est pas l'amour de soi qui est en cause, mais l'estime de soi. Pour ces auteurs, ce qui caractérise le trouble de l'estime de soi dans cette pathologie, c'est qu'elle oscille de manière permanente dans ses extrêmes entre une intense dévalorisation et un sentiment de perfection et de toute puissance. Le concept de Soi-objet permet de comprendre la relation du sujet dépendant à son produit. Cet objet archaïque (Soi-objet), dont il a besoin en soi, lui est absolument nécessaire pour retrouver l'illusion

d'omnipotence, le Soi-grandiose. L'objet fait partie intégrante de sa psyché. Son absence crée un sentiment de vide et d'effondrement narcissique.

Le troisième modèle est celui de l'apaisement des tensions. Certains sujets utilisent le toxique, parce que c'est le produit apaisant l'angoisse qu'ils ont rencontré. Aucun autre moyen ne semble capable d'apaiser la tension intérieure. Chez les sujets présentant des manifestations psychopathiques (impulsivité, instabilité, intolérance à la frustration) ou des manifestations limites (instabilité relationnelle, crudité des fantasmes, défaut de mentalisation, carences des mécanismes de défense contre l'angoisse), la tension semble inapaisable, sinon à titre transitoire, par l'utilisation de l'objet externe. Darcourt évoque « la peur du manque du manque », c'est-à-dire la crainte de se trouver face à ses fantasmes archaïques terrifiants s'il perd son manque de drogue.

Pour Mc Dougall (83), le recours aux addictions permet donc de restituer cet espace transitionnel défailant et douloureux. Les comportements addictifs visent à surmonter la douleur psychique et les conflits, fuite hors d'une situation anxiogène, forme de désinvestissement par une répudiation des représentations difficiles et une évacuation des affects (forclusion de l'affect), afin de maintenir l'homéostasie psychique. La douleur psychique est au-delà de l'angoisse de castration et concerne la mort psychique ou le « Je » risque de perdre ses repères narcissiques et identificatoire. Si le sujet tente de se prémunir contre les affects, c'est que son organisation psychique n'est pas à même de lier représentation et affect et d'accepter certaines irrptions.

Les addictions représenteraient donc une solution défensive différente de la résolution névrotique des conflits et de la modification de la réalité propre aux psychoses, avec un modèle psychanalytique qui se rapproche des pathologies du narcissisme et de la perversion.

2.2 Le rôle de l'institution

2.2.1 Définition de l'institution

Pour Kaës (70), « l'institution est d'abord une formation de la société et de la culture (...), elle s'oppose à ce qui est établi par la nature (...), elle est l'ensemble des formes et des structures sociales instituées par La Loi et par la coutume : l'institution règle nos rapports, elle nous préexiste et s'impose à nous, elle s'inscrit dans la permanence (...), elle est le socle culturel complémentaire du roc biologique sur lequel s'étaye l'espace de la psyché. »

Pour Delion citant Michaud (33), « L'institution est une structure élaborée par la collectivité tendant à maintenir son existence en assurant le fonctionnement d'un échange social de quelque nature qu'il soit. (...) Le groupe psychiatrique devra donc en premier lieu intégrer cet homme non intégrable, et ceci, non en lui présentant un cadre tout fait dans lequel il doive se perdre, mais au contraire en modifiant les cadres antérieurs, à la mesure de sa personne ». C'est de cette volonté de traiter le sujet par l'institution qu'est née la thérapie institutionnelle.

La thérapie institutionnelle est apparue dans la deuxième moitié du vingtième siècle. Elle est à l'origine d'un bouleversement des soins psychiatriques rompant avec la fonction asilaire des hôpitaux psychiatriques, passant d'une mission de « gardiennage et d'isolement » à une perspective de soins, d'ouverture et de réintégration sociale. La thérapie institutionnelle est définie par l'ensemble des psychothérapies regroupées au sein d'une institution. On peut la résumer comme le projet d'utiliser le milieu hospitalier comme facteur thérapeutique. Elle regroupe des pratiques différentes provenant de différents courants (psychanalytiques, sociologiques, systémiques, politiques) et dans des lieux divers (hôpital psychiatrique, hôpital de jour, centre médico-psychologique, atelier thérapeutique...), lieux de soins et d'échanges où le malade occupe une place centrale dans sa singularité et dans les interactions qui s'établissent. Chaque référence idéologique donne une « grille de lecture » des phénomènes qui surgissent dans l'institution et en permet l'interprétation et l'usage dynamique au travers des réunions et des thérapeutiques proposées. (23)

Selon P.Delion (33), Hermann Simon est un des premiers à exposer l'idée d'une relation d'influence réciproque entre le malade et l'institution. Selon lui, trois maux menacent les malades dans les hôpitaux psychiatriques, contre lesquels doit lutter sans arrêt la thérapeutique : "l'inaction, l'ambiance défavorable de l'hôpital et le préjugé d'irresponsabilité du malade lui-même". Il organise alors le soin en s'appuyant sur ces trois notions :

1 *la libre circulation des patients hospitalisés, inspirée par le « no restraint » et l'« open door »: les portes sont ouvertes et les restrictions énormément réduites. On remarquera alors bientôt que pour qu'un patient puisse "investir" son entourage et que ces investissements aient quelque valeur signifiante, il doit pouvoir circuler librement. Car le transfert est lié de façon très étroite avec le fonctionnement de l'établissement, son ambiance, sa fonction d'accueil, ses offres d'échanges, véritables conditions de possibilité des rencontres;*

2 *la responsabilisation du patient : il est au centre de sa thérapie, l'institution étant structurée autour de cette seule fin.*

3 *Un milieu entièrement contrôlé au niveau psychothérapique, avec étude des résistances émanant du personnel et de l'hôpital. Le cadre thérapeutique doit alors être organisé de telle sorte qu'émergent des éléments en provenance de l'appareil psychique du patient.*

Dans cette logique, l'institution est le chaînon manquant entre le sujet et les autres. Sous un certain rapport, c'est un objet transitionnel qui met en relation le sujet et les autres, un objet doté de capacités d'adaptation « suffisamment bonnes », mais aussi de possible pérennisation sans destruction, jusqu'à ce que des représentations internes permettent de se passer de cet objet « institution ». La psychothérapie institutionnelle vise donc à structurer et aménager les équipes soignantes psychiatriques de telle façon qu'elles soient aptes à la pratique de psychothérapies véritables qu'elles qu'en soient les modalités. (33)

2.2.2 Rappels sur la notion de transfert et de contre-transfert

D'après Laplanche et Pontalis (75), il désigne « le processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation établi avec eux et éminemment dans le cadre de la relation analytique ». Dans la cure psychanalytique, il s'agit de la projection, par l'analysant, de contenus

de l'inconscient sur la personne du psychanalyste qui lui apparaît alors dotée de qualités bien différentes de sa réalité. C'est par l'analyse de ces projections que le processus analytique va aboutir, au fil du temps, à une prise de conscience progressive des problématiques auxquelles l'analysant est confronté. Il s'agit d'une répétition dans le lien de prototypes infantiles vécue avec un sentiment d'actualité marqué. Au coeur de tout lien, il y a de la dépendance, à partir de laquelle l'être se construit. Ce lien se constitue en psychanalyse, à travers le transfert.

C'est un lien qui se veut structurant, créant les conditions possibles d'un changement, d'une évolution, d'un au-delà du symptôme.

Le contre-transfert désigne l'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé, et plus particulier au transfert de celui-ci (75). Ces sentiments de contre transfert facilitent chez l'analyste la compréhension de la nature du conflit intrapsychique vécu par l'analysé dans son travail d'analyse et son interprétation dynamique en vue de l'amélioration de son état.

2.2.3 Le transfert institutionnel

Dès 1822 déjà, J-E. ESQUIROL notait: « une maison d'aliénés peut être un instrument de guérison. Entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales » (38).

Pour M.Demangeat citant Bleger (34), le cadre institutionnel serait « dépositaire de la partie psychotique de la personnalité, c'est-à-dire de la partie indifférenciée et non résolue des liens symbiotiques primitifs ». Selon Safirstein (106), le transfert institutionnel équivaut à « l'attachement symbolique et parasite du nourrisson pour sa mère (...). Le malade franchement psychotique ou borderline opère volontiers un transfert sur une institution, mais en excluant les individus qui en font partie. Il n'est pas rare de voir des malades s'attacher à l'hôpital, au bureau, à la salle d'attente, et beaucoup moins à tel personnage de médecin en particulier ».

Il apparaît donc que la dépendance à l'institution est d'abord et avant tout à considérer comme la condition *sine qua non* de la création d'un lien à la structure d'accueil à partir duquel un parcours est possible. **Le transfert institutionnel est intimement lié à la dépendance qu'elle produit.** (41)

C'est avec l'école de Lacan que les psychanalystes développeront au plus haut point l'assimilation entre psychanalyse et psychothérapie institutionnelle, en utilisant ce concept de transfert.

Pour F.Tosquelles et J.Oury, (23) « l'analyse des transferts institutionnels des malades amènent à la construction de tout l'échafaudage d'espaces et de lieux thérapeutiques placés là pour en capter les manifestations et réaliser la clef de voûte autour de laquelle s'organise le travail thérapeutique ». Tosquelles estime que l'institution hospitalière va offrir différents supports aux transferts des malades en provoquant un éparpillement de ce phénomène que l'analyse institutionnelle doit détecter. Les défenses apparaissent elle-même juxtaposées, au contraire de l'analyse individuelle qui tend à les faire apparaître successivement dans le temps. L'analyse étudie également les résistances et le « contre-transfert institutionnel » émanant du personnel de l'hôpital. Le cadre thérapeutique doit alors être organisé de telle sorte qu'émergent des éléments en provenance de l'appareil psychique du patient. Ce transfert est lié de façon très étroite avec le fonctionnement de l'établissement, son ambiance, sa fonction d'accueil, ses offres d'échanges, véritables conditions de possibilité d'une rencontre thérapeutique.

Les non-lacaniens comme Racamier estiment quant à eux que s'il est souhaitable d'évoquer les contre-transferts au sein d'une institution, il est inutile voire dangereux de les interpréter. Il met en garde contre une attitude « psychanalyfiante » et souligne l'effet néfaste de la confusion des rôles soignants et des interprétations non contrôlées délivrées au patient. (23)

2.2.4 L'approche sociologique du concept de maladie mentale

Pour certains sociologues tels que Goffman et Basaglia, l'institution est un lieu de soin, mais sert aussi de garantie à l'ordre social. Ceux-ci dénoncent la politique d'exclusion à laquelle obéissent les institutions psychiatriques, parfois malgré elles. Ce versant de l'anti-psychiatrie, critique et constructif, alimentera la réflexion des thérapeutes et contribuera à la transformation de structures hospitalières qui s'ouvriront vers la cité. Une autre plus extrémiste, verra la fermeture des hôpitaux psychiatriques, comme en Italie. (23)

Une autre voie explore les liens qui unissent l'individu et le champ social. La psychothérapie institutionnelle part du fait que la clinique du malade mental est

constitutive d'une double aliénation, à la fois mentale, repérable dans les symptômes psychopathologiques, et sociale, touchant l'homme dans son rapport aux groupes qui l'entourent. Celle-ci va permettre l'introduction dans l'institution des techniques de groupe : ergothérapie, sociothérapie, groupes de discussion, et groupes non verbaux, groupes de relaxation, de psychothérapie (développés en France avec Anzieu et Foulkes). Le but est d'induire la participation active du soignant et du soigné dans le soin. Il permet d'engager une relation humaine, de créer une activité adaptée aux formes cliniques et évolutives des maladies, de s'opposer à une trop grande ritualisation des conduites, et de sortir de la régression. (23)

2.2.5 La réadaptation, la réinsertion et la réhabilitation

Avec la désinstitutionnalisation, la réduction des durées d'hospitalisation et l'apport des traitements pharmacologiques, les « traitements psychosociaux » se sont développés, afin de permettre en retour des patients dans la communauté.

La conception initiale de la réadaptation était d'obtenir des malades un comportement adapté au sein de l'institution. La réadaptation psychiatrique s'est ensuite définie comme étant un ensemble d'actions médicales, sociales et éducatives permettant au malade de retrouver une nouvelle intégration dans son milieu familial et socioprofessionnel.

Pour ce faire, les secteurs ont développé des structures, satellites de l'hôpital, mais ancrés dans la cité : centres médico-psychologiques, hôpitaux de jour, CATTP (centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel) ont fait leur apparition « hors les murs », afin de sortir du « bloc institutionnel ». Elle peut aussi se faire par l'intermédiaire du travail, dont l'ergothérapie constitue le modèle thérapeutique permettant sa réappropriation progressive.

La réhabilitation est le fait de restituer ou de regagner l'estime, et la considération perdue ; cette définition positionne le sujet par rapport à un jugement porté par autrui. Pour Libermann (79), la réhabilitation serait « l'acceptation des déficiences du malade par lui-même, ses proches, sa famille et les soignants qui l'encadrent ». Ainsi, l'identification de nouveaux buts réalisables est indispensable pour mener à bien le projet. Selon Gimenez (45), la réhabilitation serait le pôle social de la réadaptation. Elle représenterait le temps du passage de « l'être malade » à « l'être social ». La réinsertion vise à réintroduire un sujet dans une société ou groupe. (95)

2.1 Le patient entre l'institution et la société

2.1.1 Le malaise de l'institution face au malaise de la société

La psychiatrie est de plus en plus sollicitée dans notre société actuelle. L'expression de souffrances psychiques se retrouve dans tous les systèmes de prise en charge (social, éducatif, insertion, judiciaire, sanitaire), et les services de psychiatrie sont souvent amenés à y intervenir.

Les situations de précarité grandissantes, avec l'aggravation de la crise socio-économique actuelle, ont encore amplifié le malaise social. L'exclusion génère une souffrance psychique qui résulterait de facteurs complexes qui s'auto-entretiennent : une vulnérabilité individuelle, des événements de vie, un contexte économique et social qui met l'accent sur l'accroissement des exigences de performance et de réussite individuelle... Dans ses formes sévères elle peut aboutir à la bascule du sujet dans une sorte de néantisation, d'auto-exclusion, avec un retrait des personnes qui petit à petit s'effacent et sont en non-demande, présentant des syndromes de glissement tels qu'on les décrit chez les personnes âgées.

Certains considèrent que cet élargissement du champ de la psychiatrie est une dérive qui s'éloigne de leur mission initiale, et qui tendrait à figer la souffrance et à l'isoler de ses déterminants psychosociaux pour en faire une maladie. D'autres estiment qu'il faut maintenir ce dialogue avec la société et évoluer avec elle, en essayant d'apporter des réponses aux nouvelles demandes.

Si l'implantation de centres médico-psychologiques a induit une certaine souplesse en créant des espaces alternatifs à l'hospitalisation, la fermeture des lits a aussi induit une saturation des services de psychiatrie. Par ailleurs la pénurie grandissante des psychiatres, notamment dans le service public, entraîne des difficultés à répondre à l'accroissement de ces demandes. Les listes d'attente se prolongent, alors que la crise elle n'attend pas, rendant parfois l'hospitalisation nécessaire.

Différentes problématiques apparaissent alors :

- Des patients hospitalisés alors que les soins auraient pu s'effectuer en ambulatoire. D'autres qui ne sont pas vus alors qu'ils auraient dû être hospitalisés.

- Un nombre important de patients « hors-secteur », en raison de l'absence de lit dans leur secteur d'origine. Cela peut déstabiliser un patient habitué à une équipe, et augmenter son temps de présence en institution, ou au contraire induire une opposition aux soins, nécessitant parfois une hospitalisation sous contrainte si son état le nécessite.

- Une qualité et une continuité des soins de plus en plus difficile à instaurer, lié à la pénurie des médecins, qui travaillent davantage dans l'urgence et dans l'aspect purement symptomatique des troubles, et qui n'ont plus le temps de faire face à la complexité des malades. Leur optique de raccourcir au maximum les temps de séjour est autant liée à l'évitement de la chronicisation que pour éviter un « engorgement » du système institutionnel et diminuer son coût financier.

Actuellement, la politique institutionnelle d'ouverture et de réintégration sociale est de plus en plus remise en cause, notamment à la suite des drames de Pau et de Grenoble, par le gouvernement qui propose des réformes visant à une politique sécuritaire. Celle-ci relance la peur du fou et la confusion entre délinquance et maladie. Le risque est grand d'un retour au gardiennage de l'asile, garante de l'ordre social, noyau de plus en plus confus avec le système judiciaire et carcéral.

La psychiatrie n'échappe donc pas aux clivages induits par sa surmédiatisation, entre son idéalisation pour sa capacité à proposer « du bonheur », et sa répudiation pour laisser « des fous s'échapper ». On peut y percevoir une « crise d'identité » de la psychiatrie, qui est en manque de repères et de limites, avec le risque de dérives totalitaires et technocratique. Compte-tenu de ces éléments, et de manière à donner une plus forte légitimation à l'intervention de la psychiatrie, il apparaît indispensable de définir les objectifs et les limites de ses actions dans ce champ, à partir de réflexions sur les modalités de prise en charge et sur le projet thérapeutique ainsi que sur les conditions éthiques encadrant les pratiques. (8,21,32,36,39,43,107)

2.1.2 L'institution : lieu d'existence et lieu d'exclusion

L'institution psychiatrique n'est plus un lieu de réclusion et de redressement, mais à l'inverse, elle est devenue un abri face aux agressions extérieures, un espace social rassurant ou se recrée une sociabilité plus familière.

L'institution permet à celui qui est en difficulté dans l'interaction, de garder la face en dépit des blessures identitaires occasionnées par la vie sociale. Par leur mise à

l'écart, elle protège les malades de leur société, qui est régie par « une représentation égalitaire de l'humanité » avec son corollaire de volonté obstinée de réduction de toute altérité. (21)

Dès lors, la psychiatrie contemporaine se retrouve face à un dilemme entre, d'une part, la fonction thérapeutique de l'institution et, de l'autre, sa mission de retour dans le tissu social « naturel », qui constitue pourtant à la fois un objectif et un moyen de « guérison ». (21)

Mais l'on pourrait émettre un doute quant à l'opportunité de l'intervention psychiatrique dans cette aide au retour du malade mental à la vie sociale.

Que cette aide reste l'affaire de la psychiatrie, ne serait-ce pas une des principales sources de difficultés dans ce laborieux parcours à refaire ? Après avoir traduit d'une manière spatiale et symbolique la distance prise à l'égard du malade mental, est elle bien placée pour aider la personne à se réintroduire dans la trame même de la vie sociale qu'elle a perturbée et de laquelle elle a été provisoirement exclue ? (21)

Selon E. Cario (21), l'institution produit de l'altérité là où le patient recherche une identité. Cet enjeu se démarque des constructions soignantes et médicales tendant à mettre en corrélation essentiellement la régression de la pathologie et l'amélioration des conditions de vie sociale.

A travers le travail de holding, de portage, et d'accompagnement, une affiliation institutionnelle se crée, permettant aux malades mentaux d'évoluer dans « de nouveaux cercles d'aliénation communautaire » (21), seuls lieux où renaît l'impression d'exister, d'être reconnu. Le sentiment d'identité et d'appartenance se reconstruit petit à petit, mais porte la marque de la pathologie mentale.

Selon M. Reynaud (103), la politique de secteur qui produit du « même » en différents lieux, prive les patients de véritables liens sociaux. Les appartements thérapeutiques en sont un exemple type, où lieu de vie et lieu de soins se confondent, accentuant « l'aliénation hors les murs ». Le temps et l'espace y sont investis de la même manière.

Le processus d'affiliation institutionnelle à la psychiatrie altérerait donc celui de réaffiliation sociale et accentuerait le risque de chronicité.

2.1.3 La chronicisation et la dépendance institutionnelle

L'hospitalisation en psychiatrie apparaît comme un moyen simple efficace de pallier à une situation de crise à court terme, mais elle revêt des aspects contraignants lorsqu'elle s'avère trop longue. Il est en effet probable que la prise en charge globale et prolongée concourt à une certaine perte d'autonomie des patients.

Pagniez (95) citant Reynaud (103) nous met en garde sur la chronicisation et les effets de l'hospitalisation à long terme sur les malades. Deux processus interviennent dans ce phénomène :

- Le processus de « destruction », lié au statut de malade chronicisé : celui-ci n'a plus de rôle social à l'extérieur, et ses activités sont étroitement contrôlées. Son histoire est liée à l'hôpital. Dès qu'il franchit ses portes, ses repères disparaissent. L'auteur cite Racamier qui évoque « l'hospitalisme psychiatrique » pour définir la régression psychique et physique de ces patients en situations de carence affective et sociale. (103)
- Le processus de « remodelage », lié à une identification à l'institution : le patient se défait progressivement de son mode de fonctionnement antérieur et s'adapte à l'institution, se conformant à une conduite type, « entretenant une relation duelle et fusionnelle avec l'asile dont tout tiers séparateur est exclu. » L'hôpital se positionne comme milieu idéalement bon. Elle soigne le malade, le protège, comble tous ses besoins et désirs, elle crée « l'illusion » dont parle Winnicott pour décrire la relation symbiotique du nourrisson avec sa mère. Ce sentiment de sécurité instaure l'illusion d'un groupe soudé et le fantasme de dangerosité extérieure. Les mécanismes de clivages et les angoisses de relation à autrui s'en voient renforcées. (103). Ce phénomène s'apparente à l'extrême aux « institutions totalitaires » décrites par Goffman (46) pour décrire une institution toute-puissante niant l'existence du monde extérieur. Le caractère essentiel de ces institutions est de prendre en charge de manière collective, non individuelle, tous les besoins des personnes de l'institution.

Le patient peut alors adopter une position de repli sur un imaginaire nourri de croyances en des positions magiques où tout pourra se régler, bloquant ainsi l'accès à la parole et aux ressentis; dans ce cas, le discours du sujet est empreint du désir

que les membres de l'équipe soignante puissent résoudre ses propres difficultés psychiques. La fonction maternelle de l'hospitalisation risque par ce biais d'engendrer un important problème d'institutionnalisme chronique.(96)

L'institution peut aussi faire preuve de clivage dans son fonctionnement, par un contre-transfert qui oscille entre attachement fusionnel au patient et rejet de celui-ci. Certaines situations violentes et traumatisantes déjà vécues par les patients peuvent ainsi se répéter dans l'institution qui réagit en « résonance » face à la pathologie du lien rencontrée (96). Par ailleurs, face aux prises d'autonomie des malades, il est fréquent d'observer parmi les équipes des sentiments de culpabilité, de découragement ou de pessimisme lorsque les patients doivent être confrontés à la réalité extérieure, ce qui renforce les comportements de repli ou les crises, elles-mêmes mal tolérées par l'équipe.

Ainsi, pour Raynaud le malade peut devenir dépendant de l'institution qui lui ôte « non seulement toute possibilité d'autonomisation, mais encore tout désir de la développer » (103). « Par-delà les troubles de sa subjectivité, le malade mental, explique Goffman, est aliéné au second degré, parce que la maladie est institutionnalisée dans un espace social qui lui impose les déterminations majeures de la servitude » (46).

Toute tentative de changement dans cette économie, entre le sujet et l'hôpital, est vécue comme intrusive et se traduira par des crises ou des manifestations symptomatiques diverses qui sont autant de résistances. Les symptômes s'atténuent en milieu institutionnel mais réapparaissent dès la sortie. Par ailleurs, la nécessité actuelle d'obtenir une efficacité thérapeutique rapide conditionnant un temps de séjour le moins long possible peut créer chez ces patients une instabilité sociale, psychique et affective déroutante, renforçant leur degré de chronicisation, et multipliant les hospitalisations rapprochées par le « syndrome de la porte tournante ».

Il faudrait citer en écho les prises de position de L.L. Bachrach (10), proposant une revalorisation de la notion d' « asile » dans son sens initial de refuge pour patients psychiatriques sortant des hôpitaux, et à l'évidence inaptes à mener une vie sociale normale de façon autonome.

La dépendance institutionnelle crée donc une chronicité qui autoreinforce la dépendance en question. Le paradoxe de l'institution est d'être en même temps le

lieu de soin et l'objet de la dépendance de ces malades ; ils y trouvent un refuge contre l'angoisse, seul moyen d'apaiser les tensions insupportables de la réalité extérieure.

C'est sans oublier que la chronicité n'est pas un fait de l'institution en elle-même mais qu'elle est une caractéristique essentielle de la psychiatrie. Pour G.Lantéri-Laura (74), la pathologie mentale s'avère être une pathologie chronique dans bien des cas (entre névrose, psychose et troubles de la personnalité, une bonne partie de la nosologie psychiatrique peut rentrer dans ces trois tableaux) et si elle est souvent liée à une hospitalisation très longue, ce n'est pas tant dû à la chronicité mais plutôt à l'impossibilité de la réinsertion, dépendant aussi bien du contexte social que de la maladie elle-même. En cela, le terme de chronicisation tel qu'employé par Reynaud ne nous paraît pas adéquat.

L'accent est donc aujourd'hui plutôt porté sur les moyens à mettre en œuvre pour combattre l'institutionnalisme, et non l'institution.

L'objectif est de favoriser une démarche qualitative concernant les soins apportés au patient, quel que soit le lieu, et de promouvoir la réhabilitation de patients dont la pathologie est chronique ; il ne faut certes pas se leurrer sur le concept de guérison en l'associant systématiquement à la sortie définitive du patient, mais privilégier un suivi préventif face à d'éventuelles rechutes d'un processus chronique. Citons pour finir cette définition que donne une conférence de consensus de 2004 sur la sortie du monde hospitalier :

« Le projet de sortie relève de la singularité de chaque personne. Il tient compte également de l'environnement. Basé sur le libre choix d'une personne parfaitement informée, il vise un état sanitaire, fonctionnel et social optimal. Construit dans le contexte hospitalier, il est l'objectif vers lequel tendent tous les efforts (bilans, soins, interventions) et a pour but de préparer et d'accompagner la personne dans la reprise du cours de sa vie en dehors de l'institution de soins. Il s'inscrit dans la durée: la sortie n'est pas une fin, mais une étape. » (6)

2.2 Espoirs et limites des stratégies de traitements de la dépendance

2.2.1 Le concept de guérison

Avant même d'envisager l'idée du traitement en psychiatrie, il nous faut comprendre ce que nous entendons par guérison. Le concept de guérison est paradoxal en psychiatrie, puisqu'il nous est impossible de concevoir ce que peut être un psychisme guéri, si ce n'est quelqu'un qui accède à la normalité et recouvre la santé. Or nous avons déjà évoqué l'étroitesse des limites entre le normal et le pathologique au sujet de la dépendance, sachant que celle-ci existe en chacun de nous. On ne guérit donc pas de la dépendance. On peut cependant en rendre acceptable les conditions, afin de se rapprocher d'une certaine normalité. Peut-on parler de recouvrer la santé ? Si celle-ci se définit par l'OMS (93) comme un « état complet de bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité ». Par ailleurs, « la santé mentale ne consiste pas seulement en une absence de troubles mentaux. Il s'agit d'un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté ». On ne peut pas parler d'antinomie avec la dépendance. Certains individus vivent très bien leur dépendance, et ressentent ce bien-être, qui est d'ailleurs lié à l'objet de leur dépendance. Par ailleurs, chercher à supprimer à tout prix cette dépendance au prix d'une hospitalisation au long cours n'est t'il pas contradictoire avec l'état de « bien-être social » que la définition de la santé laisse entendre ? L'institution est-elle encore dans le soin lorsqu'elle crée de la dépendance à son égard ? Et inversement, si le patient perçoit cet état de bien-être au sein de l'institution, faut-il sacrifier cet état au prix d'une réinsertion à tout prix ?

D'après la conférence de consensus de l'ANAES de 1998 sur les modalités de sevrage des toxicomanes dépendants des opiacés (5), La personne dépendante ne parviendra « à se séparer définitivement du produit qu'au terme d'un long cheminement qui suppose préalablement la capacité de déplacement de sa dépendance sur d'autres objets : traitement de substitution, relation ou institution ».

Ainsi, le traitement passerait nécessairement par le déplacement d'une dépendance pour une autre, supposée moins toxique.

Nous verrons comment les thérapies peuvent déjouer cette dépendance et atténuer la souffrance, parfois au prix d'une régression qui induit une dépendance paradoxale mais nécessaire dans la relation thérapeutique avant de retrouver les voies de l'autonomisation.

2.2.2 Les thérapies médicamenteuses

Il n'existe pas à ce jour d'étude ayant démontré l'effet d'un médicament sur la dépendance en général. Notons toutefois l'importance des comorbidités anxieuses et dépressives qui explique la fréquence de l'utilisation des anxiolytiques et des antidépresseurs chez les patients dépendants. L'amélioration de l'état thymique ou d'un fond anxieux peut ainsi diminuer la dépendance que ces troubles entraînent. En revanche, leur utilisation prolongée, en particulier les benzodiazépines, induit un risque élevé de dépendance, avec son corollaire d'accoutumance et d'augmentation des doses, entraînant parfois une dépendance pour une autre. La nécessité de renouveler l'ordonnance d'un médicament peut aussi renforcer et fixer un lien de dépendance avec le prescripteur, ce qui renforce le symptôme. Le médicament peut alors servir d'objet transitionnel.

Concernant les conduites addictives, il existe des traitements de substitution aux opiacés (buprénorphine et méthadone) qui n'empêchent pas la dépendance mais qui permettent aux patients toxicomanes de s'inscrire dans un projet de soins.

À la suite d'un sevrage éthylique, les traitements par acamprosate, naltrexone et espéral, visent à réduire l'appétence et maintenir l'abstinence. Certains antidépresseurs (inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) ont prouvé leur efficacité dans le traitement de la boulimie. Enfin, plusieurs traitements existent concernant le sevrage tabagique (dérivés nicotiniques, Varenicline, Bupropion).

2.2.3 La thérapie individuelle

2.2.3.1 *La psychanalyse*

En psychanalyse, la notion de dépendance est habituellement référée à la relation transférentielle. En rendant possible la levée du refoulement, en favorisant la prise de conscience de son histoire par le sujet, elle contribue de façon appréciable à la reconquête de son autonomie. Cela, paradoxalement, à travers cet extrême de la dépendance que représente dans la cure le transfert, comme si le prix à payer pour la libération passait par un moment de sujétion paradoxale. (20)

Dans cette relation, le savoir du thérapeute induit un positionnement asymétrique face à la fragilité du malade, qui se retrouve dans une position d'attente et de dépendance, entre idéalisation et rejet. « Le ressentiment, cousin germain de la frustration et de la peur, est inévitablement en germe dans cette attente trop ambiguë », évoque Kahn (BO) en citant Memmi. Ces représentations clivées vont déterminer en grande partie la dynamique des mouvements transférentiels et contre-transférentiels, dont les attitudes moralisatrices et répressives du médecin risquent d'être contre-productives et d'induire le rejet ou la passivité du sujet. L'autre alternative consiste en un étayage narcissique qui permet de sceller l'alliance thérapeutique en nous plaçant résolument du côté du patient. Mais pour Kahn (71), cette position risque de nous enfermer « dans une position certes gratifiante et valorisante pour nous, mais aussi position de domination et d'assujettissement du patient à notre propre désir. » Le patient se sent tributaire de cette aide et reprend espoir à travers cette relation. « Le médecin devient alors le pourvoyeur d'une nouvelle dépendance où il occupe la place de substitut idéal de l'objet,(...) risquant d'aboutir à une utilisation quasi-toxicomaniaque du thérapeute ».

Il en résulte une résistance du patient à faire son deuil du thérapeute. Le patient a tendance à s'appuyer sur le thérapeute de manière dépendante comme une fin en soi et non comme un moyen pour résoudre les problèmes.

Toute la difficulté réside donc dans la bonne distance à trouver, de manière à n'être ni « la mère bonne et fusionnelle », ni « la mère froide et distante », mais une mère suffisamment bonne qui permette un temps de transition préalable à l'autonomisation du patient.

Balint (11) approfondit cette recherche de la bonne distance et apporte des éclairages intéressants sur l'importance de la régression en psychanalyse.

Il conçoit la régression comme « un processus consistant en une inversion du sens « progressif » normal des événements dans l'appareil psychique. La cause peut en être tout ce qui fait obstacle au sens normal ; au niveau oedipien, c'est en général un conflit. L'effet ou le résultat de la régression est l'émergence de quelque chose de primitif ou de simple ».

Plutôt que d'éviter cette phase régressive avec tous ses symptômes, Balint s'en fait une alliée indispensable dans le déroulement de l'analyse, dans certains cas où les mots, c'est-à-dire les associations suivies d'interprétations, ne paraissent pas être en mesure de provoquer ou de maintenir les changements nécessaires.

Prenant le parti de Ferenczi sur la nécessité de régresser à la situation traumatique, il y a apporté son propre point de vue. En effet, Ferenczi voulait prouver que maintenir un degré de tension dans la relation en répondant positivement à tous les besoins du patient pouvait induire une guérison. Freud désapprouvait cette conception de l'analyse, la tâche lui semblant irréaliste : en effet, une amélioration obtenue de cette façon durerait seulement tant que l'analyste pourrait et voudrait rester aux ordres de son patient. Par ailleurs, la plupart de ces patients, même ceux dont l'état s'était amélioré, ne deviendraient jamais vraiment indépendants. Pour Freud, la cure analytique devait être effectuée dans un état d'« abstinence », de « frustration », ou de « privation ». À bien des égards, cette consigne est justifiée. Si l'analyste se contente de satisfaire les désirs passionnés de son patient en état de régression, son action ne peut aboutir qu'à des résultats temporaires. Comme la source de ces désirs n'a même pas été touchée, de nouveaux désirs passionnés apparaîtront au bout d'un certain temps, exigeant tout aussi intensément de nouvelles gratifications. Si l'analyste, impressionné par l'apaisement bienheureux qui suit immédiatement son action, décide, à titre d'essai d'accorder de nouvelles gratifications, un cercle vicieux risque de s'instaurer, chose relativement fréquente dans les états régressifs. Ainsi, donner une réponse positive aux aspirations et désirs passionnés d'un patient en état de régression s'avérera probablement être une erreur technique.

D'un autre côté, répondre à un patient qui a besoin d'une forme particulière de relation d'objet, plus primitive que celle qui a cours entre adultes, peut être une

mesure technique parfaitement justifiée et probablement sans rapport avec la règle de « frustration » ou de « privation ». Pour induire une régression, Balint caractérise « l'atmosphère spécifique du renouveau » par un environnement où l'individu se sent en confiance, où il peut se sentir lui-même et se dépouiller de « ses cuirasses caractérielles et défensives ». Pour l'analyste, il s'agit d'être le plus possible « en accord » avec son patient, dans « une relation primitive », pour essayer, ensuite, progressivement et avec prudence, de devenir un objet normal, c'est-à-dire un objet qui peut présenter des exigences. Si la thérapie est un succès, l'internalisation des objets sera plus positive et moins chargée d'angoisse, de honte ou de culpabilité. Il devient alors capable de découvrir que d'autres formes de relation d'objet sont possibles. Ces nouveaux modèles seront moins défensifs, donc plus souples, et lui offriront de meilleures possibilités d'adaptation à la réalité, avec moins de tension et de friction qu'auparavant.

Balint nous fait part du risque lié aux réponses de l'analyste face à la régression du patient. Si l'analyste satisfait trop l'attente du patient, celui-ci pourrait croire en l'omnipotence de son thérapeute, ce qui est susceptible d'augmenter l'inégalité entre eux, et risque de provoquer des états proches de l'assuétude et « une forme maligne de régression ». D'un autre côté, plus l'analyste peut réduire l'inégalité entre le patient et lui-même, plus il peut rester discret et ordinaire aux yeux de son patient, plus grandes sont les chances que se développe « une forme de régression bénigne ».

Par ailleurs, il nous met en garde contre les états de régression visant essentiellement à la gratification par un objet extérieur. En particulier, si le patient ne dispose que de possibilités limitées dans le monde des objets, le risque de le voir présenter des états rappelant l'assuétude est d'autant plus grand.

La forme bénigne de la régression présente les traits cliniques suivants :

- absence de difficulté particulière à établir une relation de confiance mutuelle, sans méfiance, qui rappelle la relation primaire aux substances primaires ;
- une régression, qui conduit à un authentique renouveau, et aboutit à une véritable découverte nouvelle.
- la régression vise à la reconnaissance, en particulier des problèmes intérieurs du patient ;
- intensité modérée des demandes, de l'attente ou des « besoins » ;
- absence de signes graves d'hystérie dans la symptomatologie clinique et absence d'éléments génitaux-orgastiques dans le transfert régressif.

A l'opposé la plupart des cas appartenant à la forme maligne de la régression présentent le tableau suivant :

- l'équilibre de la relation de confiance mutuelle étant très précaire, l'atmosphère arglos, sans méfiance, est maintes fois rompue et souvent des symptômes d'accrochage désespéré se développent comme mesures de garantie et d'assurance contre une nouvelle rupture éventuelle ;
- une forme maligne de régression, de multiples tentatives manquées en vue d'un renouveau, la menace perpétuelle de tomber dans un cercle vicieux de demandes ou de besoins, et de voir surgir des états rappelant l'assuétude ;
- la régression vise à la gratification par une action externe ;
- une intensité suspecte des demandes, de l'attente ou des « besoins » ;
- la présence de signes graves d'hystérie dans le tableau clinique et d'éléments génitaux-orgastiques à la fois dans la forme normale et la forme régressive du transfert ;

2.2.3.2 La thérapie bifocale

Pour G. Loas et M. Corcos (80), L'indication dans la prise en charge de patients dépendants d'une cure type suppose des capacités d'autorégulation, une force et une souplesse du fonctionnement du moi souvent en défaut chez des patients aux assises narcissiques fragiles, ce qui est le cas de la majorité des personnalités dépendantes. Le risque est d'obtenir des formes malignes de régression difficilement contrôlables. Des aménagements du cadre analytique et une juste distance relationnelle s'avèrent donc souvent indispensables afin notamment de limiter la dépendance régressive et les risques de décompensation ou à l'inverse, une rupture thérapeutique.

La thérapie bifocale semble particulièrement appropriée dans les états limites aliénés à des conduites de dépendance à forte dimension narcissique et qui se manifestent en clinique par l'intensité de la dépendance aux autres et la massivité ou la rigidité des investissements. Elle permet une médiation de la relation, elle figure « la dualité psychique du patient entre réalité externe et réalité interne », et assure « une fonction supplétive à l'appareil psychique du patient », un « espace psychique élargi » par le redéploiement de la problématique. Le consultant restaure « une fonction tierce différenciante ». Il garantit la continuité de la relation thérapeutique, il propose les traitements, prescrit, hospitalise en situation de crise. Ce dispositif autorise l'investissement de la relation au thérapeute et protège la relation thérapeutique d'intrusions de la réalité externe, permettant la restauration des limites du Moi.

Le cadre bifocal est aussi utile lorsque « des mécanismes de clivage du moi et des objets envahissants, d'idéalisation, et d'identification projective sont à l'œuvre de façon prévalente et sont associés à une intensité des affects difficilement régulés et des troubles de la symbolisation ». L'existence d'un tiers diminue ces mécanismes et le transfert (en particulier maternel persécuteur) au thérapeute peut alterner ou se trouver étayée par l'idéalisation de l'autre thérapeute. Il y a donc une utilisation thérapeutique des mécanismes de clivage du patient (objet idéalisé, objet persécuteur).

Comme en analyse, « La prise en charge en charge bifocale psychiatrique et psychothérapeutique articulant réalité interne et réalité externe devra éviter, du fait même de cette problématique narcissique, deux écueils : la séduction (attirer à soi)

et l'éducation (diriger vers l'extérieur). L'essentiel est de trouver progressivement la bonne distance, à la lumière de ce qui se joue en général dans la vie du patient (dans sa réalité interne et externe). (...) Il s'agit dès lors de se montrer suffisamment disponible à un « rencontre identificatoire » pour établir un lien et le maintenir malgré les attaques, mais aussi d'éviter de répondre à l'avidité affective et à la quête identificatoire par une trop grande collusion transféro-contre-transférentielle ».

2.2.3.3 Les autres thérapies

Les thérapies cognitives ont démontré leur efficacité dans le traitement des dépendances. Les approches centrées sur l'affirmation de soi et sur les habiletés, ont également été développées.

Les thérapies brèves s'avèrent aussi voire plus efficaces que les thérapies cognitives. Elles s'inscrivent dans leur majorité dans une référence à la théorie psychanalytique. Elles instituent en préalable un critère de durée exprimé en nombre de séances, permettant de réduire le risque de dépendance au thérapeute, tout en supposant l'établissement d'une alliance thérapeutique suffisamment solide. (80)

Les thérapies systémiques ont démontré leur intérêt en approfondissant cette question du lien. Les systémiciens ne s'attachent pas à comprendre les causes mais plutôt les effets observables de chaque comportement, passant d'un mode linéaire et causal, à un mode circulaire où chaque action influence l'autre en retour. Le comportement de l'un n'est compris qu'en fonction de la réaction de l'autre. Le modèle de la co-dépendance en illustre l'exemple : « je suis dépendant de la personne dépendante » ou « le problème d'alcool me touche par l'entremise de l'alcoolique qui est mon proche ». La thérapie s'articule donc autour du lien qui unit le dépendant à ses proches et par la création d'un autre symptôme qui est la co-dépendance. Le systémicien traitera les deux en même temps, en ne s'attaquant pas au symptôme, mais aux relations entre les membres du système. Le but de la thérapie est d'abord l'émergence d'une demande et de définir un objectif auxquels adhèrent tous les membres. Le travail du thérapeute consistera ensuite à apporter une nouvelle vision des événements en passant d'un modèle linéaire à un modèle circulaire permettant une remise en cause du fonctionnement interrelationnel.(1)

2.2.4 La thérapie institutionnelle

J. Palazollo (96) évoque la triple fonction de l'hospitalisation permettant d'endiguer une situation de crise : « une fonction maternelle, une fonction d'espace intermédiaire et une fonction symbolique dont l'émergence pourrait signifier la fin du séjour hospitalier ». On retrouve les mêmes procédés que lors d'une psychanalyse, telle que Balint l'envisageait.

Pour l'institution, être en mesure de recevoir des patients en période de crise, c'est en quelque sorte fonctionner comme la mère suffisamment bonne décrite par Winnicott, incluant les notions de holding , de handling, et d'object-presenting, grâce aux soins prescrits (nursing infirmier, traitement, prise en charge hôtelière, gestion des l'emploi du temps, de l'argent...). Cette fonction contenante et pare-excitante, permet d'apaiser les angoisses. Elle induit une forme de régression dont la fonction thérapeutique servira à l'introjection du sentiment de sécurité interne. (96)

Il apparaît donc que la dépendance à l'institution est d'abord et avant tout à considérer comme la condition *sine qua non* de la création d'un lien à la structure d'accueil à partir duquel un parcours est possible. (41)

Une étape de transition doit lui succéder, car comme le spécifie J. Palazollo citant Racamier (102): « le malade ne peut satisfaire son besoin longtemps interdit qu'en rompant avec ceux qui l'ont soigné; parce qu'il a progressé grâce à eux, il ne peut guérir qu' en dehors d'eux ».

Pour B.Francart (41), « Le dépassement de cette dépendance passe moins par une rupture d'un lien inaugural dont la personne devrait se défaire que par le transfert de ce transfert initial en dehors de l'institution extrahospitalière. Le transfert du transfert, conçu non plus comme une rupture mais une continuité dans la séparation, est ce qui devrait être en point de mire de toute clinique psychiatrique ».

L'hospitalisation a pour fonction de créer cet espace intermédiaire, un entre-deux qui relie, dans un premier temps, le patient et l'hôpital (prémices de la séparation d'avec la mère institution), et dans un deuxième temps l'hôpital et l'extérieur (processus et avènement de l'individuation) (96). Ces deux phases répondent bien à l'idée de Kaës (69) selon laquelle : « être dépendant de l'autre signifie ne pas avoir assumé la

double coupure: l'une qui est le décollement du placenta de la mère, et l'autre, plus institutionnelle, qui est la coupure du cordon ombilical ».

Mais comment cet « entre-deux » va-t-il déboucher sur l'individuation, sur l'avènement du processus de séparation? Pour Palazzollo, ce passage s'officialie grâce à l'énoncé et la pratique d'une loi paternelle permettant l'élaboration de la rupture. L'énoncé de cette loi paternelle revêt une fonction symbolique.

La fonction de l'hospitalisation devient symbolique dès lors qu'elle laisse place à l'émergence du désir, qu'elle ne comble pas le manque dans une relation maternelle fusionnelle, qu'elle permette d'être à nouveau sujet et d'exister en dehors de l'hôpital.

Cet espace transitionnel est aussi un espace de réflexion dont les initiatives permettent de lutter contre cette chronicisation et l'évitement de la routine. L'institution doit travailler sur son propre fonctionnement (réunions de synthèse où sont abordées et réfléchies les relations soignants/soigné, supervision personnelle ou supervision d'équipe). J. Oury recourt au terme de « pathoplastie » pour analyser l'ensemble des facteurs exogènes qui peuvent contribuer à l'aliénation du sujet vis-à-vis de l'institution (94). Le travail d'analyse institutionnelle doit mettre en évidence des paramètres de la « fabrication de la pathologie ». Leurs variabilités sont fonctions de la dimension matérielle de l'institution, de l'ambiance, de la gestion du quotidien, de l'organisation de l'espace et du temps. Elles peuvent par exemple déboucher sur des prises en charge à temps partiel, de façon à laisser une part d'autonomie au patient. Elles peuvent porter sur la dimension individuelle ou encore s'intéresser à la dimension sociologique, qui traitera de la culture institutionnelle, de son mode de fonctionnement et de sa structure, ou encore à la dimension politique.(41)

La particularité des états-limites et plus particulièrement des sujets abandonniques, que l'on pourrait apparenter aux formes malignes de régression décrites par Balint, posent de nombreux problèmes à l'institution soignante. Ces patients n'ont de cesse de provoquer le rejet, jouant des schémas familiaux vécus dans l'enfance, dans une activité de répétition du traumatisme subi pour tenter de l'abréagir (19). S'instaurent alors assez vite des interactions soignants/soigné hautement pathogènes où tout ce qui se passe est vécu sur un mode affectif sans recul

théorique. Il peut se créer un système où la tolérance, le dévouement, l'acharnement thérapeutique des soignants conduisent le sujet à aller de plus en plus loin dans sa tentative de se faire rejeter. Ces attaques du sujet abandonnique impliquent elles-mêmes un surcroît de dévouement chez les soignants. Les patients sont alors parfois conduits à perpétrer des passages à l'acte de plus en plus graves qui vont les amener à être isolés pour des durées de plus en plus longues. Les soignants peuvent également multiplier les contre-attitudes dans un esprit de clivage, qui vont conforter ces sujets dans leur conviction de ne pas être aimables et aimés, et les inciter également à multiplier les passages à l'acte.

Le sujet abandonnique n'attaque pas la personne mais l'objet d'amour possible, c'est en tant qu'objet d'amour possible, et donc potentiellement rejetant que le soignant doit se penser. Le rôle du soignant et de l'institution est donc de garder sa cohésion, et de l'aider à trouver des aménagements qui limitent ses attaques contre tout lien affectif, par sa fonction rassurante, contenante et pare-excitante. C'est le cadre posé par l'institution qui va être thérapeutique. Les soignants ont tout intérêt à proposer des temps de rencontre (entretiens, activités) réguliers, inscrits dans le temps plutôt que de tenter de répondre au coup par coup à des demandes impossibles à exaucer. Ce temps de parole pourra alors reprendre, mettre en mots ce qui se joue « dans et avec l'institution » (50). Le sujet attaquera le cadre proposé mais il vaut mieux qu'il attaque ce cadre que la relation établie. Le rappel de la Loi est alors nécessaire par un tiers organisateur, limitant, mais aussi rassurant, sur lequel peut s'étayer un transfert paternel. La rencontre à trois (équipe, patient, référent, thérapeutique) permet au patient de retrouver le plaisir de penser, de se constituer comme sujet, d'expulser la réalité psychique interne autrement que dans l'impulsivité et le passage à l'acte, de prendre de la distance avec son symptôme et d'élaborer ses propres limites. (50)

Ce cadre pour assurer une cohérence, ne doit pas changer à chaque rupture, car « à la discontinuité psychique doit répondre la continuité immuable, mais non inerte, du cadre ».(50) A son besoin d'immédiateté doit répondre l'atemporalité de l'institution. Le patient peut alors découvrir que l'objet-institution résiste et survit à ses attaques, et qu'il est possible de le retrouver sans risque d'une nouvelle perte.

Gueguen et Peyron (50) s'interrogent sur les activités en institution. Celles-ci, lorsqu'elles sont trop nombreuses, risquent d'emboliser le peu d'espace psychique du patient, voire du soignant. Alors que le but visé par l'institution serait plutôt d'aider

le sujet à « ne rien faire », à retrouver « sa capacité d'être seul en présence d'un autre », comme l'entendait Winnicott, et non plus « inclus dans la pensée de l'autre ».

Ils évoquent également le risque pour le psychiatre de répondre à l'urgence par l'urgence, à être, dans le souci d'une efficacité immédiate, dans « l'acting » qu'il est sensé combattre. Cette approche laisse entière la question du devenir qui, faute d'une prise en charge cohérente, se révèle rapidement chaotique.

Il convient donc d'être prudent dans les solutions que nous apportons, de réfléchir à nos actions. L'évaluation des pratiques professionnelles et les recommandations de bonnes pratiques peuvent dans ce cas nous aider à choisir les bonnes réponses et améliorer notre prise en charge.

3 Facteurs de vulnérabilité liés à la dépendance ou à un temps d'hospitalisation prolongé

Avec le développement de l'évaluation de l'activité dans les établissements de santé et la diffusion du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), la durée de séjour d'un patient dans un établissement est devenue une variable de premier ordre, au cœur des nouveaux modes d'administration dans les établissements de santé. Elle peut, dans certains cas, constituer un marqueur de productivité et de bonne organisation, bien qu'elle ne soit pas intrinsèquement un indicateur de qualité de soins. Elle est aussi un marqueur des prévisions budgétaires. (82).

En associant un diagnostic dit « principal » à des actes dits « classants » puis en discriminant encore par d'autres éléments comme les éventuelles morbidités associées et l'âge, le PMSI en Médecine-Chirurgie-Obstétrique définit des Groupes Homogènes de Malades (GHM). Ces groupes présentent une homogénéité en termes de caractéristiques médicales et de durée de séjour.

En psychiatrie, il n'est pas possible de raisonner selon la même logique. Les spécificités de la prise en charge psychiatrique sont d'associer, sur une période souvent longue, de nombreuses modalités de soin : prise en charge ambulatoire, en hospitalisation complète ou partielle. Ensuite, le travail effectué est peu protocolisé ; multiforme, il est difficile à qualifier et il trouve son efficacité en relation avec l'environnement intra comme extra -institutionnel. En outre, les actes techniques sont peu nombreux et peu représentatifs d'un coût. Finalement, la notion de séjour associé à une pathologie avec des composantes de prise en charge assez bien cernées, et une durée significative, perd ici de son efficacité. (12)

Etudier les facteurs associés à la durée de séjour peut cependant permettre de préciser si certains d'entre eux sont modifiables par le biais de l'intervention, afin d'améliorer notre prise en charge. Par ailleurs, étudier la dépendance permet de considérer l'état du patient en situation et d'évaluer ses besoins en soins et en assistance. Le risque est sa dérive vers une démarche centrée sur le professionnel au niveau de la charge en soins, plutôt que sur le patient.(110)

Les données que nous avons étudiées sont issues du rapport d'activité 2007 du centre psychothérapique de Nancy, des statistiques sur la psychiatrie issues de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (9) ainsi que de la littérature scientifique comme l'étude de Pariente et al. (97), et des rapports nationaux de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) et de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE).

Il s'agit d'éléments cliniques, diagnostiques, d'antécédents, de facteurs socio-économiques susceptibles d'accroître le temps de présence en psychiatrie et/ou en lien avec un état de dépendance,

Ces éléments sont par la suite comparés dans la discussion aux résultats de notre étude.

Il convient tout d'abord de décrire le fonctionnement global du CPN ou nous avons réalisé notre étude. Puis nous préciserons les méthodes des autres enquêtes qui nous ont permis de comparer nos données, ainsi que les résultats d'études précédemment réalisées sur les variables prédictives des durées de séjour.

3.1 Le centre psychothérapique de Nancy

Le Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) est un établissement public spécialisé en santé mentale, qui assure la prise en charge des patients sur la partie sud du département de la Meurthe-Et-Moselle (54), découpé en 7 secteurs. Le CPN en gère 5 sur les 7.

Il regroupe huit services de psychiatrie (cinq de psychiatrie générale et trois de psychiatrie infanto-juvénile), ainsi qu'un département de la crise et de l'urgence, représentant un total de 333 lits d'hospitalisation à temps plein dont 307 en psychiatrie adulte, et 155 places en hôpital de jour dont 74 en adulte.

L'établissement a proposé un regroupement de ces services en 5 pôles cliniques.

Parmi ces 5 pôles, le Pôle Clinique du Grand Nancy regroupe 3 services de psychiatrie adulte, correspondant aux secteurs 1, 4 et 5 ainsi que le département pour la crise et l'urgence, intégrant 259 lits et 58 places à temps partiel.

Comme son nom l'indique, il assure la prise en charge des patients résidant dans l'agglomération de Nancy.

Son fonctionnement essaie de s'adapter à la trajectoire des patients, plutôt que de proposer une simple juxtaposition de structures d'hospitalisation polyvalentes caractérisées uniquement par le domicile du patient lors de son admission.

Il s'agit de prendre en compte les différences de situation clinique en termes d'intensité de prise en charge, de niveau de surveillance nécessaire, ainsi que de durée.

Ainsi, chaque service a des missions spécifiques en termes de prise en charge, pathologies rencontrées, et durées de séjour.

« L'unité 1 étage », où nous avons fixé le centre de notre étude sera décrit ultérieurement.

3.2 Les études réalisées

Plusieurs enquêtes nationales ont été réalisées en 1993, 1998 et 2003, menées par le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour la recherche et la formation en santé mentale et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et pour la Direction générale de la santé (DGS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Il s'agit d'enquêtes transversales et descriptives, par questionnaires adressés aux établissements sur les patients accueillis dans les secteurs de psychiatrie.

Ces enquêtes étaient des coupes transversales un jour donné de la population prise en charge. Un secteur sur deux, tiré au sort était sélectionné pour participer à l'étude. En 1998, 130 519 patients ont été inclus dans l'enquête. La situation socio-démographique, le mode de prise en charge, la situation clinique des patients étaient pris en compte, recueillis par les équipes soignantes.

L'enquête HID : « Handicap-incapacité-dépendance » a été réalisée par l'Insee sous la responsabilité scientifique de F. CASADEBAIG (Inserm) et F. CHAPIREAU (Drees, Dim, Hôpital Erasme) auprès des personnes vivant en institution et plus

particulièrement les patients hébergés par les établissements spécialisés en psychiatrie. Les analyses réalisées dans le cadre de cette étude sont essentiellement descriptives, et procèdent d'un examen des résultats globaux et en fonction de la durée de présence dans l'établissement. Elles précisent le devenir à moyen terme (2 ans après) des populations décrites en 1998 dans l'enquête DGS-INSERM décrite précédemment. Elle concerne 47000 patients.

La combinaison des approches transversale et longitudinale permet d'analyser les cas de sortie ou de séjour prolongé en institution pour différents groupes de patients, selon leur temps de présence en 1998. Les analyses ont été organisées autour des trois grandes thématiques suivantes :

- la spécificité des séjours en psychiatrie, qui peut être résumée par l'extrême dispersion des durées de séjour en comparaison avec les autres institutions,
- une analyse des déficiences déclarées dans les institutions psychiatriques,
- la diversité des populations accueillies sur le plan social, et au cadre de vie qui leur est réservé en institution psychiatrique, à travers les conditions de logement, les modalités de relation avec l'extérieur et les sorties en lien avec différentes activités culturelles.

En étudiant la population des patients hospitalisés au long cours entre 1998 et 2000, Chapireau (24) a retrouvé plusieurs facteurs de risque : **le jeune âge de début des troubles, une hospitalisation avant l'âge de 18 ans une pathologie grave, souvent psychotique, le repli social, l'absence de cellule familiale, un réseau de soutien peu étoffé, une domiciliation chez des parents ou en institution avant l'hospitalisation.** Le degré de difficulté et de handicap est globalement croissant avec l'ancienneté de présence. Cependant les longs séjours ne sont pas de durée illimitée. Certains longs séjours conduisent à une sortie. Il n'apparaît pas que les hospitalisations prolongées seraient l'effet d'un fonctionnement insatisfaisant des soins à temps plein en psychiatrie.

L'étude de St. Pfeiffer et al., publiée en 1996, s'intitule "Factors associated with the outcome of adults treated in psychiatric hospitals : a synthesis of findings". Il s'agit d'une revue de littérature qui exploite les résultats de 54 études publiées entre 1975 et 1992, sur les facteurs associés à un dénouement favorable ou non de patients traités à l'hôpital psychiatrique.(100)

Dix variables ont été analysées : parmi elles, **l'apparition progressive de la maladie, les antécédents multiples d'hospitalisations, l'âge d'apparition précoce de la maladie, le statut de célibataire et l'absence d'utilisation de psychotropes** étaient des facteurs forts d'une issue défavorable.

Le diagnostic de **schizophrénie ainsi que les troubles de l'humeur d'intensité élevée, le sexe masculin, les facteurs précipitants (abus physiques, problèmes familiaux, environnement stressant), et la durée de la maladie** étaient des prédicteurs moyens d'une issue défavorable.

La durée de séjour prolongée n'était pas statistiquement liée à un dénouement favorable. Sur 13 études, 7 retrouvait cependant une corrélation positive contre 2 négatives. 4 études ne trouvaient pas de lien significatif. Plusieurs études ont démontré qu'une hospitalisation brève diminuait le risque de perturbation associé au retour du patient dans la communauté. Cependant, ils citent Mirin et al.(85) pour expliquer que les recherches actuelles ne soutiennent pas les hospitalisations de longue durée, que l'absence d'études concluantes et l'accent mis récemment sur la limitation des coûts ont conduit à des décisions politiques favorisant les hospitalisations brèves.

Jayaram, Tien, Sullivan, et Gwon (64) ont étudié en 1996 les facteurs qui différencient les patients entre les séjours hospitaliers de courte durée (2 semaines ou moins) et ceux avec de longs séjours à l'hôpital (plus de 2 semaines). Leur étude a révélé que **l'âge, le niveau de dépréciation, et le niveau de fonctionnement autonome (ADL)** étaient des prédicteurs indépendants de durée de séjour. En d'autres termes, **les plus âgés, les plus affaiblis, et les patients les plus dépendants (physiquement et relationnellement) avaient de plus longues durées de séjour.** Ils ont par ailleurs constaté que **la toxicomanie était un prédicteur négatif de durée longue de séjour.**(14) Par ailleurs, ils ont déterminé que les conditions locales jouaient dans la détermination de la durée de séjour. Par exemple, ils ont constaté que **la présence de praticiens séniors à l'hôpital, l'existence d'outils de dépistage et de protocoles, la meilleure disponibilité de l'équipe et une meilleure formation, ainsi que le renforcement des liens avec les services des urgences** faisaient baisser les durées de séjour.

Huntley et al (57) ont étudié en 1998 quatre facteurs prédictifs d'une durée longue de séjour : **un diagnostic de schizophrénie, le nombre d'hospitalisations**

antérieures, un trouble de l'humeur, et l'âge élevé. Conformément à Jayaram et al., la toxicomanie était associée négativement à la durée de séjour.

Hopko, Lachar, Bailey, et Vamer (56) ont montré en 2001 que **l'opposition aux soins, les symptômes positifs** (troubles de la pensée et de désorganisation), et **l'inconfort psychologique** (mesure de l'humeur et des symptômes de l'anxiété) étaient prédictifs de soins prolongés à l'hôpital.

Blais et al. (14) ont constaté en 2003 que certaines variables étaient d'importants facteurs prédictifs indépendants de durée longue de séjour (supérieur à 25 jours) : **être âgé, être hospitalisé sans son consentement, le manque d'aisance en anglais, et les antécédents de multiples hospitalisations antérieures**. En outre, les variables de la maladie tels que les **troubles cognitifs, un diagnostic primaire de dépression majeure, et un faible score à l'échelle globale de fonctionnement (EGF)** pouvaient augmenter la durée de séjour. D'autres facteurs prédictifs indépendants étaient la réalisation **d'électroconvulsivothérapie, une audience au tribunal** pendant l'hospitalisation, et le **nombre important de consultation médicale externes**. **La toxicomanie avait une corrélation négative significative avec la durée de séjour.**

L'étude de Gimenez et al. (67) réalisée en 2004 permettait d'observer que la plus forte influence sur la durée de séjour provenait de **l'âge, la réponse au traitement, les troubles de la personnalité, l'électroconvulsivothérapie, les troubles liés à la sexualité et / ou les troubles du comportement alimentaire et l'apparition de symptômes psychotiques**.

L'étude de Compton et al. (26) de 2006 retrouve des variables prédictives de court séjour : en unité de crise (7 jours en moyenne), **l'absence de toxicomanie, un score bas à l'EGF et des mesures d'isolement ou de contentions** étaient prédictifs de plus longs séjours. En service classique (13 jours en moyenne), **le sexe masculin, un troubles psychotique** étaient prédictifs de longs séjours en plus des autres variables pré-citées, alors **qu'un trouble de la personnalité ou une sortie contre avis médical étaient plus souvent associés à des courts séjours**.

L'étude de Pariente P. et al., publiée en 2006, s'intitule « facteurs associés à la durée de séjour dans un établissement de santé en psychiatrie » (97). Son objectif était de « déterminer si la durée de séjour dans un établissement psychiatrique était statistiquement liée à des variables socio-économiques et médicales ». Il s'agit d'une

étude rétrospective, conduite à l'Institut Marcel Rivière dans les Yvelines, incluant 830 patients hospitalisés à temps plein au cours de l'année 2003. Le recueil des données a été réalisé à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Les variables étudiées ont été comparées en fonction de leur durée de séjour (définie comme la somme des temps d'hospitalisation ayant débuté au cours de la période définie) et de la médiane de séjour. Les patients ayant un risque significatif d'avoir une durée de séjour supérieure à la médiane (42 jours) étaient ceux ayant subi une **période d'isolement thérapeutique**, les patients **psychotiques**, et ceux qui présentaient un **score ADL (« Activities of Daily Living ») supérieur à 12**. Les patients qui avaient une durée de séjour supérieure à 166 jours (la moyenne=74 jours plus un écart-type=92) étaient en plus statistiquement **célibataires, de sexe masculin, bénéficiant de l'AAH, avec une perte marquée d'autonomie (score ADL élevé)**.

L'étude de Warnke I et Rössler W. (111)_publiée en 2008, porte sur 30000 patients analyses entre 1997 et 2003 en Suisse dans différents hôpitaux psychiatriques. Leurs résultats montrent que **l'utilisation de substances psycho-actives et le trouble de l'adaptation sont des facteurs prédictifs de courts séjours** (par rapport à la médiane de 23 jours), tandis que les **troubles organiques et les troubles du comportement alimentaire ont les plus longues durées de séjours**. L'analyse poussée des résultats n'a pu montré de corrélation statistique avec les autres variables cliniques et sociodémographiques.

La Revue de Pertinence des Soins sur les « Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé » (4) évoque une étude Suisse déroulée en 1999 dans un établissement psychiatrique suisse de 122 lits ayant élaboré une grille de critères totalement spécifique de l'activité psychiatrique. Elle a mis en évidence que 15 % des journées au cours de l'enquête ont été jugées non pertinentes. Ces journées sont globalement plutôt localisées en fin de séjour et concernent des hospitalisations de durée moyenne ou longue.

Dans les causes de retard, on note :

- **l'absence de logement disponible (30,9 %)**
- **un assistant social surchargé ou absent (10,3 %)**
- **tutelle ou curatelle en attente (6,6 %)**
- **demande émanant d'une décision de justice (10,3 %)**

- **demande du tuteur (11,6 %)**
- **la famille refuse un retour au domicile (5,8 %)**
- **le malade refuse de sortir (3,3 %)**
- **le responsable clinique retarde son intervention (2,5 %)**

Les conclusions de cette enquête pointent le manque d'assistance sociale. Elles ont par ailleurs permis une réorganisation de certaines procédures, notamment dans la phase de préparation de la sortie.

En conclusion : ces études démontrent qu'un temps d'hospitalisation prolongé est statistiquement lié à plusieurs variables, qui diffèrent d'un lieu à l'autre et en fonction de ce qu'on entend par durée prolongée. La plupart s'accordent pour dire que la psychose entraîne une durée de séjour plus longue. Puis on retrouve le sexe masculin, la dépendance fonctionnelle, l'âge élevé, le non consentement aux soins et la nécessité d'isolement ou de contention. Les autres variables sont moins étudiées ou moins retrouvées : les troubles thymiques, les troubles du comportement alimentaire, le début des troubles avant la majorité, des troubles associés, des antécédents d'hospitalisation sont des facteurs également à prendre en compte.

A noter la fréquente association entre courte durée de séjour et trouble addictif. Pour Ries RK. et al. (105) qui ont plus spécifiquement étudié ce phénomène, ces patients sortent souvent contre avis médical et sont rapidement réadmis, ce qu'ils caractérisent comme la « nouvelle porte tournante des soins psychiatriques aigus »,

Les critères sociaux ont été étudiés mais n'ont bien souvent pas eu de significativité suffisante. On retrouve cependant un isolement social, l'absence de logement, un statut de célibataire, des revenus sociaux dans les facteurs de longue durée.

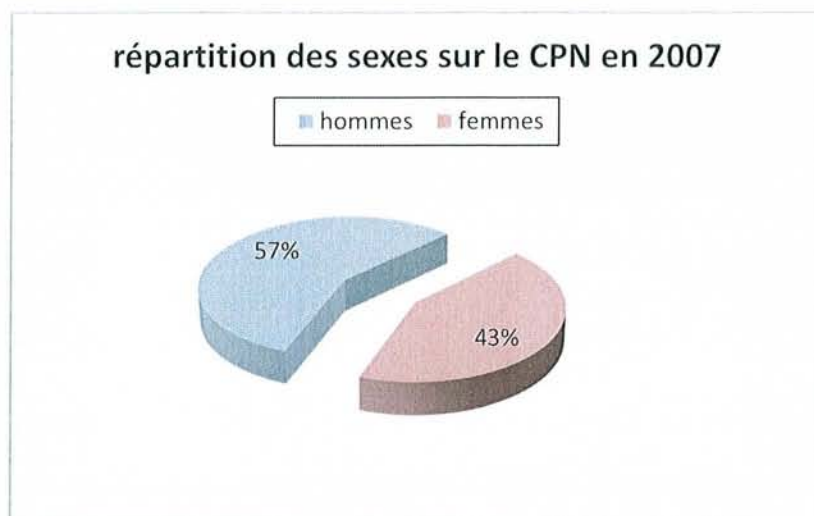
Enfin, il convient de souligner l'influence des critères institutionnels comme le manque d'assistance sociale, ainsi que l'opposition à la sortie par le malade, la famille, le tuteur ou l'état.

Nous allons maintenant décrire la population classique des services de psychiatrie sur les plans démographique, clinique et socio-économique, en étudiant celle du centre psychothérapique de Nancy, que nous rapporterons à la population de l'ensemble des hôpitaux psychiatriques ou à la population générale.

3.3 Profil des patients

3.3.1 Sexe

Sur la file active totale du CPN, la proportion d'hommes est de 57 % en 2007 (35). Elle est de 55 % en 2008. (9)



Dans l'enquête « Handicaps -Incapacités – dépendance » (22), les hommes sont 58 % dans les CHS en 2000 (échantillon de 2000 individus). Cette estimation est confirmée par l'enquête Dgs-Inserm de 1998 (57 %), et par la DREES en 2003 (58 %) (77). Les statistiques RIM-P recensent en 2008 54 % d'hommes.(9)

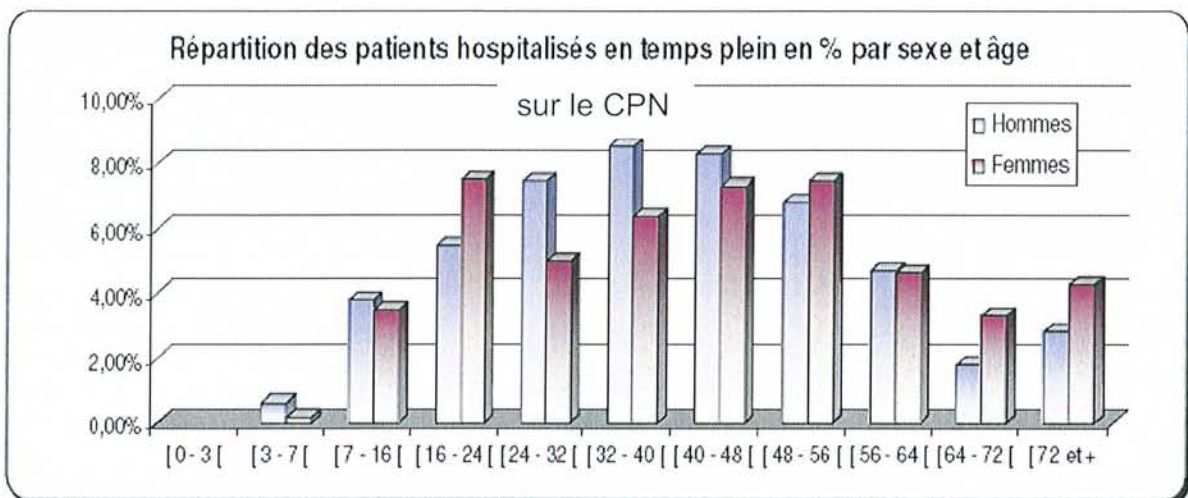
Proportionnellement, les hommes sont d'autant plus nombreux que le temps de présence est élevé : ils représentent environ 50 % des patients présents depuis moins de 2 mois, et environ 60 % des patients présents depuis plus de 2 mois (22). De même, les patients hospitalisés depuis plus de 292 jours en 2008 sont des hommes à 60 % (9).

Dans l'étude de Pariente P. et al., les hommes sont moins nombreux mais restent plus longtemps que les femmes (81,5 jours en moyenne contre 68,6 jours pour les femmes).

3.3.2 Âge

3.3.2.1 Sur le CPN

La moyenne d'âge est de 43,9 ans en 2007 et 43,5 ans en 2008 (9). On retrouve un pic dans la tranche 32-48 ans chez les hommes, et deux pics chez les femmes dans les tranches 16-24 ans et 40-56 ans. Les patients hospitalisés au long cours ont 35,8 ans en moyenne.



3.3.2.2 Sur l'ensemble des services de psychiatrie

Dans l'enquête HID (22) l'âge moyen des résidents des établissements spécialisés en psychiatrie est de $45,7 \pm 13,5$ ans : Les hommes sont un peu plus jeunes avec $42,5 \pm 12,7$ ans contre $49,6 \pm 13,9$ ans chez les femmes.

Les patients présents depuis 2-23 mois sont plus jeunes en moyenne (42 ans, contre 46 ans pour les patients entrés depuis moins de 2 mois et 46 ans pour les patients présents depuis au moins 2 ans).

Les patients hospitalisés depuis plus de 292 jours (hospitalisations au long cours) sont plus jeunes avec une moyenne d'âge de 36,8 ans en 2008. (9)

Dans l'étude de Pariente P. et al.(97), la durée de séjour est la plus importante chez les patients de 25 à 44 ans (91,1 jours), puis elle diminue dans les âges supérieurs.

3.3.3 Pathologies des patients

Sur le CPN en 2007, Le diagnostic principal (DP) le plus fréquent au niveau de la file active globale est le code F4 qui correspond aux troubles névrotiques, soit 28 %. Il dépasse de dix points les deux diagnostics suivants c'est-à-dire F3 - troubles de l'humeur- et F9 -troubles du comportement et troubles émotionnels -(tous les deux à 18 %). Les schizophrénies et troubles délirants (F2) n'arrivent qu'en 4^{ème} position et représentent seulement 9, 83 % de la file active globale.

File active globale du CPN en 2007 : F4>F3=F9>F2

Toutefois, la distribution des diagnostics principaux est très différente selon la nature de prise en charge soit temps complet soit ambulatoire. Ainsi la proportion importante des troubles névrotiques (F4) est principalement due aux patients pris en charge en ambulatoire et qui en raison du volume de patients très largement supérieur à celui de l'hospitalisation conditionne le classement. C'est pourquoi, de 28 % en ambulatoire, les troubles névrotiques (F4) ne représentent plus que 13 % en hospitalisation temps plein et viennent en quatrième position.

Cependant cette fréquence reste importante au regard des 4,4 % de troubles névrotiques retrouvés lors d'une étude de la DREES en 2003 sur la morbidité des patients en secteur adulte pris en charge à temps complet. (77)

La proportion de cette catégorie diagnostique sur l'ensemble de l'établissement est également fortement influencée par la file active infanto-juvénile. Ce phénomène s'observe de façon encore plus notable pour les codes en F9, premier diagnostic principal chez les enfants, où l'on constate que la proportion est de 4 % pour l'hospitalisation et de 19,30 % pour l'ambulatoire.

Si entre la file active ambulatoire et la file active globale, il n'existe pas de distinction dans la répartition des DP, cela est tout à fait différent pour la file active hospitalisation temps plein.

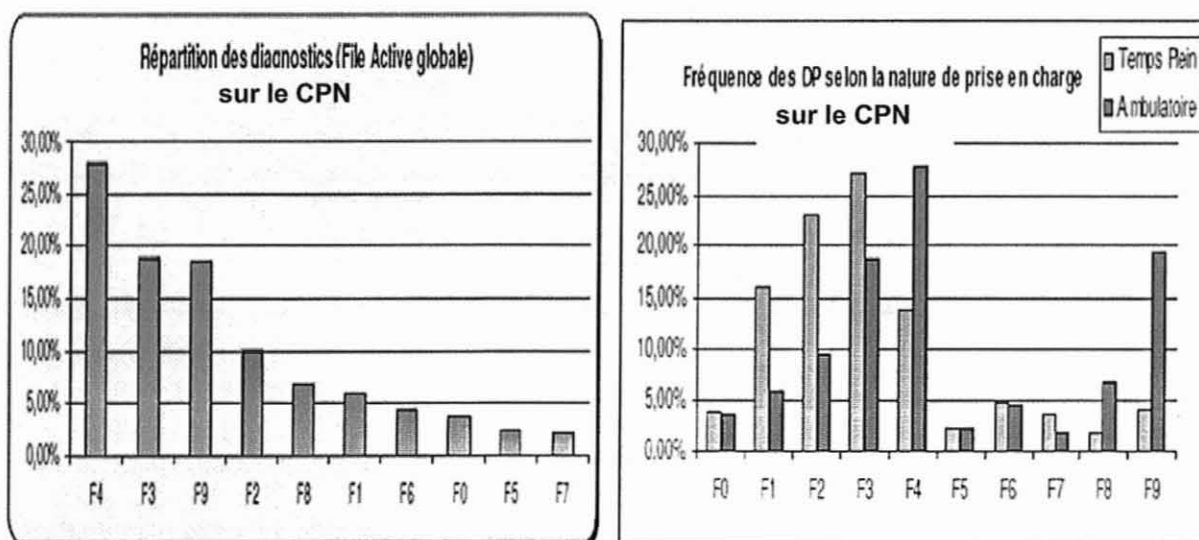
En effet, les troubles de l'humeur (F3) représentent 27 % des DP des patients hospitalisés et les schizophrénies (F2) près de 23 %. Dans ce type de prise en charge il convient également de noter l'importance des conduites addictives (F1) en troisième position avec 16 % des DP.

File active hospitalisation temps plein sur le CPN en 2007 : F3>F2>F1>F4

En comparaison à l'étude transversale, un jour donné, de 2003 de la DREES, les schizophrénies et troubles schizotypiques et délirants (F2) sont au niveau du CPN bien en deçà des constats et résultats de l'enquête : « Ces affections concernaient 39 % des patients en 1993, 41 % en 1998 et 38 % en 2003 ». En revanche, la catégorie des troubles de l'humeur (F3) est plus représentée au niveau de l'établissement (27 %), et rejoint en ce sens les observations de l'étude de la DREES qui notait déjà une augmentation de sa fréquence entre 1993 et 2003 passant de 9 % à 16 %.

File active hospitalisation temps plein de la DREES en 2003 : F2>F3>F1>F7

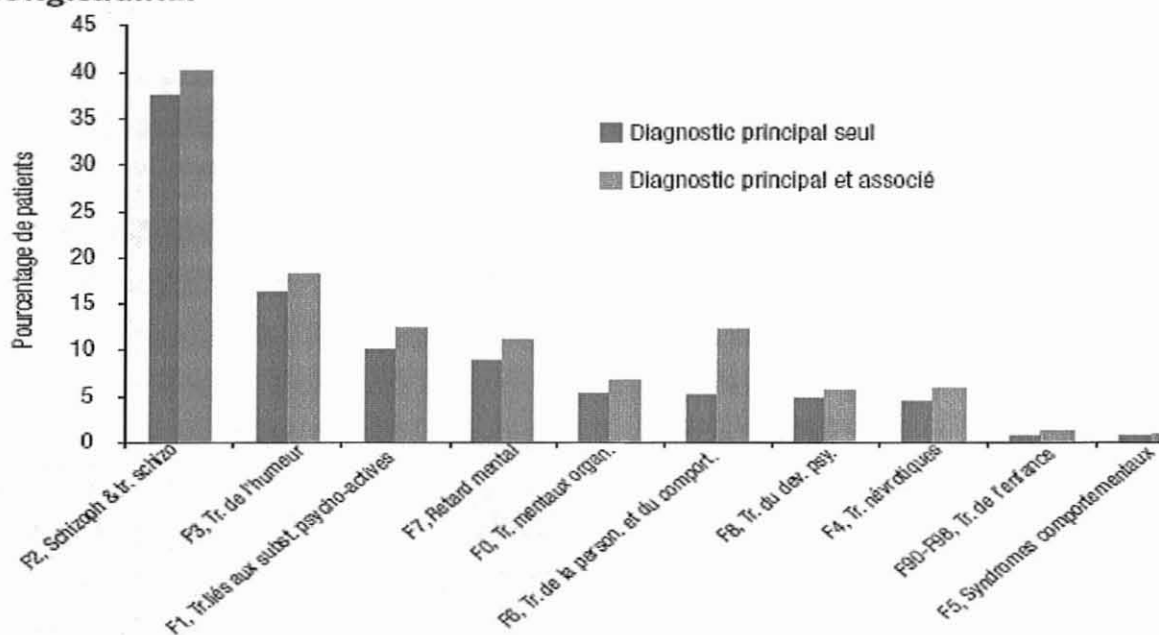
Un point particulier est fait sur les pathologies qui ont vu leur fréquence diminuer considérablement depuis ces 15 dernières années au niveau national et souvent à l'origine de prises en charge de très longues durées. Concernant les troubles mentaux organiques (F0), principalement les démences, leur fréquence est de 4 % en 2007 ce qui correspond à celle de l'enquête. Pour les catégories Retard Mental (F7) et Troubles du développement psychologique (F8), dont les autismes, leur fréquence respective est de 3,55 % et de 1,80 %. Là également les fréquences sont moindres que celles de l'enquête transversale, un jour donné, qui relevait 9 % pour F7 et 4,8% pour F8.



L'enquête 2003 de la DREES prend également en compte les diagnostics associés. L'association des diagnostics longitudinaux aux diagnostics principaux permet d'obtenir un profil plus précis de la morbidité des patients. Mécaniquement, la prise en compte simultanée de la morbidité principale et longitudinale accroît le nombre des affections dans tous les groupes pathologiques (graphique 8) augmentant

particulièrement les troubles de la personnalité et du comportement (F6) observés un jour donné. En effet, alors que ces troubles touchaient 5% des patients lors de l'analyse des seuls diagnostics principaux, ils en affectent 12 % lorsque l'on prend en compte l'ensemble des diagnostics, ce qui classe désormais ce groupe au troisième rang en termes de fréquence. Parmi ces troubles, les plus souvent cités sont les personnalités émotionnellement labiles, les personnalités dépendantes, histrioniques, dyssociales, paranoïaques ou schizoïdes.

Répartition des patients selon le diagnostic psychiatrique principal et selon le diagnostic principal associé au diagnostic psychiatrique longitudinal



Champ • Prises en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale, un jour donné en 2003, adultes, France métropolitaine.

Sources • Enquête nationale sur la population prise en charge par les établissements de psychiatrie, DREES, 2003; expérimentation PMSI-Psychiatrie, ATIH, 2003; exploitation IRDES.

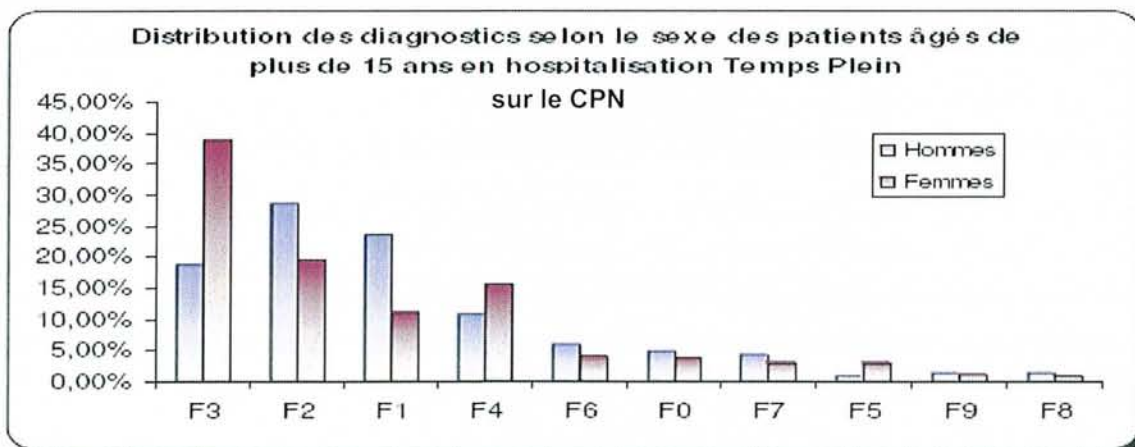
3.3.3.1 Pathologies en fonction du sexe

La catégorie des schizophrénies correspondait à 41% des diagnostics chez les hommes et 32 % chez les femmes dans l'étude de la DREES en 2003(77) contre 28% chez les hommes et 19 % chez les femmes au niveau du CPN.

De même concernant les troubles de l'humeur (F3), au niveau de l'établissement, la catégorie F3 représente 38,75 % des diagnostics pour les femmes (vs 24% dans l'étude) et 18,86 pour les hommes (vs 8%). Malgré des chiffres moins élevés dans l'étude de la DREES il existe la même hiérarchisation de la fréquence pour ces deux catégories de diagnostic selon le sexe.

Concernant les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F1) cela concerne 23,46 % des hommes et 11,02 % des femmes, bien au dessus des 10% des patients pris en charge à temps complet (13 % H et 7 % F) relevés lors de l'étude de la DREES.

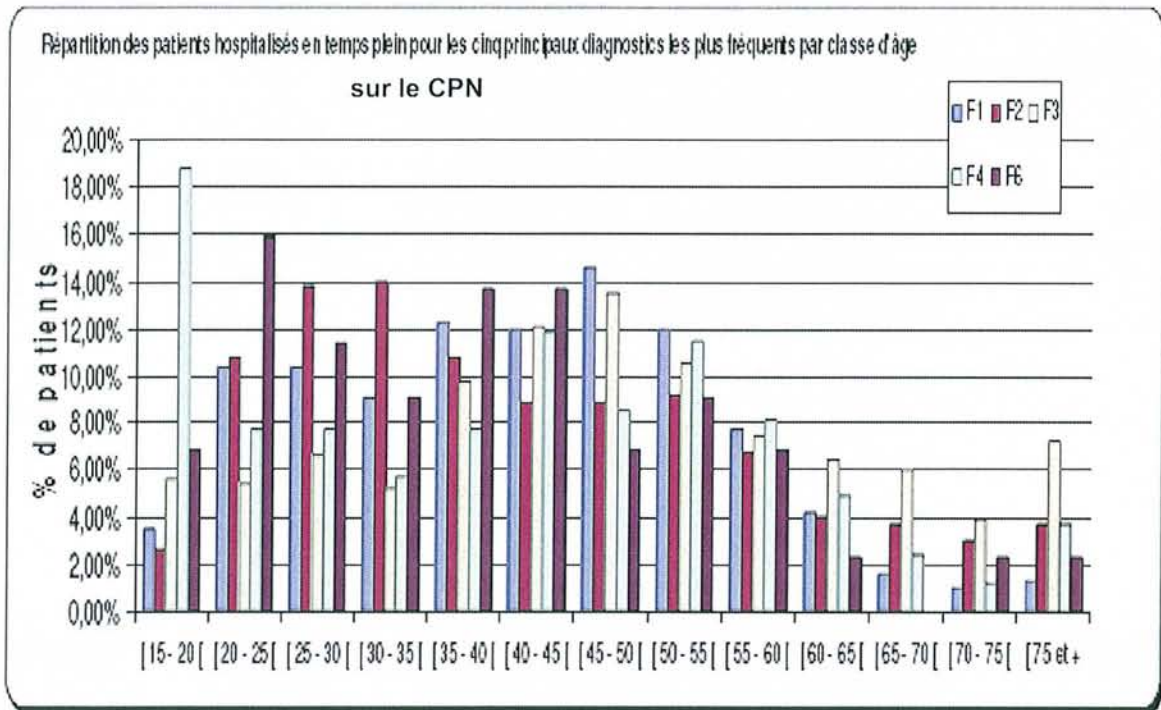
Enfin, les diagnostics dans la catégorie F7 (retard mental) représentent 3,50% des patients adultes hospitalisés du CPN (4,15 % H et 2,84 % F) ce qui est relativement faible par rapport aux 8,8% des patients pris en charge à temps complet (10% H et 7% F) de l'enquête.



3.3.3.2 Pathologies selon l'âge

Sur l'ensemble du CPN pour l'année 2007 (35), Les troubles névrotiques (F4) constituant la catégorie principale dans la classe d'âge 15-20 ans deviennent nettement moins significatifs dans les autres classes.

Les troubles dépressifs (F3) sont devant les autres diagnostics après 60 ans.



3.3.4 Temps de présence

3.3.4.1 Au CPN

En calculant le nombre de séjours sur le nombre de journées d'hospitalisations, on obtient la durée moyenne de séjour qui est de 37 jours en 2007 et 39 jours en 2008. Les durées diffèrent selon le services : un service dédié à la crise a des temps de séjour très court (2 jours) comparé à un service de réhabilitation (62 jours).

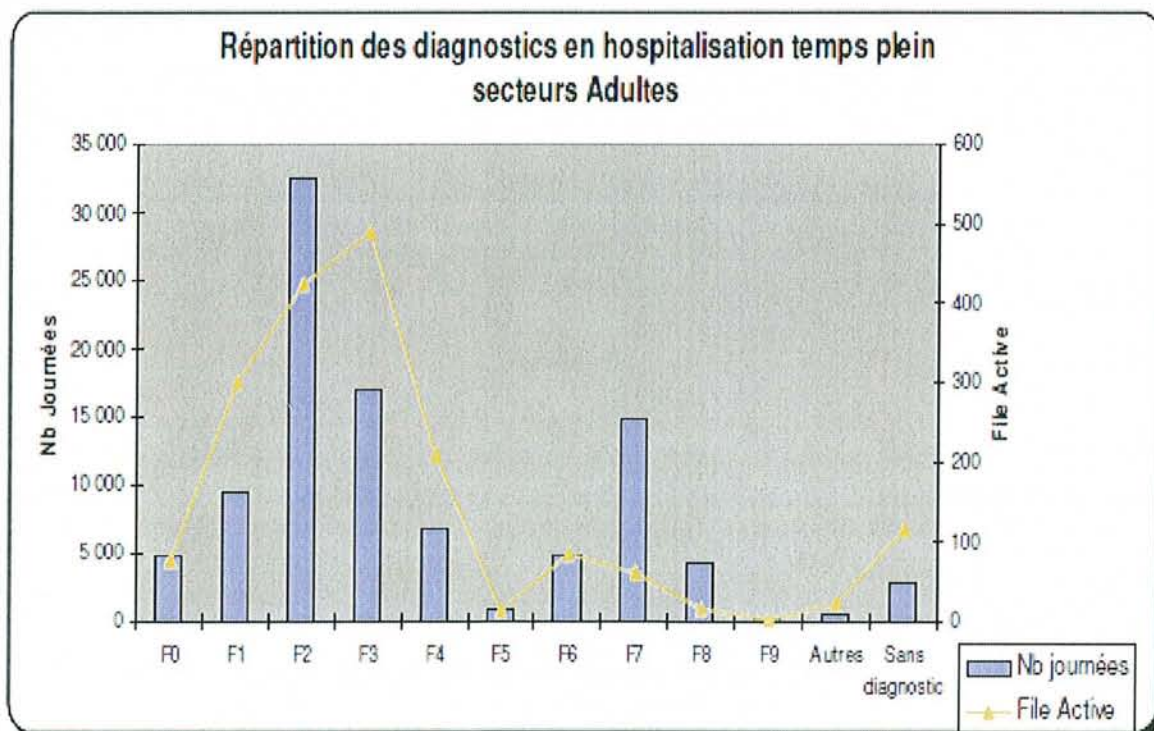
Les temps peuvent aussi différer selon les modalités d'hospitalisation. En 2007, on comptait 76 HO et 477 HDT sur les 1837 hospitalisations à temps complet du CPN, soit respectivement 4 % et 26 % des hospitalisations. La durée moyenne d'hospitalisation était de 40 jours en HDT et 90 jours en HO. A noter qu'au niveau de

l'analyse des diagnostics principaux, on constate que 53% des journées d'hospitalisation pour les séjours en HO ou HDT relèvent d'un diagnostic de la catégorie F2.

Concernant les prises en charge à temps plein en psychiatrie adulte, le nombre de journées d'hospitalisation en fonction du diagnostic est très différent d'une catégorie à une autre.

Ainsi sur l'ensemble de l'établissement, les schizophrénies représentent 32 % des journées d'hospitalisation et seulement 24 % des diagnostics. De même la catégorie F7 retard mental représente 20,6 % des journées d'hospitalisation alors qu'elle ne concerne que 3,5 % des diagnostics. (A noter qu'une des unités correspond à 56 % des journées pour la catégorie F7.)

Inversement les troubles de l'humeur (F3) dont la proportion est à 28,74 % des diagnostics ne constituent que 14% des journées d'hospitalisation. Ceci est également vrai pour la catégorie F4 qui ne représente que 5,64 % des journées pour une fréquence de diagnostic de 13, 16 %.



3.3.4.2 Au niveau national

En 1998, la durée moyenne de présence en établissement spécialisé en psychiatrie était d'environ 4 ans, et la médiane environ 4 mois (22)

Les répartitions par quantiles montrent l'extrême variabilité des temps de présence en psychiatrie : 10 % des patients sont présents depuis moins de 14 jours, 25 % des patients sont présents depuis moins d'un mois et plus de la moitié (54 %) depuis moins de six mois. 5 % des patients sont présents depuis plus de 25 ans.

Sur l'ensemble des établissements spécialisés en psychiatrie, 43 % des personnes âgées de 20 à 69 ans en 1998 sont toujours en institution en 2000.

Les statistiques portant sur la file annuelle de 2000 des secteurs de psychiatrie générale estiment à 45 jours la « durée moyenne de présence » sur cette année, c'est-à-dire le nombre de jours total d'hospitalisation avec ou sans continuité. (37)

Les données plus récentes font état d'une durée moyenne de séjour de 27 jours en 2007 et 23,8 jours en 2008 en France. (9)

Dans l'étude de Pariente P. et al., La durée de séjour variait de 1 à 524 jours, avec une moyenne de 74 jours et une médiane de 42 jours.

Les psychoses représentaient 20 % de leurs diagnostics établis ; Leur durée de séjour moyenne était de 138 jours contre 42 jours pour les troubles névrotiques (20 % des patients), 65 jours pour les troubles de l'humeur (37 % des patients) et 76 jours pour les troubles liés à l'alcool (14 % des patients).

3.3.5 Age de premier contact

Au niveau du C.P.N (35) l'âge moyen du premier contact est de 31 ans et dans 87,45% des cas ce contact s'effectue lors d'un soin ambulatoire (11,10% en temps complet et 1,45% en temps partiel).

L'enquête PMSI de l'ATIH (9) retrouvait en 1998 6,7 % entrés l'année même, 54,9% dans les 5 ans (entre 1993 et 1997), 11,8 % entre 1988 et 1992, et 26,46 % avant 87.

On constate que ce premier contact est généralement très ancien chez les personnes ayant un retard mental ou un trouble du développement psychologique, tel que l'autisme. Dans l'enquête HID (77), Les contacts les plus anciens (vingt ans et plus) s'observent chez les patients présentant un retard mental, un trouble du développement psychologique et, dans une moindre mesure, une schizophrénie.

3.3.6 Difficultés liées à l'enfance

Au niveau de l'ensemble des hôpitaux psychiatriques, seuls 3,9 % des patients décrivaient des difficultés liées à une enfance malheureuse. (22)

3.3.7 Agressions

2,3 à 2,5 % de la population française sont victimes de violences physiques chez les individus de plus de 14 ans et 15,6 à 15,9 % sont victimes de menaces ou injures. (59)

Il est recensé 5,2 % d'agressions sexuelles de tout type en en 2006 et 2007 en France (dont 0,7 % de viol) chez les individus de 18 à 75 ans.

3.3.8 Tentatives de suicide

9% des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale (12 % pour les femmes et 6,7 % pour les hommes) ont fait au moins une tentative de suicide l'année précédant l'enquête de 2003 (77).

Chez les patients pris en charge à temps complet, le taux de tentatives de suicide diminue de manière régulière avec l'âge : ainsi, plus de 23% des patientes de 20 à

24 ans déclarent avoir tenté de se suicider contre 5% de celles de 65 ans et plus. Cette diminution s'observe également chez les hommes mais de manière moins marquée, le taux ne dépassant jamais les 10%.

La fréquence des tentatives de suicide apparaît liée au diagnostic principal. Ainsi, 21% des patients hospitalisés pour troubles de l'humeur ont fait une tentative de suicide l'année précédant l'enquête (25 % pour les seuls patients dépressifs). C'est également le cas de 19 % des patients hospitalisés pour troubles névrotiques et de 16 % des personnes présentant des troubles de la personnalité ou du comportement. Inversement, les tentatives de suicide sont rarement le fait de personnes présentant un diagnostic de retard mental ou encore de démence.

En population générale, 7,7 % des femmes et 3,3 % des hommes déclaraient avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie. (53)

En 2005, 5,5 % des personnes interrogées déclarent avoir eu, au cours de l'année, des idées suicidaires et 0,24 % a fait une tentative de suicide. Les deux tiers des tentatives sont effectuées par des femmes. (84)

Le taux de récurrence apparaît important, évalué à 22 % pour les hommes et 35 % pour les femmes. Au début des années 2000, environ 195 000 tentatives de suicide auraient donné lieu, chaque année, à un contact avec le système de soins. Près de 30 % d'entre elles auraient été vues par les médecins généralistes libéraux et un peu plus de 80 % auraient motivé une venue aux urgences, directement ou après le recours à un médecin. En outre, un tiers aurait été orienté vers une hospitalisation en psychiatrie, initialement ou après un séjour de courte durée en soins somatiques. Les tentatives de suicide sont majoritairement le fait des femmes, surtout jeunes.

La diminution des idées suicidaires et des tentatives de suicide avec l'âge s'observe également en population générale. À l'inverse, le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge, en particulier au-delà de 70 ans.(53)

3.3.9 Tabagisme

3.3.9.1 *En psychiatrie*

Les personnes présentant un trouble mental sont entre deux et dix fois plus nombreuses à fumer que la population générale(112). Par ailleurs, les fumeurs qui

présentent un problème psychiatrique sont plus souvent de gros fumeurs (plus de vingt cigarettes par jour) que les autres fumeurs. Leur degré de dépendance à la nicotine est également nettement plus élevé. Certaines pathologies psychiatriques sont plus spécifiquement associées au tabagisme. La prévalence du tabagisme chez les patients souffrant de troubles schizophréniques est trois à quatre fois plus élevée que dans la population générale. Cette association est encore plus forte pour la dépendance à l'alcool et les autres addictions : le taux de prévalence du tabagisme dans ces situations est estimé à plus de 70%. Le tabagisme est également fortement corrélé avec les troubles de l'humeur et les troubles anxieux (excepté les TOCs). Ces individus sont en effet deux à cinq fois plus souvent fumeurs que des individus sans troubles psychiatriques. (90)

La symptomatologie dépressive est par ailleurs plus sévère chez les sujets les plus dépendants du tabac. Les fumeurs souffrant de troubles de l'humeur consommeraient 2 fois plus de tabac que ce qui est consommé par les fumeurs de la population générale. (90)

3.3.9.2 Au niveau national

La tendance est globalement à la baisse depuis les années 90. Les jeunes consomment plus ; cependant la dépendance forte augmente avec l'âge jusqu'à 44 ans. (88)

Proportions (%) de fumeurs réguliers ou occasionnels de tabac, suivant l'âge et le sexe en France en 2007. (58)

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-75 ans
Hommes	41,6	46,9	38,7	33,4	22,8	11,7
Femmes	33,7	29,1	36,9	26,7	14,2	7,2

3.3.10 Autres addictions

3.3.10.1 *Sur les hôpitaux psychiatriques*

Au Centre psychothérapique de Nancy, les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives (F1) concernent 17,28 % des diagnostics (23,46 % Hommes et 11,02 % Femmes).

Ce chiffre est supérieur aux 10% (13 % H et 7 % F) relevés lors de l'étude de la DREES (77).

Dans ce groupe, le diagnostic de troubles liés à l'utilisation de l'alcool est le plus fréquent ; il touche 11 % des hommes et 6% des femmes. La dépendance à l'alcool représente à elle seule près de la moitié des troubles liés à l'utilisation de l'alcool, les intoxications aiguës, 9% et les troubles résiduels ou psychotiques de survenue tardive, 8 %.

La dépendance à d'autres substances psycho-actives est relativement rare chez les patients pris en charge à temps complet (moins de 2% des hommes et 1% des femmes).

Cependant seuls les derniers diagnostics principaux étaient pris en compte. Ces chiffres ne reflètent donc pas la proportion réelle de patients consommateurs. L'étude de la DREES relevait 3% de patients portant un diagnostic associé issu du chapitre F1.

3.3.10.2 *Au niveau national*

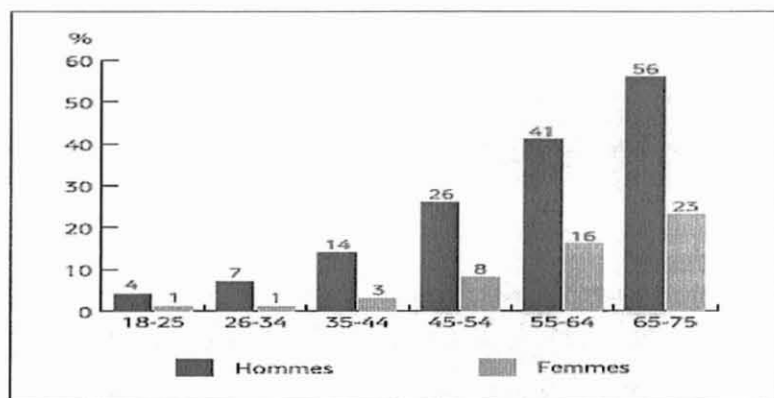
3.3.10.2.1 *Conduites alcooliques*

La proportion de consommateurs quotidiens d'alcool était de 14 % avec 21 % des hommes et 8 % des femmes dans la population française âgée de 18 à 75 ans en 2005. (88)

Sur l'ensemble des 18-75 ans, 10 % des individus peuvent être considérés comme ayant, ou ayant connu par le passé, un usage problématique d'alcool (consommation nocive et alcoolodépendance. Cette proportion reste stable depuis le début des années 90, alors que le nombre de buveurs quotidiens est régulièrement en baisse.

Il est plus fréquent chez les hommes (15 % contre 5% chez les femmes). Il apparaît à part égale dans toutes les classes d'âge (environ 10 %), alors que la consommation d'alcool quotidien augmente avec l'âge, comme le montre le graphique ci-dessous.

Usage quotidien d'alcool au cours l'année en 2005 en France, selon le sexe et l'âge



Source : Baromètre santé 2005, INPES, exploit. OFDT

3.3.10.2.2 Consommation de cannabis

Pour la consommation de cannabis, l'OFDT retrouve un taux de 2,7 % de la population en consommant régulièrement (10 fois dans les 30 derniers jours). Cette consommation est plus élevée chez les jeunes de 18 à 25 ans (8,7 % contre 2,5 % chez les 25-44 ans et 0,2 % chez les 45-64 ans) et plus souvent chez les hommes (4,2 % contre 1,2 % chez les femmes).(88)

3.3.10.2.3 Autres consommations

Nous n'avons pas d'éléments statistiques sur les consommations régulières d'héroïne. Néanmoins, nous savons que 0,1 % de la population de 18 à 64 ans a consommé de l'héroïne au cours de l'année 2005, dont 0,4 % chez les jeunes de 18 à 24 ans. L'activité serait deux fois plus répandue chez les hommes. Cette consommation tendrait à stagner depuis quelques années, alors que les autres drogues, telles que la cocaïne, le LSD, le poppers ou les champignons hallucinogènes, sont en augmentation.

La polyconsommation concernerait 8 % de la population, la forme la plus répandue étant l'association alcool-tabac (6 %), devant les cumuls tabac-cannabis (1,3 %), et alcool-tabac-cannabis (0,6%), toutes deux plus caractéristiques des jeunes générations. (88)

3.3.11 Traitements psychotropes

D'après les données HID, en relation avec les troubles du sommeil, plus de 40 % des patients bénéficient d'une prescription (tableau 26). Le pourcentage varie assez peu selon le type de séjour.(22)

En population générale, les principaux types de médicaments consommés au cours de l'année sont les anxiolytiques (7 %), les somnifères (7 %) et les antidépresseurs (6 %), loin devant les thymorégulateurs.

(0,3 %). L'usage de neuroleptiques est très rare : 0,7 % des adultes disent avoir déjà pris au cours de leur vie. Pour les trois classes thérapeutiques les plus courantes, les femmes apparaissent nettement plus consommatrices que les hommes. La consommation augmente régulièrement avec l'âge. (88)

3.3.12 Troubles somatiques

3.3.12.1 *Sur l'ensemble des hôpitaux psychiatriques*

Dans l'enquête de la DREES de 2003, une comorbidité somatique n'est relevée que pour 20 % des patients, ce qui traduit une très forte sous-déclaration de ces pathologies somatiques par le personnel soignant. (77)

L'enquête HID de 2000 (22) rapportant des informations déclaratives sur les patients issus des établissements psychiatriques retrouve :

24 % de déficiences urinaires ou digestives

21 % de déficiences motrices

12 % de déficiences intellectuelles

5% de déficiences endocriniennes ou métaboliques

4% de déficiences cardio-vasculaires

3.3.12.2 L'échelle ADL

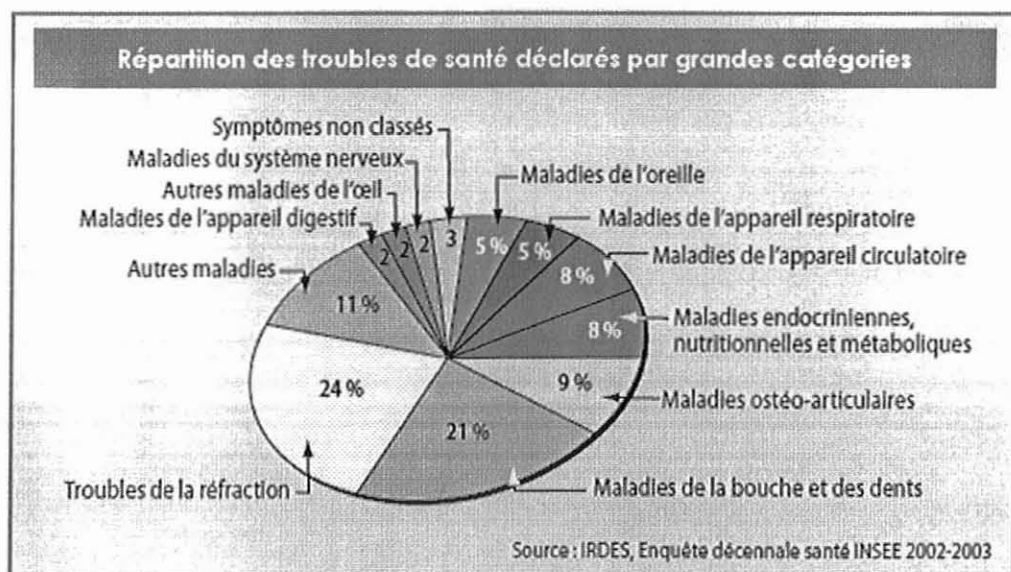
Sur le CPN en hospitalisation temps plein, les moyennes des scores de dépendances physiques et relationnelles sont de 5,7 et 4,9 en 2007 et 2008, soit un score total de 10,6. Sur l'ensemble des hôpitaux psychiatriques français, les scores sont de 5,9 et 4,7 soit un total de 10,6 également. (9)

L'étude de Pariente et al. (97) étudie l'échelle ADL. La moyenne durant cette étude était de 8,77. 8 % des patients avaient un score supérieur à 12. Ceux-ci avaient une durée moyenne d'hospitalisation de 131,7 jours, contre 68,8 jours pour les patients ayant un ADL inférieur à 12.

3.3.12.3 Au niveau national (2)

Si l'on se réfère aux données disponibles en population générale, huit personnes sur dix (82,6 %) déclarent au moins une maladie ou un trouble de santé un jour donné. Une fois exclus les prothèses dentaires et les problèmes de vue comme la myopie ou la presbytie, ce sont encore près de sept personnes sur dix (67 %), tous âges confondus, qui sont atteints d'une maladie, le plus souvent chronique.

Les personnes résidant en France métropolitaine déclarent en moyenne 2,9 affections. Les femmes en déclarent en moyenne une de plus que les hommes (3,2 contre 2,5). Seules 16,6 % des femmes ne déclarent pas de maladie contre 23,2 % des hommes. Le nombre d'affections déclarées augmente régulièrement avec l'âge. Les états dépressifs déclarés sont de 3,5 %.



3.3.13 Niveau d'études

3.3.13.1 *Sur l'ensemble des services de psychiatrie*

Dans l'ensemble, 79 % des patients ont terminé leurs études, 16 % n'ont jamais été scolarisés, et 4 % poursuivaient des études en 1998. L'absence de scolarisation concerne surtout les patients au long cours : 32 % contre 3 % des entrées récentes. Indépendamment du temps de séjour accompli en 1998, l'absence de scolarisation dans le passé est associée au fait de rester en institution. (22)

Près de 60 % des patients savent lire, écrire et compter sans difficulté, près de 20 % ont des difficultés et près de 20 % ne savent ni lire, ni écrire, ni compter. Cette dernière situation concerne 41 % des résidents de longue date.

Dans l'ensemble 41 % des patients de plus de 15 ans ont obtenu un diplôme (BEPC, BEP, CAP, baccalauréat, DUT...). Sur ces 41 %, 5% ont un diplôme d'études supérieures.

- Parmi les entrées récentes, avoir un diplôme est une situation courante (61 %), les cas de non-scolarisation étant marginaux.
- À l'opposé, 23 % des patients au long cours (plus de 2 ans) sont diplômés, 36 % non diplômés et 32 % n'ont jamais été scolarisés.

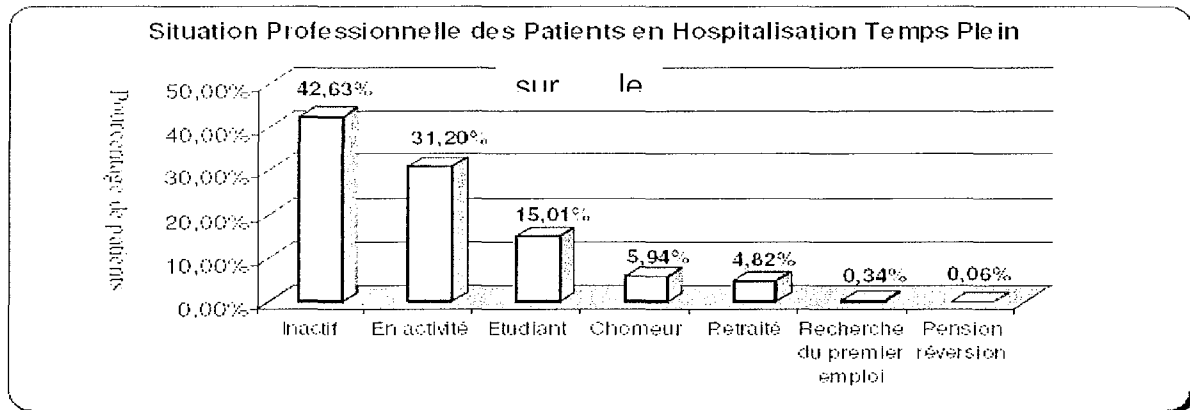
3.3.13.2 *Au niveau national (62)*

En 2007, 17,6 % des 20-24 ans n'ont pas acquis de diplôme du second cycle de l'enseignement secondaire : parmi eux, 4,5 % s'étaient arrêtés en terminale générale, technologique ou professionnelle, 4,5 % en terminale de CAP ou BEP, 1,6 % en seconde ou en première générale ou technologique et 7 % en première année de CAP ou BEP ou en premier cycle de l'enseignement secondaire ou en deçà. 82,4 % des individus de 20 à 24 ans et 67 % des individus de 25 à 64 ans ont terminé le second cycle du secondaire.

3.3.14 Activité salariée

3.3.14.1 Sur le CPN

Sur l'ensemble des patients du CPN 31,2 % des patients ont une activité, ainsi que 15 % d'étudiants, soit un total de 46 %. (35)



Données issues du Logiciel Cpage. Année 2007

3.3.14.2 Sur l'ensemble des hôpitaux psychiatriques

En 2003, moins de 24 % des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale avaient selon l'équipe soignante une activité professionnelle (Selon l'enquête Emploi de l'INSEE, la population active comprend les personnes en emploi et les chômeurs).

14 % travaillaient en milieu ordinaire (ouvriers ou employés pour la plupart), 2% en milieu protégé et 7% étaient chômeurs (1 % n'ayant jamais travaillé). Les troubles de l'humeur et les troubles liés aux substances psycho-actives (alcool) étaient surreprésentés chez les actifs quelle que soit leur activité professionnelle. (77)

Près de la moitié des patients était inapte au travail pour raison de santé. Cette situation concernait 67 % des patients présents depuis plus de 2 ans entre 1998 et 2000. (22)

Par ailleurs, l'étude de Pariente et al. (97) Montre que les patients en recherche d'emploi ou non scolarisés ont une durée moyenne de séjour plus longue que les patients en activité (106 jours contre 66).

3.3.14.3 *Au niveau national*

Au premier trimestre 2003, le taux d'activité de la population de 15 à 64 ans était de 70%, avec un taux de chômage à 8,3 %. Au premier trimestre 2009 ces taux s'élèvent à 70,6 % et 9,1 % de chômage. (61)

3.3.15 Revenus perçus

3.3.15.1 *Sur le CPN*

Selon les relevés effectués à partir du logiciel de facturation Cpage pour l'année 2007 sur une file active adulte de 1785 patients, seuls 9% des patients hospitalisés bénéficient de l'AAH et 4 % d'une pension d'invalidité. Toutefois ces données sont probablement sous estimées car dans 86 % des cas l'information n'était pas renseignée.

Concernant les mesures de protections des personnes majeures, 13,78 % des patients hospitalisés en bénéficient ce qui représente 246 sujets. Parmi eux, la majorité est sous tutelle et 10 % sont sous curatelle.

3.3.15.2 *Sur l'ensemble des services de psychiatrie*

Pour l'ATIH en 2002 (9), 2 % des patients sont sans ressource, 4,4 % vivent de ressources familiales, 37,3 % ont des ressources sociales et 30,7 % ont des ressources propres.

Selon la DREES (76), le pourcentage de bénéficiaires de l'AAH dans les hôpitaux psychiatriques est de 43 % et le nombre de patients bénéficiant d'une pension d'invalidité est de 8 % en 2003. En tout 62 % des patients bénéficiaient de revenus sociaux, les patients schizophrènes étant les plus représentés.

Par ailleurs le pourcentage de patients bénéficiant de revenus sociaux augmente en fonction du temps de présence, étant de 34 % pour les patients présents depuis moins de 2 mois, 61 % des présents depuis 2-23 mois et 82 % des présents depuis plus de 2 ans. (22)

Dans l'étude de Pariente et al. (97) 14,8 % des patients bénéficient de ressources sociales, dont 7 % d'AAH, 4,3 % d'invalidité et 1,9 % de RMI. Le temps d'hospitalisation était de 131 jours pour les patients ayant des ressources sociales (dont 175 jours pour les AAH), contre 64 jours s'il s'agissait de ressources propres.

Dans l'enquête HID (22), Plus de la moitié des patients (54 %) sont placés sous un régime de protection juridique. Le pourcentage concerne plus de 80 % des patients au long cours et 24 % des entrées récentes. Les régimes mentionnés sont divers : tutelle d'État (16 %), curatelle (10 %), autres tutelles (22 %), tutelle aux prestations sociales (4 %), sauvegarde de justice (2 %).

Selon l'enquête PMSI de 2002 de l'ATIH (9), 9 % sont sous curatelle et 14,6 % sont sous tutelle

3.3.16 Conditions de logement

3.3.16.1 *Sur l'ensemble des services de psychiatrie*

Selon l'enquête DREES de 2003, 19 % des patients avaient un problème de logement (concernant les patients sans domicile fixe ou dépourvu de logement stable au début de leur séjour). Ils étaient plus souvent que les autres atteints de schizophrénie, de retard mental ou de troubles du développement psychologique (autisme, etc.). Inversement, ils étaient beaucoup moins nombreux à présenter des troubles de l'humeur, des troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives, des troubles mentaux organiques et des troubles névrotiques. La surreprésentation de ces trois diagnostics (schizophrénie, retard mental ou troubles du développement psychologique) était très probablement à relier à l'ancienneté de la pathologie et à des durées de séjour plus longues pour ces malades. (77)

Selon l'ATIH en 2002 (9), les patients SDF représentent 5,9 % des séjours et 16,8 % des journées.

Dans l'étude Pariente et al. (97), 1 % des patients sont sans domicile fixe. Ceux-ci restent 113 jours en moyenne contre 75 jours pour les patients ayant un domicile.

3.3.16.2 *Au niveau national*

Un comptage effectué une nuit de janvier 2001 par l'Insee a dénombré 86 000 SDF en France (70000 adultes et 16000 enfants les accompagnant), soit 0,14 % de la population. Celle-ci exclut les situations de logement difficiles (les gens contraints d'être hébergés par leurs proches, les occupants de logements surpeuplés ou insalubres), les non-francophones, les sans-domiciles qui ne fréquentent pas les services d'hébergement et de repas, ainsi que ceux qui habitent dans des agglomérations de moins de 20 000 habitants. De même, le choix pour l'enquête d'une période de référence courte (une nuit donnée) donnait des résultats nécessairement plus faibles qu'une période plus longue. C'est ainsi que certaines situations dites « particulières » de logement non prises en compte dans la définition retenue ont été estimées à l'aide des enquêtes *Logement* ou du recensement à quelque 300 000 personnes (11). De même, l'incidence du passage d'une référence journalière à une référence hebdomadaire a été estimée (à environ 5 % de plus). Par la suite, l'exploitation d'une question rétrospective posée dans l'enquête *Santé 2003* a permis d'estimer à 800 000 le nombre de personnes actuellement en logement ordinaire qui avaient dû séjourner au moins une fois dans la rue ou dans un centre soit 1,3 % de la population. (68)

3.3.17 Structure familiale des ménages

3.3.17.1 *En institution*

Avant leur entrée en établissement spécialisé en psychiatrie, 26 % des patients vivaient dans une autre institution, 20 % vivaient en famille (dont 15 % au domicile parental), et 49 % vivaient dans un logement ordinaire indépendant. (22)

Dans l'étude de Pariente P. et al. (97), un tiers des patients vivent seuls, et un tiers sont en couple. 28 % vivent dans la famille ou chez des proches, et 4 % sont en institution. Les temps de séjour sont plus longs lorsque le patient vit dans sa famille ou chez des proches (121 jours) contre 84 jours lorsque les patients vivent seuls, 46 jours lorsqu'ils sont en couple, et 35 jours s'ils sont seuls avec un ou plusieurs enfants à charge. (97)

3.3.17.2 Sur le plan national

Structure familiale des ménages en France en 1999 (en %)(63)

	Chez les parents		Seul		Vit en couple sans enfant		Vit en couple avec enfants		Parent d'une famille monoparentale		Autres*	
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H
- de 25 ans	86,6	90,6	3,9	3,2	3,8	1,7	1,4	0,5	0,5	0,0	3,8	4,0
25 - 29 ans	15,0	29,1	15,4	18,0	27,3	25,6	32,7	19,6	4,9	0,3	4,6	7,4
30 - 44 ans	3,0	7,6	8,2	13,5	8,6	11,0	66,9	61,6	10,9	1,4	2,5	4,9
45 - 59 ans	1,1	2,2	11,8	11,5	32,7	27,2	42,2	52,1	9,4	2,4	2,8	4,6
60 - 74 ans	0,3	0,5	27,3	13,2	53,7	64,7	8,2	15,1	4,6	1,2	5,8	5,3
75 ans et +	0,0	0,0	48,4	20,0	23,9	62,8	1,5	5,2	4,5	1,4	21,6	10,6
Ensemble	27,4	33,8	14,7	10,4	20,8	22,0	26,1	27,6	5,6	1,0	5,4	5,1

* : vit dans un ménage de plusieurs personnes ou en collectivité.

Le nombre moyen de personnes par ménage est en 2009 de 2,31 contre 2,40 en 1999, avec des disparités régionales.

3.3.18 Liens familiaux

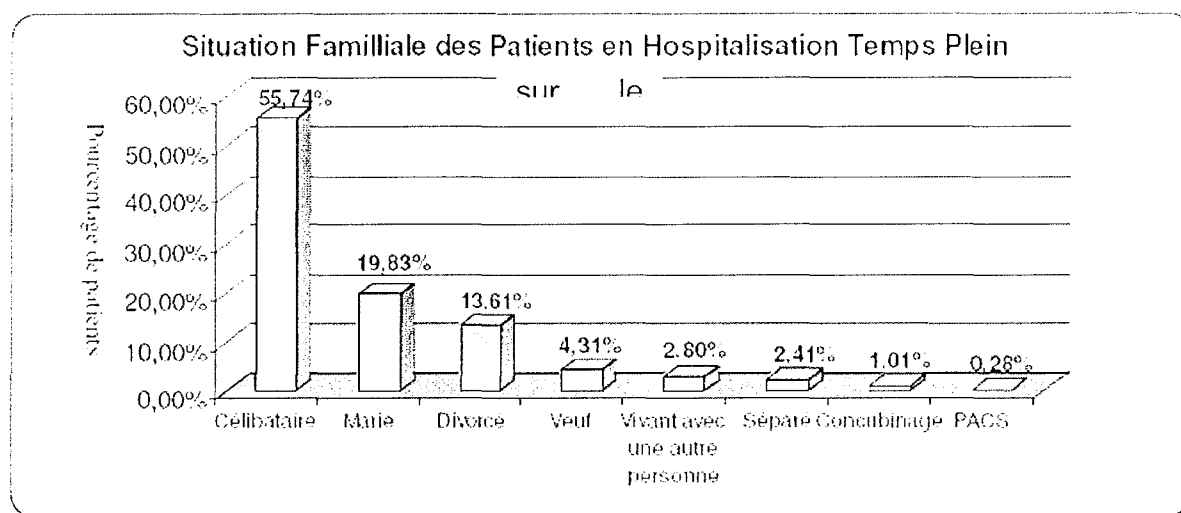
Si l'on compare à l'ensemble des hôpitaux psychiatriques, dans l'enquête HID, 76 % des entrées récentes et 43 % des patients hospitalisés au long cours (plus de 2 ans) ont des contacts réguliers avec leur famille (chaque semaine ou mois). (22)

Selon l'enquête PMSI de l'ATIH de 1998 (9), 12,5 % des patients ont un réseau social ou familial inexistant, 44 % ont une famille joignable, et 43,5 % ont une famille mobilisable.

3.3.19 Structure matrimoniale

3.3.19.1 Sur le CPN

Le pourcentage de patients célibataires au sein du CPN semble élevé, de l'ordre de 55,74 % des patients. Ce pourcentage est probablement lié à la situation des patients hospitalisés depuis plusieurs années dans certains services qualifiés de longs séjours.



Données issues du Logiciel Cpage. Année 2007

3.3.19.2 Sur l'ensemble des services de psychiatrie

Cependant le taux des célibataires du CPN est en deçà des chiffres évoqués dans l'enquête de la DREES (76) où « en 2003, 73 % des hommes et 50 % des femmes étaient célibataires ».

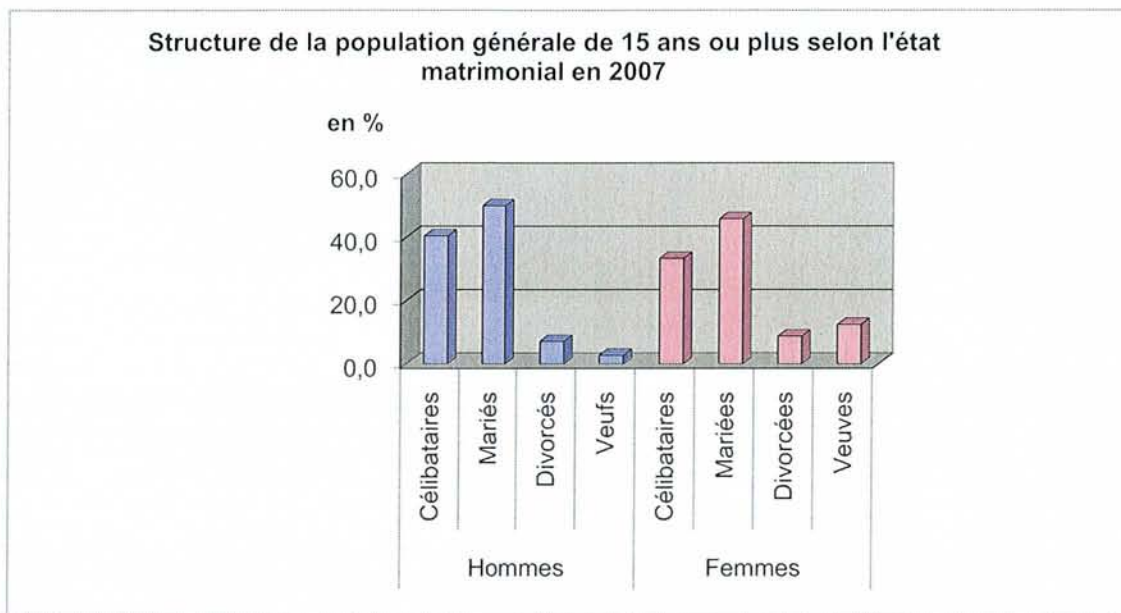
Plus la présence est ancienne, plus les célibataires sont nombreux. Parmi les patients présents depuis moins d'un mois en 1998, on compte environ 40 % de célibataires; au-delà de deux mois de présence, plus des deux tiers sont célibataires.

Par ailleurs la proportion de patients mariés est identique (11 % des hommes et 18 % des femmes) et ne semble pas avoir évolué depuis 1998. Les personnes veuves, divorcées ou séparées sont globalement plus nombreuses que les personnes mariées (26 %). (22)

L'étude de Pariente et al. (97) Montre aussi une augmentation du temps de séjour chez les célibataires, de l'ordre de 101 jours contre 56 chez les patients mariés.

3.3.19.3 *Au niveau national*

Comparativement à la population générale, le taux d'hommes et de femmes mariés au CPN ou dans l'étude est largement inférieur au taux retrouvé dans la population générale.



Champ : France métropolitaine, population au 1er janvier 2007, âge en années révolues. (60)

3.3.20 Nombre d'enfants sur l'ensemble des hôpitaux psychiatriques

Le nombre limité de patients ayant une histoire conjugale explique que seul un tiers (34 %) des patients a des enfants. Dans le détail, cela concerne 52 % des entrées récentes, 30 % des séjours prolongés (2 à 23 mois) et 21 % des patients au long cours (plus de 2 ans). (22)(60)

4 Etudes et résultats

4.1 Présentation de l'étude

4.1.1 Objectifs de l'étude

Rechercher des critères psychopathologiques et socio-économiques qui seraient liés à un temps d'hospitalisation long, à travers l'étude d'une population cible de patients sélectionnés en fonction de leur temps de présence hospitalière.

Déterminer des profils de patients différents en fonction du type de séjour.

Mettre en relief la notion de dépendance à l'institution.

4.1.2 Lieu de l'étude : l'unité 1 étage

Nous avons choisis d'intégrer les patients ayant eu un passage au moins à l'unité 1 étage, ayant nous-mêmes exercé dans ce service durant un an en tant qu'interne de psychiatrie.

Ce service a plusieurs particularités : il s'agit d'un local entièrement rénové depuis 2005, où les patients se sentent bien en général, et où le taux de satisfaction augmente régulièrement depuis sa réfection.

L'unité 1 étage dispose de 21 lits dédiés aux patients du pôle du Grand Nancy, et traite des « états de post-crise » imposant des soins plus prolongés en hospitalisation à temps plein (après un passage fréquent aux urgences). Il peut s'agir de primo-hospitalisation.

Les durées de séjour sont en général courtes mais non limitées dans le temps. Cependant les prises en charges hospitalières au long cours ne sont normalement plus dévolues à l'unité 1 étage.

Les pathologies rencontrées peuvent être très variées, allant de simples épisodes dépressifs majeurs aux pathologies psychotiques inaugurales ou troubles du comportement aigus nécessitant une surveillance.

Les prises en charge sont étayées par différentes activités thérapeutiques (musicothérapie, chant, groupe parole, activités sportives, médiations corporelles), associées à une psychothérapie individuelle.

Ce service est une structure fermée ayant la possibilité d'admettre des patients en hospitalisation à la demande d'un tiers. L'étage ne dispose cependant pas de chambre d'isolement et ne prend pas en charge les patients très agités nécessitant une mesure d'isolement.

Le regroupement des services en pôle a changé son mode de fonctionnement en prenant les patients en « post-crise », ce qui a largement augmenté sa file active entre 2004 et 2005, tout en diminuant les durées moyennes de séjour.

La durée moyenne de séjour (somme des journées administratives que divise un nombre d'entrées totales pour la période considérée, soit le nombre de journées / Nombre d'entrées totales) à l'U1 étage est de 26, 2 jours en 2007 et 25 jours en 2008 (elle était de 65 jours à l'unité 1 en 2004, puis 37 jours en 2005).

La médiane est de 13 jours en 2007 et 14 jours en 2008.

La durée moyenne d'hospitalisation (Calcul de la durée moyenne de prise en charge d'un patient soit le nombre de jours administratifs / file active) à l'U1 étage est de 29,5 jours en 2007 et 28,9 jours en 2008. La médiane de durée d'hospitalisation par patient est de 14 jours en 2007 et 18 en 2008.

U1 étage	2007	2008
Médiane séjour par N° de Séjour	13	14
Médiane séjour par patient	14	18
DMS	26,2	25
DMH	29,5	28,9

Cependant, la file active, le nombre de journées d'hospitalisation et le taux d'occupation des lits ont tendance à augmenter depuis 2005, induisant une sursaturation du service et amenant à admettre des patients dans des unités d'hospitalisation des pôles périurbains. Par ailleurs les services de plus long séjour, eux-mêmes saturés, retardaient les transferts de patients hospitalisés au long cours sur les services d'entrée.

Le choix de ce service découle donc de la nécessaire remise en question des prises en charges institutionnelles au long cours, qui semblent dépasser les objectifs de soins de post-crise fixés au départ en monopolisant des lits non alloués à leur pathologie.

4.2 Justification des critères choisis

4.2.1 Les patients

Nous avons volontairement choisis de limiter notre étude à des patients dont la durée d'hospitalisation n'est pas le fait d'une pathologie psychiatrique sévère reconnue. Ceux dont la maladie induit une perte d'autonomie, empêchant clairement un retour à domicile tels que les patients déments sévères ou déficients mentaux profonds, ont donc été éliminés du groupe.

De même tout patient psychotique ou bipolaire avéré, dont la gravité des troubles peut induire une hospitalisation longue et une réinsertion sociale parfois difficile, ont été retirés.

Nous avons donc sélectionné des patients dont la durée d'hospitalisation va se prolonger ou le nombre de séjours se multiplier plus que ne laisserait supposerait la gravité de leur pathologie psychiatrique.

4.2.2 La durée et la période

Nous avons choisis une durée d'hospitalisation à temps complet supérieure à 60 jours de présence, sur une période de 2 ans comprise entre novembre 2006 et novembre 2008. Les patients peuvent avoir été hospitalisés une ou plusieurs fois, le nombre de jours cumulés devant être supérieur à 60 jours. Nous avons par la suite

prolongé l'étude jusqu'en juin 2009 pour évaluer leur suivi sur une période plus étendue.

La durée choisie de 60 jours permet de garder un nombre suffisant de patients, tout en obtenant un panel de pathologies variées. Elle est supérieure à la médiane et à la durée moyenne de séjour sur l'U1 étage et sur 2 ans. Elle dépasse les temps habituellement impartis pour une amélioration des troubles répondant aux traitements.

Le seuil des 2 mois correspond également à la durée moyenne des séjours observée pour la file active annuelle de patients en psychiatrie générale en 1997. (22)

La borne de 2 mois trouve par ailleurs des correspondances dans certaines pratiques administratives : réduction du montant de l'AAH après 60 jours d'hospitalisation.

La durée de 2 ans permet d'articuler approches transversale et longitudinale, en précisant le devenir à moyen terme de ces patients, et en analysant les cas de rechute ou de séjour prolongé.

Ayant exercé dans ce service durant la période de mai 2008 à mai 2009, nous avons profité d'une meilleure connaissance des patients sélectionnés.

4.3 Méthodologie

4.3.1 Recueil des données

Les patients ont été sélectionnés par informatique grâce au progiciel Cpage en fonction de critères d'inclusion et d'exclusion. Puis nous nous sommes basés sur la lecture de dossiers à l'aide du logiciel *Cimaise* qui recense l'ensemble des données des patients sur le CPN (médicales, paramédicales, sociales et psychologiques) et le *recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P)*.

Les analyses réalisées dans le cadre de cette étude sont donc essentiellement rétrospectives et descriptives.

Elles associent :

- une coupe transversale lorsqu'il s'agit de décrire le profil clinique et social des patients : nous prenons alors comme référence l'hospitalisation la plus longue, qui permettait de récupérer le plus d'éléments possibles.
- Une approche longitudinale en ce qui concerne leur suivi intra et extra-hospitalier, les diagnostics référencés, les antécédents et les tentatives de suicide.

Nous avons recherché des éléments de comparaison interne en scindant le groupe étudié selon l'âge, le sexe et le temps habituel d'hospitalisation.

Nous avons également relevé des éléments de comparaison externe en ce qui concerne l'âge, le sexe et le dernier diagnostic principal par rapport aux patients non psychotiques restés moins de 60 jours sur l'unité 1 étage.

Les résultats sont par ailleurs confrontés aux données globales du CPN et des études nationales dans le cadre de la discussion.

4.3.2 Sélection des patients

4.3.2.1 Critères d'inclusion

Les patients sélectionnés devaient :

Avoir été hospitalisé au moins une fois à l'unité 1 étage, entre le premier novembre 2006 et le premier novembre 2008.

Avoir effectué 60 jours minimum en hospitalisation temps plein durant cette période, en un ou plusieurs séjours.

4.3.2.2 Critères d'exclusion

Ont été automatiquement exclus les patients dont le dernier diagnostic principal (daté entre novembre 2006 et novembre 2008) portait sur:

« Schizophrénie, trouble schizotypiques et troubles délirants (F20-F29) »

Les patients présentant les diagnostics ci-dessous ont été éliminés après relecture des dossiers :

Retard mental modéré ou sévère (F71, F72, F73)

Trouble dépressif avec symptômes psychotiques (F323 et F333)

Trouble bipolaire avec au moins un épisode maniaque ou hypomaniaque avéré (F30, F31)

Syndrome démentiel (F01, F02, F03)

Maladie de Korsakoff (F10.6)

4.3.2.3 Population sélectionnée

On recense une file active de 3446 patients hospitalisés au moins 1 jour à temps complet au CPN entre novembre 2006 et novembre 2008, avec une augmentation régulière de la file active chaque année (+2,10 % entre 2006 et 2007).

Parmi les 3446 patients du CPN, 697 ont plus de 60 jours d'hospitalisation durant cette période.

Parmi les 697 patients étant restés plus de 60 jours, 247 ont un diagnostic principal de schizophrénie posés (35,44 %) entrant dans la catégorie F2 de la CIM-10, 445 ont un autre diagnostic que F2 (63,85 %), et 5 n'ont pas de diagnostic posé (0,72 %).

4.3.2.4 Patients hospitalisés à l'U1

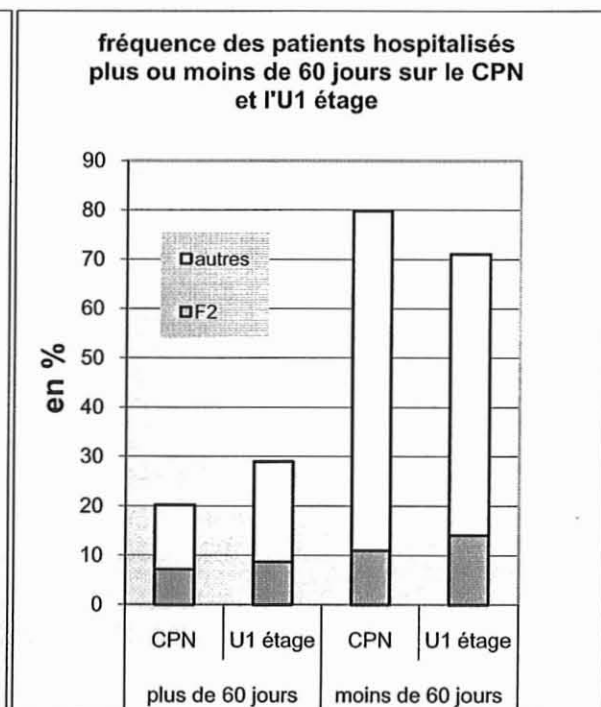
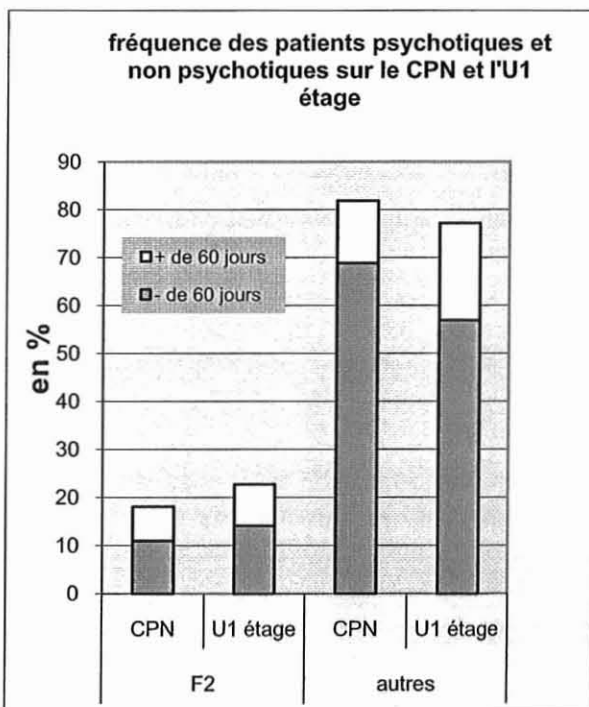
Parmi les 3446 patients du CPN, 404 ont été hospitalisés à l'U1 étage, pour un total de 538 séjours (soit 1,3 séjour par patient)

Parmi les 404 patients passés à l'U1 étage, 286 ont eu moins de 60 jours d'hospitalisation et 117 ont plus de 60 jours d'hospitalisation.

Parmi les 117 patients ayant plus de 60 jours d'hospitalisation, 36 étaient psychotiques (diagnostic F2 posé) et 81 ont un autre diagnostic.

C'est sur cette population de 81 individus que nous avons dirigé notre étude.

	CPN	%	U1 étage	%
nombre total de patients	3446	100,000	404	100,000
F2	624	18,108	93	23,020
autres	2822	81,892	311	76,980
plus de 60 jours	697	20,226	117	28,960
• dont F2	247	7,168	36	8,911
• dont autres	450	13,059	81	20,050
moins de 60 jours	2749	79,774	286	71,040
• dont F2	377	10,940	57	14,109
• dont autres	2372	68,833	229	56,683



En terme de durée d'hospitalisation et de pathologie psychiatrique, l'U1 étage est assez représentative de l'ensemble des hospitalisations du CPN.

On remarque cependant que l'unité 1 étage accueille en fréquence plus de patients psychotiques par rapport à l'ensemble du CPN (23 % contre 18 %).

Par ailleurs le taux d'hospitalisation de plus de 60 jours sur l'unité 1 étage est supérieur à celui du CPN (30 % contre 20 %), alors qu'il s'agit normalement d'une unité d'hospitalisation courte.

On note enfin que les patients (autres) ayant un diagnostic différent de ceux appartenant au chapitre des schizophrénies (F2) ont des durées d'hospitalisation plus souvent supérieures à 60 jours, comparé aux données du CPN (20% contre 13%).

4.3.2.3.3 Au niveau de l'étude

Après relecture des 81 dossiers, 34 ont été exclus de l'étude. Parmi eux,

11 sont psychotiques (7 ont eu un diagnostic de psychose entre novembre 2006 et novembre 2008, mais leur dernier diagnostic principal est différent ; 4 n'ont jamais eu de diagnostic de psychose établi au niveau du *recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P)*, mais sont reconnus psychotiques dans les courriers.

10 sont bipolaires (dont 4 en dernier diagnostic principal ,2 dans les précédents diagnostics et 4 non diagnostiqués).

6 ont un syndrome dépressif avec symptômes psychotiques (dont 4 en dernier diagnostic principal et 2 dans les précédents diagnostics).

4 sont autistes.

2 ont un retard mental moyen.

1 patient a un syndrome de korsakoff, non diagnostiqué au niveau du RIM-P, mais présenté comme tel dans les courriers.

L'ensemble des patients restants est au nombre de 47, constituant les sujets de l'étude.

4.4 Thèmes d'études retenus

Les analyses sont organisées autour des six thématiques suivantes :

Le premier axe concerne le profil de la population étudiée, en termes d'âge, de sexe, et de diagnostics.

Le deuxième axe propose une analyse des temps de séjours et d'hospitalisation de ces patients.

Le troisième axe décrit des facteurs psychopathologiques tels que les antécédents personnels et familiaux, la survenue d'épisodes traumatiques, l'âge de début des troubles, les « symptômes » et troubles associés, tels que les tentatives de suicide, scarifications, addictions, et troubles somatiques.

Le quatrième axe s'intéresse à leur situation sur le plan social et économique en décrivant leur niveau d'étude, leur activité, les revenus perçus, leurs conditions de logement

Le cinquième axe étudie leur réseau familial et amical à travers la situation matrimoniale, la structure des ménages, le nombre d'enfants, les liens sociaux et la notion de dépendance affective.

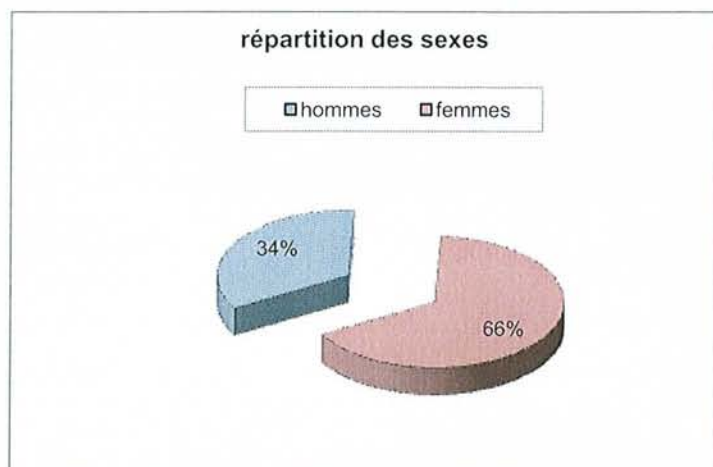
Le sixième axe expose un suivi de leur premier, dernier et plus long séjours entre novembre 2006 et novembre 2008, en décrivant les motifs d'hospitalisation, leur mode, les traitements médicamenteux mis en place, l'évolution des symptômes, les relations avec les équipes, les permissions, le comportement à l'approche de la sortie et le type de sortie. Puis nous analysons le déroulement du suivi ambulatoire et les éventuelles rechutes.

4.5 Résultats et diagnostics

4.5.1 Sexe

(Voir p. 78)

On note dans le groupe 31 femmes (66 %) pour 16 hommes (34 %).



Nous avons comparé ce critère aux **229 patients restés moins de 60 jours** en hospitalisation, passés au moins une fois à l'U1 étage durant cette même période et non psychotiques.

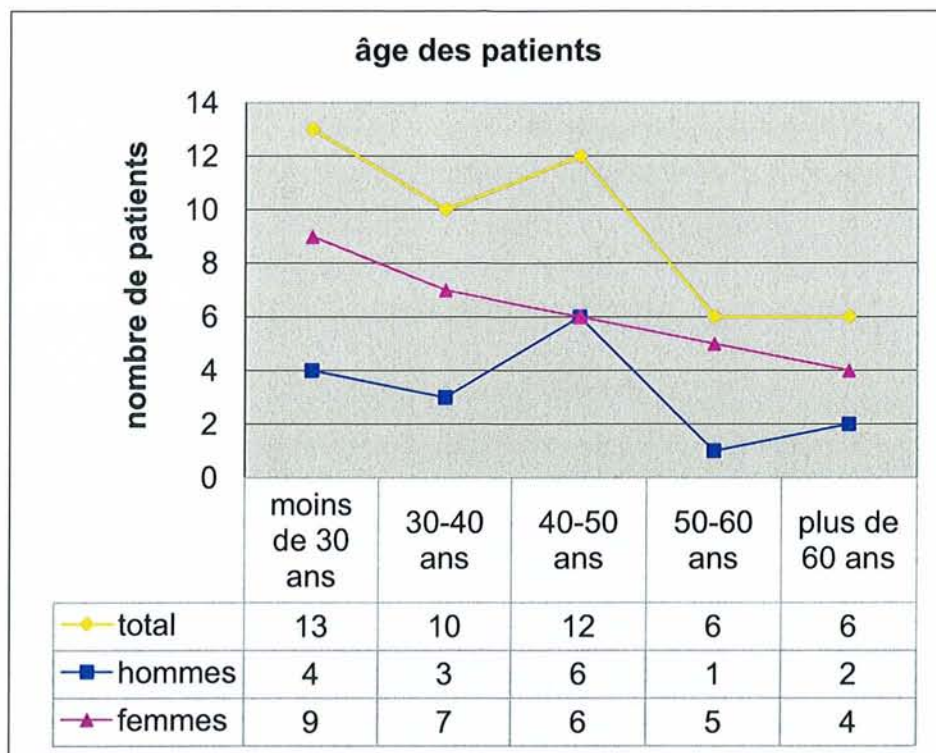
Parmi eux 114 sont des hommes (49,6 %) et 116 sont des femmes (50,4 %).

4.5.2 Age

(Voir p. 79)

Nous avons pris le choix de saisir leur âge à la date du premier novembre 2008, date de fin de l'étude.

La moyenne d'âge des patients à la fin de l'étude est de 41 ans, allant de 19 à 77 ans. La médiane est également de 41 ans.



Les patients de moins de 30 ans sont les plus nombreux.

Le nombre de patients diminue globalement avec l'âge chez les femmes.

On retrouve moins d'hommes à tous les âges sauf dans l'intervalle 40-50 ans où le nombre d'hommes et de femmes est similaire (6 patients par sexe).

Lorsque des comparaisons de données en fonction de l'âge ont été nécessaires, nous avons la plupart du temps regroupé les 50-60 ans et les plus de 60 ans ensemble afin d'obtenir un nombre de patients plus homogène dans chaque groupe.

Sur les 229 patients restés moins de 60 jours en hospitalisation, passés au moins une fois à l'U1 étage durant cette même période et non psychotiques, la moyenne d'âge est de 42,3 ans donc légèrement plus âgée que les patients restés plus de 60 jours

4.5.3 Diagnostics établis

4.5.3.1 Diagnostics par chapitres de la CIM-10

(Voir p. 80)

L'analyse des données cliniques s'appuie sur l'extraction des diagnostics principaux (DP) qui sont saisis dans le cadre du RIM-P. Il s'agit du motif principal de prise en charge ou du diagnostic qui a mobilisé l'essentiel de l'effort de soins pendant la durée de la prise en charge. Des diagnostics associés sont également pris en compte.

Les diagnostics sont côtés à l'aide de la « Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision » ou CIM-10. Il peut s'agir d'un trouble mental ou du comportement, d'une affection somatique ou parfois d'un symptôme ou d'un résultat anormal à l'examen ou d'un autre motif de recours aux soins. Le chapitre V s'intitulant « troubles mentaux et du comportement » est le plus utilisé concernant la psychiatrie. Il est lui-même découpé en 10 sous-chapitres :

F0 : Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques

F1 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives

F2 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants

F3 : Troubles de l'humeur [affectifs]

F4 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

F5 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques

F6 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte

F7 : Retard mental

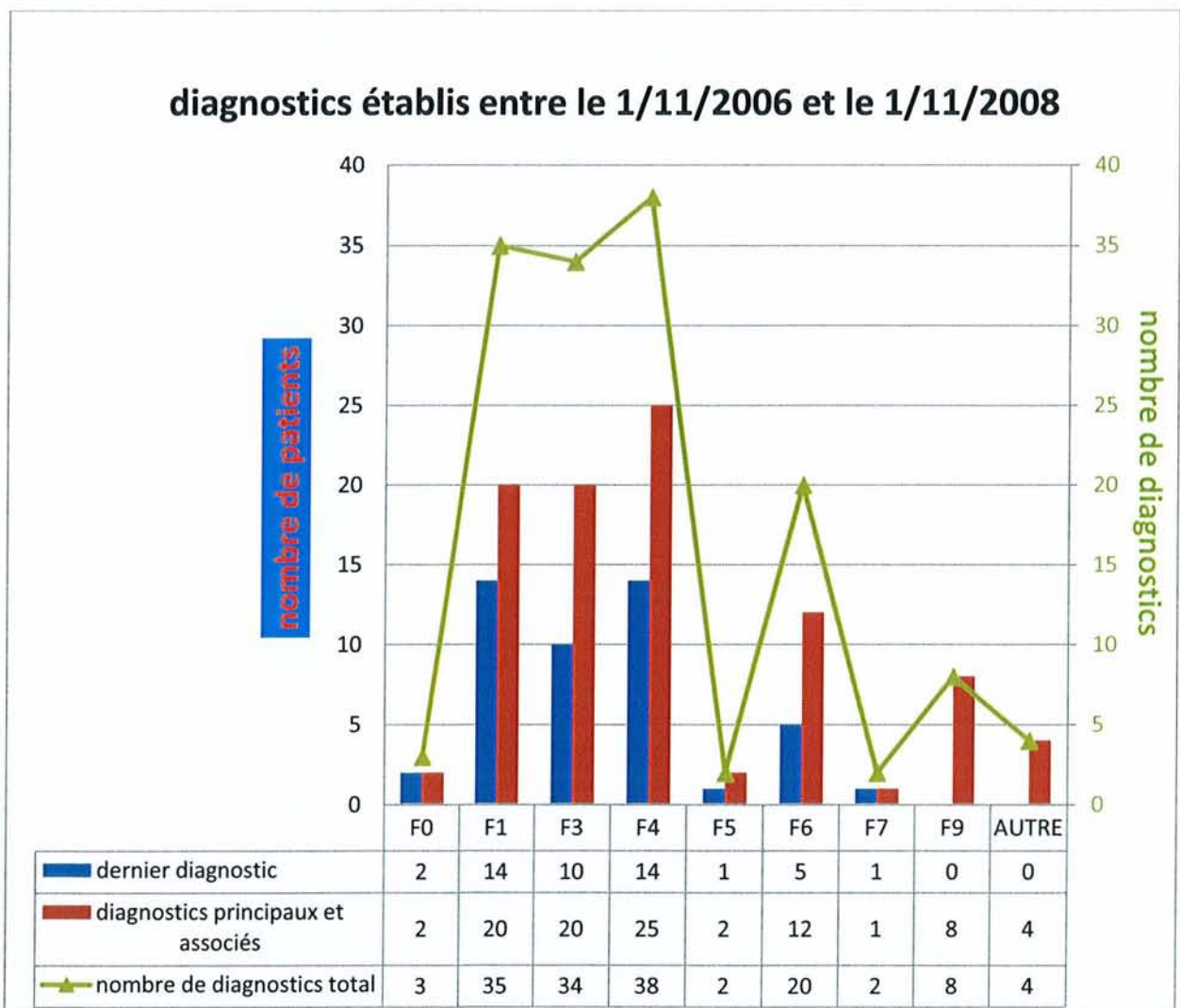
F8 : Troubles du développement psychologique

F9 : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

Dans notre étude, on retrouve une moyenne de 3 diagnostics par patients entre novembre 2006 et novembre 2008 (avec des extrêmes allant de 1 seul diagnostic pour 14 patients à 7 diagnostics chez 3 patients), soit 146 diagnostics comprenant 47 types de diagnostics différents pour les 47 patients.

Voici la liste des chapitres diagnostiques les plus utilisés pour les 47 patients répartis selon :

- le dernier diagnostic principal appliqué au 1^{er} novembre 2008 en nombre de patients.
- les chapitres diagnostiques retrouvés pour chaque patient entre novembre 2006 et novembre 2008.
- la totalité des diagnostics de cette période (un patient pouvant avoir plusieurs diagnostics dans un des chapitres).



4.5.3.2 Dernier diagnostic principal

F1=F4>F3>F6

Les derniers diagnostics cotés dans le **chapitre F1** (14 patients soit 30 %) **et F4** (14 patients soit 30 %) sont les plus fréquents. Suivent les chapitres F3 (10 patients soit 21 %) puis F6 (5 patients soit 11 %).

4.5.3.3 Ensemble des diagnostics entre 2006 et 2008

Par nombre de patients : F4>F1=F3>F6

Par nombre de diagnostics posés : F4>F1>F3>F6

Si l'on prend l'ensemble des diagnostics entre novembre 2006 et novembre 2008 :

le chapitre F4 (troubles névrotiques...) arrive en tête avec **25 patients (53 %)** ayant au moins un diagnostic dans cette catégorie, et 38 diagnostics posés sur les 146 (26 %).

La catégorie F1 (troubles liés à des substances psycho actives..) suit de près avec 20 patients ayant au moins un des diagnostics (42 %) et 35 diagnostics posés au total (24 %).

On retrouve ensuite les troubles de l'humeur (F3) avec 20 patients (42 %) et 34 diagnostics (23 %) puis les troubles de la personnalité (F6) avec 12 patients (25 %) et 25 diagnostics (14 %).

La catégorie « autre » regroupe les autres chapitres de la CIM-10 parmi lesquels le chapitre Z (Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé). Ils sont relativement peu utilisés (4 patients sur les 47).

4.5.3.4 Eléments de comparaison :

4.5.3.4.1 Diagnostics en fonction du sexe

(Voir p. 83)

On retrouve quasiment autant de diagnostics par patient chez les hommes que chez les femmes. (3 en moyenne).

Cependant leurs diagnostics diffèrent :

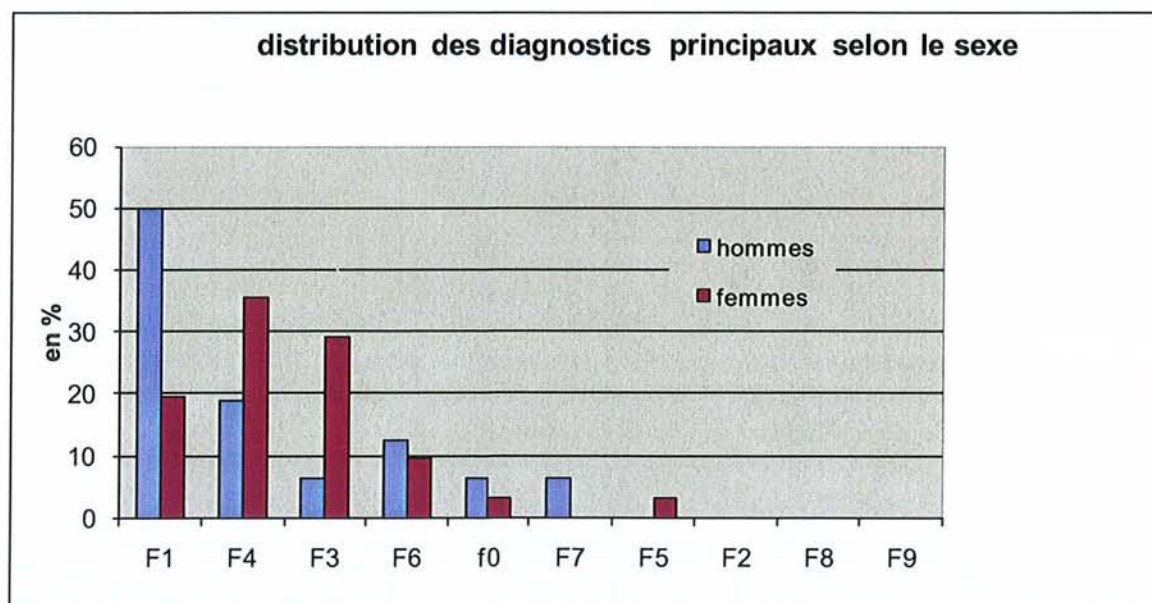
Chez les hommes, 50 % des derniers diagnostics principaux font partie du chapitre des conduites addictives (F1), contre 19 % chez les femmes.

Chez les femmes, les troubles névrotiques (F4) représentent 35 % des diagnostics, et les troubles de l'humeur en représentent 23 %, contre respectivement 18 et 6 % chez les hommes.

Par conséquent les diagnostics principaux par ordre décroissants en fonction du sexe sont :

F1>F4>F6>F3=F0=F7 chez les hommes

F4>F3>F1>F6>F0=F5 chez les femmes

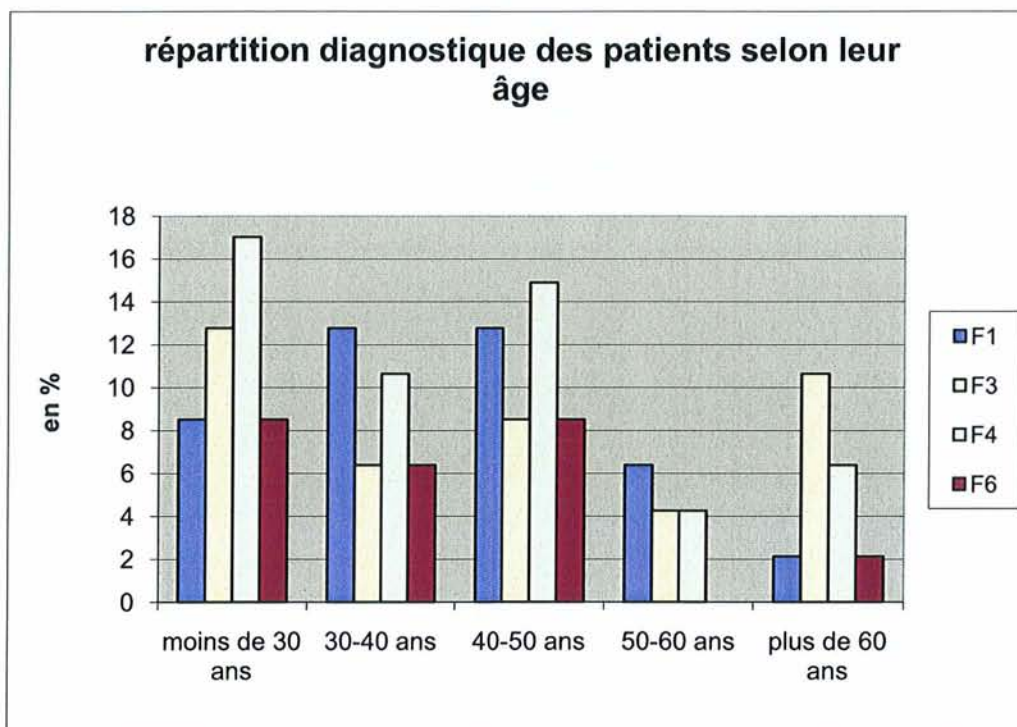


4.5.3.4.2 Diagnostics selon l'âge

(Voir p. 84)

Outre les différences de répartition des diagnostics en fonction du sexe, une analyse plus fine par tranches d'âges permet de constater des variations de fréquence concernant les quatre catégories de diagnostic les plus souvent utilisées.

Pour des raisons de significativité, nous avons utilisé la totalité des diagnostics principaux entre novembre 2006 et novembre 2008 pour chaque patient plutôt que le dernier diagnostic principal.



Chez les moins de 30 ans : les troubles névrotiques prédominent $F4 > F3 > F1 = F6$

Chez les 30-40 ans : ce sont les conduites addictives..... $F1 > F4 > F3 = F6$

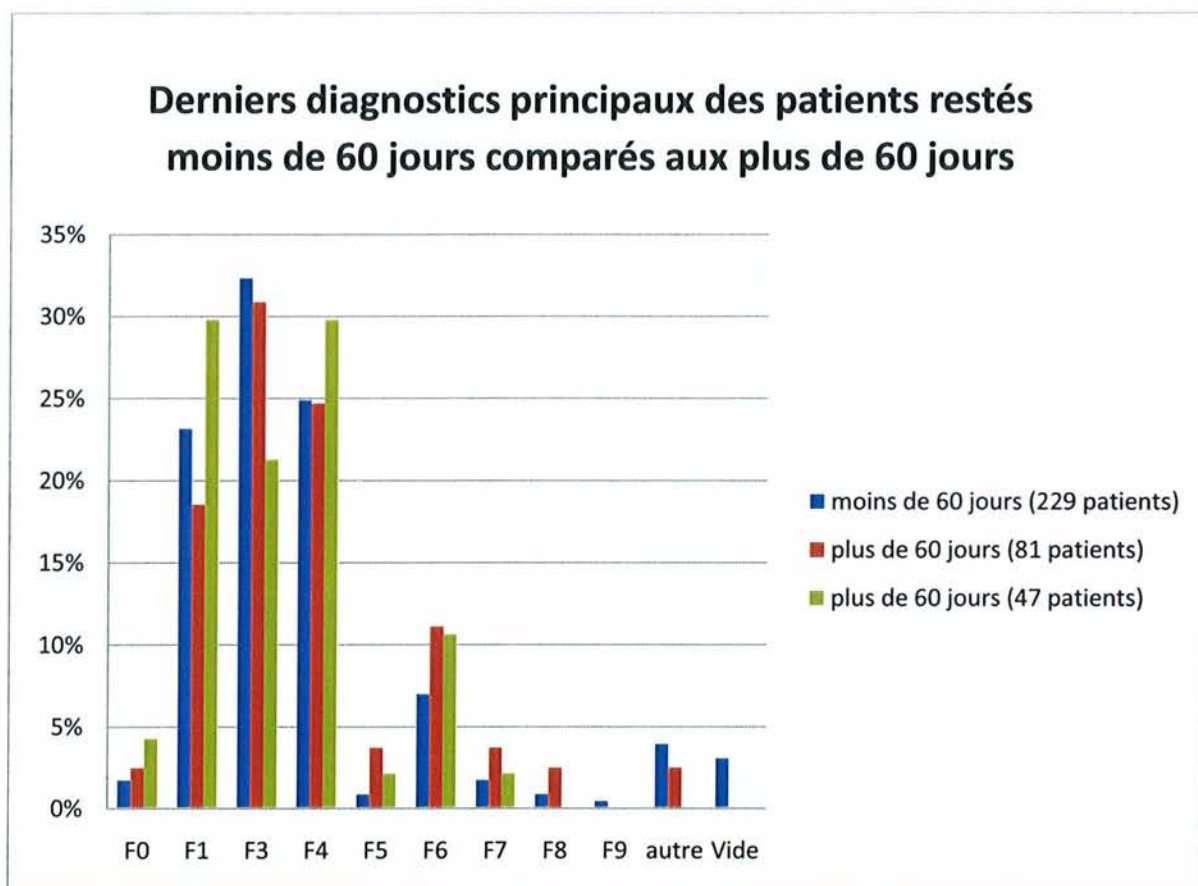
Chez les 40-50 ans : ce sont les troubles névrotiques..... $F4 > F1 > F3 = F6$

Chez les 50-60 ans : ce sont les conduites addictives..... $F1 > F3 = F4$

Chez les plus de 60 ans : ce sont les troubles de l'humeur..... $F3 > F4 > F1 = F6$

4.5.3.4.3 Par rapport aux patients restés moins de 60 jours

Nous avons comparé les derniers diagnostics principaux des 47 patients de notre étude à ceux qui sont restés moins de 60 jours et non psychotiques. Etant donné que nous avons exclus les patients bipolaires, nous avons également repris les 81 patients de départ restés plus de 60 jours et non psychotiques.

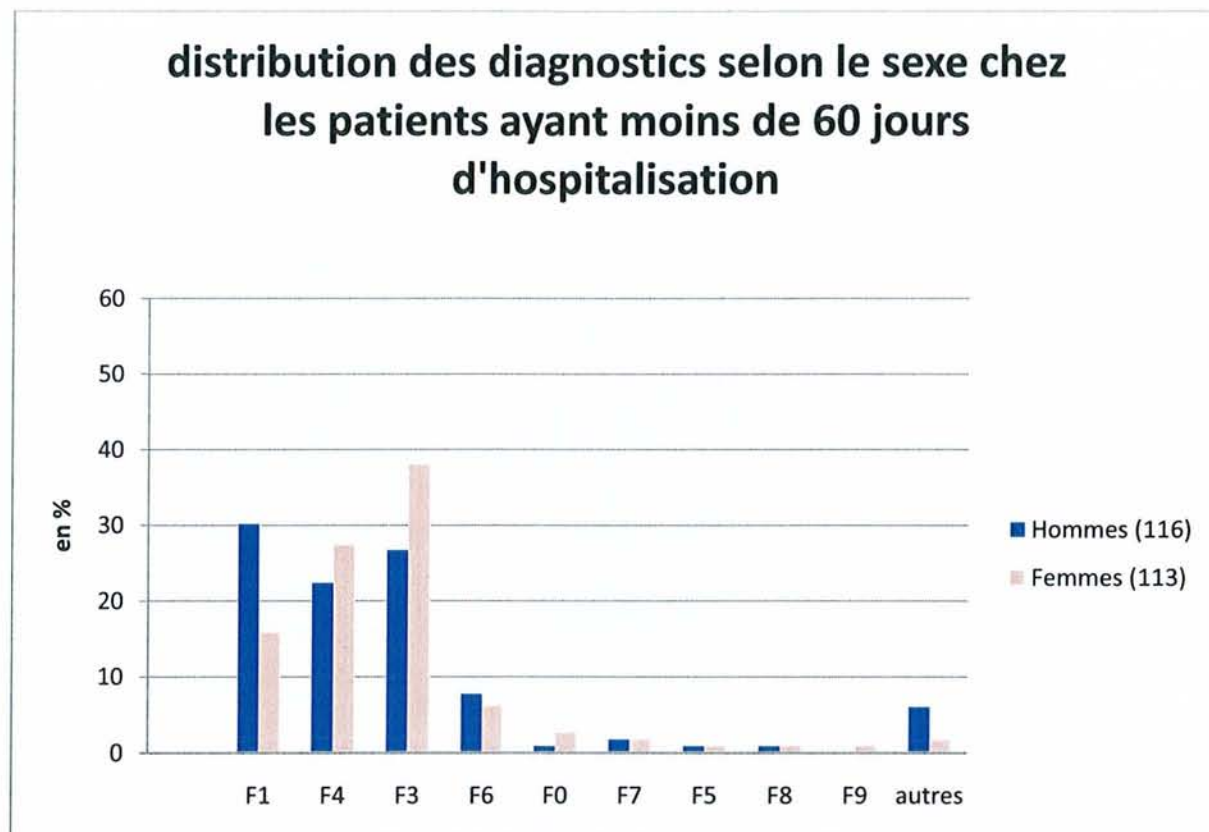


On s'aperçoit que les taux sont relativement comparables entre l'ensemble des patients restés plus de 60 jours et l'ensemble des patients restés moins de 60 jours.

Si l'on ne prend que les patients inclus dans notre étude, on observe un taux plus élevé de diagnostic F1 et F4 comparé aux moins de 60 jours. Cependant ce taux est biaisé par l'exclusion des patients bipolaires qui diminue le taux des diagnostics F3.

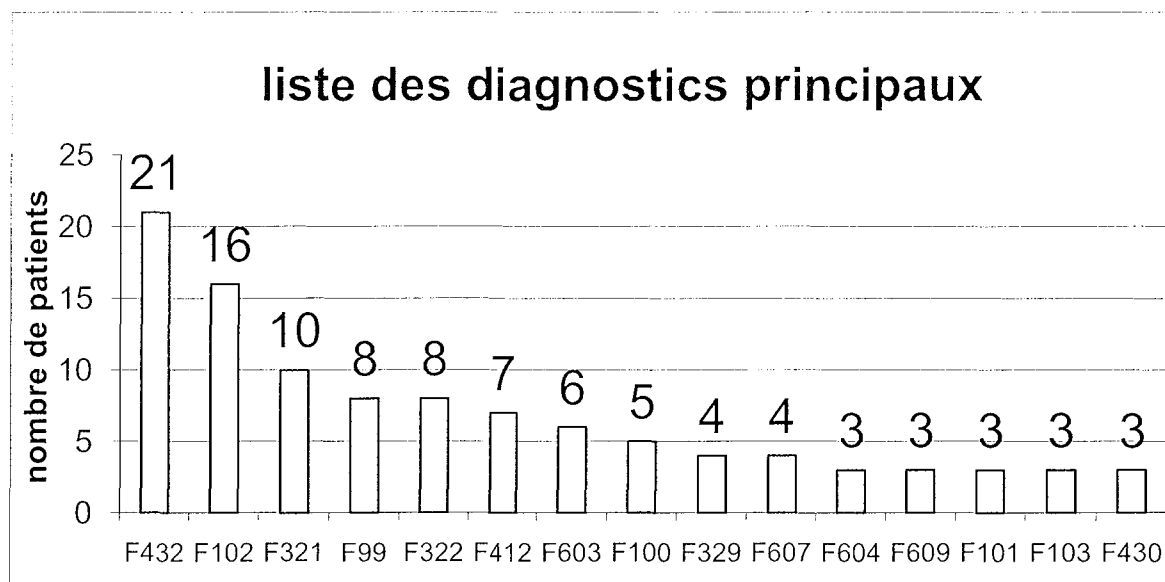
Finalement, seuls les pourcentages des diagnostics de trouble de la personnalité (F6) s'avèrent réellement plus élevés chez les plus de 60 jours.

Par ailleurs, même si les taux sont moins élevés, les rapports des diagnostics hommes sur femmes sont quasiment les mêmes entre les patients restés moins de 60 jours et ceux restés plus de 60 jours.



4.5.3.5 Diagnostics les plus nombreux

Voici la liste des 15 diagnostics les plus utilisés et retranscrits :



- (F43.2) Troubles de l'adaptation
- (F10.2) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : Syndrome de dépendance
- (F32.1) Episode dépressif moyen
- (F99) Trouble mental, sans autre indication
- (F32.2) Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques
- (F41.2) Trouble anxieux et dépressif mixte
- (F60.3) Personnalité émotionnellement labile
- (F10.0) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : Intoxication aiguë
- (F32.9) Episode dépressif, sans précision
- (F60.7) Personnalité dépendante
- (F60.4) Personnalité histrionique
- (F60.9) Trouble de la personnalité, sans précision
- (F10.1) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : Utilisation nocive pour la santé
- (F10.3) Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : Syndrome de sevrage
- (F43.0) Réaction aiguë à un facteur de stress

Le diagnostic F432 « troubles de l'adaptation » est le plus couramment utilisé avec 21 patients sur les 47 (45% des patients).

Il est suivi du diagnostic F102 (« syndrome de dépendance à l'alcool ») avec 16 patients (34% des patients).

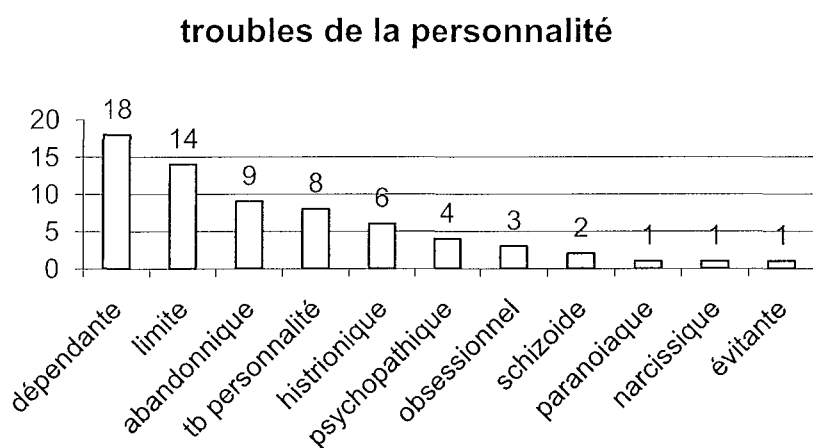
4.5.3.6 Diagnostics principaux retrouvés dans les courriers

Nous nous sommes attachés, parfois de manière subjective, à ne saisir que le diagnostic prédominant dans la prise en charge au long cours des patients.

Les diagnostics principaux retrouvés dans les courriers sont représentés par un syndrome dépressif chronique ou récurrent pour 21 patients (45 %) et un éthyliste chronique pour 20 d'entre eux (42 %). Ces 2 diagnostics sont souvent corrélés. 6 patients (13 %) présentent un tableau anxieux prédominant, et souvent dénommé de diverses façons (trouble anxieux, névrotiques).

4.5.3.7 Troubles de la personnalité évoqués dans les courriers

o



7 patients (15 %) n'ont aucun trouble de la personnalité décrit.

17 patients ont au moins 2 troubles de la personnalité différents.

18 patients (38 %) sont porteurs d'un diagnostic de personnalité dépendante, suivis de 14 personnalités limite ou borderline (30 %).

Alors que la personnalité abandonnique n'est pas décrite dans la CIM-10, 9 patients (19 %) ont pourtant ce diagnostic. Cependant ce diagnostic se rapproche de celui des personnalités émotionnellement labiles de type borderline. Si l'on associe les personnalités abandonniques et les personnalités limites ensemble, ce diagnostic devient alors le premier trouble de la personnalité porté avec 20 patients (43%).

Un trouble « grave » de la personnalité est retrouvé chez 8 patients (17%), sans plus d'étayage.

4.5.3.8 Autres hypothèses diagnostiques

Nous avons recherché pour chacun de ces patients si un doute diagnostique a été exprimé durant ces 2 années.

L'hypothèse d'une psychose sous-jacente est formulée pour 15 patients (32%), liée le plus souvent au caractère atypique des troubles, à la présence d'hallucinations fluctuantes, à la bizarrerie d'un discours parfois délirant. Les symptômes cèdent spontanément, ne sont pas retrouvés d'une hospitalisation à l'autre et sont parfois liés à une prise de toxiques ou d'alcool.

Un doute sur un trouble bipolaire est émis pour 6 patients (13%). Ces hypothèses sont surtout bâties sur la profondeur du syndrome dépressif, son caractère endogène, sa résistance au traitement ou son atypicité. Deux des patients sont persuadés d'avoir un trouble bipolaire sans que cela se ne se justifie. Aucun n'a d'épisode hypomaniaque ou maniaque décrit.

Pour 2 patients, une démence a été diagnostiquée avant que le diagnostic ne soit infirmé.

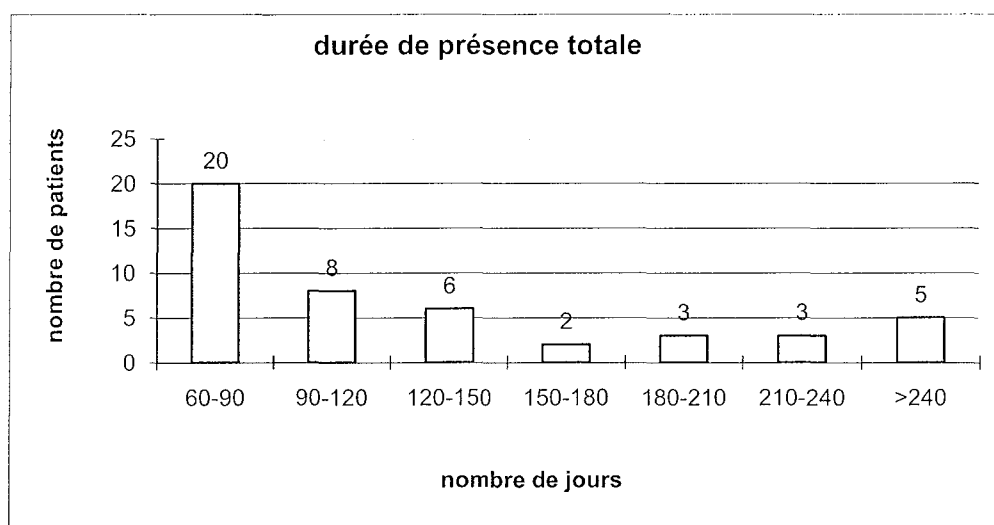
Un syndrome de Korsakoff a été posé pour une patiente qui a finalement totalement récupéré sur le plan cognitif.

4.5.4 Evaluation des temps de séjours et du nombre d'hospitalisations

4.5.4.1 Durée de présence

(Voir p. 84)

La durée de présence est représentée par la somme des durées de séjour en hospitalisation temps plein de chaque patient, de la date d'entrée à la date de sortie, entre le premier novembre 2006 et le premier novembre 2008. Les permissions sont comptabilisées.



La moyenne des durées de présence en hospitalisation temps plein est de 135 jours avec des extrêmes allant de 60 à 493 jours. La médiane est de 106 jours. Le total des nombres de journées est de 6357 jours.

20 patients (42%) ont une durée de présence entre 60 et 90 jours.

9 patients (19 %) ont plus de 6 mois d'hospitalisation

4 patients ont plus d'un an d'hospitalisation.

4.5.4.1.1 Eléments de comparaison

4.5.4.1.1.1 Selon l'âge

18-29 ans : moyenne=137 jours et médiane=121 jours

30-39 ans : moyenne = 141 jours et médiane=128 jours

40-49 ans : moyenne=135 jours et médiane=85 jours

Plus de 50 ans : moyenne = 128,5 jours et médiane=92 jours

4.5.4.1.1.2 Selon le sexe

Pour les femmes, la moyenne est de 127 jours (médiane=111 jours).

Pour les hommes, elle est de 151 jours (médiane=87,5 jours).

4.5.4.1.1.3 Selon le diagnostic

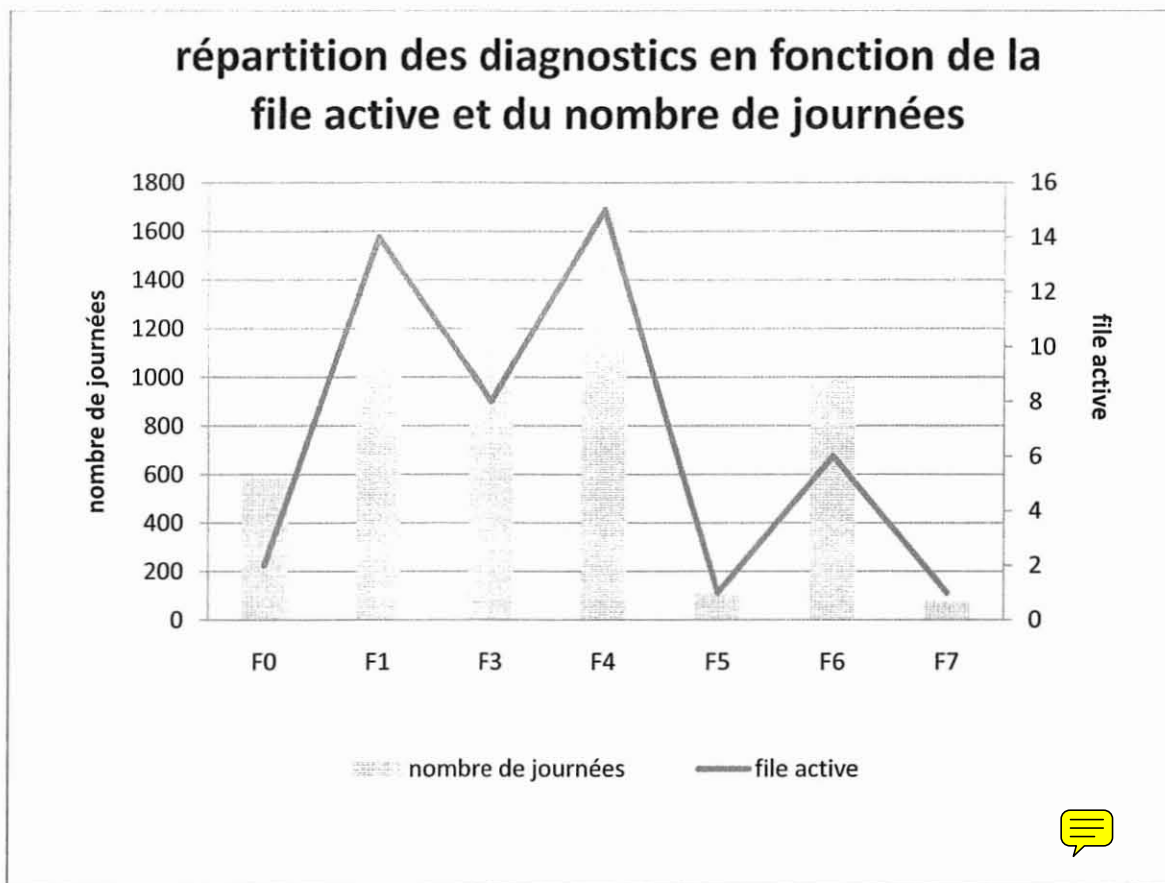
Nous avons comparé le nombre de journées en fonction des chapitres des derniers diagnostics principaux posés et du nombre de patients dans chacun de ces chapitres.

On remarque que les patients ayant des diagnostics F1 et F4 ont logiquement plus de journées d'hospitalisation avec 24,6 % et 29,1 % des journées, étant les plus nombreux. Leur moyenne est de 112 et 123 journées.

Suivent les diagnostics F6 avec 20,9 % des journées : ces patients sont pourtant moins nombreux ; leur moyenne est de 221 journées.

Les diagnostics F3 arrivent en quatrième position avec 13,3 % des journées, malgré une plus grande file active que F6 : leur moyenne est de 105,5 journées.

Puis viennent les diagnostics F0, F5 et F7 qui comportent peu de patients.



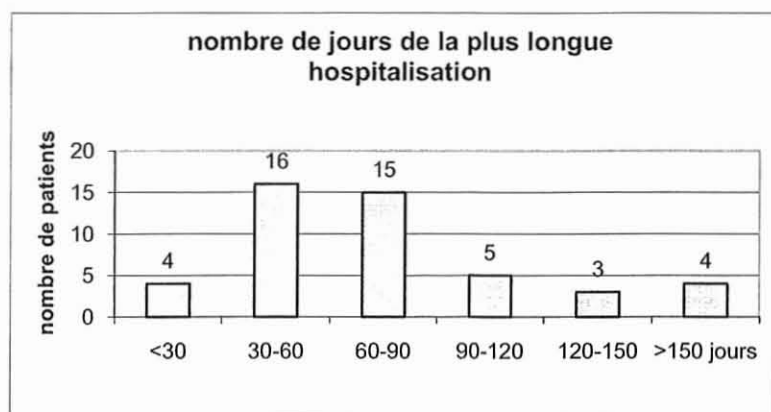
4.5.4.2 Durée du plus long séjour

Elle est représentée par le temps passé en hospitalisation temps plein lors d'un seul séjour.

2 patients sont déjà hospitalisés avant le début de l'étude, alors que le nombre de jours représenté par ce séjour n'est comptabilisé qu'à partir du premier novembre 2006.

De même, 6 patients sont toujours hospitalisés au premier novembre 2008 : les jours d'hospitalisation postérieurs au premier novembre 2008 n'ont pas été comptabilisés.

C'est pourquoi certains séjours sont en fait plus longs que ce décrit notre étude. C'est le cas pour 5 de ces patients.



La moyenne des durées de la plus longue hospitalisation est de 81 jours avec des extrêmes allant de 22 à 452 jours (les autorisations de sorties ne sont pas comptées). La médiane est de 67 jours.

4 patients ont effectué moins d'un mois par hospitalisation. A l'inverse, 4 patients ont accompli plus de 5 mois d'hospitalisation pour le plus long séjour.

4.5.4.2.1 Eléments de comparaison

4.5.4.2.1.1 Selon l'âge

18-29 ans : moyenne=79 jours et médiane=67,5 jours

30-39 ans : moyenne = 78 jours et médiane=67 jours

40-49 ans : moyenne=92 jours et médiane=61,5 jours

Plus de 50 ans : moyenne = 75 jours et médiane=65 jours

4.5.4.2.1.2 Selon le sexe

Pour les femmes, la moyenne est de 74 jours (médiane=67 jours).

Pour les hommes, elle est de 94 jours (médiane=60,5 jours).

4.5.4.3 Nombre d'hospitalisations

Le nombre d'hospitalisation a été récupéré par les données fournies par C-PAGE, ainsi que par la lecture des dossiers dans cimaise permettant la recherche d'antécédent d'hospitalisations dans d'autres services de psychiatrie que ceux du CPN.

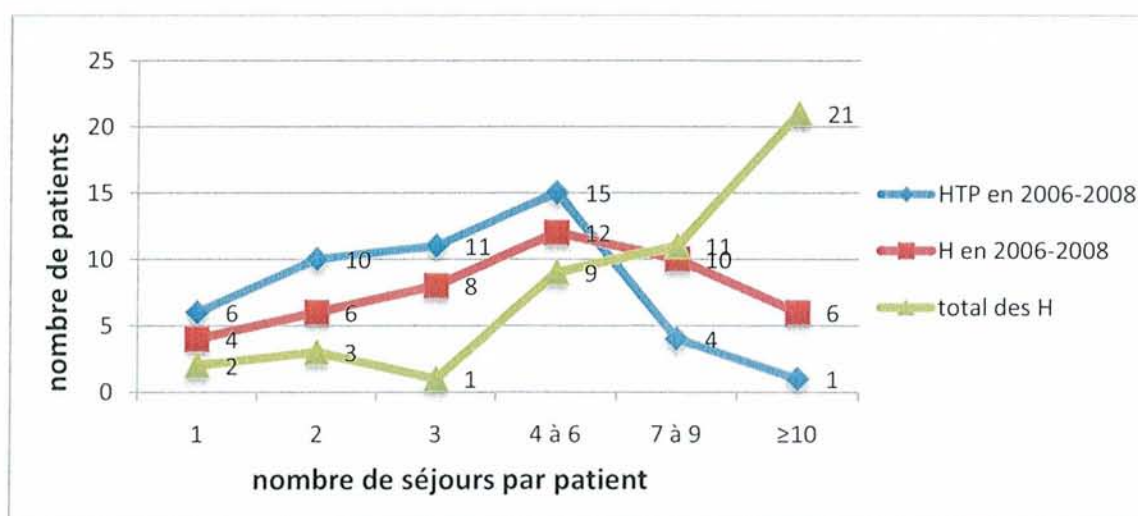
Le nombre d'hospitalisations temps plein (**HTP**) par patient entre 2006 et 2008 varie entre 1 et 11 hospitalisations (moyenne = 3,7 ; médiane = 3)

Le nombre total d'hospitalisations (**H**) correspond à la somme des hospitalisations temps plein, des hospitalisations de crises (aux urgences psychiatriques et à l'accueil du CPN) et des hospitalisations de jour. Elle varie de 1 à 18 hospitalisations entre 2006 et 2008 (moyenne = 6 ; médiane = 4)

11 patients (23 %) ont bénéficié d'hôpital de jour entre novembre 2006 et novembre 2008, le plus souvent dans les suites d'une hospitalisation temps plein.

28 patients (60 %) ont été hospitalisés en unité de crise sans qu'elle soit succédée d'une hospitalisation temps plein en service classique. Parmi ces patients, le nombre d'hospitalisation de crise variait de 1 à 14 hospitalisations en 2 ans (moyenne=3,6 et médiane =2,5).

Le nombre total des hospitalisations par patient sans période définie (de leur naissance à novembre 2008) varie de 1 à 40 (moyenne = 11 ; médiane = 9)



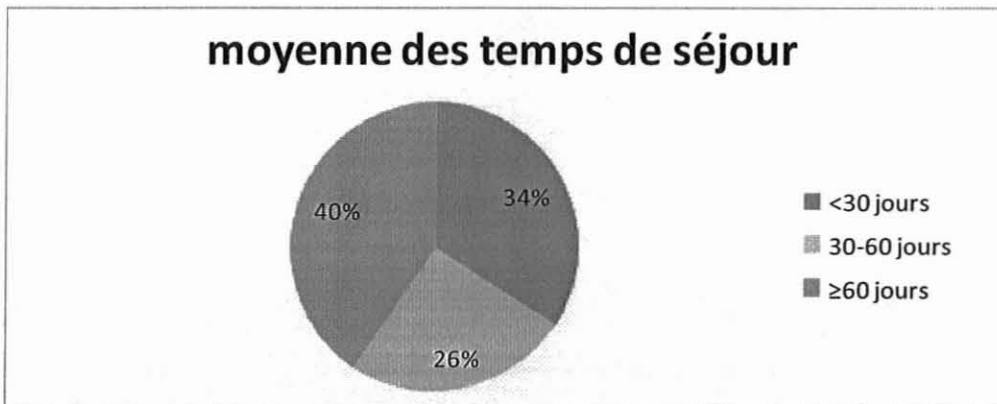
4.5.4.4 Moyenne des temps de séjour

La moyenne des temps de séjour en hospitalisation temps plein est de 51 jours (médiane = 33 jours).

16 patients (34 %) ont une moyenne de durée de séjour inférieure à 30 jours. Leur nombre d'hospitalisations sur le CPN sur la période impartie est de 4,5 en moyenne (allant de 3 à 11 hospitalisations). Seuls trois patients ont une hospitalisation supérieure à 2 mois.

12 patients (26 %) ont une durée moyenne de 30 à 60 jours d'hospitalisation par séjour, avec une moyenne de 3,9 hospitalisations (allant de 2 à 7 hospitalisations). 8 ont au moins une hospitalisation supérieure à 2 mois.

19 patients (40 %) ont une durée de séjour moyenne supérieure à 60 jours avec une moyenne de 1,9 hospitalisation (allant de 1 à 6 hospitalisations). Tous ont au moins un séjour supérieur à 2 mois.



4.5.4.5 Temps de séjours habituels

Cependant, ces moyennes ne reflètent pas exactement le temps d'hospitalisation habituel des patients. En effet, certains patients cumulent les petites hospitalisations puis ont une hospitalisation plus longue, augmentant la moyenne des temps de séjour.

Nous faisons l'hypothèse qu'il pourrait exister des profils de patients différents en fonction du temps resté en hospitalisation à chaque séjour.

Nous avons donc défini trois groupes en fonction de leur temps habituel de séjour, et sans prendre en considération les séjours qui diffèrent des autres :

Groupe 1 : « séjours courts » inférieurs à 30 jours.

Groupe 2 : « séjours moyens » compris entre 30 et 60 jours.

Groupe 3 : « séjours longs » supérieurs à 60 jours.

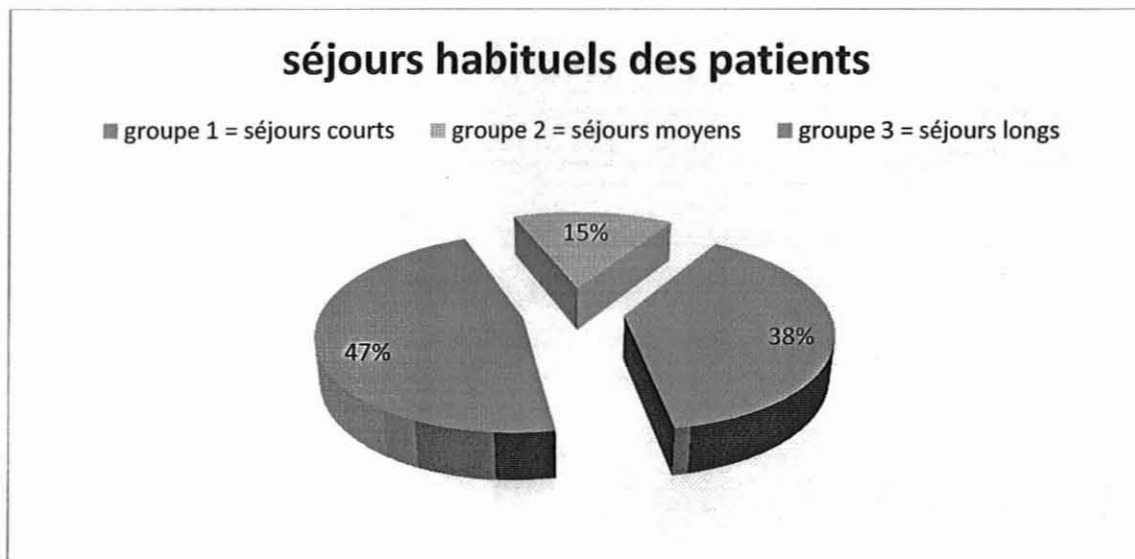
Par exemple, un patient ayant 5 hospitalisations dont 4 de moins de 30 jours et une de plus de 60 jours sera compté dans le groupe 1, même si la moyenne des séjours fait plus de 30 jours.

Si un patient a autant de séjours supérieurs à 60 jours qu'inférieur à 30 jours, la moyenne des temps de séjours indiquera alors dans quel groupe va le patient.

On comptabilise 22 patients dans le groupe 1 (47 %), 7 patients dans le groupe 2 (15 %) et 18 patients dans le groupe 3 (38 %).

Parmi les 22 patients du groupe un, 7 ont eu au moins 1 séjour > à 60 jours.

Parmi les 18 patients du groupe trois, 5 ont eu au moins 1 séjour < à 30 jours.



4.5.4.5.1 Sexe et âge en fonction des groupes

La moyenne d'âge du groupe 1 est de 37 ans, dont 10 hommes et 12 femmes

La moyenne d'âge du groupe 2 est de 54 ans, comprenant 1 homme et 6 femmes.

La moyenne d'âge du groupe 3 est de 40 ans, comprenant 5 hommes et 13 femmes.

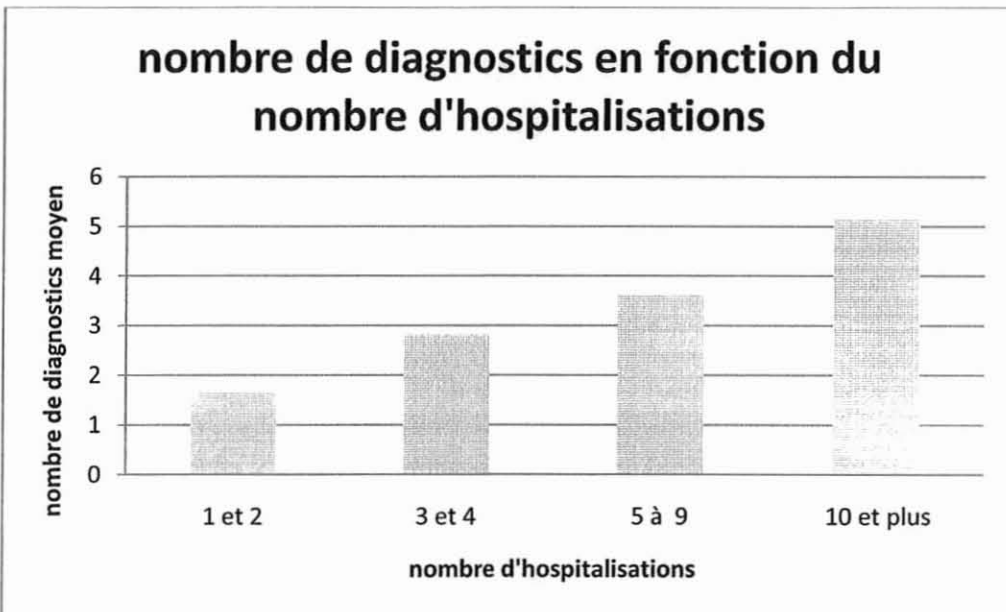
Ainsi, 62,5 % des hommes font plutôt des séjours courts, contre 38,7 % des femmes.

Par ailleurs, les patients du groupe 1 sont plus jeunes que dans les autres groupes.

4.5.4.5.2 Diagnostics au sein des groupes

Les patients du groupe 1 ont 3,8 diagnostics principaux posés en moyenne, contre 2,8 pour les patients du groupe 2 et 2,4 pour les patients du groupe 3.

Cela s'explique par le fait que le nombre de diagnostics augmente proportionnellement au nombre d'hospitalisations.



En ce qui concerne les diagnostics principaux et associés, on retrouve:

Groupe 1 (séjours courts) : 15 F1 ; 8 F3 ; 10 F4 ; 2 F5 ; 7 F6 ; 1 F7 ; 3 F9 ; 2 autres (soit 48 diagnostics)

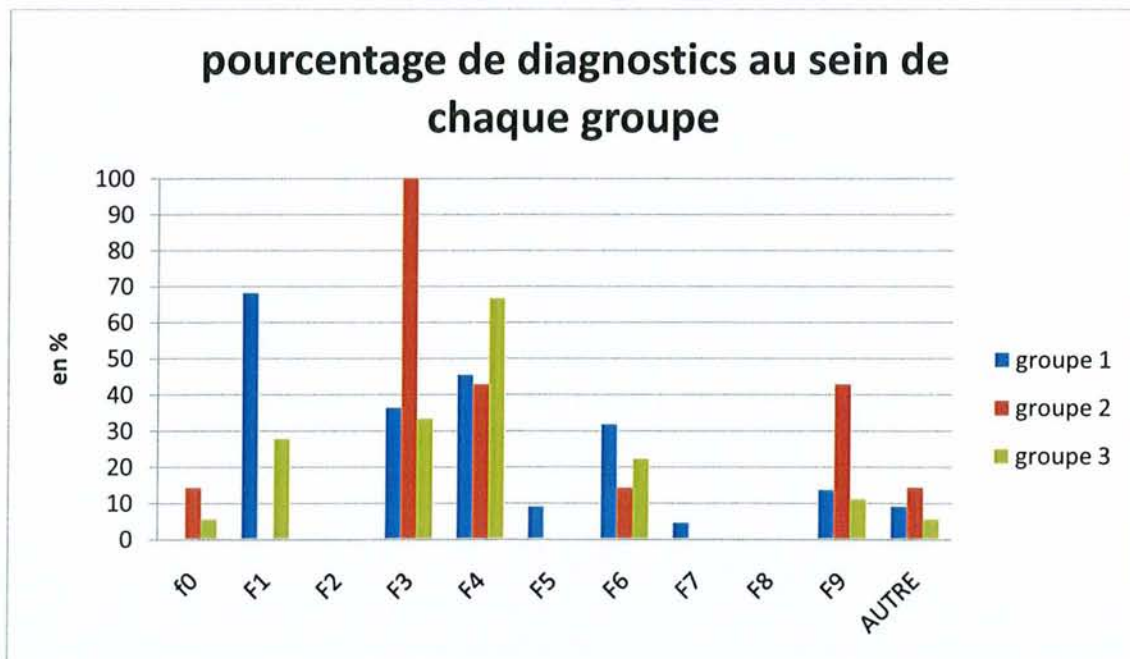
Groupe 2 (séjours moyens): 1 FO ; 6 F3 ; 3 F4 ; 1 F6 ; 3 F9 ; 1 autre (soit 15 diagnostics)

Groupe 3 (séjours longs): 1 FO ; 5 F1 ; 6 F3 ; 12 F4 ; 4 F6 ; 2 F9 ; 1 autre (soit 31 diagnostics)

On remarque que la majorité des patients ayant un problème de conduite addictive (F1) sont dans le groupe 1 (75 % des patients F1.). A l'intérieur de ce groupe, il représente 68 % des patients.

En ce qui concerne le groupe 2, on constate que l'on ne retrouve aucun patient F1. Par contre **100 % d'entre eux ont un trouble de l'humeur (chapitre F3).**

Pour les patients du groupe 3, on remarque qu'ils sont majoritairement représentés par le chapitre F4 portant sur les troubles anxieux (67 % des patients de ce groupe).



Nous avons effectué une répartition des diagnostics de troubles de la personnalité retrouvés dans les courriers, en les classant par type de séjour. Nous avons également suivi le même raisonnement pour les hypothèses de psychose et de trouble bipolaire qui ont été envisagées sans être clairement diagnostiqués (voir page 122).

On retrouve plus de troubles de la personnalité psychopathique et limite dans le groupe 1. Les personnalités dépendantes sont assez bien réparties.

Les patients dont un doute sur un trouble psychotique a été émis sont plus souvent corrélés au groupe 3 ; les hypothèses de trouble bipolaire sont mieux réparties entre les 3 groupes.

groupe	personnalité					
	état-limite		dépendante		psychopathique	
	nombre	%	nombre	%	nombre	%
1	13	59%	8	36%	4	18%
2	1	14%	3	43%	0	0
3	6	33%	6	33%	1	6%

groupe	diagnostics différentiels			
	trouble bipolaire		psychose	
	nombre	%	nombre	%
1	3	14%	6	27%
2	2	29%	1	14%
3	1	6%	8	44%

4.5.5 Facteurs psychopathologiques

4.5.5.1 Début des troubles

4.5.5.1.1 Date et âge de début des troubles psychologiques :

(Voir p. 87)

Ils ont été évalués en fonction des dires du patient ou de leur famille, et retranscrits dans les observations écrites.

Pour certains patients, la date des premiers troubles n'est pas suffisamment précisée (notamment en ce qui concerne leur enfance). Nous avons alors repris la date et l'âge où les patients peuvent réellement décrire leur souffrance. C'est pourquoi plusieurs patients ont un âge de début des troubles plus élevés que ce que laisse penser leur anamnèse.

Selon la biographie du patient, l'année de début des troubles est en 1995 en moyenne avec des extrêmes allant de 1976 à 2008, pour un **âge moyen de 27 ans** allant de 8 à 61 ans (médiane = 21 ans),

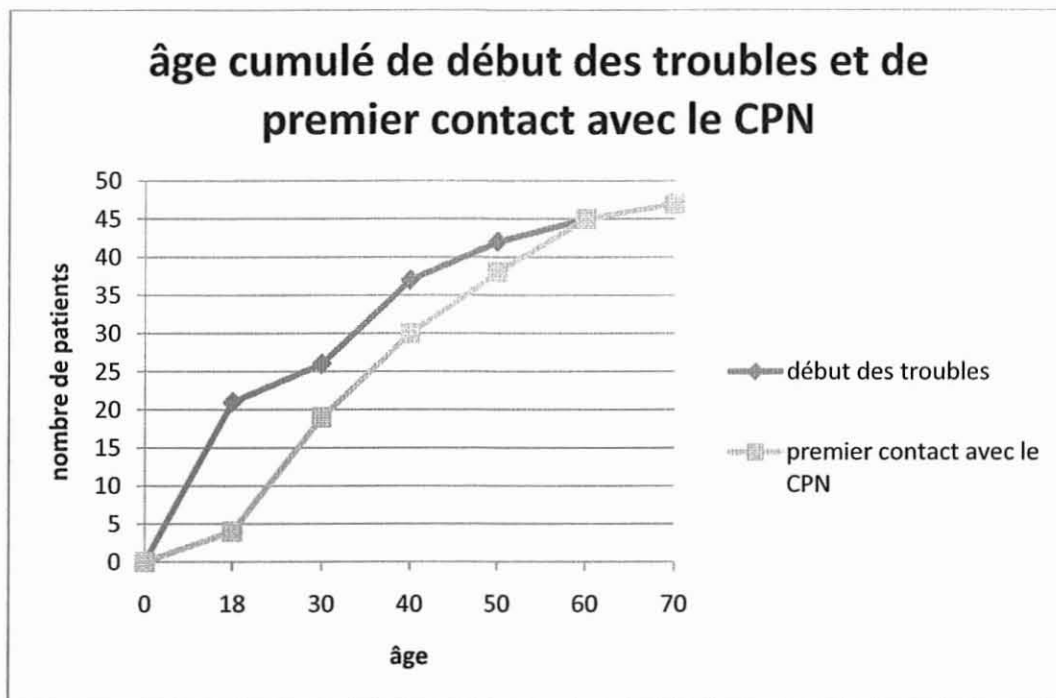
4.5.5.1.2 Date de premier contact avec le CPN :

Elle correspond à la première fois où le patient a rencontré un professionnel travaillant au CPN (infirmier, médecin, psychologue). Pour la plupart des patients, il correspond également à l'année de la première hospitalisation au CPN.

Plusieurs patients ont été hospitalisés ou suivis antérieurement dans d'autres secteurs de psychiatrie que ceux du CPN. Les données ne correspondent donc pas au premier contact avec la « psychiatrie ».

L'année de premier contact avec le CPN est de 2003 en moyenne pour l'ensemble des patients avec des extrêmes allant de 1989 à 2008 (médiane = 2004). Leur âge est de **35,5 ans en moyenne** (de 15 à 66 ans, médiane = 34 ans).

15 patients (32 %) ont eu leur premier contact après novembre 2006, n'étant donc pas connus du CPN avant le début de cette étude (ce qui est comparable avec la file active du CPN dont on estime qu'un tiers sont des nouveaux patients chaque année).



On note qu'il existe 8 ans de décalage en moyenne (et 13 ans en médiane) entre l'âge de début de troubles décrits par le patient ou sa famille, et l'âge de premier contact avec le CPN.

La différence s'effectue surtout avant la majorité, où 21 patients décrivent déjà des troubles (44,5%), alors que seuls 4 d'entre eux (8,5 %) ont eu un lien avec le CPN.

Ces données sont toutefois à relativiser : en effet, l'anamnèse de ces patients révèle que plusieurs patients ont déjà été hospitalisés ou suivis avant d'entrer au CPN.

4.5.5.1.3 Eléments de comparaison

4.5.5.1.3.1 Entre les types de séjours

Les patients du groupe 1 (séjours courts) sont en moyenne plus jeunes lors du début des troubles (22 ans) et lors du premier contact avec le CPN (30,7 ans) que dans les deux autres groupes (séjours moyens et long). 54 % débutent leur trouble avant 18 ans dans le groupe 1, contre 28 et 38 % dans les autres groupes. Cependant, la moyenne d'âge dans le premier groupe est également moins élevée, et les données sur l'enfance sont moins fournies lorsque l'âge augmente.

4.5.5.1.3.2 En fonction de l'âge

Parmi les moins de 30 ans, 12 patients sur les 13 (92 %) ont des troubles avant leur majorité, dont 4 d'entre eux avec un suivi sur le CPN.

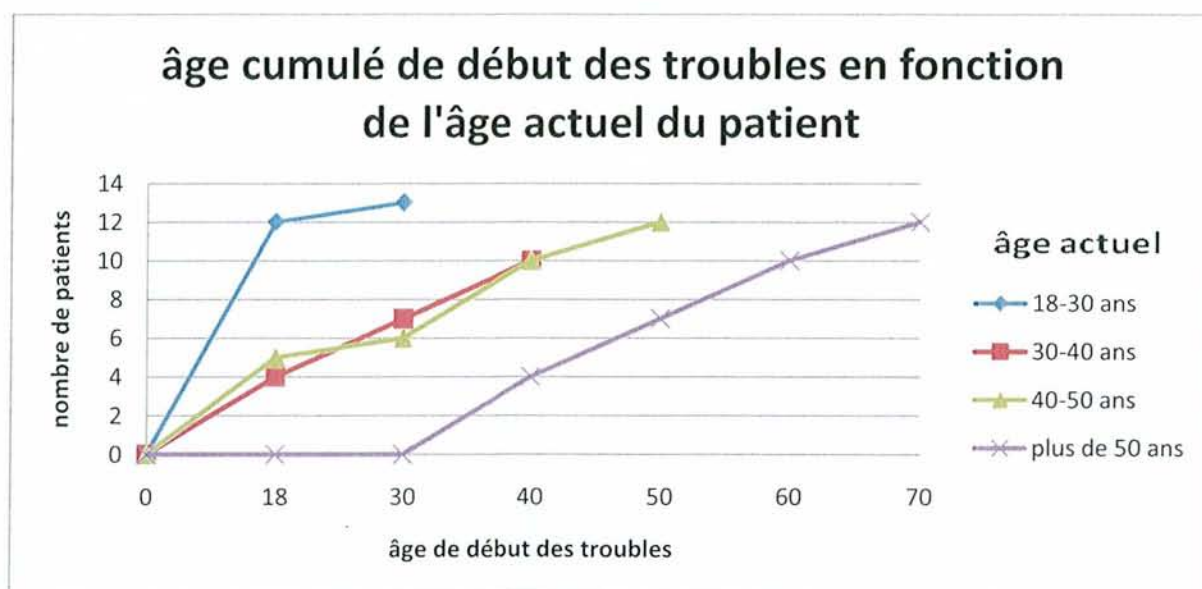
L'âge de début des troubles est 14 ans (de 8 à 18 ans et 15 ans en médiane).

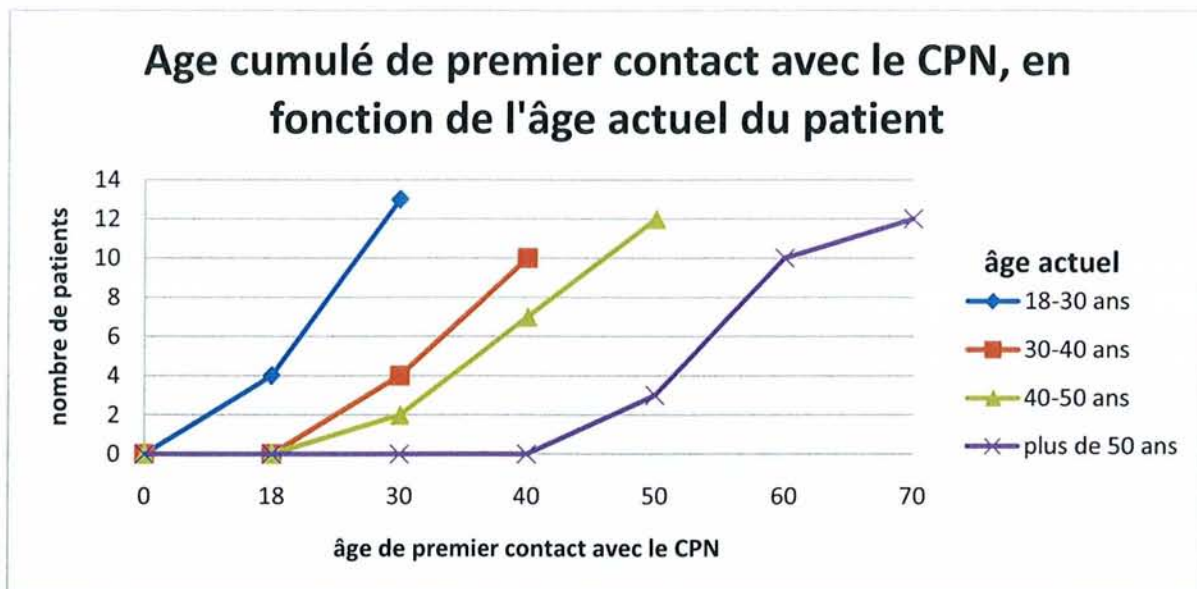
L'année de premier contact avec le CPN est de 2005 en moyenne pour l'ensemble des patients avec des extrêmes allant de 2001 à 2008 (médiane = 2006). Leur âge est alors de 21 ans en moyenne (de 15 à 28 ans, médiane = 22 ans), soit 7 ans d'écart en moyenne entre le début des troubles et le premier contact avec le CPN.

Parmi les plus de 50 ans, L'âge de début des troubles est 45 ans (44 ans en médiane). Aucun patient de plus de 50 ans n'a d'antécédent psychiatrique connu avant l'âge de 30 ans.

L'année de premier contact avec le CPN est de 2002 en moyenne pour l'ensemble des patients avec des extrêmes allant de 1989 à 2008 (médiane = 2004). Leur âge est de 54 ans en moyenne (de 43 à 66 ans, médiane = 53,5 ans) soit 9 ans d'écart en moyenne.

On remarque donc qu'il existe une nette différence entre les classes d'âge concernant le début des troubles psychiatriques et l'âge de premier contact avec le CPN.





4.5.5.1.4 Troubles psychologiques durant l'enfance

aucun	7	15 %
oui sans suivi	11	24 %
oui avec suivi	3	6 %
oui avec suivi et hospitalisation	7	15 %
délinquance	3	6 %
non connu	16	34 %

Au moins 10 patients (21 %) ont eu un suivi voire une hospitalisation avant la majorité, alors que seuls 4 patients sont retrouvés dans le dossier informatique. Cela s'explique par le fait que les patients étaient alors suivis ailleurs qu'au CPN, ou que leur dossier, antérieur à 2004, n'a pas été retranscrit dans les archives.

Si l'on ne reprend que les patients pour qui les données sont connues, on arrive à un total de 24 patients (en comptant les jeunes délinquants) sur 31 patients, soit 77 % ayant eu des problèmes psychologiques avant leur majorité.

Pour 16 patients (34 %), les données sont insuffisantes pour estimer si des troubles psychologiques étaient réellement présents durant l'enfance et l'adolescence.

Cependant plusieurs d'entre eux évoquent « avoir souffert » ou « être anxieux » durant cette période.

7 patients sur les 16 dont les données sont insuffisantes ont plus de 50 ans, 4 ont entre 40 et 50 ans, 4 ont entre 30 et 40 ans, et 1 seul patient a moins de 30 ans. Les données sur l'enfance décroissent donc avec l'âge.

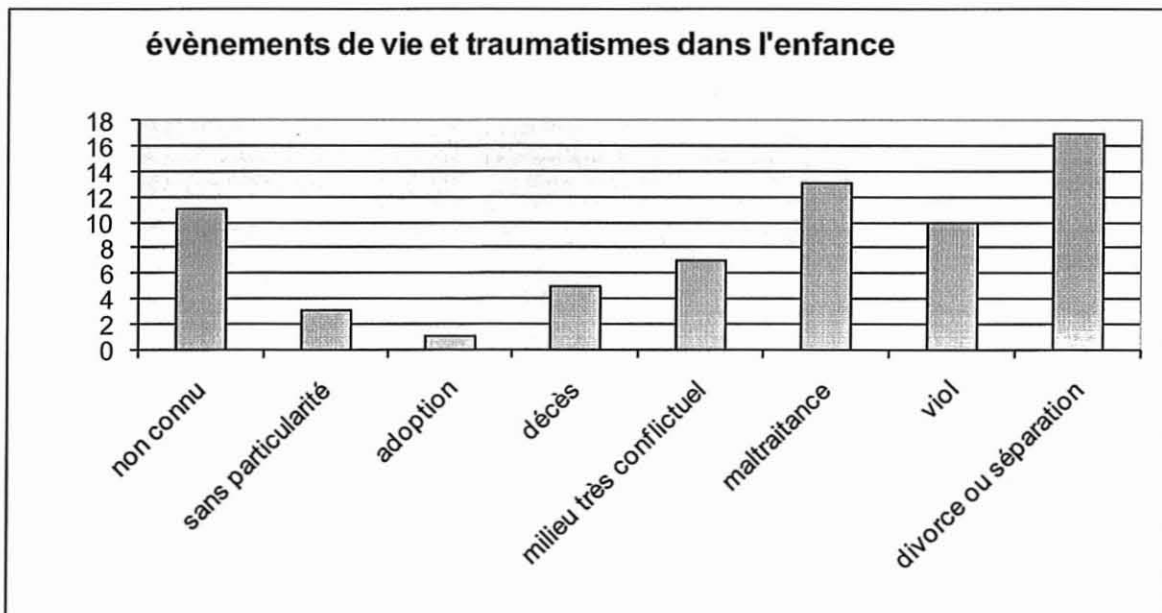
4.5.5.2 Biographie : enfance, adolescence

(Voir p. 87)

Pour 11 patients (23 %), on ne retrouve aucun élément dans le dossier concernant leur enfance.

Parmi les 36 autres patients, 17 ont vécu la séparation de leur parents (soit 47% sur les 36 patients), 13 ont été victimes de maltraitance régulière (36 %), 10 ont été violés (28 %), 7 ont vécu dans un milieu très conflictuel (19 %), 5 ont un des parents qui est décédé (14 %). 3 patients seulement ne signalent aucun évènement notable durant leur enfance (8 %).

Si l'on excepte les divorces et les adoptions, on retrouve 26 patients sur 36 soit 72 % ayant subi un évènement de vie durant leur enfance.



Les viols et incestes durant l'enfance concernent 38 % des femmes dont les antécédents sont connus (29 % en tout).

60 % des patients de moins de 30 ans ont été victimes de maltraitance, et 40 % disent avoir été violés durant leur enfance. Les 2 réunis (maltraitance et viol) concernent 80 % des jeunes.

4.5.5.3 Placement durant l'enfance

Au moins 10 patients sur les 47 ont été placés durant leur enfance.

Sur ces 10 patients, 6 appartiennent au groupe des séjours courts et 4 aux séjours longs. 40 % sont des jeunes de moins de 30 ans.

4.5.5.4 Antécédents familiaux

Seuls les antécédents du père et de la mère ont été recherchés. Ils ont été regroupés entre alcoolodépendance, trouble psychiatrique (dépression suivie, schizophrénie, hospitalisations en psychiatrie), violence (sur le patient ou le conjoint), perte de contact (le père ou la mère a disparu après un décès ou un départ), parent non connu.

Pour 6 patients (13 %), les antécédents des parents ne sont pas connus.

7 patients (15 %) ont leurs deux parents sans trouble psychiatrique ou sans problème de séparation.

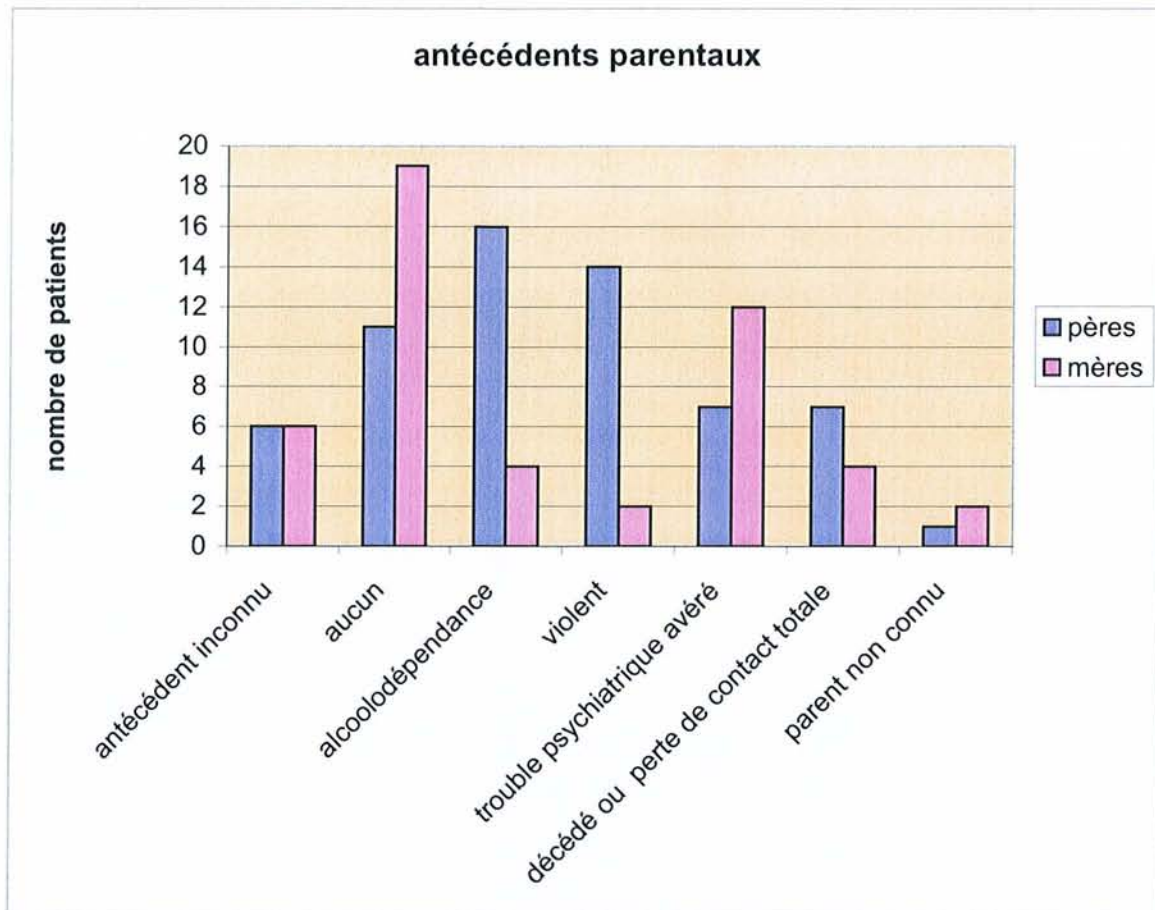
16 patients (34 %) ont un des deux parents avec un trouble ou une séparation (12 mères et 4 pères)

18 patients (38 %) ont des antécédents chez leurs deux parents.

On retrouve un antécédent pour 30 pères et 22 mères parmi les 41 parents dont les antécédents sont connus, soit respectivement 73 % des pères et 54 % des mères.

Parmi les parents aux antécédents connus, on note plus d'alcoolodépendance (16 pères soit 39 %) et de violence chez les pères (14 pères soit 34 %) que chez les mères (respectivement 10 et 5 %). Dans la moitié des cas, les deux critères sont associés.

A l'inverse, on observe plus de troubles psychiatriques chez les mères (12 mères soit 29 %) que chez les pères (17 %).



Entre les trois sous-groupes « types de séjours », les antécédents parentaux sont similaires.

4.5.5.5 Traumatismes à l'âge adulte

(Voir p. 87)

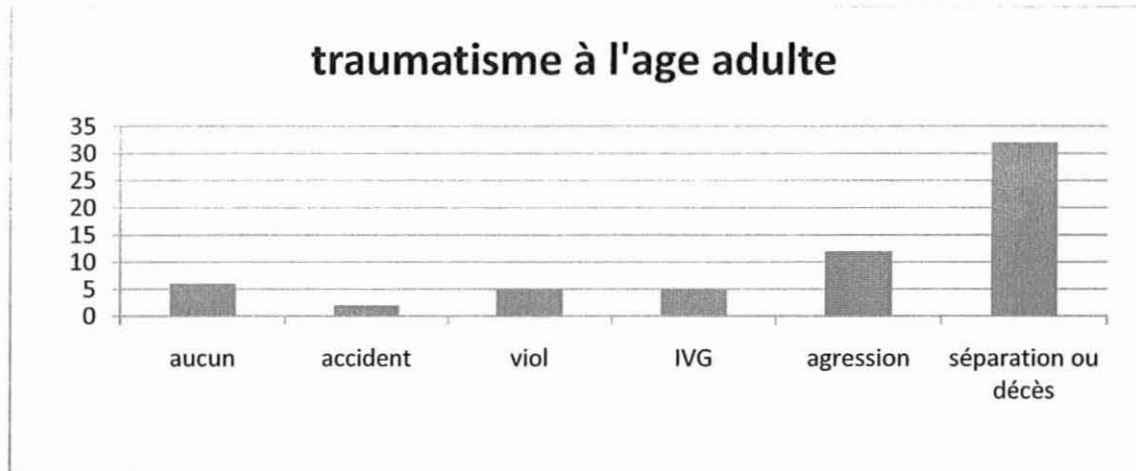
Nous rapportons l'idée de traumatisme à tout ce qui a été désigné par le patient comme étant difficile à supporter pour lui, et qui a déclenché, aggravé des troubles ou justifié une hospitalisation. Les différents critères sélectionnés sont : « accident », « agression », « viol », « IVG », « séparation ou décès ».

Les séparations et décès arrivent nettement en tête (32 patients sur 47, soit 68 %)

Pour 6 patients (13 %), aucun traumatisme n'a été retrouvé à l'âge adulte.

Les femmes apparaissent plus sujettes aux traumatismes, pour 90 % d'entre elles, contre 81 % des hommes. Les femmes sont plus sujettes aux agressions. On

retrouve 5 femmes disant avoir été violées et 5 ayant eu une IVG (sur 31 femmes, soit 16 % des femmes).



4.5.5.6 Tentatives de suicide

(Voir p. 87)

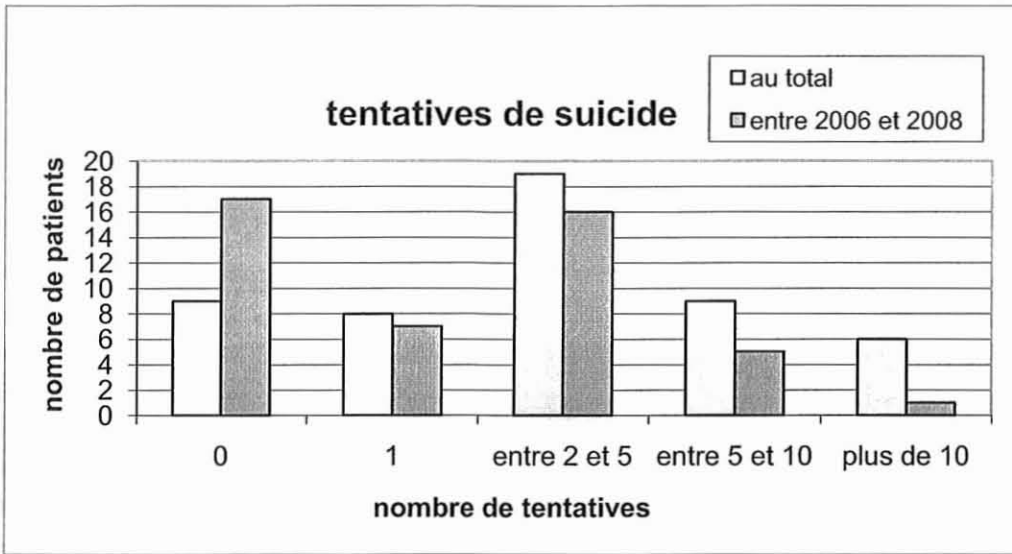
Nous avons comptabilisés le nombre de tentatives de suicide par patients durant les périodes de 2006 à 2008 et durant la vie entière de chaque patient.

Lorsque le patient a au moins 10 tentatives de suicide, nous nous sommes arrêtés à ce chiffre. Cela est le cas pour un patient entre 2006 et 2008, et pour 6 patients sur la vie entière. Nous pouvons donc imaginer que la moyenne des tentatives de suicide est en fait sous-estimée.

Durant la période définie (novembre 2006 à novembre 2008), 30 patients sur les 47 ont réalisé au moins une tentative de suicide sur cette période (soit 62 % des patients). On retrouve une moyenne de 2 tentatives de suicide par patient (médiane = 1).

Sur la vie entière, au moins 38 patients sur les 47 (81 %) ont fait une tentative de suicide, avec une moyenne de 3,6 tentatives de suicide par patient (médiane = 3)

Si l'on ne prend que les suicidants, on note une moyenne de 3,2 TS par patient entre 2006 et 2008 (sur les 30 suicidants), et 4,3 TS sur la vie entière (sur les 38 suicidants).

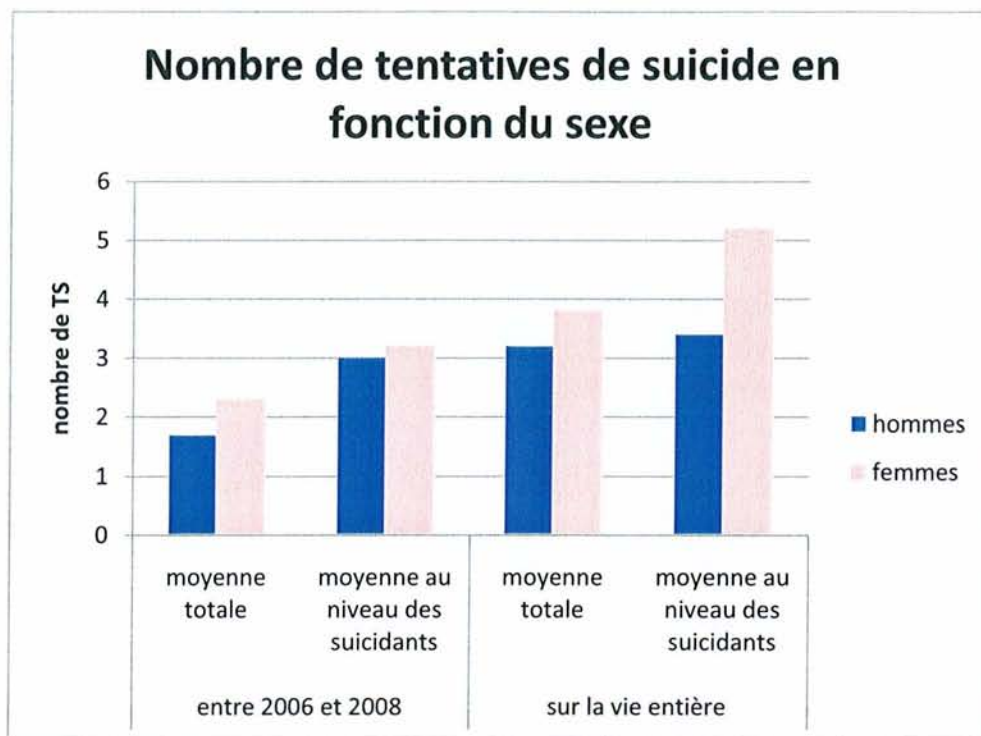
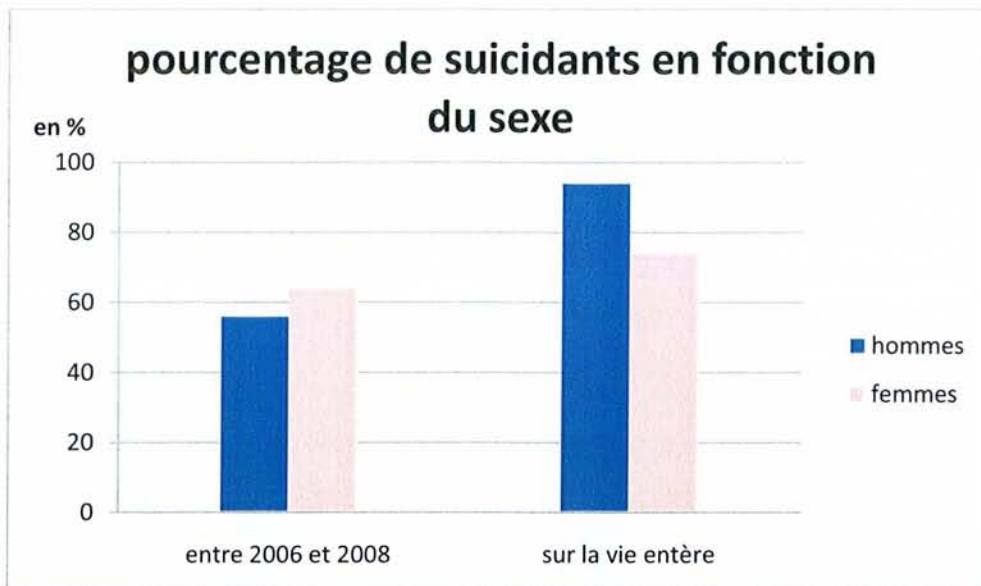


4.5.5.6.1 Eléments de comparaison

4.5.5.6.1.1 Selon le sexe

21 femmes sur 31 (68 %) ont fait au moins une TS entre 2006 et 2008, et 23 femmes (74 %) sur la vie entière. On compte 2,3 tentatives de suicide en moyenne entre 2006 et 2008, et 3,8 sur la vie entière pour l'ensemble de femmes ; 3,2 et 5,2 TS si l'on ne prend que les suicidantes.

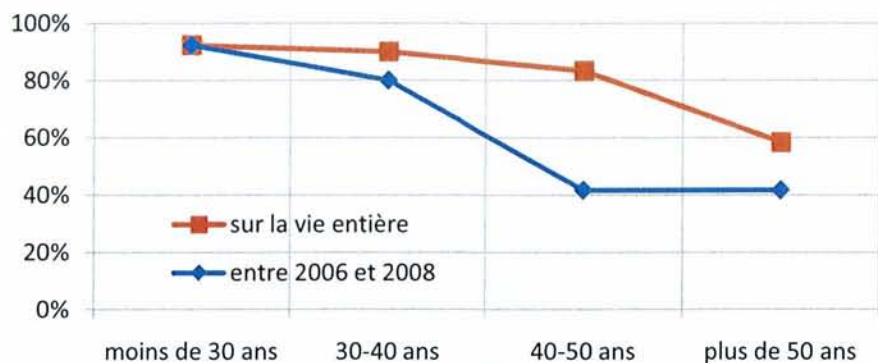
9 hommes sur 16 (56 %) ont fait au moins une TS entre 2006 et 2008, et 15 hommes (94 %) sur la vie entière. On compte 1,7 tentative de suicide en moyenne entre 2006 et 2008, et 3,2 sur la vie entière pour l'ensemble des hommes ; 3 et 3,4 TS si l'on ne prend que les suicidants.



4.5.5.6.1.2 Selon l'âge

Le nombre de suicidants diminue avec l'âge : ils sont 85 % chez les moins de 30 ans, et 42 % des patients chez les plus de 50 ans entre 2006 et 2008, et 92 % sur la vie entière chez les moins de 30 ans contre 58 % chez les plus de 50 ans

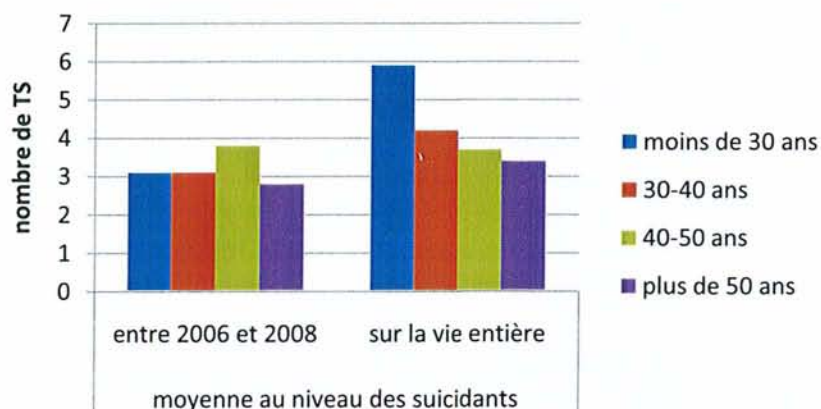
pourcentage de suicidants en fonction de l'âge



Par ailleurs, les nombres de tentatives de suicide diminuent également avec l'âge, passant de 2,8 tentatives chez les moins de 30 ans à 1,2 tentative chez les plus de 50 ans entre 2006 et 2008, et de 5,5 à 2 tentatives sur la vie entière.

Dans la population des suicidants, les nombres de tentatives de suicide selon l'âge sont assez similaires sur le temps de l'étude. Cependant, la différence est plus importante sur la vie entière, passant de 5,9 tentatives de suicide chez les moins de 30 ans à 3,4 chez les plus de 50 ans.

nombre de tentatives de suicide en fonction de l'âge chez les suicidants



4.5.5.6.1.3 Selon la durée habituelle de séjour

On constate que les « séjours longs » (groupe 3) font moins de tentatives de suicide entre 2006 et 2008 que le groupe des séjours courts (groupe 1), à raison de 1,4 tentatives contre 2, 4.

De même sur la vie entière, le groupe 1 fait en moyenne 4, 2 tentatives de suicide par patient contre 2,9 pour le groupe 3.

Le groupe 2 se situe entre les deux.

Il existe donc une proportionnalité inversée entre le nombre de tentatives de suicide et la durée de séjour, dans notre étude.

4.5.5.7 Scarifications

Nous avons évalué si les patients de l'étude se scarifient. Nous nous sommes donc appuyés sur les observations médicales et paramédicales entre novembre 2006 et novembre 2008 pour comptabiliser le nombre de fois où une scarification est retrouvée. Ces chiffres sont sûrement sous-estimés.

14 d'entre eux (30 %) l'ont fait au moins une fois.

15 % le font parfois (entre 2 et 5 fois sur les 2 ans de l'étude)

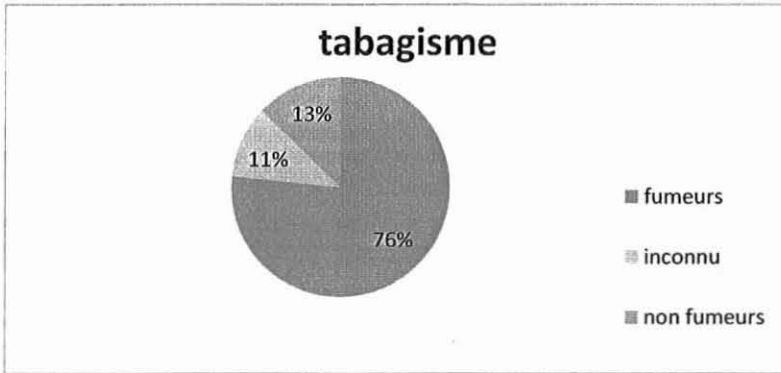
11 % se scarifient souvent (plus de 5 fois). Toutes sont des femmes jeunes (25 ans en moyenne), ayant débuté leurs troubles durant l'adolescence.

Scarifications	Nombre de patients	pourcentage
Jamais	33	70 %
Une fois	2	4 %
Parfois	7	15 %
Souvent	5	11 %

4.5.5.8 Tabagisme

(Voir p. 88)

Sur les 47 patients, on note un tabagisme actif pour au moins 36 d'entre eux (76%).



4.5.5.8.1 Eléments de comparaison

4.5.5.8.1.1 En fonction de l'âge et du sexe

Proportion (%) des patients fumeurs, suivant l'âge et le sexe.

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-75 ans
Hommes	50 (1/2)	100 (5/5)	100 (4/4)	100 (2/2)	33 (1/3)
Femmes	100 (4/4)	83 (5/6)	89 (8/9)	57 (4/7)	40 (2/5)

(Voir p. 89 pour la comparaison avec les données nationales)

4.5.5.8.1.2 En fonction des durées de séjour

On remarque que 95 % des « séjours courts » sont fumeurs (groupe 1), contre 28 % des « séjours moyens » (groupe 2) et 72 % des « séjours longs » (groupe 3).

4.5.5.9 Autres addictions

(Voir p. 90)

Si l'on excepte le tabagisme, 30 patients (64 %) ont une addiction, dont 16 monoaddictions (34 %) et 14 polyaddictions (30 %).

Sur les 36 patients fumeurs, 29 ont une autre addiction. Le nombre de polyaddictions passe à 62 % en incluant les fumeurs.

12 hommes sur 16 (75 %) et 18 femmes sur 31 (58 %) ont une addiction.

4.5.5.9.1 Types d'addictions

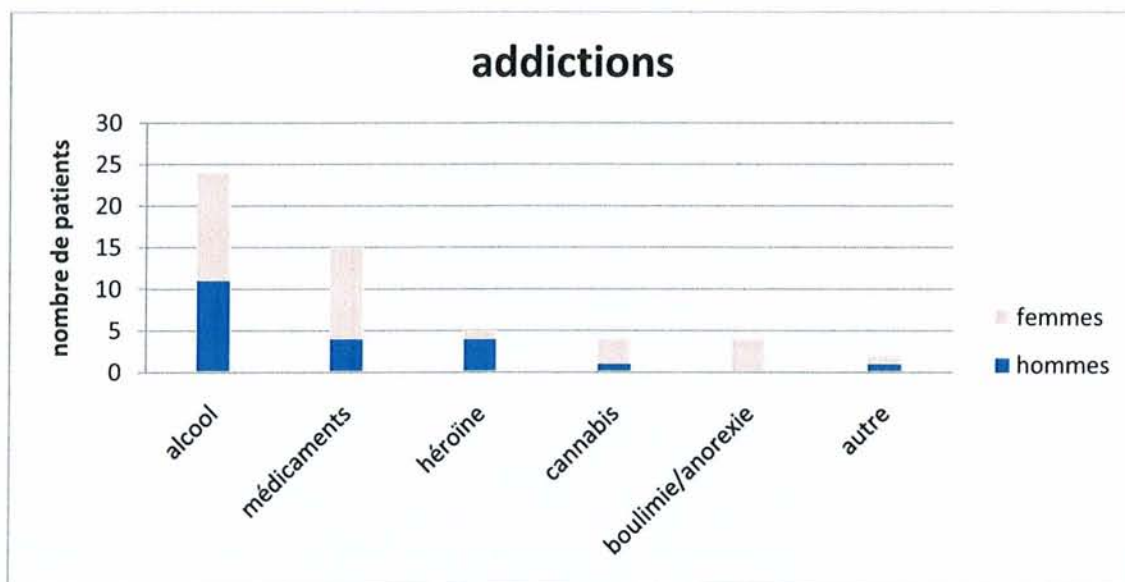
24 patients (51 %) ont une consommation nocive d'alcool ou une alcoolodépendance, dont 11 hommes et 13 femmes. Il s'y ajoute un patient ayant été sevré il y a plusieurs années.

15 patients (32 %) surconsomment des médicaments dont 4 hommes et 11 femmes.

5 (11 %) ont été dépendant de l'héroïne (4 sur les 5 sont sous traitement de substitution) dont 4 hommes et 1 femme.

4 (8 %) consomment régulièrement du cannabis dont 1 homme et 3 femmes.

4 (8 %) ont des conduites alimentaires de type boulimiques ou anorexiques. Toutes sont des femmes.



4.5.5.9.2 Eléments de comparaison

4.5.5.9.2.1 Selon l'âge et le sexe

Proportion (%) des patients ayant une ou plusieurs addictions, suivant l'âge et le sexe.

	18-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-75 ans
Hommes	50 (1/2)	100 (5/5)	100 (4/4)	50 (1/2)	33 (1/3)
Femmes	50 (2/4)	83 (5/6)	55 (5/9)	71 (5/7)	20 (1/5)

4.5.5.9.2.2 Selon le diagnostic

Si l'on ne se réfère qu'au dernier diagnostic principal des patients, on retrouve une concordance de 47 % (14 patients sur 30) entre les patients ayant un diagnostic F1 (Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives) et les patients dépendants.

Si l'on ajoute tous les diagnostics principaux et associés entre novembre 2006 et novembre 2008, et en tenant compte des troubles du comportement alimentaire (qui ne figurent pas dans le chapitre F1) on obtient une concordance de 70 % (21 patients sur 30).

Les 10 patients non diagnostiqués sont dépendants aux médicaments (5), à l'alcool (4), au cannabis (3), ont des problèmes de conduite alimentaire (3), et une patiente consomme de l'héroïne. Dans tous les cas le problème d'addiction est secondaire par rapport au trouble anxieux ou dépressif. On note cependant que les addictions aux médicaments et au cannabis sont sous-diagnostiquées.

4.5.5.9.2.3 Concernant les sous-groupes « durée de séjour habituelle »

On remarque que dans le groupe 1 des séjours courts, 86 % ont une addiction, contre 28 % dans le groupe 2 (séjours moyens) et 50 % dans le groupe 3 (séjours longs).

4.5.5.10 Troubles somatiques

(Voir p. 92)

4.5.5.10.1 Éléments du dossier

Les diagnostics somatiques étant inexistantes au niveau du RIM-P, nous avons recherché dans les observations et courriers les problèmes somatiques atteignant les patients, durant la période de novembre 2006 à novembre 2008. Nous n'avons conservé que ceux qui induisent un handicap dans la vie de tous les jours, les troubles sans gravité (asthme bénin, RGO, douleur légère cédant sous traitement, ...) n'ayant pas été pris en compte.

Sur les 47 patients, **31 ont des troubles somatiques (66 %)**. 17 d'entre eux sont comptabilisés plusieurs fois, en raison des croisements entre les différents critères utilisés.

11 d'entre eux ont des troubles liés à l'alcool (hépatite, cirrhose, neuropathie, syndrome cérébelleux...) soit 23 % des patients.

10 ont une maladie systémique ou générale sévère (diabète, hypothyroïdie, hyperthyroïdie, maladie de Parkinson, cancer...) soit 21 % des patients.

8 ont un handicap moteur invalidant limitant le périmètre de marche (gonalgies, sciatalgies, arthrose, paraplégie...) soit 17 % des patients.

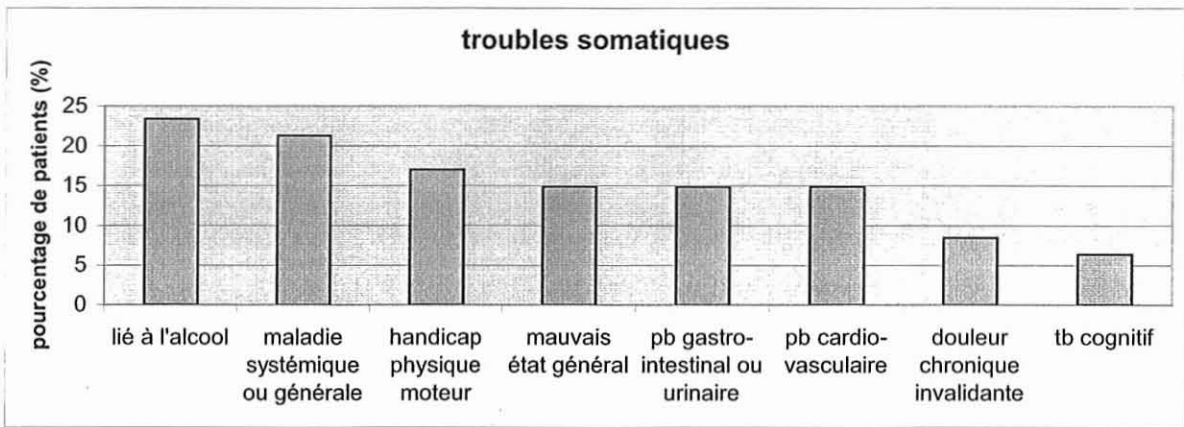
7 ont un mauvais état général, notamment à leur entrée dans le service, avec un pronostic vital parfois en jeu, soit 15 % des patients. Cet état est lié à l'alcool pour 6 d'entre eux.

7 ont des problèmes gastro-intestinaux ou urinaires (incontinence urinaire ou fécale, cirrhose, hépatite virale, ulcère...).

7 ont des problèmes cardio-vasculaires (infarctus du myocarde, artérite, embolie pulmonaire...).

4 ont des douleurs chroniques invalidantes et résistantes au traitement (coxalgie, gonalgie, lombalgie, fibromyalgie) soit 8,5 % des patients.

3 ont des troubles cognitifs (liés à un syndrome confusionnel, syndrome de Gayet-Wernicke, syndrome démentiel débutant probable) soit 6 % des patients.



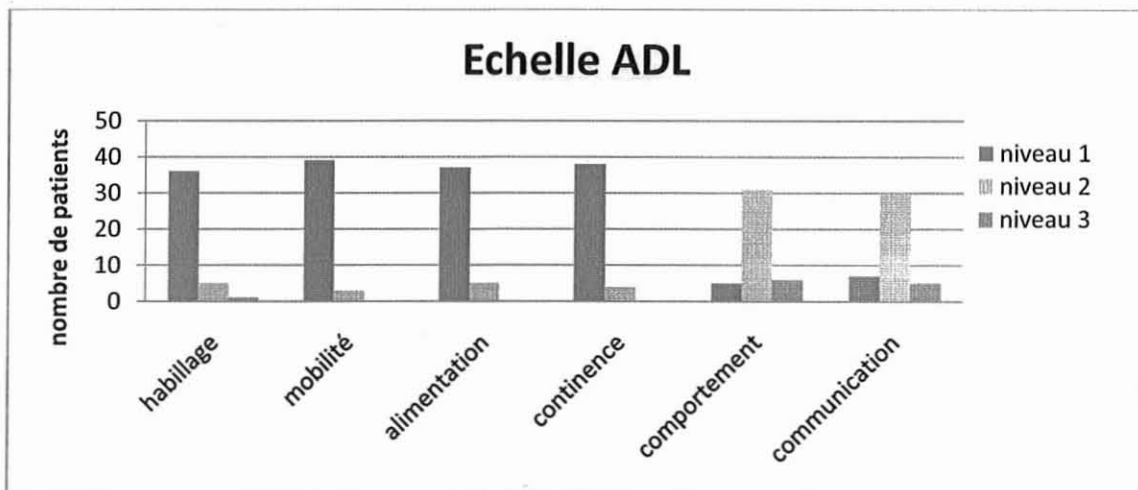
4.5.5.10.2 Echelle ADL (Activities of Daily Living)

(Voir p. 29 et 92)

Sur les 47 patients de l'étude, 42 ont été cotés par les équipes infirmières. Lorsqu'on retrouve plusieurs cotations par patient, la moyenne de l'ensemble est réalisée, et le chiffre supérieur de la moyenne est retenu.

La majorité des patients sont considérés comme autonome (niveau 1) pour l'habillage, la mobilité, l'alimentation et la continence, et supervisés (niveau 2) pour le comportement et la communication/relation, soit une moyenne totale de 8.

Aucun n'atteint le stade de l'assistance totale, et très peu ont besoin d'une assistance partielle.



4.5.5.10.3 Eléments de comparaison

4.5.5.10.3.1 Selon l'âge

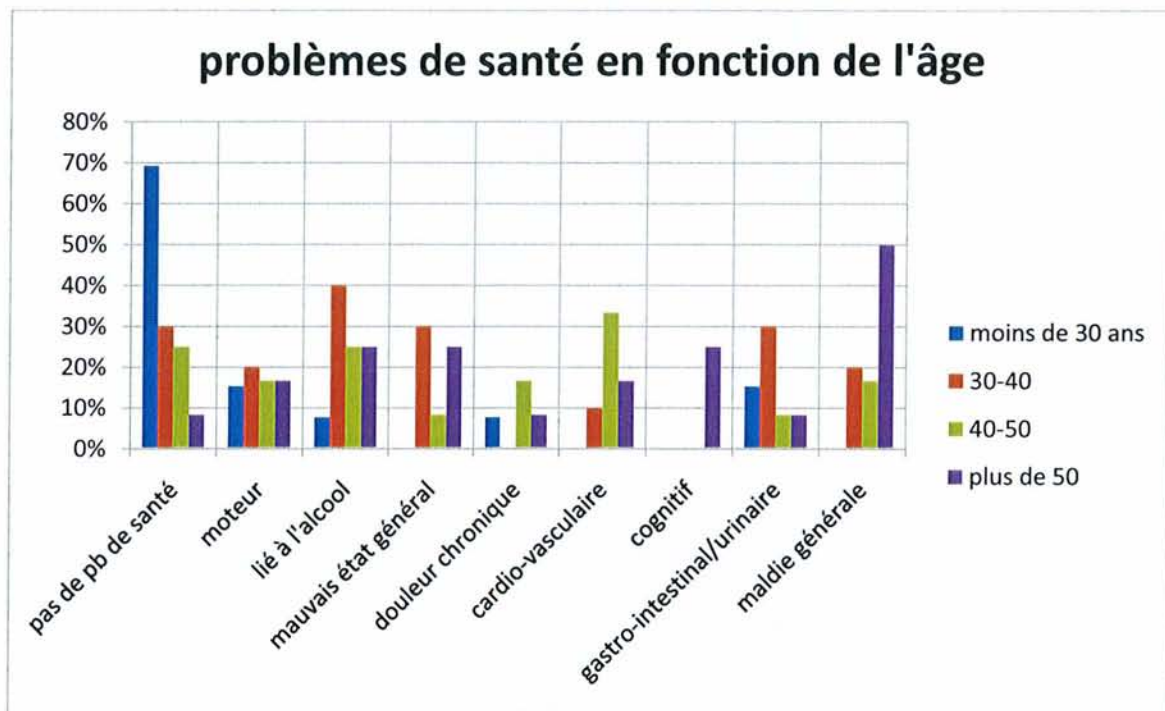
Les problèmes de santé augmentent régulièrement avec l'âge.

Chez les plus de 50 ans, les maladies systémiques ou générales sont surreprésentées (50 % des patients de cette classe). Ils sont la seule catégorie dans laquelle des troubles cognitifs sont retrouvés.

La classe des 40-50 ans sont plus représentée dans les troubles cardio-vasculaires.

Dans la classe des 30-40 ans, on retrouve plus de troubles liés à l'alcool (40 %), de mauvais état général (30 %), et de trouble gastro-intestinal ou urinaire (30 %), souvent lié à l'alcool.

Les moins de 30 ans sont globalement en bonne santé, pour 64 % d'entre eux.

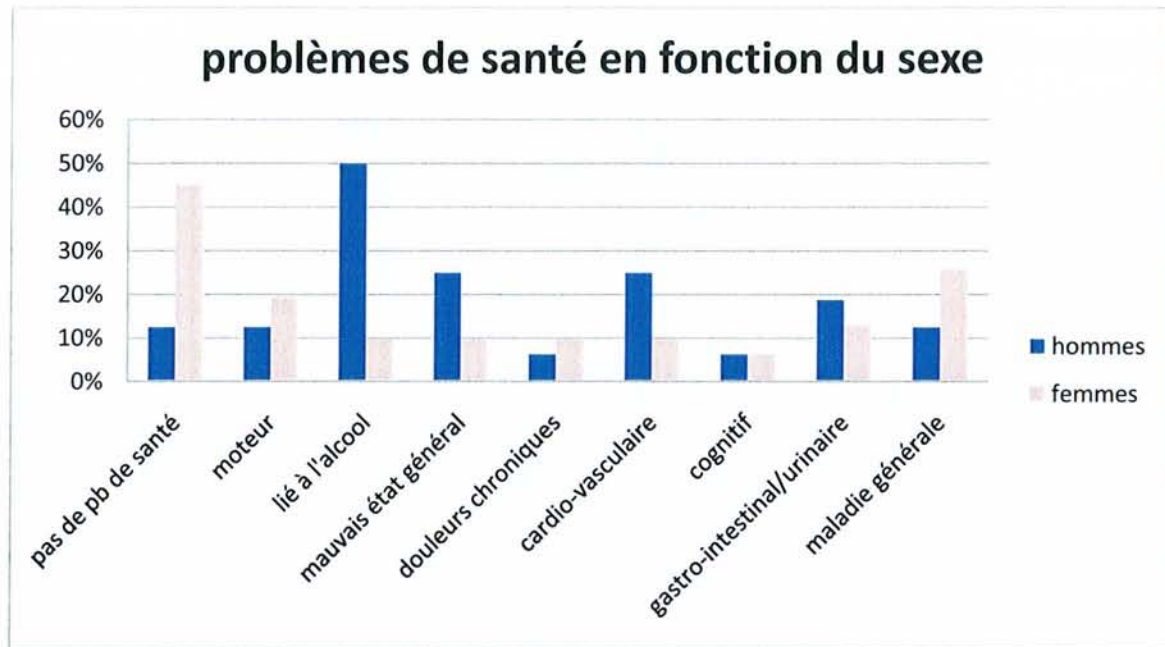


4.5.5.10.3.2 Selon le sexe

En terme de fréquence, les hommes ont plus de problèmes de santé que les femmes. **45 % des femmes (14) n'ont pas de soucis de santé grave, contre seulement 13 % des hommes (2)**. La différence s'observe notamment au niveau des troubles liés à l'alcool qui sont surreprésentés chez les hommes (50 %). Les hommes ont par ailleurs plus souvent un mauvais état général et plus de troubles

cardio-vasculaires (25 % chez les hommes contre 10 % chez les femmes dans les 2 cas).

Les femmes quant à elles ont plus de maladies systémiques ou générale (26 % contre 13 % chez les hommes), plus d'handicap moteur et de douleurs chroniques.



4.5.5.10.3.3 Selon la durée habituelle de séjour

36 % des patients du groupe1 (séjours courts) n'ont pas de problème de santé particulier, contre 28 % dans le groupe 2 et 33 % dans le groupe 3.

Dans le groupe 1 (22 patients), on retrouve :

- 5 patients sur les 7 ayant un mauvais état général.
- 9 patients sur les 11 ayant un trouble lié à l'alcool.

Dans les 2 autres groupes (séjours moyens et longs, soit 25 patients), on note :

- Tous les patients ayant des troubles cognitifs.
- 5 patients sur les 7 ayant des troubles cardio-vasculaires
- 3 patients sur les 4 ayant des douleurs chroniques

4.5.5.11 *Affections longues durées*

En novembre 2006, 10 patients sur 44 connus étaient en ALD (23 %)

En novembre 2008, ils étaient 15 sur 46 connus soit 33 % des patients.

Parmi ces patients, il y avait 4 hommes et 11 femmes et la moyenne d'âge était de 46 ans.

Tous avaient des antécédents psychiatriques avant novembre 2006, l'année de premier contact avec le CPN étant 1999

10 patients sur les 15 font partie du groupe des séjours courts, contre 3 patients du groupe 2 et 2 patients du groupe 3.

Leur dernier diagnostic principaux sont représentés par :

- 5 F6 (troubles de la personnalité)
- 3 F3 (troubles de l'humeur)
- 3 F1 (troubles des conduites addictives)
- 2 F4 (troubles névrotiques)
- 1 F5 (trouble du comportement alimentaire)

Les troubles de la personnalité sont donc surreprésentés parmi les patients en affection longue durée.

4.5.6 Facteurs socio-économiques

4.5.6.1 Niveau d'études

(Voir p. 94)

Niveau d'études	Nombre de patients	pourcentage
non connu	12	25 %
pas de diplôme	4	8,5 %
classe spécialisée	4	8,5 %
arrêt au collège	3	6 %
BEP	12	25 %
bac	7	15 %
études supérieures	5	11 %

Pour 12 patients (25 %) nous n'avons pas pu retrouver de données sur leur niveau d'études. 7 d'entre eux ont plus de 50 ans (soit 58 % des plus de 50 ans) et 4 autres ont entre 40 et 50 ans.

Sur les 35 patients restants :

15 (43 %) n'ont pas obtenu plus que leur brevet d'études (dont 4 étaient en classe spécialisée, 3 ont arrêté au collège, 4 patients ayant fait un BEP et ne l'ayant pas obtenu, et 4 patients dont on sait juste qu'ils n'ont aucun diplôme),

8 (23 %) ont eu un BEP,

12 (34 %) ont eu leur baccalauréat.

4.5.6.1.1 Entre les durées habituelles de séjour

5 patients sur les 6 ayant fait des études supérieures sont dans les « séjours courts » (groupe 1)

Les 3 patients ayant arrêtés leurs études au collège sont dans les « séjours moyens » (groupe 2).

3 des 4 patients ayant été en classe spécialisée sont dans les séjours longs (groupe 3).

Les BEP et BAC sont répartis entre les groupes 1 et 3.

4.5.6.2 Activités actuelles

(Voir p. 95)

Sur les 47 patients de l'étude, **36 (77 %) sont sans travail**, 11 (23 %) travaillent (dont 1 étudiant).

4.5.6.2.1 Eléments de comparaison

4.5.6.2.1.1 En fonction du sexe, de l'âge et de la pathologie

Parmi les travailleurs, on note 8 femmes (26 %) et 3 hommes (19 %). Leur moyenne d'âge est de 39 ans. On retrouve un syndrome dépressif pour 8 d'entre eux et une alcoolodépendance pour les 3 autres.

4.5.6.2.1.2 Entre les durées habituelles de séjour

Les séjours courts n'ont pas de travail pour 82 % d'entre eux (contre 71 et 72 % dans les deux autres groupes)/

4.5.6.3 Revenus perçus

(Voir p. 96)

Parmi les 11 travailleurs : 4 (36 %) sont en arrêt longue maladie, 6 (54 %) perçoivent leur salaire normalement (l'étudiant ne reçoit pas de bourse).

Pour les 36 patients sans travail, leur revenus sont représentés par :

RMI	13	36 %
AAH	6	17 %
invalidité	6	17 %
retraite	5	14 %
aucun	4	11 %
contrat jeune majeur	1	2,5 %
non connu	1	2,5 %

Soit 31 revenus sociaux sur les 47 (66 %)

Au moins 13 des 47 patients sont endettés (28 %).

6 patients sont sous curatelle (13 %). Aucun n'est sous tutelle.

Entre les durées habituelles de séjour

Il y a autant de patients sous AAH, sous invalidité ou sans revenu dans les longs et séjours courts. Les retraites sont perçues dans le groupe de séjours moyens pour 3 patients sur 5.

on retrouve plus de patients endettés dans le groupe des séjours courts (8 patients sur les 13), alors que les patients sous curatelle sont plus nombreux dans les séjours moyens et longs (4 patients sur les 6).

4.5.6.4 Conditions de logement

(Voir p. 97)

Sur les 47 patients, on retrouve :

	Nombre de patients	%
Logement décent (foyers inclus)	33	70 %
sans logement	4	9 %
domicile insalubre	2	4 %
logement trouvé durant l'H	8	17 %

Sur les 33 patients ayant un logement décent, 2 sont en maison de retraite et foyer résidence, 2 vivent en foyer, 6 vivent chez leurs parents.

Sur ces 33 patients, 6 ont déménagé au moins 2 fois dans les 2 ans, étant relativement instables au niveau de leur logement.

Le nombre total de patients instables du point de vue résidentiel est donc de 20 (43 % des patients), en cumulant avec l'ensemble des SDF, ceux ayant un domicile insalubre, ceux ayant déménagé plus de 2 fois et ceux dont un logement a été trouvé durant leur hospitalisation.

Parmi ceux dont le logement a été trouvé à l'hôpital, 4 sont en appartement thérapeutique, 2 en centre post-cure, 2 en logement de ville.

Ces patients venaient soit de perdre leur ancien logement (par avis d'expulsion par exemple) soit leur état de santé nécessitait des soins préventifs et thérapeutiques plus importants.

4.5.6.5 Eléments de comparaison :

4.5.6.5.1 En fonction de l'âge, du sexe et du profil psychopathologique

Parmi les personnes sans domicile fixe, On retrouve 3 hommes et une femme. Les 3 hommes sont polytoxicomanes et alcooliques. Leur moyenne d'âge est de 30 ans.

Parmi ceux ayant trouvé leur logement durant l'hospitalisation, on compte 6 hommes et 2 femmes. Leur moyenne d'âge est de 37 ans. On retrouvait 2 alcoolodépendances, 5 syndromes dépressifs et un trouble anxieux.

Les 2 patients ayant un logement insalubre sont un homme de 33 ans et une femme de 32 ans tous deux alcoolodépendants.

4.5.6.5.2 En fonction des durées habituelles de séjour :

3 patients sur les 4 n'ayant pas de logement sont dans le groupe 1.

5 patients sur les 8 dont un logement a été trouvé durant l'hospitalisation sont dans le groupe 3.

4.5.7 Réseau familial, social et amical

4.5.7.1 Structure familiale des ménages

(Voir p. 98)

	Nombre	%
Patient seul*	29	62 %
chez les parents	6	13 %
en couple	2	4 %
en couple avec enfant	6	6 %
seul avec enfants	2	4 %
en maison de retraite	2	4 %

*les patients vivant en foyer sont inclus avec ceux vivant seuls.

4.5.7.1.1 Eléments de comparaison :

4.5.7.1.1.1 En fonction du sexe et de l'âge

Parmi les 16 hommes, 13 vivent seuls (81 %), 2 sont chez leurs parents et 1 en maison de retraite. Aucun n'est en couple, et aucun ne vit avec un enfant.

Parmi les 31 femmes, 16 vivent seules (52 %), 8 sont en couple (26 %) dont 6 avec des enfants ; 2 vivaient seules avec des enfants et 1 est en maison de retraite.

Tous les patients vivant chez leurs parents ont moins de 30 ans.

Tous les patients vivant en couple ont entre 30 et 60 ans.

	Chez les parents ou en maison de retraite*		Seul		en couple sans enfant		en couple avec enfants		Seul avec enfant		total
	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	
- de 30 ans	3	2	6	2	0	0	0	0	0	0	13
30 - 44 ans	1	0	3	7	2	0	3	0	1	0	17
45 - 59 ans	0	0	4	3	0	0	3	0	1	0	11
60 ans et +	1*	1*	3	1	0	0	0	0	0	0	6
Ensemble	5	3	16	13	2	0	6	0	2	0	47

(voir p.99)

4.5.7.1.1.2 En fonction de la durée habituelle de séjour

On retrouve 64 % de patients vivant seuls dans le groupe 1, contre 57 et 61 % dans les groupes 2 et 3.

Par ailleurs, les 2 patients vivant seuls avec des enfants et 4 des 6 patients vivant avec leurs parents font partie du groupe 1.

Les patients en couple sont répartis dans les 3 groupes, mais les 2 patients en couple avec enfants font tous partie du groupe 3.

Les patients en maison de retraite font partie des groupes 2 et 3.

4.5.7.2 Liens sociaux

(Voir p. 99)

Les liens sociaux, décrits par les patients, ne préjugent pas du nombre de visites reçues au cours de leur hospitalisation.

9 patients (19 %) sont isolés sans aucun lien. On les retrouve plus fréquemment :

- chez les hommes (31 %) comparé aux femmes (13 %).
- dans le groupe 1 (23 %) que dans le groupe 3 (17 %)

13 patients (28 %) ont une seule personne ressource (ami ou famille) dont :

- 22 % des patients du groupe 3 et 31 % du groupe 1
- 25 % des hommes et 29 % des femmes

25 patients (53 %) ont une famille ou des amis présents, plus souvent :

- chez les femmes (58 %) que chez les hommes (44 %)
- dans le groupe 3 (61 %) que dans le groupe 1 (45 %)

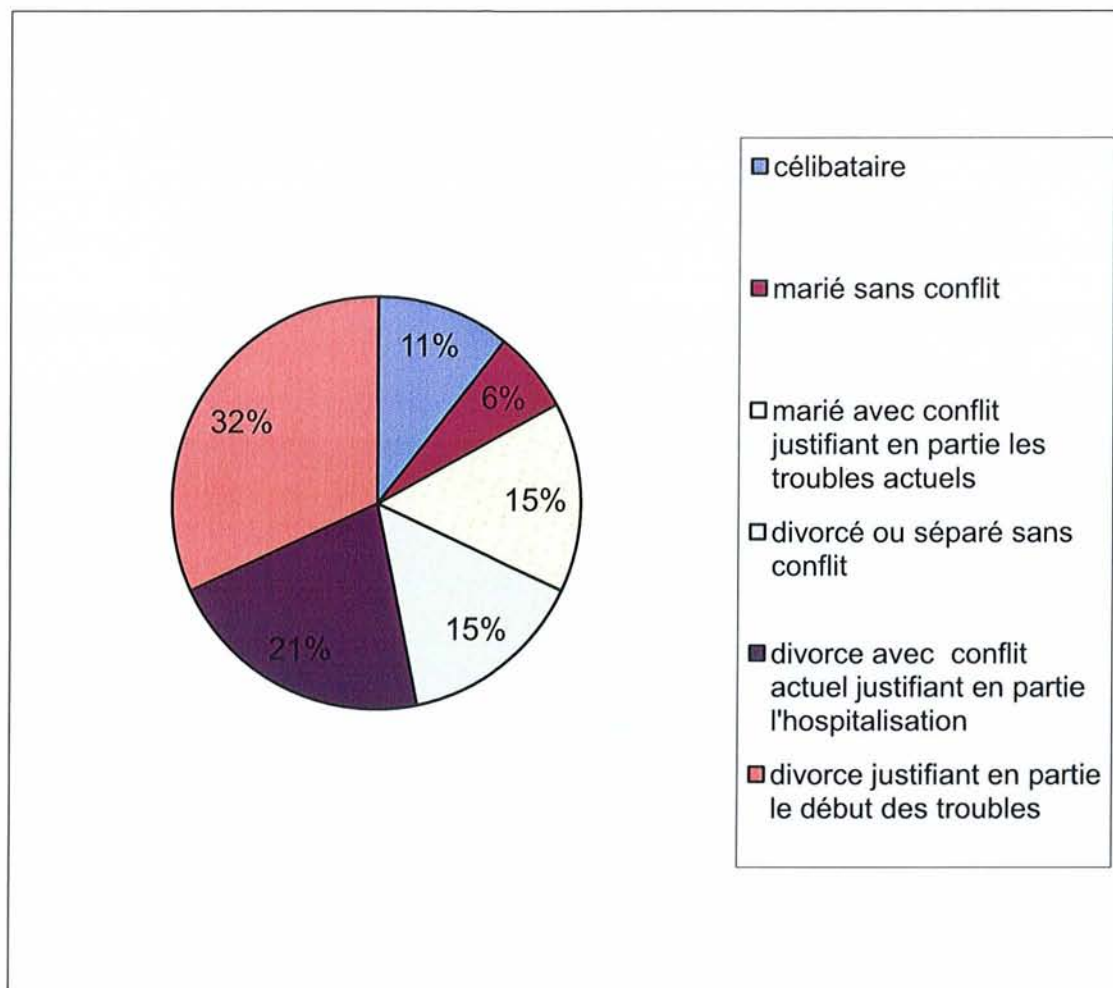
4.5.7.3 Situation matrimoniale

(Voir p. 99)

5 patients (11 %) sont célibataires. Pour l'un d'eux, ce célibat est en partie à l'origine des troubles.

10 patients (21 %) vivent en couple. Pour 6 d'entre eux, un conflit avec le conjoint est en partie à l'origine d'une hospitalisation entre novembre 2006 et novembre 2008. Pour l'un des patients, il est aussi un facteur déclenchant des troubles.

32 patients (68 %) sont séparés ou divorcés : pour 11 d'entre eux, un conflit justifie au moins une des hospitalisations. Pour 15 autres, un conflit est également un facteur déclenchant des troubles.



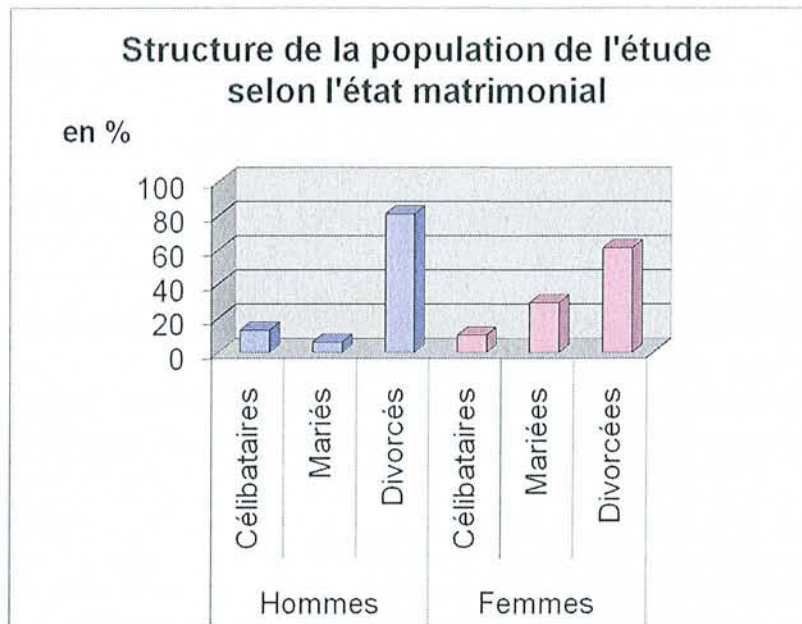
4.5.7.3.1 Eléments de comparaison :

4.5.7.3.1.1 Selon le sexe :

Parmi les 16 hommes, 2 sont célibataires (13%) et 1 seul vit en couple (6%) avec un conflit existant.

Les 13 autres hommes sont séparés ou divorcés (81 %) : pour 2 d'entre eux, cette séparation est en lien avec une des hospitalisations de l'étude. Pour 6 autres, elle est un facteur de déclenchement des troubles.

Parmi les 31 femmes, 3 sont célibataires (10%), et 9 vivent en couple (29%) dont 6 avec un conflit en lien avec les hospitalisations. 19 vivent séparées ou divorcées (61%) dont 8 séparations en lien avec les hospitalisations, et 9 en lien avec le début des troubles.



4.5.7.3.1.2 Selon les durées de séjour habituelles

Dans le groupe 1 des séjours courts : 4 sont célibataires (18 %), 3 sont mariés (14 %), 15 sont séparés ou divorcés (68 %).

Dans le groupe 2 : 0 sont célibataires, 2 sont mariés (28 %), 5 (72 %) sont séparés.

Dans le groupe 3 : 1 est célibataire (5%), 5 sont mariés (28%), 12 (67%) sont séparés.

4.5.7.4 Nombre d'enfants et situations

(Voir p. 101)

Sur les 47 patients, 27 ont des enfants (57,5 %) :

Sans enfant	20	42,5 %
un enfant	6	13 %
deux enfants	13	27,5 %
trois ou plus	8	17 %

Parmi les 59 enfants, leur situation est:

En charge par le patient	9	15 %
Placés ou avec l'autre parent	14	24 %
Perdus de vue ou décédés	10	17 %
autonomes	26	44 %

4.5.7.4.1 Eléments de comparaison

4.5.7.4.1.1 En fonction du sexe

17 femmes sur les 31 (55 %) ont un ou plusieurs enfants (39 sur 59). 8 patientes vivent avec eux.

10 hommes sur les 16 (62,5 %) ont un enfant (20 sur 59). Aucun patient n'en a la charge.

4.5.7.4.1.2 En fonction de l'âge

De 18 à 40 ans, seuls 3 patients sur 19 (16 %) ont un ou plusieurs enfants, et seul 1 enfant sur les 6 vit avec une des patientes.

Chez les plus de 40 ans, 24 patients sur les 28 (86 %) ont un ou plusieurs enfants, et 8 sur les 53 enfants vivent avec leur parent.

4.5.7.4.1.3 En fonction des durées de séjour

Dans les séjours courts : 11 patients sur 22 ont un enfant (50 %), dont 3 ont un enfant à charge.

Dans les séjours moyens : 6 patients sur 7 ont un enfant (86 %), dont 2 ont un enfant à charge.

Dans les séjours longs : 10 patients sur 18 ont un enfant (55 %), dont 3 ont un enfant à charge.

4.5.7.5 Dépendance affective

La notion de dépendance affective est difficile à cerner : elle concerne les patients qui ont un lien très fort avec l'objet en question, qui serait du domaine de la pathologie de par l'ampleur que prend cette relation. On retrouve parfois plusieurs objets pour un patient.

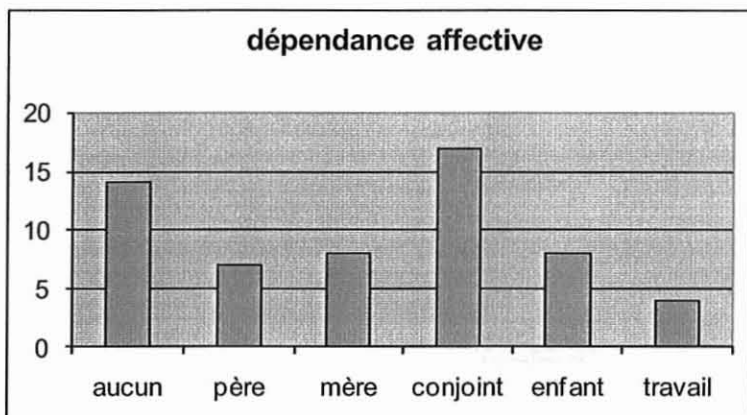
4.5.7.5.1 Type d'objet

Nous avons recherché une dépendance affective parmi 5 objets : père, mère, conjoint, enfant et travail.

Le critère « travail » diffère des quatre autres et pourrait être considéré comme une addiction.

Les autres objets concernent les proches du patient.

Parmi les 47 patients, 33 ont une dépendance affective manifeste (70 %).



Les hommes ont une dépendance affective pour 11 d'entre eux (68 %). Toutes les dépendances au travail (4) sont représentées par des hommes.

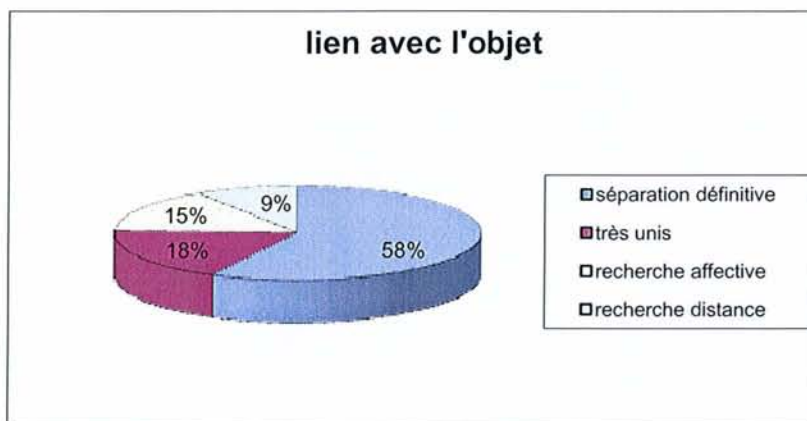
Les femmes ont une dépendance affective pour 22 d'entre elles (71 %). Toutes les dépendances au père (7) sont représentées par des femmes. Les dépendances au conjoint sont également plus représentées par les femmes (13 sur 17).

Les dépendances à leur enfant et à la mère ne se différencient pas selon le sexe.

4.5.7.5.2 Type de lien

Le type de lien à l'objet est également une notion subtile, car il est souvent ambivalent (notamment lorsqu'il existe une recherche de distance ou une recherche affective) ; le choix du type de lien fait donc nécessairement appel à la subjectivité du chercheur.

On note qu'une séparation définitive est retrouvée pour plus de la moitié des patients dépendants affectivement.



4.5.8 Suivi des hospitalisations

Nous avons recherché différents critères sur les premier et dernier séjours entre novembre 2006 et novembre 2008, ainsi que sur la plus longue hospitalisation de cette période.

Pour 8 patients (17 %), on ne retrouvait qu'une hospitalisation : les première, dernière et plus longue hospitalisations sont donc considérées comme identiques.

Pour 26 patients (55 %), la plus longue et la première hospitalisation sont identiques.

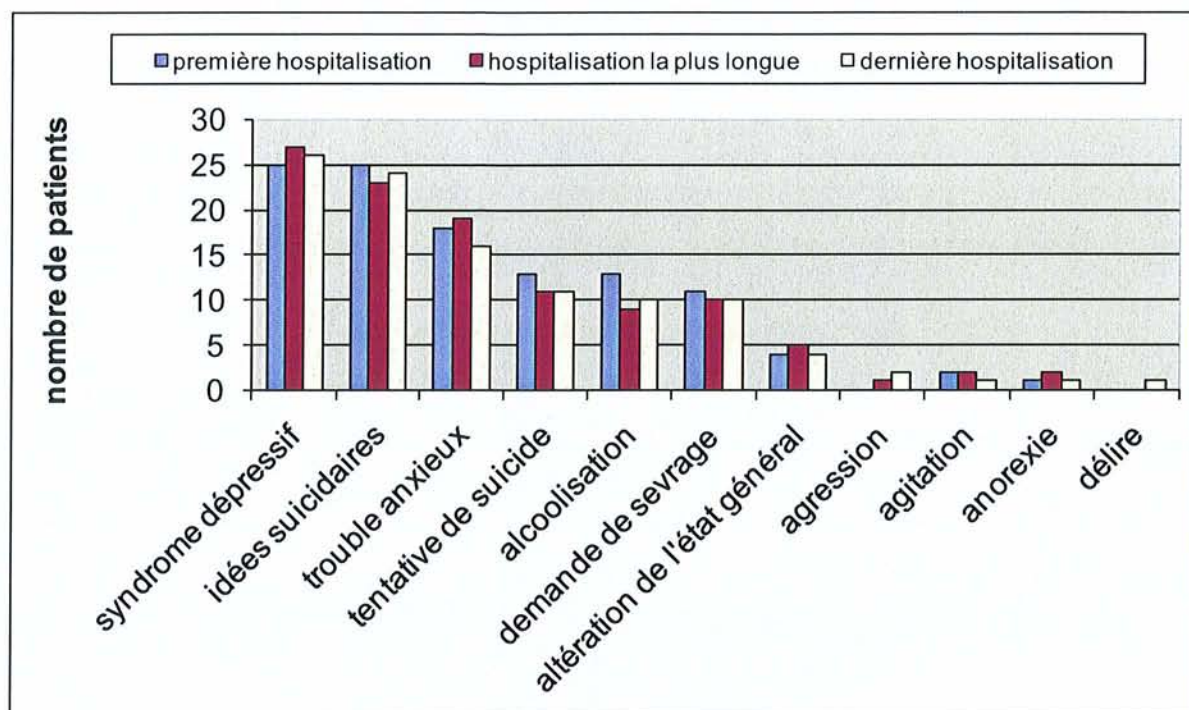
Pour 9 patients (19 %), la plus longue et la dernière hospitalisation sont identiques.

Seules 12 des hospitalisations les plus longues (26 %) sont différentes de la première et de la dernière hospitalisation.

En tout, 98 hospitalisations temps plein ont été étudiées.

4.5.8.1 Motifs d'hospitalisation

Ils ont été recherchés à partir de l'observation médicale à l'entrée et/ou du courrier de sortie.



Un **syndrome dépressif** est le plus souvent retrouvé à l'entrée (dans 53 % des cas au minimum pour la première hospitalisation et 57 % des cas au maximum pour le plus long séjour), suivi par les **idées suicidaires** (de 49 % à 53 %) puis les **troubles anxieux** (34 à 40 %).

On remarque que sur l'ensemble des patients, les motifs d'entrée diffèrent peu entre les différentes hospitalisations.

Cependant, en reprenant patient par patient, on constate que sur les 21 patients dont la première et la plus longue hospitalisation sont distinctes, 16 ont un motif qui est différent (76 %),

La différence s'exprime également pour 23 patients sur 30 entre la plus longue et la dernière hospitalisation (77 %).

Elle augmente encore entre la première et la dernière hospitalisation (32 sur 39 patients, soit 82 %).

Par contre la recherche d'un motif commun d'hospitalisation montre une congruence de 85 % entre le premier et le dernier séjour. Cela signifie que même si les motifs diffèrent quelque peu d'une hospitalisation à l'autre, il persiste toujours un noyau commun à chaque patient (par exemple la dépression persiste alors que les idées suicidaires ou les conduites d'alcoolisation évoluent)

Les patients ont en général plusieurs motifs d'hospitalisation. Plusieurs symptomatologies sont intriquées :

Syndrome anxio-dépressif pour 23 à 28 % des patients.

42 à 48 % des patients ayant un syndrome dépressif ont un trouble anxieux.

61 à 69 % des patients ayant un trouble anxieux ont un syndrome dépressif.

Idées suicidaires et tentatives de suicide pour 11 à 17 % des patients.

Dans 45 à 73 % des cas, des idées suicidaires persistaient après la tentative de suicide.

Dans 67 à 78 % des cas, les idées suicidaires ne faisaient pas suite à une tentative de suicide.

Idées suicidaires et syndrome dépressif pour 30 à 36 % des patients.

56 à 65 % des patients dépressifs sont suicidaires.

65 à 71 % des patients suicidaires sont dépressifs.

Alcoolisations et demandes de sevrage pour 2 à 6 % des patients, sont peu intriquées.

10 à 27 % des patients alcoolisés sont également en demande de sevrage.

10 à 23 % des patients demandant un sevrage venaient alcoolisés.

Cela s'explique par le fait que les patients alcoolisés sont en général refusés en hospitalisation.

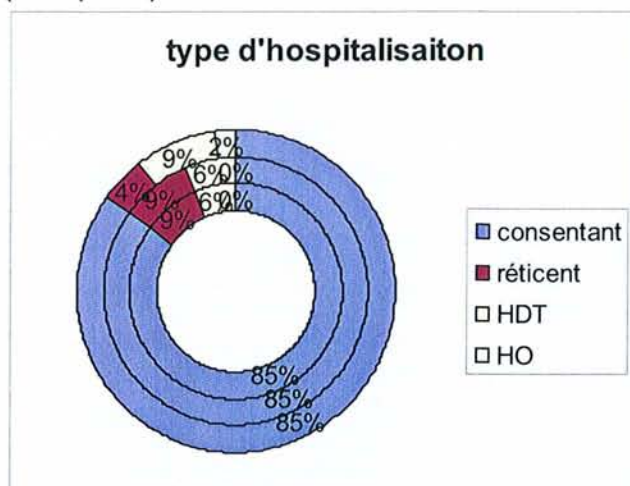
Cependant les demandes de sevrage sont rarement leur unique motif d'hospitalisation : dans 70 à 90 % des cas elles sont intriquées avec une autre cause (le plus souvent un syndrome dépressif ou des idées suicidaires).

Par ailleurs, si l'on reprend les 24 patients alcoolodépendants, dans 55 % des cas, les patients sont hospitalisés alors qu'ils ne sont pas en demande de sevrage.

9 de ces 24 patients (37, 5 %) n'ont même jamais demandé de sevrage.

4.5.8.2 Modalités d'hospitalisation

(Voir p. 84)



Le cercle interne correspond à la première hospitalisation entre novembre 2006 et novembre 2008. Le cercle du milieu est celui de l'hospitalisation la plus longue. Le cercle externe est celui de la dernière hospitalisation. On remarque que les modes d'hospitalisation diffèrent peu entre les trois séjours.

Dans la majorité des cas (85%) les patients acceptent, ou sont demandeurs d'une hospitalisation. Les patients réticents (4 à 9 %) sont également en hospitalisation libre.

Le nombre de patients consentants peut s'expliquer par le passage à l'U1 étage qui est une unité fermée mais qui accueille rarement les patients agités ou opposants.

On retrouve une hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) pour 6 séjours sur les 98 étudiés, et une hospitalisation d'office (HO) pour un seul patient. Celui-ci est cependant paradoxalement demandeur d'une hospitalisation. Parmi les 6 patients qui sont hospitalisés contre leur gré, il s'agit de leur première hospitalisation pour 3 d'entre eux, et de patients coutumiers du service pour les 3 autres.

Leur diagnostic principal est F102 (Syndrome de dépendance à l'alcool, utilisation actuelle, avec symptômes physiques) pour 4 des 6 HDT, F322 (Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques) et F602 (Personnalité dyssoziale). Pour le patient en HO, son diagnostic principal est F604 (Personnalité histrionique).

Parmi les différentes justifications de leur hospitalisation, on retrouve une alcoolisation aigue à 3 reprises, des idées suicidaires (3x), une altération de l'état général (2x), un état d'agitation (2x).

On ne retrouve pas de différence significative en terme de mode d'hospitalisation entre les groupes de durée de séjour.

4.5.8.3 Traitements médicamenteux

(Voir p. 3.3.1192)

Voici la liste des principaux médicaments utilisés durant l'étude.

Tous les patients ont eu des benzodiazépines et des somnifères.

91 % des patients ont eu des antidépresseurs.

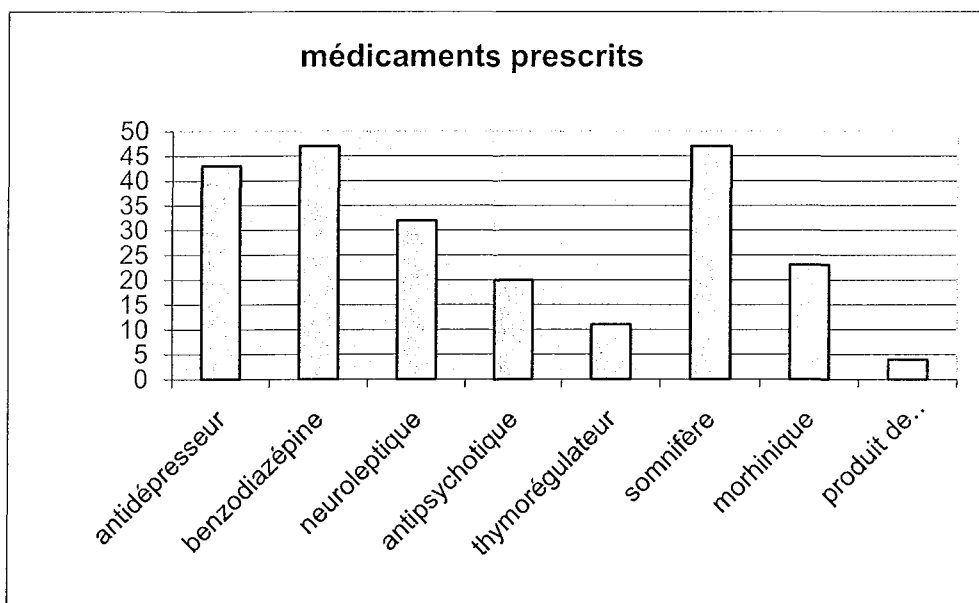
68 % ont eu des neuroleptiques, le plus souvent à visée sédatrice.

42 % ont eu des antipsychotiques, alors que les patients psychotiques et bipolaires ont été retirés.

De même, 23 % ont eu des thymorégulateurs.

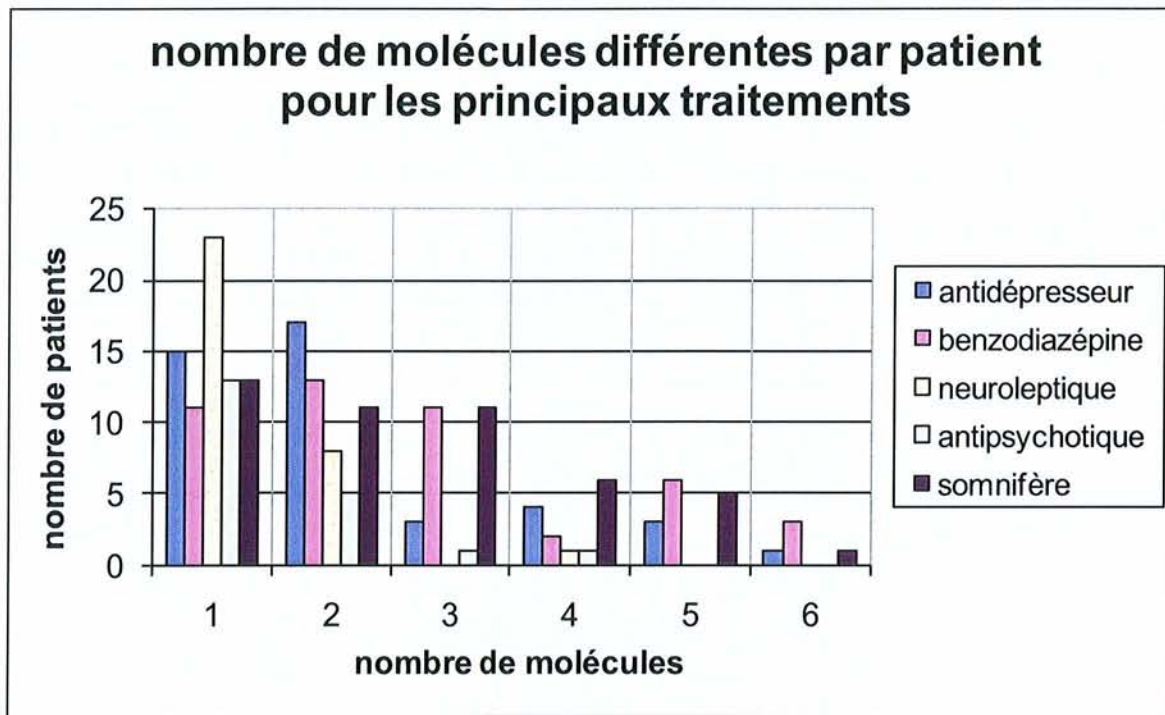
9 % ont eu un produit de substitution de type méthadone ou buprénorphine.

Un traitement antalgique opiacé de palier 2 ou 3, le plus souvent morphinique, a été prescrit à 49 % des patients.



On remarque par ailleurs que les patients ont changé parfois de molécules durant les 2 ans de l'étude, avec une moyenne de deux antidépresseurs par patients (et jusqu'à 6 différents), 2,8 benzodiazépines (max=6), 2,6 somnifères (max=6).

Les autres traitements sont moins systématiques, avec en moyenne 0,91 neuroleptiques (max=4), 0,6 antipsychotiques (max=4), 0,27 thymorégulateurs (max=2), 0,91 morphiniques (max=4), 0,08 produits de substitution (max=1).



4.5.8.3.1 Eléments de comparaison

4.5.8.3.1.1 En fonction des hypothèses diagnostiques

Sur les 6 patients dont l'hypothèse d'un trouble bipolaire a été évoqué, 4 ont eu des antipsychotiques atypiques (APA), 4 ont eu des thymorégulateurs et 4 ont eu des neuroleptiques (67 %).

Sur les 15 patients dont l'hypothèse d'un diagnostic de psychose a été évoqué, 11 ont eu des APA (73 %), 12 ont eu des neuroleptiques (80 %), et 4 ont eu des thymorégulateurs (27 %).

4.5.8.3.1.2 En fonction des durées de séjour

On retrouve peu de différences entre les durées de séjours : thymorégulateurs et antipsychotiques semblent cependant plus prescrits dans les « séjours longs », alors que les neuroleptiques sont plus prescrits dans les « séjours courts ».

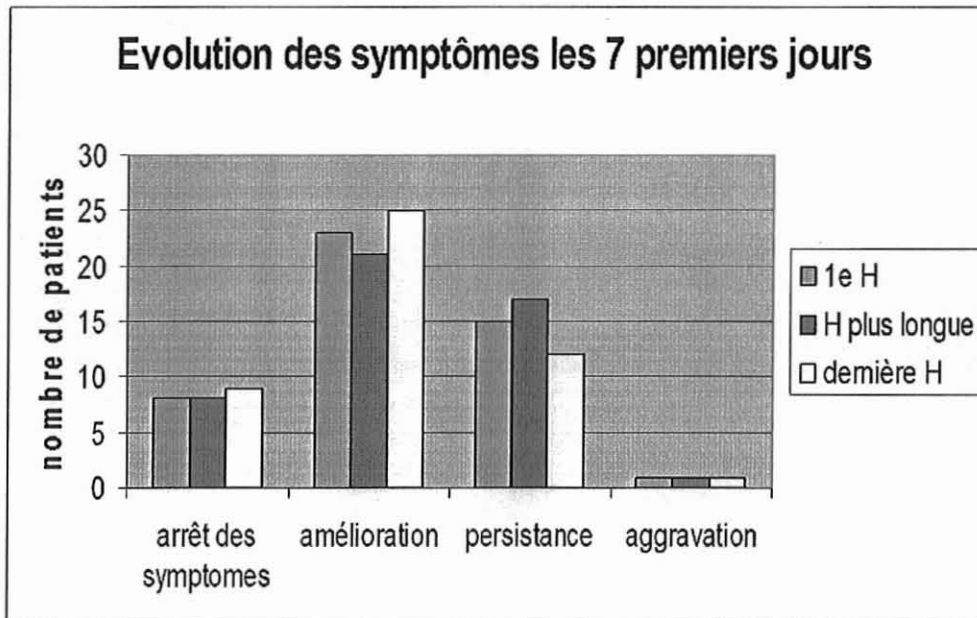
4.5.8.4 Evolution dans le service les premiers jours

L'évaluation de la symptomatologie s'est faite à partir des comptes-rendus infirmiers, médicaux et psychologiques des sept premiers jours de l'hospitalisation. Elle est doublement subjective, à la fois de l'observateur qui a écrit son compte-rendu, et du chercheur qui relie le texte.

On observe assez rarement une aggravation. A l'inverse, une amélioration voire une abolition de la symptomatologie est assez souvent observée chez 29 à 34 patients sur les 47.

Les hospitalisations les plus longues sont celles où le tableau clinique persiste le plus par rapport aux autres hospitalisations.

Les rares fois où la symptomatologie s'est aggravée sont des épisodes d'agitation confusionnelle de la part des patients, liés à une problématique somatique sous-jacente.



Les patients de moins de 30 ans sont ceux qui s'améliorent le moins rapidement avec 38 % d'amélioration ou d'arrêt des symptômes pour la plus longue hospitalisation, contre 60 % pour les 30-40 ans, 80 % pour les 40-50 ans et 69 % pour les plus de 50 ans.

4.5.8.5 Relations avec les équipes

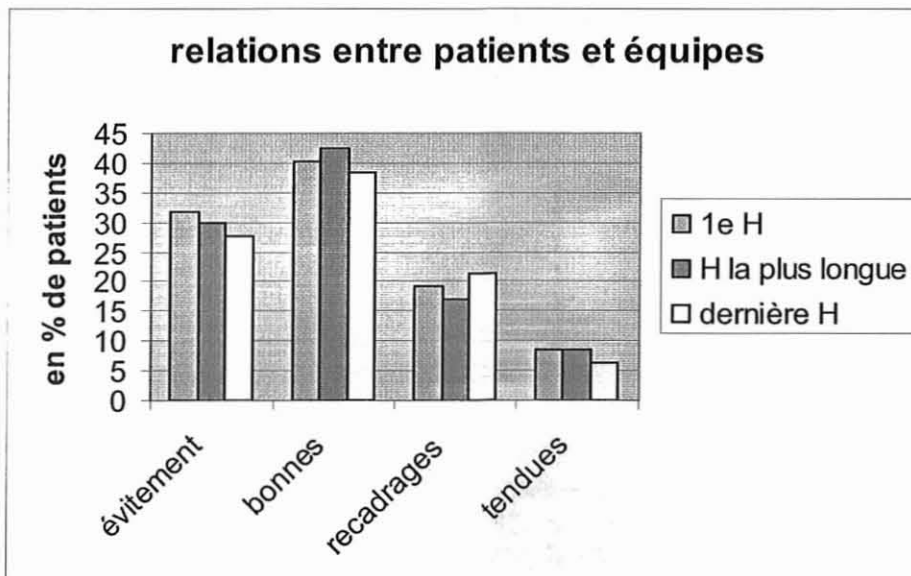
La majorité des relations entre les patients et l'équipe paramédicale ont été bonnes. Notons cependant que 2 patients ont des demandes et des plaintes incessantes, ce qui a parfois mis l'équipe en difficulté.

Beaucoup sont dans l'évitement (pour 13 à 15 patients soit 28 à 32 % des patients), et restent la plupart du temps dans leur chambre ou sont très réservés se limitant au strict minimum dans la relation.

Dans 17 à 21 % des cas, les rapports sont émaillés de recadrages par rapport à un comportement inadéquat ou des transgressions du règlement intérieur. Le plus souvent, les rapports sont restés bons en dehors des épisodes.

Dans 6 à 8 % des cas, ils sont tendus, nécessitant des recadrages permanents voire l'intervention de la sécurité en raison de l'agressivité du patient. Parmi ces patients, on retrouve une HO, une HDT et 3 HL dont 2 étant réticents à l'hospitalisation, ayant les diagnostics principaux F604 (personnalité histrionique), F192 (syndrome de dépendance à des drogues multiples), F102 (syndrome de dépendance à l'alcool) et F430 (réaction à un facteur de stress).

Les différences entre première, dernière ou plus longue hospitalisation sont peu significatives, la plupart des patients gardant le même type de comportement et de relation d'un séjour à un autre.



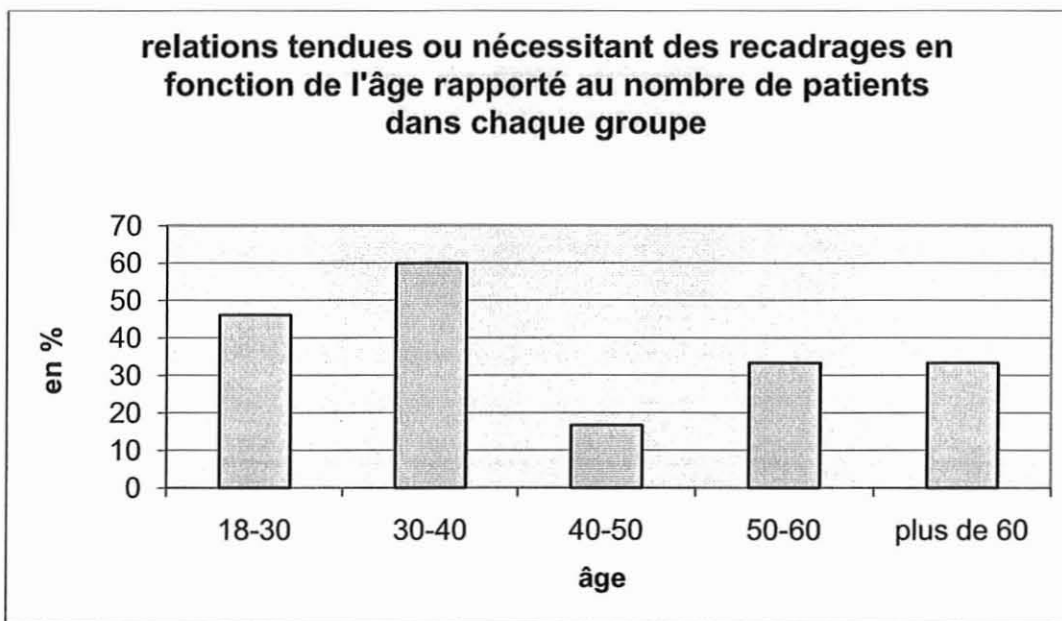
4.5.8.5.1 Eléments de comparaison

4.5.8.5.1.1 En fonction du sexe

Parmi les patients ayant des relations tendues ou nécessitant des recadrages durant au moins une de leur hospitalisation, on retrouve 6 hommes (soit 37,5 % des hommes) et 12 femmes (soit 39 % des femmes).

4.5.8.5.1.2 En fonction de l'âge

En comparant à l'âge, on remarque que ce type de relation est plus fréquent chez les 18-30 ans (6 patients) et les 30-40 ans (6 patients).



4.5.8.5.1.3 En fonction de la durée de séjour

Les séjours courts ont des relations avec les équipes qui restent bonnes dans 45 à 54 % des cas, contre 28 à 33 % parmi les séjours longs, les recadrages y étant plus fréquents. On retrouve autant de relations tendues dans ces deux groupes (mais aucune dans les séjours moyens, ceux-ci étant soit évitant, soit ayant de bonnes relations).

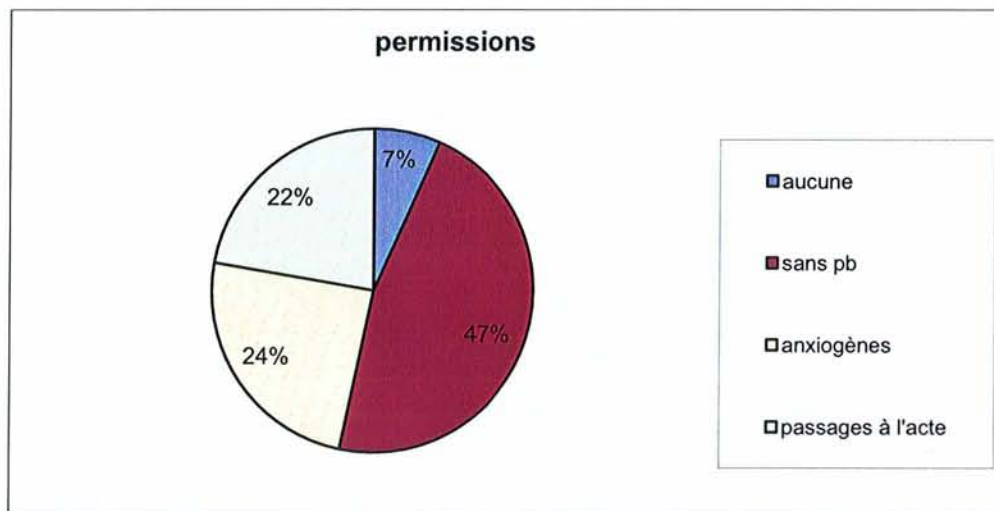
4.5.8.6 Permissions

Les autorisations de sorties ont été évaluées par rapport à l'hospitalisation la plus longue uniquement, en évaluant les difficultés présentées ou ressenties par les patients.

Lorsque les patients ont plusieurs permissions durant leur séjour, une évaluation globale a été effectuée. On peut toutefois remarquer que la plupart des permissions situées en fin de séjour se déroulaient mieux que celles situées en début de séjour. Par ailleurs, lorsqu'un passage à l'acte a eu lieu lors d'une permission (soit par une tentative de suicide, soit par une prise de toxiques ou d'alcool), le patient est compté dans ce groupe même si les autres permissions se passaient mieux.

Pour presque la moitié des patients, les permissions se sont passées sans difficulté. Dans un quart des cas, elles sont anxiogènes, et dans 22 % des cas, un passage à l'acte a eu lieu.

Les 3 patients n'ayant pas eu de permissions sont entrés pour une altération de l'état général et pour un sevrage à l'alcool.



Entre les sous-groupes, 40 % des patients ayant des "séjours courts" ont des permissions qui se passent bien, contre 43 % dans le groupe 2 et 50 % dans le groupe 3. Les passages à l'acte sont présents chez 27 % des patients du groupe 1 contre 22 % dans le groupe 3 (et aucun dans le groupe 2).

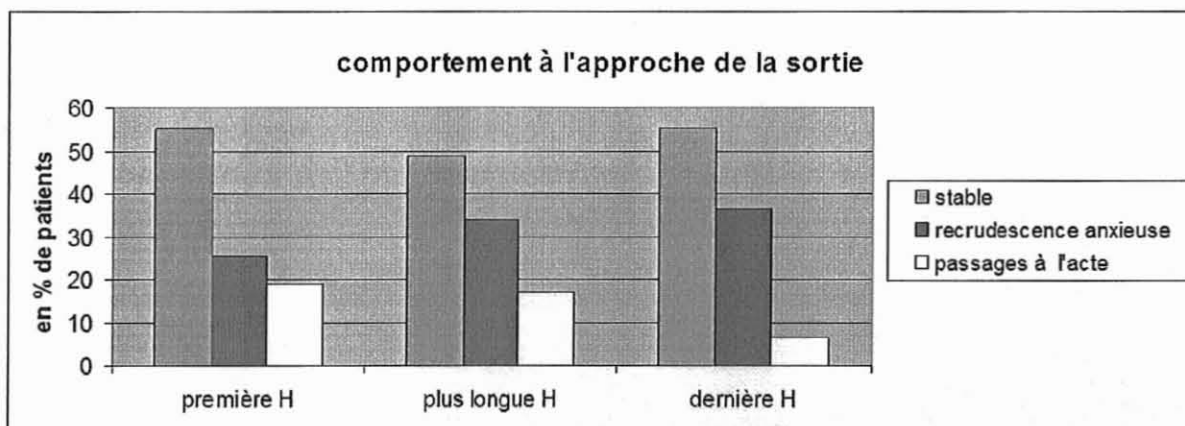
4.5.8.7 Comportement à l'approche de la sortie

Nous avons recherché comment réagissaient les patients à l'annonce de leur sortie.

Dans la majorité des cas (de 23 à 26 patients, soit 49 à 55% selon l'hospitalisation), leur comportement restait stable.

On pouvait retrouver une recrudescence anxieuse chez 25 à 36 % des patients, pouvant être clairement verbalisée, marquée par des somatisations, ou par la répétition d'idées suicidaires.

Dans 6 à 19 % des cas, un passage à l'acte est réalisé à l'approche de la sortie, par une alcoolisation aigue, une tentative de suicide ou une fugue. On remarque que le nombre de passage à l'acte est décroissant entre la première et la dernière hospitalisation.



Selon les durées de séjours habituelles des patients, on observe des comportements différents :

Les « séjours longs » (groupe 3) sont plus stables que les 2 autres groupes.

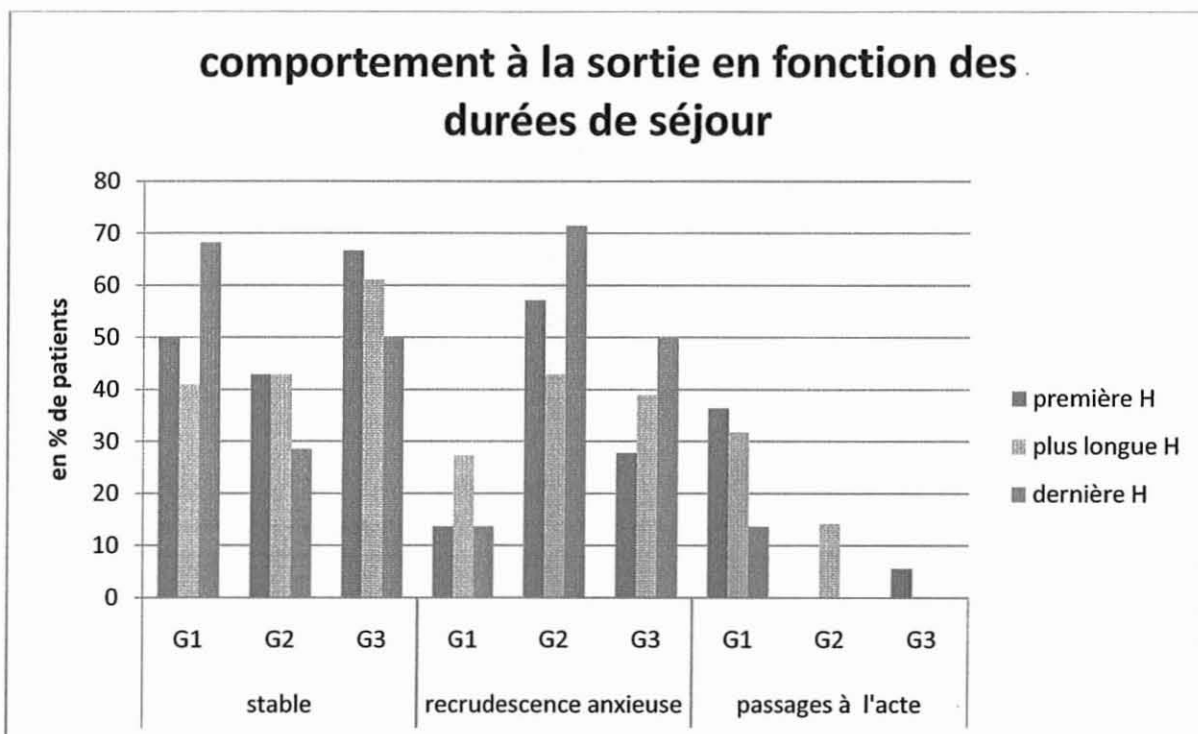
Les « séjours moyens » (groupe 2) ont plus de recrudescence anxieuse.

Les « séjours courts » (groupe 1) font plus de passages à l'acte.

Par ailleurs, ces passages à l'acte sont en majorité situés lors de la première hospitalisation pour le groupe 1.

Les patients du groupe 1 sont plus stables lors de leur dernière hospitalisation, alors que c'est l'inverse pour les groupes 2 et 3.

A la fin du plus long séjour, on note plus de recrudescence anxieuse dans le groupe 1, et quasiment autant de passages à l'acte que lors du premier séjour. Pour le groupe 2, il y a moins d'anxiété mais plus de passages à l'acte à la fin du plus long séjour : le pourcentage cumulé est alors quasiment le même que pour les autres hospitalisations. Pour le groupe 3, la différence entre les séjours semble moins significative.



4.5.8.8 Type de sortie

Dans la moitié des cas (47 à 59 % des patients), les patients sortent en accord avec leur médecin.

Dans 17 à 25 % des cas, la sortie se fait en accord avec le médecin, mais il existe une appréhension verbalisée par le patient.

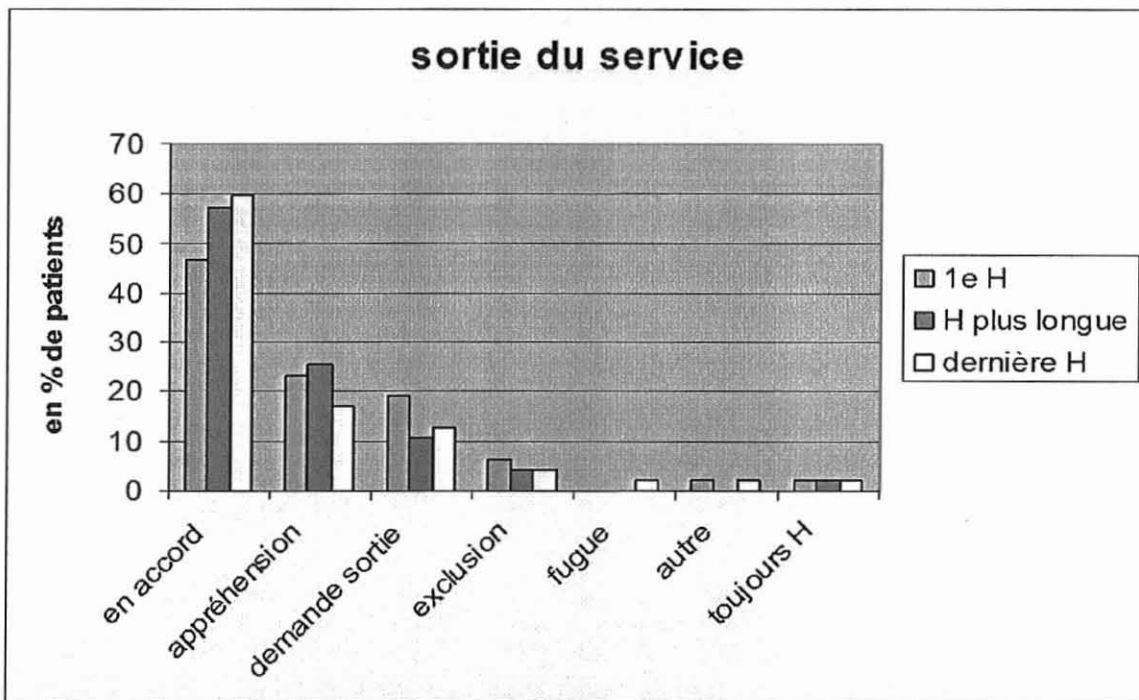
Dans 10 à 19 % de cas, les patients demandent leur sortie avant la fin prévue de leur hospitalisation. Les sorties sont alors réalisées contre avis médical, ou autorisées avec réticence par le médecin.

Dans 4 à 6 % des cas, le patient est exclu du service, à la suite d'un passage à l'acte hétéro agressif, par la prise de toxiques ou par le non respect des règles.

Nous ne notons qu'une seule fugue ayant menée à une sortie définitive. Deux autres patients sont sortis définitivement après leur transfert dans un service de soins somatiques.

Enfin, 1 patient est toujours hospitalisé à la fin de cette étude.

Notons l'écart des sorties en accord entre la première hospitalisation (47 %) et la dernière hospitalisation (59 %).



Parmi les sous-catégories, tous les patients exclus, fugueur, transférés en soins somatiques, font partie du groupe 1 des séjours courts.

Les patients ayant demandé leur sortie font également quasiment tous partie du groupe 1 (avec 2 patients du groupe 2). Dans le groupe 3 des séjours longs, 77 à 83 % des sorties se faisaient en accord, contre 27 à 45 % dans le groupe 1. Le pourcentage est toujours plus élevé lors de la dernière hospitalisation.

4.5.8.9 Suivi ambulatoire

Concernant le suivi des patients, nous nous sommes basés sur les 6 premiers mois suivant leur sortie d'hospitalisation.

La date de sortie du dernier séjour dépasse la date limite que nous avons fixée au 1^{er} novembre 2008 pour 6 patients. Nous avons donc vérifié les données sur les suivis jusqu'à la date du premier juin 2009.

Pour 2 de ces patients nous n'avons pas de recul suffisant sur le suivi lors de la dernière hospitalisation, l'un étant toujours hospitalisé à la date du premier juin 2009 et l'autre venant de sortir.

4.5.8.9.1 Suivi inconnu

Pour 8,5 à 15 % des patients, leur suivi n'est pas connu, parce qu'ils sont perdus de vue, suivis dans d'autres secteurs, ou non suivis. N'étant pas réhospitalisés, nous ne savons pas ce que deviennent ces patients. Le pourcentage augmente logiquement à la dernière hospitalisation en raison du manque de recul.

4.5.8.9.2 Suivi régulier

23 à 34 % des patients ont un suivi régulier, ne manquant pas ou quasiment jamais les RDV fixés par leur thérapeute, parfois demandeurs de consultation en plus, d'autres fois suivis par plusieurs personnes. On peut noter que **lorsque l'hospitalisation est la plus longue, le suivi ultérieur est plus souvent régulier.**

4.5.8.9.3 Suivi en hôpital de jour

4 à 11 % sont par ailleurs suivis en HJ, ce qui souvent améliore la régularité dans la prise en charge. On remarque que **le nombre d'hospitalisation de jour augmente entre la première et la dernière hospitalisation.**

4.5.8.9.4 Transféré en cure

C'est le cas pour un patient à la première hospitalisation, un autre à la plus longue, et deux autres à la dernière. Seul un patient parmi les 5 n'aurait pas à priori rechuté. Le souci est que **les patients sont systématiquement perdus de vue après leur sortie de cure**, car ils ne reprennent pas de RDV au CMP.

4.5.8.9.5 Suivi irrégulier

4 à 19 % sont irréguliers, manquent souvent les RDV fixés, interrompent leur suivi un temps puis reprennent.

4.5.8.9.6 Absence de suivi

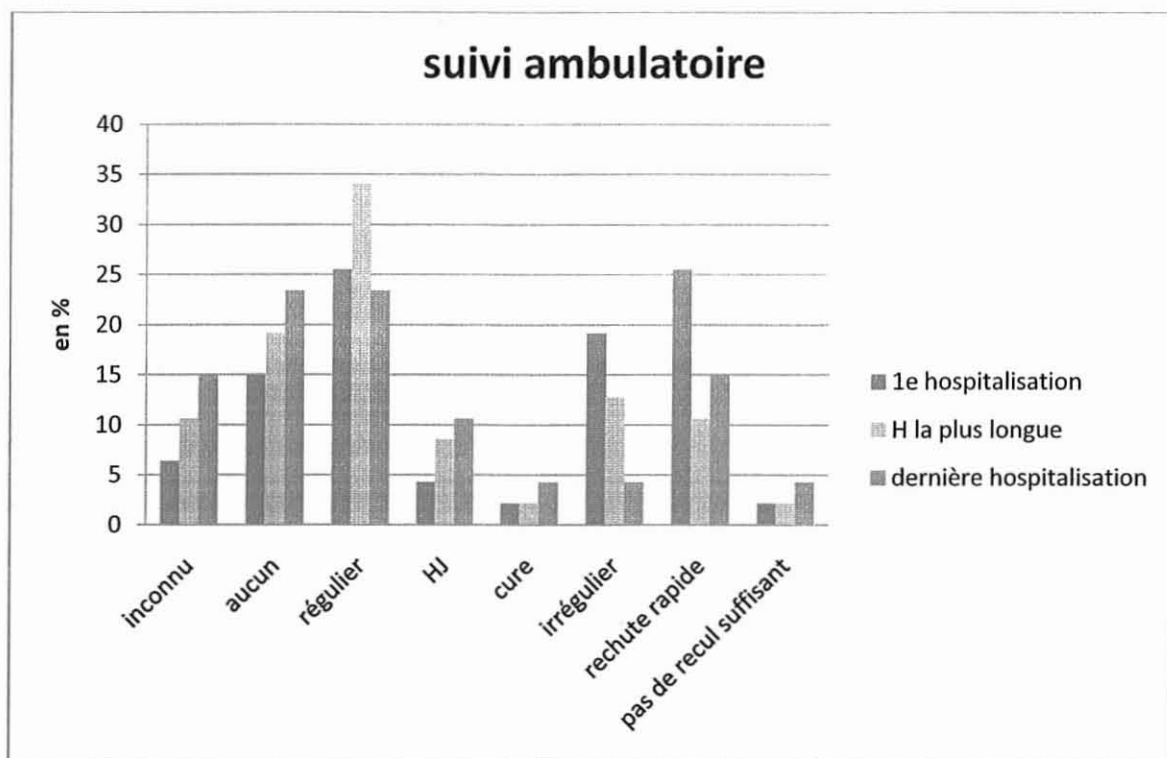
On remarque que **15% à 23 % des patients n'ont probablement aucun suivi ambulatoire à leur sortie**. Cette donnée est à relativiser. En effet, elle se base surtout sur la non venue du patient au RDV fixé, la plupart du temps en CMP, ainsi que sur ses dires en cas de rechute. Il est cependant possible qu'un suivi par un psychiatre privé ait lieu sans qu'il soit connu, surtout en ce qui concerne la dernière hospitalisation.

4.5.8.9.7 Rechute rapide

11 à 25,5 % des patients sont réhospitalisés dans le mois qui suit leur sortie, avant qu'un suivi ait pu être débuté. Les rechutes sont plus fréquentes à la première hospitalisation. Le pourcentage de rechute immédiate sans suivi est moins élevé lorsque l'hospitalisation a été la plus longue.

On observe 15 % de rechute (soit 7 patients) durant le premier mois suivant la dernière hospitalisation. Il s'agit d'une réhospitalisation de crise aux urgences pour 6 d'entre eux et d'une hospitalisation plein temps pour un patient après novembre 2008. C'est pourquoi ces hospitalisations n'ont pas été considérées dans notre étude.

Parmi ces 7 patients, 3 sont pourtant suivis régulièrement, et 1 est en hôpital de jour.



4.5.8.10 *Rechute*

Nous avons défini une rechute par la reprise de symptômes psychiatriques ou l'existence d'un passage à l'acte autoagressif après un séjour en psychiatrie. Le patient doit avoir consulté en urgence ou être réhospitalisé (à temps plein ou en hospitalisation de crise).

Les taux de rechute ont été mesurés en fonction de la durée post-hospitalisation. Les première, dernière et plus longue hospitalisations entre novembre 2006 et novembre 2008 sont prises en compte.

Nous avons étendu la durée de l'étude au premier juin 2009 afin de vérifier la présence d'une éventuelle rechute qui dépasserait le cadre de la période définie de notre enquête.

On remarque que les rechutes surviennent plus souvent et logiquement après la première hospitalisation (87 %). On retrouve 74 % de rechute après l'hospitalisation la plus longue et 60 % de rechute après la dernière hospitalisation (mais dont le recul est moindre).

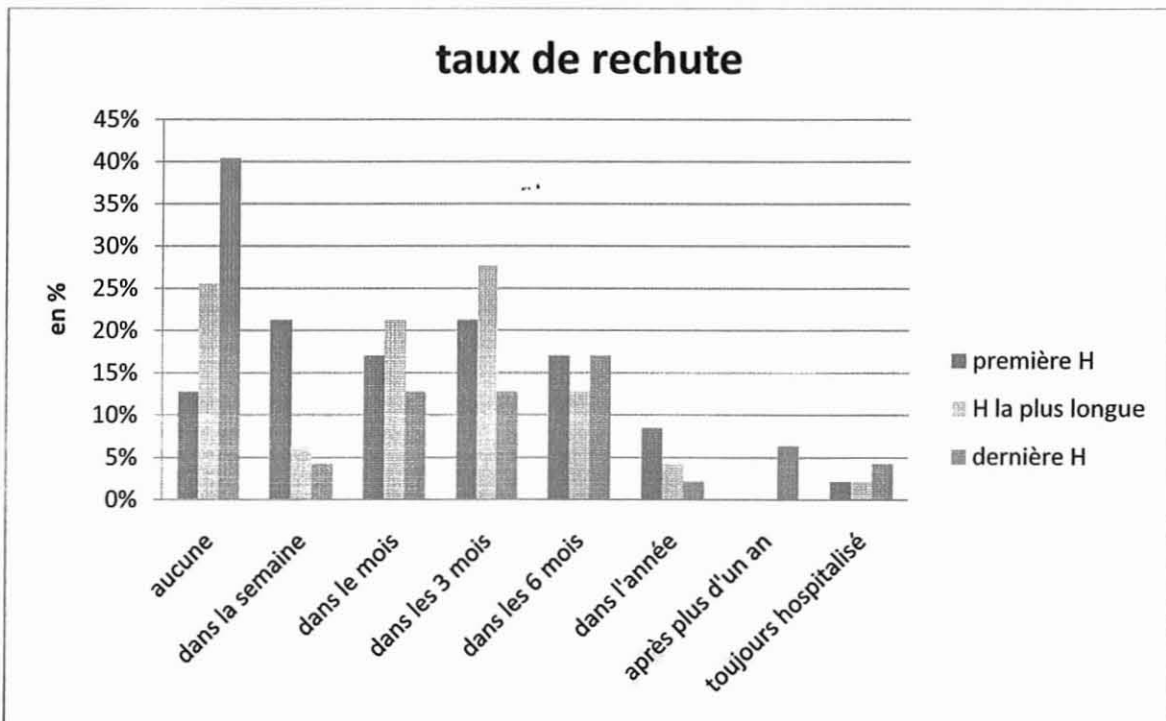
Après la première hospitalisation, 21 % des patients rechutent dans la semaine, 17 % dans le mois, 21 % dans les 3 mois, et 15 % dans les 6 mois. En tout, 74 % des patients (sur les 87 % de rechute) ont rechuté en 6 mois. 13 % ne rechutent pas.

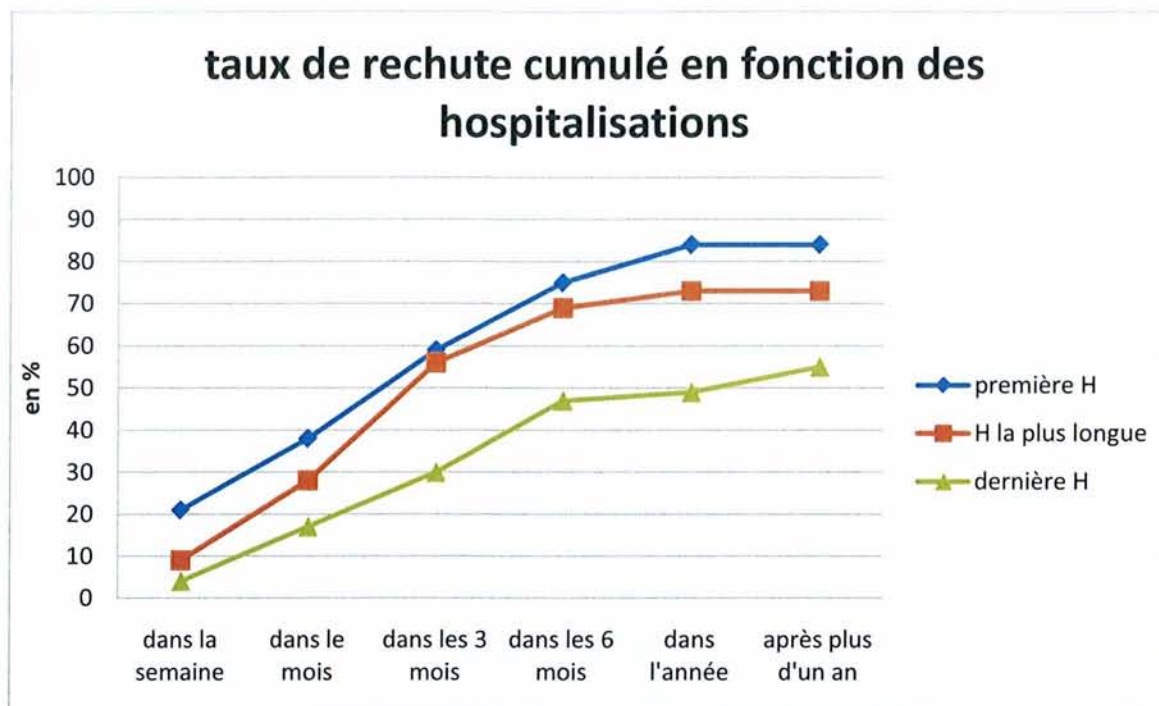
Après l'hospitalisation la plus longue, 6 % des patients rechutent dans la semaine, 21 % dans le mois, 28 % dans les 3 mois, et 13 % dans les 6 mois. En tout 69 % des patients (sur les 74 %) ont rechuté en 6 mois. 26 % ne rechutent pas.

Après la dernière hospitalisation, 4 % des patients rechutent dans la semaine, 13 % dans le mois, 13 % dans les 3 mois, et 17 % dans les 6 mois. En tout 47 % des patients (sur les 60 %) ont rechuté en 6 mois. 40 % ne rechutent pas.

On constate que les taux de rechute cumulés durant le premier mois sont plus importants à la sortie de la première hospitalisation.

Par ailleurs, nous avons noté précédemment que les taux de rechute « sans suivi » étaient moins élevés après la plus longue hospitalisation. Or il apparaît que les rechutes restent plus élevées à la sortie de la plus longue hospitalisation, comparé à la dernière hospitalisation. Cela s'explique par le fait qu'à la sortie de la plus longue hospitalisation, certains patients ont rechuté malgré un suivi mis en place précocement.





4.5.8.10.1 Eléments de comparaison

4.5.8.10.1.1 En fonction des durées de séjour

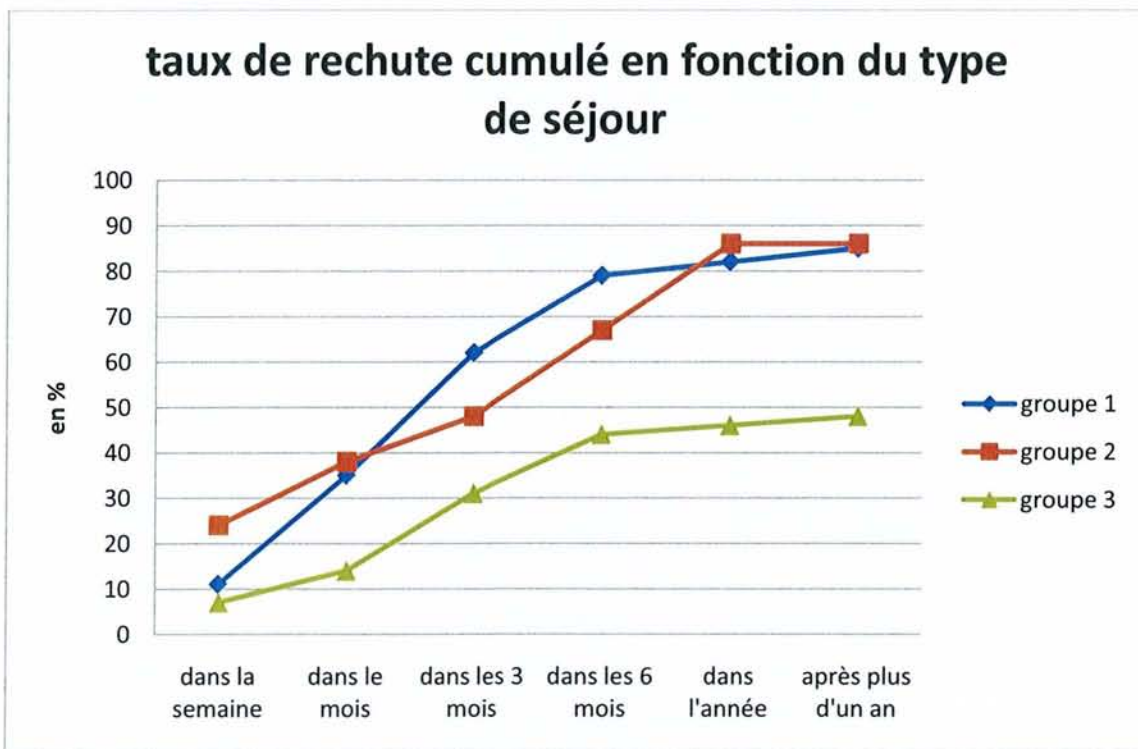
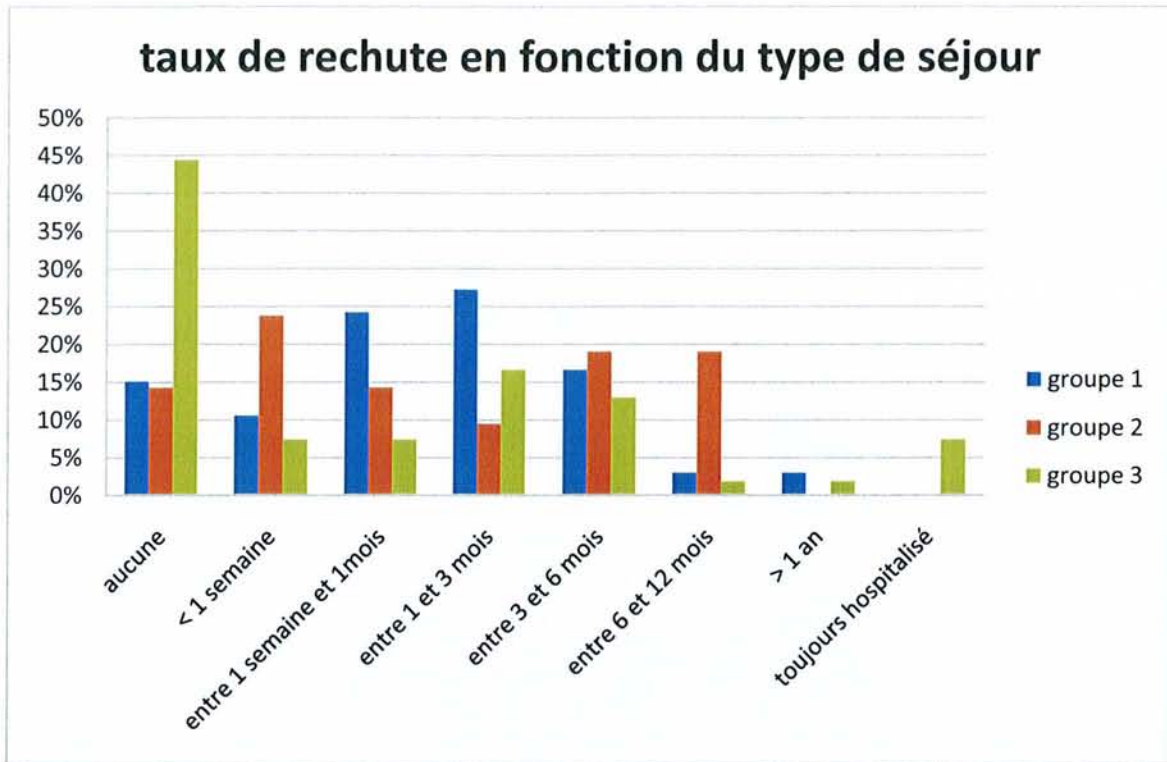
Les rechutes des premières, dernières, et plus longues hospitalisations ont été cumulées pour obtenir plus de significativité.

Les patients du groupe 3 (séjours longs) rechutent beaucoup moins souvent que les autres groupes (44 % contre 15 et 14 % dans les groupes 1 et 2).

Dans le groupe 2, les patients rechutent dans 24 % des cas dès la sortie d'hospitalisation. Cependant les taux se rejoignent avec le groupe 1 à partir du premier mois lorsqu'on cumule les taux de rechute.

Dans le groupe 1 (séjours courts), les patients rechutent le plus souvent entre le premier et le troisième mois, et vont décompenser plus rapidement que dans les 2 autres groupes.

Le groupe 2 rejoint au bout d'un an le taux de rechute du groupe 1.



4.5.8.10.1.2 En fonction du suivi

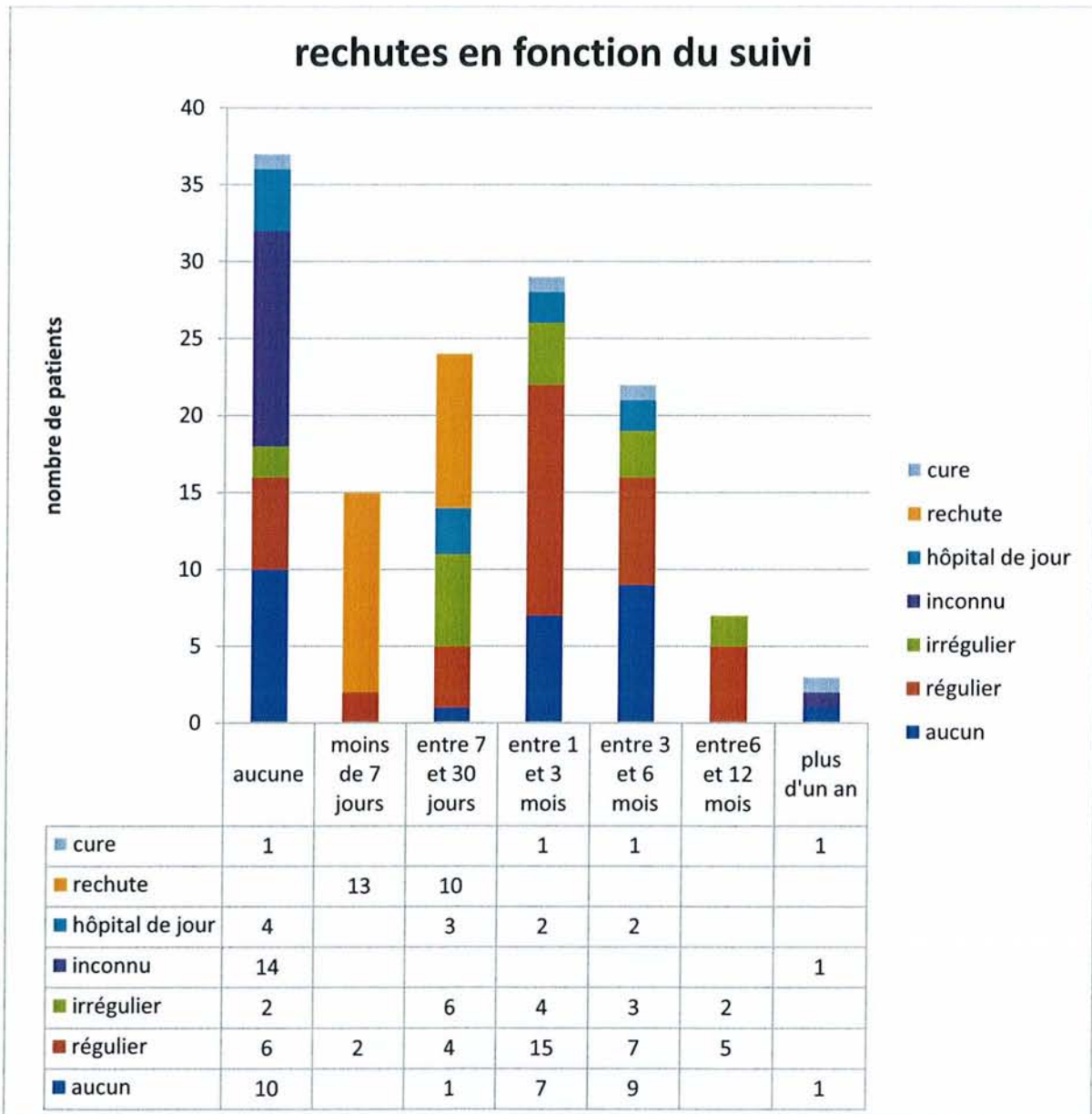
Nous avons souhaité comparer les rechutes avec le type de suivi entrepris par le patient.

Pour cela, les rechutes des premières, dernières, et plus longues hospitalisations ont été cumulées afin d'obtenir plus de clarté et de significativité.

Nous remarquons que parmi les patients qui ne rechutent pas, 6 sont suivis régulièrement et 4 sont en hôpital de jour. Pour 14 d'entre eux nous n'avons pas d'élément sur eux concernant leur suivi, et 10 n'ont aucun suivi.

Les rechutes sont plus fréquentes entre le 1^{er} et le 3^e mois. Ce sont les suivis réguliers qui sont les plus nombreux à rechuter à cette période.

Avant le premier mois, les plus nombreux sont ceux qui n'ont pas débuté de suivi, ayant été réhospitalisés avant leur première consultation prévue.



Nous avons calculé le taux de rechute cumulé en fonction de chaque suivi.

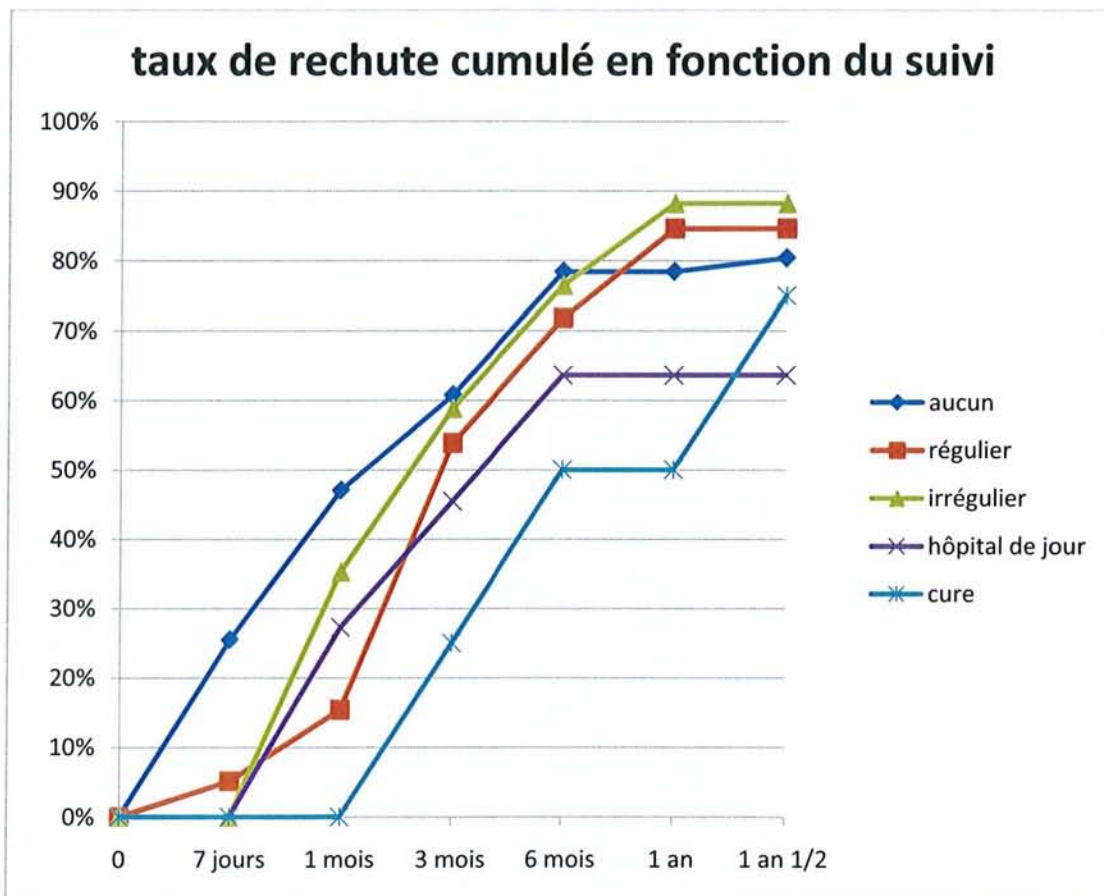
Pour faciliter les comparaisons, nous avons réuni les patients sans suivi avec ceux ayant rechuté avant leur première consultation.

On remarque que les patients sans suivi sont ceux qui rechutent le plus rapidement, alors que ceux qui sont en cure, en hôpital de jour ou qui ont un suivi régulier rechutent moins vite.

Cependant les taux de rechutes entre les patients suivis régulièrement ou irrégulièrement et ceux sans suivi se rejoignent au bout de 3 mois pour être quasiment comparables.

Les patients en cure rechutent quasiment à la même vitesse que les patients suivis régulièrement ou non, mais un mois plus tard que les autres.

Au bout d'un an ½, seul les patients suivis en hôpital de jour se démarquent avec un taux de rechute de 64 % contre 75 % pour les patients ayant fait une cure et entre 80 et 90 % pour les autres.



4.5.8.11 Suivi des patients après novembre 2008

Nous avons recherché si les patients sont toujours suivis et de quelle manière après novembre 2008, jusqu'en juin 2009.

10 d'entre eux (21,2 %) sont perdus de vue. Nous ne savons pas s'ils sont toujours suivis.

4 n'ont aucun suivi (8,5 %), n'adhérant à aucune des propositions faites durant leur prise en charge.

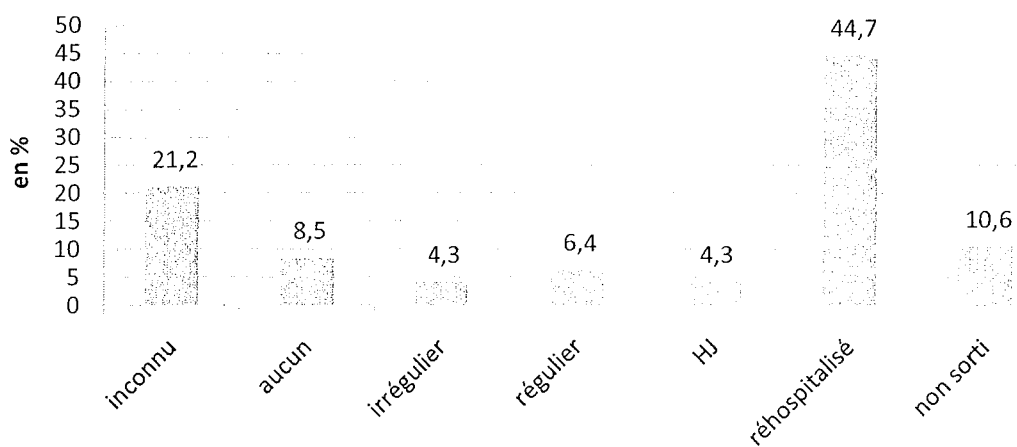
2 ont un suivi irrégulier (4,3 %), oubliant fréquemment les RDV proposés. Le suivi est surtout basé sur la motivation du thérapeute.

3 ont un suivi régulier (6,4 %) et 2 sont en hôpital de jour (4,3 %).

5 ne sont pas sortis d'hospitalisation au premier novembre 2008 (10,6 %). Parmi eux 3 sont sortis avant les fêtes de Noël 2008, et ont un suivi régulier, 1 est sorti en mars et a un suivi irrégulier, et 1 n'est toujours pas sorti au premier juin 2009.

21 ont été réhospitalisés entre novembre 2008 et juin 2009 (44,7 %), le plus souvent en unités de crise.

prise en charge des patients entre le premier novembre 2008 et le premier juin 2009



4.6 Résumé des principales caractéristiques des patients en fonction de leur profil

4.6.1 Sexe, âge, diagnostic, durée et nombre de séjours

Population	Sexe féminin (%)	Age moyen (années)	diagnostic F4 (%)	diagnostic F1 (%)	Personnalité limite (%)	Personnalité dépendante (%)	Temps de présence (jours)	Temps de séjour habituel	DMS du plus long séjour (jours)	Nombre de séjour 2006-2008 (et vie entière)
totale	66	41	30	30	43	38	135	51	81	3,7 (11)
Femmes	100	41	35	19	42	39	127	50	74	3 (11)
Hommes	0	40	18	50	44	31	151	53	94	4 (12)
Moins de 30 ans	69	24	46	23	62	38	137	57	79	3 (12)
Plus de 50 ans	60	60	33	33	0	42	128.5	53	75	3 (9)
Séjour courts	55	37	9	45	59	36	111	23	53	5 (13,5)
Séjours moyens	86	54	43	0	14	43	124	36	55	3 (8)
Séjours longs	72	40	56	22	33	33	169	90	124	2 (10)

4.6.2 Facteurs psychopathologiques

Population	Age de début des troubles (années)	Age du premier contact avec le CPN (années)	Atcd ψ durant l'enfance (%)	Evts de vie durant l'enfance (%)*	Placement (%)	Atcd de la mère (%)	Atcd du père (%)	Séparation ou décès à l'âge adulte (%)	TS 2006-2008 (et vie entière) (%)	Scarifications (%)	Tabagisme (%)	Addictions Totales (et à l'alcool) (%)	Tb somatiques (%)
totale	27	35	45	72	21	54	73	68	62 (81)	30	76	64 (51)	66
Femmes	27	35	45	83	26	54	73	68	68 (74)	35	74	58 (42)	55
Hommes	28	36	44	50	12,5	53	71	69	56 (94)	19	81	75 (69)	87,5
Moins de 30 ans	14	21	92	80	31	54	85	61	85 (92)	61	85	69 (38)	31
Plus de 50 ans	45	54	0	43	0	43	43	92	42 (58)	8	42	42 (42)	92
Séjour courts	22	31	54	74	27	52	75	68	68 (95)	32	95	86 (73)	64
Séjours moyens	34	47	28	75	0	60	75	57	71 (71)	28	28	28 (0)	71
Séjours longs	31	37	38	69	22	53	69	72	55 (67)	28	72	50 (44)	67

(*) Les divorces parentaux n'ont pas été comptés.

4.6.3 Facteurs socio-économiques

Population	Niveau scolaire ≤ brevet (%)	Absence d'activité (%)	Revenus RMI (et ensemble des revenus sociaux) (%)	Logement décent (%)	Patients vivant seul (%)	Famille présente (%)	Séparation ou divorce (%)	Patients ayant des enfants (%)	Dépendance affective (%)
totale	31	77	36 (66)	70	62	53	68	57,5	70
Femmes	30	74	16 (58)	87	52	58	61	55	71
Hommes	33	81	50 (81)	37,5	81	44	81	62,5	68
Moins de 30 ans	8	69	23 (46)	61	61	69	54	15	54
Plus de 50 ans	60	83	8 (75)	92	92	58	75	92	83
Séjour courts	12	82	36 (73)	73	73	45	68	50	64
Séjours moyens	75	71	28,5 (71)	71	67	57	72	86	100
Séjours longs	43	72	17 (55)	67	71	61	67	55	67

4.6.4 Suivi de l'hospitalisation la plus longue

Population	Motif d'hospitalisation		Evolution positive des la première semaine (%)	Relation correcte ou évitante avec les équipes (%)	Permissions effectuées sans difficulté (%)	Etat stable à l'approche de la sortie (%)	Sortie définitive en accord avec le patient (%)	Suivi ambulatoire régulier plus hôpital de jour (%)	Taux de rechute dans les 6 mois (%)
	Sd dépressif (%)	Idées suicidaires							
totale	57	49	62	47	72	49	57	42,5	69
Femmes	64	48	58	50	71	45	55	48	68
Hommes	44	50	69	40	67	56	62,5	25	69
Moins de 30 ans	61	61	38	55	61	38	38	38	85
Plus de 50 ans	58	17	67	67	83	58	67	50	42
Séjour courts	59	59	64	41	73	41	41	41	92
Séjours moyens	86	28	43	43	100	61	43	71	56
Séjours longs	44	44	67	50	61	43	83	33	45

5 Discussion

Nous avons souhaité effectuer une comparaison entre les données retrouvées dans la littérature et les nôtres. Les différentes populations ont été appelées par le nom de l'étude pour plus de facilité. On retrouve donc « les patients du CPN » pour les statistiques sur le rapport d'activités 2007 du Centre psychothérapique de Nancy, « les patients HID » pour l'enquête du même nom, et les « patients Pariente » pour l'étude de cet auteur.

De même, nous désignerons notre population par les initiales « DEP » (dépendance et psychiatrie).

5.1 Caractéristiques individuelles

5.1.1 Âge et sexe

Nous remarquons que notre population DEP est représentée en majorité par des femmes. Cela ne correspond pas au profil des patients hospitalisés à plein temps et notamment au long cours, qui sont plus souvent des hommes (en page 78). Nous pouvons émettre l'hypothèse que cette surreprésentation féminine est liée à l'absence de déficiences mentales profondes et de patients schizophrènes dont on sait que les plus atteints sont des hommes. Elle est aussi due à l'importance des troubles dépressifs et névrotiques ainsi que de nombreux troubles de la personnalité de type dépendant ou limite qui sont à prédominance féminine.

La moyenne d'âge est comparable aux données des autres enquêtes. Les patients restés plus de 60 jours étaient plus jeunes que ceux restés moins de 60 jours. Cela confirme les données de certaines enquêtes (HID et Pariente) mais infirme celles d'autres études (Jayaram, Huntley, Blais).

5.1.2 Diagnostics

On remarque qu'entre notre étude, les données fournies par le rapport d'activité 2007 du CPN, et l'enquête de la DREES, les diagnostics principaux sont par ordre de fréquence décroissant :

- F1=F4>F3>F6 au niveau de notre étude (les schizophrénies (F2) ayant été retirées).
- F3>F2>F1>F4>F6 au niveau des derniers diagnostics principaux du CPN en 2007
- F2>F3>F1>F7>F0>F8>F6>F4 au niveau de l'enquête HID.

On note donc la plus grande fréquence des conduites addictives (F1) ainsi que des troubles névrotiques (F4) dans notre étude, comparé à l'ensemble de la file active du CPN qui est plus représentée par les troubles de l'humeur. Cependant, les troubles bipolaires ayant été retirés, le nombre de patients du chapitre F3 est sous-estimé, et rejoindrait les chapitres F1 et F4 en terme de patients si ceux-ci avaient été pris.

En prenant l'ensemble des diagnostics principaux et associés, les résultats restent assez similaires, avec une prédominance des troubles névrotiques (F4). La DREES retrouve une plus grande proportion de troubles de la personnalité (F6), ce chapitre passant à la troisième position. Notre étude retrouve 25 % de patients ayant un diagnostic du chapitre F6. La comparaison avec les patients restés moins de 60 jours montre que seul ce chapitre parvient à se différencier, avec une fréquence plus élevée dans notre population DEP. Si l'on se réfère aux courriers et observations médicales, on remarque que 85 % d'entre eux ont déjà eu un diagnostic de trouble de la personnalité porté. Donc 60 % n'étaient pas retranscrits au niveau du RIM-P.

Les personnalités émotionnellement labiles et dépendantes étaient les plus fréquentes, tout comme l'enquête de la DREES. Elles étaient souvent associées et représentaient à elles deux 64 % des patients. Ce chiffre paraît donc important, même si nous n'avons pas de moyen de comparaison pour dire s'il représente un risque d'hospitalisation longue. En revanche, on observe que les personnalités limites avaient tendance à faire des séjours courts, alors que les personnalités dépendantes étaient réparties dans les séjours courts et les séjours longs. Ceci nous indique que le diagnostic de trouble de la personnalité est un critère insuffisant en

tant que variable prédictive d'une durée de séjour, et qu'il doit être affiné en fonction du type de personnalité.

On remarque que plusieurs de ces diagnostics ne sont pas très indicatifs sur la pathologie du patient, tels que les chapitres F432, et F99, « fourre-tout » psychiatriques très utilisés dans tous les services d'urgence psychiatrique pour pouvoir se conformer à la réglementation actuelle qui exige un diagnostic au premier entretien. Les troubles de l'adaptation peuvent cependant être la marque d'une vulnérabilité aux changements ou aux événements de vie stressants, qui est probablement fortement corrélée aux troubles de la personnalité dont les capacités de résilience sont réduites. 95 % des patients ayant un diagnostic F432 avaient aussi un trouble de la personnalité exprimé dans les courriers. 43 % d'entre elles étaient des personnalités dépendantes.

Concernant les troubles addictifs, la simple prise en compte des diagnostics sous-estime la part réelle des patients qui ont un problème d'abus ou de dépendance à une substance, puisque dans notre 64 % des patients ont une addiction (en excluant le tabagisme), alors que 42 % ont un diagnostic F1.

L'importance des conduites addictives dans notre population est en contradiction apparente avec les données de plusieurs études qui décrivaient cette variable comme facteur prédictif de temps de séjour écourté. Cependant, notre étude différencie les séjours courts qui sont surreprésentés par les troubles addictifs, alors qu'ils sont minoritaires dans les séjours longs. Il n'y a donc pas de contradiction dans le sens où cette population a l'habitude des « allers-retours », ce qui peut induire des durées de présence totales relativement longues.

Il serait intéressant de vérifier si les patients des autres études avaient des diagnostics associés ou non. En effet, la majorité de nos patients ont plusieurs diagnostics, et leurs motifs d'hospitalisation ne sont souvent pas liés à la conduite addictive mais plutôt à un trouble anxieux ou dépressif.

La « restriction spatiale » de notre étude peut également introduire une prédominance d'addictions étant donné que « l'unité 1 étage » est réservée

normalement à des séjours courts qui seraient sensés convenir à ce type de population.

Enfin, il est important de prendre en compte le type d'addiction. L'alcool est la substance prédominante (si l'on excepte le tabac) pour les patients de notre étude. Alors que les patients toxicomanes sont peu présents, 4 sur 5 étant d'ailleurs substitués. Nous ne pouvons dire si la conduite alcoolique est liée à un plus grand besoin d'aide en psychiatrie comparée à l'héroïnomanie, si elle est induite par le type de mission du service ou si elle est simplement liée à une prévalence plus importante de ce trouble dans la population générale.

5.1.3 Durées et nombre de séjours

Si l'on retire les patients schizophrènes, ce sont les troubles de l'humeur (F3) qui prédominent tant en terme de journées que de file active au niveau du CPN, alors que dans notre étude, ils n'arrivent qu'en 3^e position pour le nombre de patients et en quatrième position pour le nombre de journées. Ce sont les troubles névrotiques (F4) puis les troubles addictifs (F1) qui ont le plus de journées d'hospitalisation, ce qui est logique au regard de leur fréquence. En revanche, les troubles de la personnalité ont les plus longues durées de présence à l'hôpital avec 220 jours en moyenne, ce qui paraît être en contradiction avec les données de l'étude de Compton (26) qui décrivait l'inverse. Mais ces chiffres ne peuvent pas être comparables car nous avons éliminé une partie des patients (tous ceux qui étaient restés moins de 60 jours).

Comme dans les autres études, les hommes ont un temps de présence à l'hôpital qui est plus long. Par ailleurs, les 18-40 ans restent plus longtemps que les plus de 40 ans.

Le nombre d'hospitalisations est très variable, allant de 1 à 11 hospitalisations temps plein sur la période définie. Plus les patients avaient d'hospitalisations et plus leur temps de séjour étaient courts. Ceci nous a incité à étudier différents groupes répartis en fonction de leur durée de séjour habituelle dont nous discuterons les caractéristiques dans le chapitre sur les profils de patients; nous n'avons pas retrouvé d'études comparables à la notre à ce sujet.

5.1.4 Antécédents des patients

L'âge de premier contact avec la psychiatrie est relativement comparable aux données 2007 du CPN (35 ans contre 31 ans en moyenne), sachant qu'il existe un décalage avec le début des troubles d'environ 8 ans. Il y a 3 à 4 ans en moyenne de suivi avant que les patients rentrent dans l'étude (en 2006). Par ailleurs nous manquons d'éléments sur le passé de plusieurs patients. Il faut noter que plus les patients sont âgés, plus leur troubles ont débuté tardivement. A l'inverse, la plupart des jeunes de 18 à 30 ans décrivent des troubles qui débutent dès l'adolescence, avec un retard fréquent du premier contact avec la psychiatrie qui ne débute qu'à l'âge adulte. Seuls 10 patients auraient été suivis en pédopsychiatrie, alors que 24 patients peuvent décrire des troubles ayant débuté avant la majorité, sur les 31 pour lesquels nous avons des éléments sur l'enfance.

Ce constat nous incite à penser que ces patients sont loin des tableaux de la chronicité institutionnelle, la plupart ayant pu vivre en dehors de l'institution, pendant une longue période, malgré une fragilité importante. Par ailleurs, la question se pose d'un travail de prévention à l'orée des troubles, en particulier pour les adolescents qui n'ont pas été suivis. Ceux-ci auraient-ils décompensé à l'âge adulte, s'ils avaient été pris en charge ?

Par ailleurs, nous nous posons la question des enfants et adolescents, diagnostiqués dans les états-limites, suivis au long cours par la pédopsychiatrie. Que deviennent-ils à l'âge adulte ? Notre population DEP ne reflète pas de manière évidente le passage de la pédopsychiatrie vers la psychiatrie adulte de ces jeunes. Plusieurs hypothèses sont possibles, entre la guérison, le décès (par suicide), le suivi ambulatoire, les perdus de vue et l'institutionnalisation. Cette dernière possibilité mérite d'être étayée. Notre étude s'organise à partir des hospitalisations d'une unité de courte durée. Les patients hospitalisés au long cours avant novembre 2006 n'ont donc pas été inclus car ils séjournaient dans des unités différentes. Par ailleurs, nous avons remarqué que le nombre d'hospitalisations était corrélé au nombre de diagnostics posés, et que plus les patients restaient longtemps en hospitalisation, plus la question d'une psychose sous-jacente se posait. Nous pourrions donc concevoir que ces patients, dont la structure psychique n'était peut-être pas encore claire et bien définie à l'adolescence, ont été diagnostiqués différemment à l'âge adulte, de par les troubles observés. Or, un diagnostic de psychose ou de trouble bipolaire suffisait à les

exclure de notre population. Une étude plus approfondie serait nécessaire pour traiter du devenir de ces jeunes patients.

La vulnérabilité des patients est en partie liée à des facteurs environnementaux de leur enfance. Rares sont ceux qui ne signalent aucun problème durant cette période. Alors que seuls 3,9 % des patients décrivent une enfance malheureuse dans la population HID, notre étude fait état d'un nombre important d'évènements de vie (décès, violences, viols, placements, troubles psychiatriques parentaux). Si l'on fait le total, **41 patients sur les 47 soit 87 % ont eu un problème durant leur enfance** lié à ces événements de vie ou traumatismes. Sur les 6 patients restants, nous n'avons pour 4 d'entre eux aucun élément de leur histoire antérieure. La part génétique des troubles est à prendre en compte : 39 % des pères et 10 % des mères aux antécédents connus étaient dépendants à l'alcool, et 61 % des patients ayant leurs parents alcooliques étaient eux-mêmes dépendants à l'alcool.

Cette vulnérabilité se retrouve dans les facteurs traumatiques décrits à l'âge adulte par les patients et qu'ils ont eu du mal à surmonter: on remarque que les principales causes sont représentées par les séparations et les décès pour 68 % des patients. Les viols et les agressions paraissent fréquents mais ne le sont en réalité pas plus que dans la population générale. Il est aussi probable que toutes les agressions subies n'ont pas été retranscrites dans les observations. Le problème ne se situe donc pas dans la fréquence mais dans le manque de résilience des patients qui gèrent très mal les événements stressants parfois même mineurs, et qui trouvent un soutien et un repère au sein de l'institution.

L'enquête de la Drees fait part de 12 % des femmes et 6,7 % des hommes ayant fait une tentative de suicide dans l'année précédant l'enquête. Or Les tentatives de suicide sont plus fréquentes dans notre population avec 68 % des femmes et 56 % des hommes sur 2 ans. Notre population est donc à risque élevé de suicide, notamment lorsqu'on compare les chiffres de la population générale sur une vie (7,7 % des femmes et 3,3 % des hommes) à notre population (74 % des femmes et 94 % des hommes).

On note que les femmes récidivent plus souvent que les hommes et que le nombre de tentatives de suicide diminue avec l'âge. Les patients de moins de 30 ans ont en effet 5,5 tentatives de suicide sur leur vie entière, contre 2 TS en moyenne chez les plus de 50 ans. Cette donnée paraît concordante avec les enquêtes faites en population générale qui relèvent que les TS sont plus fréquentes chez les jeunes. Mais que deviennent ces jeunes ? Nous savons que notre population âgée a été suivie tardivement. La plupart ne présentaient pas ce genre de trouble entre 18 et 30 ans et ne sont donc pas représentatifs des jeunes de notre population. La question de leur devenir pourrait être la même que celle que nous nous posons concernant les jeunes suivis en pédopsychiatrie, et dont nous avons émis les hypothèses suivantes : la guérison, le décès (par suicide), le suivi ambulatoire, les perdus de vue, l'institutionnalisation, ainsi que l'évolution diagnostique.

Nous posons donc l'hypothèse qu'il y a deux groupes dans notre population que nous distinguons par les termes de jeunes et seniors et que nous décrirons plus en détails dans les profils types.

Certains patients (au moins 6 sur les 47) multiplient les tentatives de suicide, au point qu'il devient difficile de les compter toutes. Certaines se scarifient également très souvent. Nous nous interrogeons sur les motivations qui génèrent ce phénomène. La souffrance est-elle seule en cause, ou la jouissance a-t-elle un rôle ? La répétition des passages à l'acte semble s'inscrire pour certains dans une réelle dépendance au symptôme tant celui-ci répond à l'urgence de l'angoisse dans l'agir et le passage à l'acte. Les tentatives sont en général impulsives, non élaborées, souvent sous l'emprise de toxiques, et banalisées ; ce sont des conduites ordaliques dans le sens où les patients se confrontent à leur destin en triomphant de l'expérience mortelle, jouissance donc qui invite à la récurrence. Ce sont des moyens immédiats d'apaiser une tension intolérable avec l'impossibilité de résister à la pulsion. Si l'on reprend les critères de Goodman, on se rend compte que ces passages à l'acte peuvent rentrer dans le champ des addictions.

66 % de nos patients ont des troubles somatiques ce qui correspond au taux recensé dans la population générale. Cependant ces troubles sont majoritairement causés par la prise d'alcool, et ne correspondent pas aux mêmes pathologies que dans la population française. Par ailleurs nous avons omis les maladies « banales », pour ne

nous intéresser qu'aux troubles les plus graves, et certaines de nos classifications, comme l'altération de l'état général, peuvent regrouper plusieurs pathologies. Ce taux est donc en réalité plus élevé que dans la population générale.

Ceci étant, l'échelle ADL ne montre pas de dépendance fonctionnelle majeure. La population DEP est relativement autonome en ce qui concerne l'échelle de dépendance physique ; elle l'est moins en dépendance relationnelle mais reste en-dessous des scores du CPN et des moyennes nationales.

Notons la fréquence des ALD dans notre étude, en prenant en compte son augmentation de 2006 à 2008 et la surreprésentation des troubles de la personnalité.

5.1.5 Facteurs socio-économiques

Presque la moitié des patients DEP n'a pas dépassé le brevet. Néanmoins, si leur niveau d'étude est légèrement en deçà de celui de la population française, il semble assez élevé si on le compare à la population HID où 16 % des patients n'ont jamais été scolarisés, et 20 % ne savent ni lire, ni écrire, ni compter.

La situation est beaucoup plus préoccupante en ce qui concerne leur activité. En effet, sur les 11 patients ayant un travail (23 %), 4 sont en arrêt longue maladie. Il reste donc 7 travailleurs soit 15 % des patients (dont un étudiant qui ne gagne pas sa vie). Ces chiffres sont largement inférieurs aux 46 % de patients en activité du CPN (dont 15 % d'étudiants), mais sont équivalents aux chiffres de la Drees, dont on connaît le taux élevé des pathologies lourdes (déficiences mentales et schizophrénies). Ils expliquent d'ailleurs que les troubles de l'humeur et les troubles liés aux substances psycho-actives (alcool) étaient surreprésentés chez les actifs quelle que soit leur activité professionnelle.

66 % des patients DEP bénéficient des revenus sociaux (dont 34 % d'AAH et invalidité). Les taux sont supérieurs à ceux du CPN et se rapprochent de ceux de la DREES, qui évoquent la schizophrénie dans les pathologies principalement bénéficiaires. Par ailleurs 28 % des patients DEP se sont endettés, avec un dossier de surendettement pour la plupart et une mise sous curatelle pour 13 % des patients. 4 patients ne bénéficient d'aucun revenu.

L'une des conséquences est que plusieurs de nos patients vivent dans une situation de précarité préoccupante. 4 patients sont sans domicile fixes soit 8,5 de notre population (contre 19 % dans l'enquête HID et 0,14 % à 1,3 % de la population française). 3 sont RMIstes et polytoxicomanes, la quatrième étant une jeune femme de 19 ans sans revenu. La situation de celle-ci a pour conséquence un allongement important de la durée de son hospitalisation, et une mise sous allocation adulte handicapé en cours, seul moyen pour elle de bénéficier de revenus stables permettant une possible réadaptation. Notons également la fréquence des patients (17 %) retrouvant un logement durant leur hospitalisation. Ce sont souvent « des SDF en sursis » en grande détresse psychologique, relogés en appartement thérapeutique pour leur éviter le stress de la rue, facteur d'aggravation pour ces patients fragiles.

Si les aides financières (celles de l'état ou celles de leurs proches) peuvent leur permettre de subvenir à leurs besoins, elles entraînent également une passivité et une augmentation iatrogène du besoin d'assistance qui peut à terme diminuer l'autonomie de ces patients, pénaliser le retour à l'emploi, et renforcer leur exclusion sociale. Au postulat d'une dépendance institutionnelle pourrait donc s'ajouter une dépendance sociale.

5.1.6 Réseau familial et social

Les patients DEP vivent seuls dans la majorité des cas, lié très probablement au fait que 11% sont célibataires, et 68 % sont séparés ou divorcés.

Le pourcentage de patients célibataires au sein du CPN apparaît beaucoup plus élevé, de l'ordre de 55,74 % des patients. Ce pourcentage est probablement lié à la situation des patients hospitalisés depuis plusieurs années dans certains services qualifiés de longs séjours.

Mais si l'on fait la somme des patients célibataires et séparés, divorcés ou veufs, on retrouve 71 % de patients au sein du CPN (contre 79 % dans notre étude).

La différence se joue donc au niveau des séparations, divorces et veuvages, qui sont nettement plus fréquents dans notre étude. Mais la plupart auraient pu être placés parmi les célibataires, car la situation familiale était différente selon la lecture administrative ou les observations décrites. Nous avons pris le choix de privilégier les observations écrites.

Le nombre de patients séparés est donc très élevé. Leur nouveau statut les rend d'autant plus démunis que bien souvent, les patients sont relativement stables jusqu'à la survenue d'une crise au sein du couple. Le début des troubles fait alors suite à une séparation ou un conflit pour près de 50 % des patients. Et dans plus de 20 % des cas, cette séparation est en lien direct avec le motif d'hospitalisation. Ils ne supportent pas de se retrouver seuls. Ils perdent l'objet qui les maintenait dans la stabilité et se retrouvent face au manque intolérable de cet objet qu'ils avaient fortement investi. Ils ont une dépendance affective manifestement pathologique pour leur conjoint pour 36 % des patients alors qu'une séparation définitive a le plus souvent été prononcée. D'autres dépendances sont retrouvées, à la mère, au père

ou aux enfants, avec le plus souvent une ambivalence affective qui les empêche d'évoluer, mais qui les paniquent dès qu'un éloignement survient.

La dépendance au travail est un peu différente. Elle concerne des patients qui avaient investi psychiquement, socialement, financièrement, massivement leur travail, et qui se sont retrouvés au chômage ou à la retraite. La situation leur a alors totalement échappé, et ils ont sombré dans l'alcoolisme ou la dépression.

Nos patients DEP ont des enfants pour une majorité d'entre eux (57 %) alors qu'ils sont minoritaires dans la population HID (34 %). Mais ceux qui ont des enfants sont souvent placés (avec l'autre parent ou en famille d'accueil). Seuls 15 % des enfants sont pris en charge par leur parent-patient, ce qui renforce chez ceux-ci leur isolement et leur sentiment d'incapacité.

Le constat de cette solitude va de pair avec l'isolement social des patients. En effet, 19 % n'ont aucune visite, aucun lien. Et 28 % ne peuvent compter que sur une seule personne de leur entourage qui vient leur rendre visite de temps à autre.

Ce constat apporte une dimension supplémentaire à l'exclusion sociale que vit cette population. Le besoin d'hospitalisation peut être donc lié à la nécessité de retisser des liens. L'idée d'une appartenance à un groupe est constitutive de leur identité sociale, elle leur permet de se reconsidérer en tant que sujet. Or bien souvent seule l'institution leur octroie cette possibilité.

5.1.7 Suivi des hospitalisations

La population DEP est en majorité dépressive et suicidaire. C'est son principal motif d'hospitalisation. Même les patients alcoolodépendants viennent plus pour ce motif que pour un éventuel sevrage, sachant que les entrées se font quasiment à chaque fois dans l'urgence. Ils sont en général consentants et même demandeurs d'une hospitalisation.

Les traitements médicamenteux sont largement plus prescrits qu'en population générale, avec des taux de 100 % pour les anxiolytiques et les somnifères, et 91 % pour les antidépresseurs. Ces chiffres sont également supérieurs aux moyennes recensées dans l'enquête HID avec 40 % de prescription de somnifères. Par ailleurs les modifications thérapeutiques multiples montrent que ces patients sont souvent résistants au traitement ou ont souvent des rechutes. Les prescriptions de thymorégulateurs et d'antipsychotiques sont aussi révélatrices de résistances médicamenteuses, des hypothèses alternatives de psychose ou de trouble bipolaire, et des tentatives de contrôle de l'impulsivité de ces patients.

La rémission voire l'arrêt des symptômes est observé dès la première semaine pour plus de la moitié des patients, montrant le rôle thérapeutique joué par l'institution. Certaines fois, les troubles persistent ou s'aggravent, comme si l'institution était sans influence sur ces patients, ou qu'au contraire elle leur permettait de décompenser, de régresser. Or nous connaissons l'importance potentielle de cette phase durant la thérapie.

Les relations avec les équipes sont bonnes le plus souvent. Certains patients ont une tendance à l'évitement, donnant raison à leur sentiment d'exclusion. A l'inverse, certains vont rechercher une présence constante du personnel, angoissés par l'abandon et la solitude. D'autres vont transgresser les règles, attaquer le cadre institutionnel, chercher à provoquer le rejet.

Les permissions, tout comme le comportement à l'approche de la sortie définitive, vont être vectrices de stress dans près de la moitié des cas, pouvant conduire à des passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs. Ces raptus peuvent prolonger l'hospitalisation, ou au contraire conduire à des sorties définitives dans 4 à 6 % des cas. Ces exclusions sont heureusement rares, et la majorité des sorties définitives se fait en accord avec le patient. Il existe très souvent une appréhension lors de ce

départ, comme si les patients devaient découvrir ou redécouvrir leurs capacités d'autonomisation et d'individuation. Tout l'enjeu est de les aider à se séparer et affronter cette réalité sans qu'elle prenne une allure traumatique.

Dans 10 à 19 % des cas, le patient va décider lui-même de sortir, soit contre l'avis médical, soit plus rarement en fuguant. Faut-il refuser une ordonnance d'un patient qui rompt un contrat de soins, ou qui sort contre avis médical ? Faut-il lui proposer une consultation afin de maintenir un lien, ou attendre que celui-ci rappelle ? Les réponses divergent sur la réponse à apporter et se donnent souvent au cas par cas.

Concernant leur suivi ambulatoire, on remarque que les suivis ne sont réguliers que dans 23 à 34 % des cas. Lorsqu'il est régulier, il permet d'éviter trop rapidement une rechute. Mais dans notre étude les taux de rechute rejoignent au bout de 3 mois les taux de ceux qui n'ont aucun suivi. Ces résultats « déprimants » de prime abord ne doivent pas nous faire oublier l'importance des taux de rechute rapide de ceux qui n'ont aucun suivi, et nous amener à renforcer nos prises en charges. En effet, les patients en hôpital de jour ont moins de rechute que les autres au long cours (après un an de recul).

On remarque également la bonne efficacité des patients partis en cure ou post-cure après une hospitalisation. Malheureusement, l'absence de suivi ultérieur rehausse le taux de rechute et rejoint celui des suivis réguliers au bout d'un an et demi.

5.1 Caractéristiques institutionnelles

Les caractéristiques du pôle du Grand Nancy, et plus particulièrement de l'unité 1 sont à prendre en compte dans les variables pouvant avoir influencé la durée de séjour des patients. Le fonctionnement du pôle essaie de s'adapter à la trajectoire des patients, en prenant en compte les différences de situation clinique en termes d'intensité, de prise en charge, de niveau de surveillance nécessaire, ainsi que de durée. Les liens entre les différents services du pôle se trouvent donc renforcés pour offrir au patient la meilleure prise en charge possible, chacune des unités offrant des conditions de séjour différentes. Les durées d'hospitalisation sont donc également différentes selon les services.

L'avantage est de permettre à chaque service d'offrir des prestations répondant mieux à la pathologie du patient. Si dans la majorité des cas, les orientations de chaque service sont tenues et améliorent la qualité des soins, ce positionnement « désectorisé » entraîne certaines contraintes.

Les inconvénients résident dans la nécessité de transférer des patients dans une autre unité lorsqu'ils ne correspondent plus au profil des patients traités. Cela arrive notamment lorsque la réhabilitation d'un patient nécessite un prolongement d'hospitalisation. Il en résulte un changement de lieu et d'équipe qui souvent perturbe le patient. Le temps passé à se réapproprier ces nouveaux lieux peut prolonger d'autant la durée de séjour.

Au sein de l'unité 1 étage qui est normalement dévolue à des hospitalisations courtes, cette situation est fréquente. Cependant trois problèmes repoussent cette échéance :

Le service de réhabilitation est fréquemment complet et les sorties sont plus rares que dans une unité d'entrée. Lorsqu'une place se libère, les choix d'hospitalisation sont plus souvent effectués en fonction du degré d'urgence, ce qui peut prolonger l'attente au sein de l'unité de post-crise de certains patients stables mais non sortants.

L'unité de post-crise peine à transférer ses patients car elle s'attache à un patient et désire le soigner. Admettre que le patient ne correspond plus au service signifie admettre ses limites dans ses capacités de soin. On retrouve donc une ambivalence

du service dans ces cas de transfert, oscillant entre l'humilité et la mégalomanie soignante, l'attachement profond et le rejet du patient.

Le patient lui-même qui s'est habitué à un service, qui a investi positivement les lieux et les activités, ne désire pas en changer, craignant de perdre ses marques et repères. L'angoisse d'un éventuel transfert peut suffire à faire décompenser ou aggraver la symptomatologie du patient, ce qui retarde la sortie ou le transfert en question.

La prolongation des temps de séjour en unité de post-crise crée un engorgement qui nuit à la fluidité des entrées-sorties. Les patients entrants se retrouvent alors dans d'autres services « hors secteurs » ou dans les services du pôle qui n'étaient normalement pas dévolus à leur profil. Il s'ensuit soit un transfert dans le service approprié lorsqu'une place se libère ou qu'un « échange de patients » peut être réalisé, soit le maintien du patient dans le service d'origine. C'est ainsi que le service dévolu à la réhabilitation se retrouve avec des entrées de patients en crise, alors que le service dédié à la crise a des patients stabilisés et hospitalisés au long cours.

Les qualités d'un service influencent également la durée de séjour. L'unité 1 est un service présentant des locaux neufs depuis 2006. Les conditions hôtelières se sont largement améliorées, A cela s'ajoute une équipe dynamique qui a su instaurer un panel d'ateliers thérapeutiques dans des salles dédiées activités. Il en résulte une amélioration de la prise en charge certaine avec une augmentation logique des taux de satisfaction des patients. On peut toutefois y trouver une contre-partie, dans le sens où beaucoup de patients s'habituant à l'ambiance favorable du service, peuvent vouloir retarder leur sortie définitive. Plus le patient se sent bien dans le service et moins il a envie d'en sortir. Et plus vite il sort du service, plus vite il cherche à y retourner. Par ailleurs, plusieurs d'entre eux refusent d'être hospitalisés dans une autre unité ou d'être transféré ailleurs. Certains préférant alors quitter l'hôpital. Cette situation est également valable dans d'autres services, et est souvent due au transfert institutionnel instauré. Les conditions d'hospitalisation (chambres individuelles ou doubles, qualité des repas, souplesse des règles, activités proposées, pathologies peu lourdes des autres patients) ont une influence considérable sur la qualité de ce transfert, qui a autant sinon plus d'importance que le lien qui unit le patient à son thérapeute.

Le type de thérapie utilisé peut influencer la voie vers la « guérison », et donc la durée de séjour. Nous pourrions également penser que la présence du psychiatre dans le service, le nombre d'entretiens, et surtout la qualité de ces entretiens, agissent sur la régression des troubles. Le psychiatre a aussi une lourde responsabilité quant à ses choix à prendre. S'il agit toujours en son âme et conscience pour le bien du patient, il doit parfois prendre des décisions qui ne suivent pas toujours le désir de celui-ci. Lorsqu'une hospitalisation sous contrainte a lieu, ou inversement lorsqu'une sortie s'impose mais que le patient s'y oppose, ces situations sont souvent délicates et nécessitent une bonne expérience. Certains seront tentés d'être à l'écoute du patient et préféreront prolonger l'hospitalisation si celui-ci le souhaite. D'autres se fieront plutôt à la clinique exprimée et décideront d'une sortie lorsque les symptômes auront régressé. Enfin, ceux qui auront contractualisé le séjour de leurs patients peuvent décider d'une sortie le jour où le contrat s'arrête ou est rompu. On comprend que la durée de séjour dépend beaucoup du degré de souplesse, de tolérance, de rigueur des psychiatres, ainsi que de ces capacités à prendre des décisions. Il ne faut cependant jamais perdre de vue qu'une sortie se prépare à l'avance, en incluant le patient dans la préparation de son projet de soins, ainsi que sa famille qui prend souvent le relais de l'institution.

Enfin le dernier aspect concerne la prise en charge globale ou non du patient. Certains privilégient le soin psychiatrique sans prendre en compte les difficultés financières et sociales, ou les problèmes somatiques associés. Il en résulte des temps de séjour diminués, mais aussi des rechutes précoces. A l'inverse, certains prennent en compte tous les aspects de la problématique, avec le risque d'une prolongation du séjour pour des raisons qui dépassent le champ de la psychiatrie, mais qui sont intimement liées à celle-ci. Le rôle de la psychiatrie n'est-il pas de trouver un logement à un SDF, si l'on sait pertinemment que l'absence de logement influence négativement son état psychologique ? Les partenariats des assistantes sociales et des somaticiens sont donc fondamentaux dans la prise en charge des patients. Négliger cette réalité ne peut aboutir à des soins de qualité.

5.2 Profil type des patients

5.2.1 Profil général

Le patient type est caractérisé par les moyennes des variables étudiées de la population DEP. Nous nous permettons d'y ajouter une touche personnelle.

Il pourrait s'agir d'une femme de 41 ans qui a un trouble névrotique et une dépendance à l'alcool, associé à une personnalité limite. Elle a été hospitalisée 4 fois à temps plein entre novembre 2006 et novembre 2008, totalisant une durée de présence à l'hôpital de 135 jours sur les 2 ans. Sa durée moyenne de séjour est habituellement de 51 jours mais le plus long séjour a duré 81 jours. Elle était déjà connue du CPN avant 2006, le premier contact ayant eu lieu en 2003 à l'âge de 35 ans. Les premiers troubles remontent à l'âge de 27 ans. En tout, elle a été hospitalisée 11 fois en psychiatrie tout services confondus.

Son enfance est douloureuse, marquée par l'alcoolisme et la maltraitance de son père, puis le divorce de ses parents. Elle a été marquée par cette période difficile et s'est sentie déprimée durant toute son adolescence mais n'a pas été suivie à ce moment.

Durant ses études, elle a passé son brevet puis a obtenu un BEP. Elle a rapidement rencontré son mari et s'est installée avec lui. Elle a eu 2 enfants dont elle s'est occupée, jusqu'à ce que son mari décide de la quitter pour une autre, alors qu'elle avait 27 ans. Ne supportant pas cette rupture, elle s'abandonne dans l'alcool, délaissant peu à peu ses enfants qui doivent alors être placés. Elle se retrouve seule, a tendance à s'isoler, perd la plupart de ses amis. Sa famille reste présente pour l'aider, mais elle a tellement honte d'elle-même qu'elle préfère ne pas appeler à l'aide. Elle touche alors le RMI, qui ne suffit plus à couvrir ses besoins alimentaires, tout son revenu passant dans l'alcool et le tabac. Elle commence alors à s'endetter. Par ailleurs son état physique se dégrade.

C'est à la suite d'une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse qu'elle est hospitalisée pour la première fois en 2003. Son état évoque alors un syndrome dépressif majeur sous-jacent à l'alcoolodépendance. Elle accepte alors d'être hospitalisée avec toutefois un peu de réticence.

Son examen physique et biologique révèle un état général dégradé, avec une hépatopathie liée à la prise d'alcool, des tremblements, une détérioration cognitive.

La patiente récupère cependant assez bien, et dès la première semaine, on note une nette amélioration thymique. Les relations avec l'équipe sont bonnes, et la patiente investit positivement les activités thérapeutiques. Elle demande alors rapidement sa sortie. Elle se sent motivée, mais n'apprécie plus son ancien appartement qui est trop riche en mauvais souvenirs et trop cher pour elle. Elle déménage donc assez rapidement dans un nouvel appartement pour reconstruire une nouvelle vie.

Durant ce temps, elle continue un suivi ambulatoire, mais elle finit par rechuter au bout de 3 mois en se réalcoolisant. Elle demande alors elle-même à être réhospitalisée. Elle est déprimée par cette rechute, a des idées suicidaires. Son hospitalisation lui est bénéfique et lui permet de se remotiver rapidement, Néanmoins, elle appréhende les permissions, qui s'effectuent dans la crainte d'une rechute. Elle ne se sent plus à l'aise chez elle, et ne souhaite plus rentrer chez elle. Se sachant en sécurité au sein du service, elle demande à prolonger son hospitalisation.

La sortie définitive s'effectue tout de même, malgré une angoisse importante, après un séjour plus long que le précédent. Cette sortie peut paraître prématurée au regard de la nouvelle tentative de suicide qu'elle réalise moins d'une semaine après. Il est cependant décidé un retour à domicile associé à une intensification de la prise en charge ambulatoire. La patiente est cependant de moins en moins régulière dans ses RDV, et finit par ne plus venir en consultation. Une visite à domicile est réalisée par l'équipe infirmière. Au vu de l'état physique et psychologique de la patiente, ainsi que de l'état d'insalubrité du logis, une nouvelle hospitalisation est alors décidée...

On se rend compte à travers l'étude de ce cas des difficultés inhérentes à la prise en charge hospitalière. L'institution lui permet de s'éloigner du lieu de sa solitude et de sa déchéance. Elle lui redonne une identité, une dignité, un sentiment d'exister qui malheureusement s'effondre à la sortie. Il s'ensuit un schéma fondé sur la répétition, la patiente ne trouvant pas d'autres alternatives à sa situation en dehors de sa réhospitalisation. Elle n'investit plus les entretiens menés en ambulatoire qui selon elle, ne lui apportent rien. L'hospitalisation est donc pour elle une étape importante.

Tout l'enjeu sera de lui proposer des solutions alternatives en évitant la « répétition chronifiante » et en maintenant une continuité des soins rassurante pour la patiente.

5.2.2 Profil en fonction du sexe

Les femmes ont plus de troubles névrotiques (F4) alors que les hommes sont majoritairement dépendants aux substances (F1). Les personnalités dépendantes sont plus souvent des femmes. Les états-limites sont légèrement plus fréquents chez les hommes. Les personnalités psychopathiques et schizoïdes sont surtout des hommes.

Les temps de présence, de séjour ainsi que le nombre des séjours sont plus élevés chez les hommes.

Les femmes ont eu plus d'évènements de vie marquants dans leur jeunesse, notamment des traumatismes sexuels et des placements en foyer ou famille d'accueil. Entre 2006 et 2008, les femmes ont réalisé plus de tentatives de suicide et de scarifications. Mais sur la vie entière, la quasi-totalité des hommes a fait une TS. Les troubles somatiques sont représentés majoritairement par des hommes (troubles liés à l'alcool).

Les hommes dépendent plus de revenus sociaux que les femmes, sont plus souvent seuls, ont connu plus de divorce. Ils ont plus rarement un logement décent. Les SDF sont surtout des hommes.

Concernant le suivi, les hommes évoluent favorablement plus rapidement, les relations avec les équipes sont plus mauvaises, ils sont plus souvent stables à l'approche de la sortie et sortent en accord avec le médecin. En revanche, leur suivi ambulatoire est nettement moins régulier. Le taux de rechute est identique.

5.2.3 Profil en fonction du type de séjour

Les femmes font plus de séjours longs que de séjours courts, au contraire des hommes. Les séjours courts sont légèrement plus jeunes (37 ans contre 40 ans). On retrouve beaucoup plus de diagnostic F4 dans les séjours longs et de F1 dans les séjours courts. Les personnalités limites font plus de séjour court alors que les personnalités dépendantes sont également réparties. Les temps de présence

hospitalière sont plus élevés dans les séjours longs. Le nombre de séjour est logiquement plus élevé dans les séjours courts.

L'âge de début des troubles, les antécédents et les événements de vie durant l'enfance sont plus fréquents pour les patients des séjours courts. Ils font également plus de TS, de scarifications, fument et se droguent plus.

Le niveau scolaire des courts séjours est plus élevé. En revanche, ils travaillent moins et ont plus de revenus sociaux. Les patients sans logement sont en majorité dans ce groupe.

Concernant leur suivi, l'évolution est autant positive la première semaine pour les 2 groupes. En revanche les patients des séjours courts ont de moins bonnes relations avec les équipes. Leur état est peu stable à l'approche de la sortie, et ils sortent plus rarement avec l'avis favorable du médecin. Le suivi ambulatoire est un peu plus régulier. En revanche le taux de rechute dans les 6 mois est nettement plus élevé.

5.1 Limites de notre étude

De nombreuses limites parsèment notre étude :

Les données sont rétrospectives, limitées aux observations fournies dans Cimaise par différents membres du personnel médical et paramédical, se limitant à une série de cas sans groupe témoin.

Les différents sous-groupes étudiés à l'intérieur de cette population (selon l'âge, le sexe ou la durée habituelle de séjour) comprenaient parfois peu de patients, et nos comparaisons n'ont pas été étayées par une analyse statistique.

Nous avons également confronté notre population aux données d'autres études mais ces populations divergent en termes de durées de séjour, de caractéristiques et de nombre de patients.

Le temps fixé à 60 jours minimum d'hospitalisation peut paraître relativement court ; il permet d'obtenir plus de patients mais il engendre une perte de spécificité.

Le passage obligé mais non exclusif à l' « unité 1 étage » a limité les pathologies à un certain profil de patients, les troubles du comportement avec hétéroagressivité et agitation étant rarement pris en charge dans cette unité. Par ailleurs certains patients peuvent y avoir passé très peu de temps. Le type de prise en charge peut donc être très différent d'un patient à l'autre et influencer directement la durée de séjour, alors que cette variable n'a pas été prise en compte.

Il n'y a pas de consensus sur les différentes notions rapportées, chaque thérapeute ayant sa propre idée des pathologies citées, ainsi que sa propre subjectivité. Cette subjectivité peut être rapportée à l'auteur lui-même concernant certaines données qu'il interprète en fonction des différentes observations, sans avoir vu les patients, telles que la dépendance affective. Ces données peuvent donc manquer de fiabilité.

Notons enfin le manque de données concernant une partie des patients (notamment sur l'enfance ou les antécédents familiaux), et la proportion importante des patients perdus de vue à la fin de cette étude (20 %).

5.2 Finalités thérapeutiques et perspectives de recherche

A travers cette étude, deux types de personnalités se distinguent : les personnalités dépendantes et les personnalités abandonniques. Nous avons déjà évoqué dans la théorie les particularités qui les caractérisent et les différencient. Leur principal point commun réside dans la dépendance excessive envers autrui et la crainte de l'abandon. Mais si la personnalité dépendante a tendance à se soumettre passivement à cette dépendance, la personnalité abandonnique va tester la solidité du lien jusqu'à provoquer sa rupture, car elle refuse cette dépendance dans laquelle elle est pourtant immergée. Il semblerait par ailleurs que les passages d'une personnalité abandonnique à une personnalité dépendante qui finirait par accepter cette situation de dépendance soient possibles. Nous l'avons observé à plusieurs reprises pour certains patients de notre étude dont les deux diagnostics ont été posés, et dont les conduites ont évolué au fil des hospitalisations. Par ailleurs, la personnalité abandonnique est beaucoup plus fréquente chez les moins de 30 ans, alors qu'on retrouve la personnalité dépendante à toutes les classes d'âge. Mais toutes ces données mériteraient d'être vérifiées par d'autres études comparatives mesurant la dépendance de manière rigoureuse selon des approches catégorielles et dimensionnelles.

Nous estimons que les patients reproduisent dans l'institution ce qui s'est joué dans leur passé, et plus particulièrement leur enfance. La dépendance institutionnelle pourrait donc s'expliquer par le déplacement substitutif d'une dépendance originelle ou secondaire, dont l'objet est devenu manquant ou a nécessité son arrêt. Tous les patients de notre étude ont des caractéristiques en lien avec une forme quelconque de dépendance. Tous ne développent pas une dépendance institutionnelle. Nous l'observons cependant pour au moins 2/3 des patients de notre étude.

En extrapolant nos données, nous pouvons décrire la dépendance institutionnelle par les caractéristiques suivantes :

- Une sensation de mal-être, de manque, de vide, un sentiment d'ennui, de solitude, avec isolement social en dehors de l'hôpital.
- Des demandes itératives pour entrer en institution.

- Une sensation de mieux-être ou de soulagement au moment de l'entrée ou du retour dans le service. Une agitation ou irritabilité en cas d'impossibilité d'être réhospitalisé.
- Une adaptation assez facile au sein du service.
- Des difficultés à quitter l'institution malgré des tentatives répétées, avec une tension croissante précédant l'imminence d'un départ en permission ou d'une sortie définitive.
- Une sensation de malaise voire de perte de contrôle durant les sorties, pouvant mener à des passages à l'acte.
- Un temps d'hospitalisation beaucoup plus long que ce que le patient et le médecin avaient imaginé.
- Une tendance à fuir les obligations professionnelles, familiales ou sociales, en se protégeant derrière l'hospitalisation.
- Une perpétuation du maintien en institution, bien que le sujet sache qu'il aggrave un problème persistant ou récurrent d'ordre social, financier, psychologique ou psychique.
- Un besoin d'assistance accru au fil du temps, avec une perte progressive de l'autonomie et des difficultés grandissantes de réinsertion.
- Une tolérance marquée avec un besoin de rester plus longtemps pour obtenir une amélioration des troubles, et une diminution de l'effet positif procuré par l'hospitalisation au fur et à mesure des séjours.
- Un clivage institutionnel, entre 2 extrêmes oscillant entre le nursing intensif du patient et le rejet des équipes; une difficulté à trouver la bonne distance face à des patients souvent très demandeurs de soins mais dont la souffrance est beaucoup moins marquée une fois qu'ils sont hospitalisés.
- Ces éléments durent depuis plusieurs semaines, voire plusieurs mois, avec une tendance à la répétition des troubles et à la succession des hospitalisations.

Ces données restent à confirmer. Une enquête sous forme de questionnaire serait nécessaire pour vérifier si ces critères sont réellement pertinents.

Le patient abandonnique développe des défenses particulières face à cette dépendance, dont le clivage qui est mis en exergue dans leur tentative de fuir une réalité qui les rattrapent. Lorsque le patient décide de sortir de lui-même, soit contre l'avis médical, soit en fuguant, il nous interroge sur le bien-fondé de notre prise en charge et sur la conduite à tenir. Bien souvent, il ne masque pas sa souffrance, il la dévoile au grand jour. Mettant le médecin dans une position délicate, il joue de cette contradiction pour exprimer sa peur d'être abandonné, il teste la solidité du lien. Il cherche également une « issue de secours » face à des angoisses de dévoration par « la mère-institution ». Il se met finalement en position de passivité en laissant le médecin décider. Les demandes de sortie précipitées sont somme toute assez proches des passages à l'acte, elles recherchent les limites d'un cadre. Les passages en hospitalisation sous contrainte suffisent parfois à créer un apaisement chez le patient, qui n'a plus d'autre choix que de rester. L'HDT met ainsi fin au clivage au prix d'une régression souvent nécessaire. Mais l'HDT peut à l'inverse amplifier les passages à l'acte, jusqu'à mettre en péril les fondements du cadre institutionnel. Afin de protéger celui-ci, il s'ensuit rapidement une réaction hypersymétrique par une escalade thérapeutique et des conduites d'isolement, jusqu'à la sortie définitive du patient. Ce « passage à l'acte » institutionnel, s'il n'est pas repris avec le patient, peut malheureusement donner raison à son sentiment d'abandon ou de rejet. Dès lors, bien souvent, il est préférable d'accéder positivement à la demande de sortie du patient.

Cependant, le patient montre qu'il a encore besoin de soins et qu'une sortie conduira probablement à de nouvelles conduites inadaptées.

Le point commun entre ces patients est que les conduites de passage à l'acte peuvent se multiplier à l'extérieur tant qu'ils n'auront pas été entendus dans leur souffrance. Parfois le seul moyen de les arrêter dans cette surenchère des conduites à risque est de les réhospitaliser, seul moyen réellement efficace d'absoudre une situation de crise suicidaire. En dehors de ces situations extrêmes, certains décideront de trouver avec le patient d'autres alternatives des soins. Dès lors, la question se pose de la conduite à tenir. L'hospitalisation ne doit pas être un but en soi mais un moyen d'évoluer vers un mieux. Or les demandes du patient ne correspondent pas systématiquement aux objectifs que l'institution se fixe.

La réponse doit se donner au cas par cas, et en fonction du but visé, à court et long terme. Les objectifs doivent rester modestes et se faire pas à pas. Afin d'optimiser la prise en charge, La mise en place d'un contrat de soins avec celui-ci nous semble dans ce cas indispensable, afin de poser un cadre d'emblée et d'éviter un effet contre-thérapeutique des hospitalisations. La planification de la sortie avec le patient est également une étape essentielle qui se prépare à l'avance et qui vise à la prévention des rechutes. D'autres alternatives peuvent être choisies comme les hospitalisations de jour qui permettent au patient de « maintenir un pied hors de l'institution » ce qui rendrait souvent les sorties plus simples. Il serait opportun de comparer ces deux types de prise en charge chez des patients dépendants à l'institution afin de confirmer cette hypothèse.

Le profil psychiatrique de ces patients ne doit pas faire oublier que la plupart sont dans des situations de précarité inquiétantes. L'absence de stabilité sociale, familiale et professionnelle conduit à une aggravation et une pérennisation des troubles. Parfois, seule leur hospitalisation permet de retrouver un semblant d'équilibre. Le rapport de la commission ministérielle dirigée par Edouard Couty sur la psychiatrie et la santé mentale (30) fait part de l'importance du travail de réhabilitation sociale, en association avec le malade qui doit y participer activement, et à la gestion des différents aspects de sa vie compte tenu de sa maladie. Elle relève du champ de l'éducation thérapeutique du patient et des actions d'accompagnements. Elle comporte « différents aspects et notamment la prise en charge de la maladie et l'organisation de la vie quotidienne et sociale du patient : recherche de solutions de logement et, dans toute la mesure du possible, réadaptation au travail ou à une activité. Ce temps est nécessaire pour que le patient intègre les changements qui vont s'opérer dans sa vie et pour qu'il soit mis en situation d'être non pas un sujet passif d'une prise en charge mais un acteur, de celle-ci, tout en étant accompagné sur le plan médical et sur le plan social ».

Enfin il convient de réévaluer régulièrement le bien-fondé des séjours en psychiatrie. La revue de pertinence des soins appliquée aux admissions et aux journées d'hospitalisation (55) est un outil de démarche qualité permettant de repérer les admissions ou les journées non pertinentes, d'en rechercher les causes et de mettre en place des plans d'action pour améliorer la prise en charge du patient. Le sens de la démarche est de préserver l'accès aux soins en réservant les ressources à ceux

qui en ont réellement besoin et d'améliorer la qualité des soins en s'assurant que l'admission d'un patient ou sa durée d'hospitalisation est en totale adéquation avec les besoins de sa prise en charge. Le rapport Couty (30) encourage vivement cette démarche. Elle est utilisée depuis peu de temps par le Centre Psychothérapique de Nancy. Cependant, le modèle établi doit mieux s'intégrer à la spécificité de la psychiatrie, pour permettre une évaluation adéquate. Il serait par la suite intéressant d'analyser si les taux d'hospitalisations non pertinentes diminuent après correction des dysfonctionnements. A notre connaissance, aucune étude publiée n'a relaté cette expérience.

6 Conclusion

La dépendance est une notion très vaste qui revêt des formes diverses, allant des plus simples et ordinaires aux plus dramatiques. L'institution peut générer un glissement de cette dépendance vers elle-même ce qui participe à sa fonction contenante, thérapeutique et renforce son lien avec le malade. La dépendance institutionnelle pourrait se comparer à la névrose de transfert en psychanalyse, étape indispensable du processus de guérison, avec son pendant régressif et sa capacité à produire du symptôme en lien direct avec la relation thérapeutique. La contrepartie de cette dépendance est d'induire une difficulté supplémentaire à la réhabilitation si le lien devient pathologique. Or le temps passé en institution coûte plus cher qu'une analyse, et l'hôpital psychiatrique déborde.

Si la régression des troubles reste le principal objectif des soins, la durée moyenne de séjour est devenue une variable objective de productivité et d'organisation des soins qui est de plus en plus prise en considération. Dès lors, nous pouvons nous demander si l'institution est encore à même de traiter ces patients qui demandent beaucoup de temps, de patience et de moyens. En raccourcissant au maximum les durées de séjour, elle peut induire des passages à l'acte, créer un manque et « nourrir la dépendance » en son sein. Elle crée les conditions d'un système défaillant menant soit au « syndrome de la porte tournante », soit à l'institutionnalisation du patient qui ne sortira pas de sa régression. Il convient donc d'en rechercher les failles à travers l'évaluation des pratiques professionnelles et de fixer des objectifs de soin institutionnel précis et réalisables.

Au-delà du simple aspect descriptif de notre population, cette étude a permis de démontrer que la thérapie institutionnelle offre un répertoire thérapeutique diversifié qui dépasse le simple champ du traitement des psychoses. Nous devons continuer d'apporter notre pierre à cet édifice qui est en perpétuelle évolution. Déjouer les nuisances de la dépendance pathologique revient d'abord à accompagner, rassurer les malades, nous montrer disponibles, compréhensifs et humains, et les aider à supporter le manque et la frustration. Seule une telle attitude peut permettre aux patients de rejoindre les voies de l'autonomie, et d'exister en dehors du cadre institutionnel ou des produits auxquels ils s'adonnent.

7 Bibliographie

- 1 Alhadeff D. Une vision systémique du travail avec les proches de patients dépendants. *Dépendances*. 2002;17:10-13.
- 2 Allonier C, Guillaume S, Sermet C. De quoi souffre-t-on ? État des lieux des maladies déclarées en France. *Enquête décennale santé INSEE 2002-2003*; 2007. 6p.
- 3 American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux. Paris: Trad.J.D Guelfi et al., MASSON; 2003.1120 p.
- 4 ANAES. Modalités de sevrage des toxicomanes dépendants des opiacés.; avril 1998.12 p.
- 5 ANAES. Préparation de la sortie du patient hospitalisé. Evaluation des Pratiques Professionnelles. Paris 2001. 72 p.
- 6 ANAES. Sortie du monde hospitalier et retour au domicile d'une personne adulte évoluant vers la dépendance motrice ou psychique.; conférence de consensus; 2004; Paris. 22 p.
- 7 Le Petit Robert de la langue française. Le Robert; 2005. 2949 p.
- 8 Arveiller JP. Psychiatrie et folie sociale. Ramonville Saint-Agne: Erès; 2006. 253 p.
- 9 ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation). statistiques PSY. (page internet consultée le 14 septembre 2009), source: <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000490000000>.
- 10 Bachrach LL. Deinstitutionalization: An Analytical Review and Sociological Perspective. Rockville, Md: National Institute of Mental Health; 1976. 48p.
- 11 Balint M. Le défaut fondamental : aspects thérapeutiques de la régression. Paris: Petite bibliothèque Payot; 1979. 268 p.

- 12 Bauer D. Analyse des trajectoires de soins en psychiatrie. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité-DHOS-PMSI; 2001. 185 p.
- 13 Béraud J, Geneste J. Tentatives de suicide à répétition : histoire d'une dépendance (qui n'en finit pas). *Revue française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*. 2004;8(72):51-54.
- 14 Blais MA, Matthews J, Lipkis-Orlando R, et al. Predicting length of stay on an acute care medical psychiatric inpatient service. *Administration and Policy in Mental Health*. 2003;31(1):15-29.
- 15 Bonnafé L. La psychiatrie de secteur. *L'information Psychiatrique*. 1978;54:875-886.
- 16 Bornstein RF. Dependent personality disorder in the DSM-IV and beyond. *Clinical Psychology : Science and Practice*. 1997;4:175-187.
- 17 Bornstein RF. interpersonal dependency and physical illness : a meta-analytic review of retrospective and prospective studies. *Journal of Research in Personality*. 1998;32:480-497.
- 18 Bornstein RF, CECERO JJ. Deconstructing dependency in a fivefactor world : a meta-analytic review. *Journal of Personality Assessment*. 2000;74:324-343.
- 19 Botbol M, Balkan T. Etats-limites en institution : une psychothérapie par l'environnement. *Psychothérapies*. 2006;26(1):15-20.
- 20 Bournova K, Miedzyrzecki J. Argument. In: *Revue française de psychanalyse (Addiction et dépendance)*. Vol 68. 2004. p. 397-401.
- 21 Cario E. Le malade mental à l'épreuve de son retour dans la société. Paris: L'Harmattan; 2002. 236 p.
- 22 Casadebaig F, Chapireau F, Ruffin D, Philippe A. Description des populations des institutions psychiatriques dans l'enquête HID. DREES; 2004. 140 p.
- 23 Chanoit PF. La psychothérapie institutionnelle. Paris: PUF; 1995. 128 p.

- 24 Chapireau F. Les nouveaux longs séjours en établissements de soins spécialisés en psychiatrie. *L'Encéphale*. 2005;31(1):466-476.
- 25 Collège National des Enseignants de Gériatrie. Autonomie et dépendance. In: *Corpus de gériatrie, tome 1*. Montmorency: 2M2 Edition et Communication; 2000. p. 91-100.
- 26 Compton M, Craw J, Rudisch B. determinants of inpatient psychiatric length of stay in an urban county hospital. *Psychiatric Quaterly*. 2006;77(2):173-188.
- 27 Corcos M. Conduites de dépendance à l'adolescence, le circulaire ou les métamorphoses secrètes de l'absence. In: *Revue française de psychanalyse (Addiction et dépendance)*. Vol 68. Paris: PUF; 2004. p. 469-493.
- 28 Corcos M, Atger F, Jeammet P. Évolution des approches compréhensives des troubles des conduites alimentaires. In: *Annales Médico Psychologiques*. Vol 161. 2003. p. 621-629.
- 29 Corcos M, Flament M, Jeammet P, Alléon AM. Les conduites de dépendance : dimensions psychopathologiques communes. Paris: Masson; 2003. 424 p.
- 30 Couty E. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie. Ministère de la santé et des sports; janvier 2009. 84 p.
- 31 Darcourt G. Économie psychique de la dépendance. In: Bailly D, Venisse JL. *Dépendance et conduites de dépendance*. Paris: Masson; 1994. p. 125-133.
- 32 Delion P. Importance du concept de chronicité aujourd'hui dans le champ de la psychiatrie. In: *La chronicité en psychiatrie aujourd'hui: historicité et institution*. Ramonville Saint-Agne: Erès; 2004. p. 7-20.
- 33 Delion P. Thérapeutiques institutionnelles. In: *EMC-psychiatrie*. paris: Elsevier-Masson; 2001. 19 p.
- 34 Demangeat M. Dépendance à l'égard de l'institution psychiatrique. *Etudes Psychanalytiques*. 2000;4:17-34.

- 35 Département d'Information Médicale (DIM). Rapport d'activités. Laxou: Centre psychothérapeutique de Nancy; 2007. 77 p.
- 36 DGS - Bureau de la santé mentale. Prise en charge de la souffrance psychique et des troubles de la santé mentale. Ministère de la santé et de la protection sociale; 2002.
- 37 DREES : études et résultats n°342. Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités. 2004.
- 38 Esquirol JE. Mémoires statistiques et hygiéniques sur la folie, Préambule. In: Des maladies mentales: considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Vol 2. 1838. p. 398.
- 39 Fédération Française de Psychiatrie. Livre blanc de la psychiatrie. Montrouge: John Libbey Eurotext; 2003. 234 p.
- 40 Fernandez L, Sztulman H. La dépendance en psychopathologie. L'Encéphale. 1999;25(1):233-243.
- 41 Francart B. Entre désir d'asile et désir de société : le phénomène de la dépendance institutionnelle dans les structures extrahospitalières psychiatriques. In: Le centre de Jour à l'épreuve de dépendance qu'il génère. Revue des Hôpitaux de Jour Psychiatriques et des Thérapies Institutionnelles. 2009;11:113-116
- 42 Freud S. Le Moi et le ça. In: Essais de psychanalyse (1923). Payot; 1968. p. 177-234.
- 43 Furtos J. Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2008. 284 p.
- 44 Garnier M, Delamare V, Delamare J, Delamare T. Dictionnaire des termes de médecine : 25e édition. Paris: Maloine; 1998. 973 p.
- 45 Gimenez G. Le soin de réadaptation auprès de patients psychotiques. Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale. 2000;4(42):30-34.

- 46 Goffman E. Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus. Paris: Les éditions de Minuit; 1968. 451 p.
- 47 Goodman A. Addiction : definition and implications. *British Journal of Addiction*. 1990;85:1403-1408.
- 48 Grawitz M. *Lexique des sciences sociales* (8è éd.). Paris: Dalloz; 2004. 425 p.
- 49 Guedeney N, Guedeney A. *L'attachement : Concepts et applications* (2è éd.). Paris: Masson; 2006. 235 p.
- 50 Gueguen J, Peyron M. La prise en charge institutionnelle des états-limites. *L'Information Psychiatrique*. 1997;3:249-253.
- 51 Guelfi JD, Boyer P, Consoli S, Olivier-Martin R. Les personnalités pathologiques. In: *Psychiatrie*. Paris: PUF; 1987. p. 355-413.
- 52 Guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées. Annexe 2-4. code de l'action sociale et des familles; décret n° 2007-1574 du 6 novembre 2007.
- 53 Guilbert P, Pommereau X, Coustou B. Pensées suicidaires et tentatives de suicide. INPES-Baromètre Santé; 2000.
- 54 Gutton P. Pratiques de l'incorporation. In: *Adolescence*. Vol 2. 1984. p. 313-338.
- 55 HAS. Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation. *Revue de pertinence des soins*. Paris 2004. 99 p.
- 56 Hopko D, Lachar D, Bailley S, Varner R. Assessing predictive factors for extended hospitalization at acute psychiatric admission. *Psychiatric services*. 2001;52(10):1367-1373.
- 57 Huntly D, Cho D, Christman J, Csernansky J. Predicting Length of Stay in an Acute Psychiatric Hospital. *Psychiatric Services*. 1998;49(8):1049-1053.

- 58 INPES-Baromètre santé environnement 2007. Proportions de fumeurs réguliers de tabac, suivant l'âge et le sexe. 2009.
- 59 INSEE. enquêtes "cadre de vie et sécurité". 2007-2008 (page internet consultée le 14 septembre 2009), source:
http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=5&sous_theme=3.
- 60 INSEE, bilan démographique. Structure de la population de 15 ans ou plus selon l'état matrimonial. France 2008.
- 61 INSEE, Enquête Emploi. Chômage au sens du BIT et indicateurs sur le marché du travail. (page internet consultée le 14 septembre 2009), source :
<http://www.insee.fr/fr/themes/indicateur.asp?id=14>.
- 62 INSEE, enquêtes Emploi. Niveau de diplôme et d'inscription le plus élevé des jeunes de 20-24 ans. 2007.
- 63 INSEE, recensements de la population. Structure familiale des ménages. 2005.
- 64 Jayaram G, Tien A, Sullivan P, Gwon H. Elements of a successful short-stay inpatient psychiatric service. *Psychiatric Services*. 1996;47(4):407-412.
- 65 Jeammet P. Conduites de dépendance. In: Lafon R. Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant (4e éd.). Paris: PUF; 2006.178-182.
- 66 Jeammet P. Préface. In: Loas G, Corcos M. Psychopathologie de la personnalité dépendante. Paris: Dunod; 2006.
- 67 Jiménez RE, Lam RM, Marot M, Delgado A. Observed-predicted length of stay for an acute psychiatric department, as an indicator of inpatient care inefficiencies. Retrospective case-series study. *BMC Health Services Research*. 2004;4(4):10 p.
- 68 Join-Lambert MT. Une enquête d'exception Sans-abri, sans-domicile : des interrogations renouvelées. Economie et Statistiques, INSEE. (page internet consultée le 14 juillet 2009), source:
http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&id=1802.

- 69 Kaës R. Crise, rupture et dépassement. Paris: Dunod; 1997. 324 p.
- 70 Kaës R. L'institution et les institutions : études psychanalytiques. Paris: Dunod; 1988. 217 p.
- 71 Kahn JP. De facteurs psychologiques de la dépendance. In: Contribution à l'étude de la dépendance alcoolique (mémoire de CES). université Pierre et Marie Curie (Paris VI) 1983. p. 22-42.
- 72 Karila L, Martelli C, Benyamina A, Lukasiewicz M, et al. Mécanisme neurobiologique des addictions. Synapse. 2004;206:13-19.
- 73 Lafon R. Vocabulaire de psychopédagogie et de psychiatrie de l'enfant (4e éd.). Paris: PUF; 2006. p. 1.
- 74 Lantéri-Laura G. La chronicité en psychiatrie. Le Plessis-Robinson: Institut Synthélabo; 1997. 93 p.
- 75 Laplanche J, Pontalis JB. vocabulaire de la psychanalyse, 5é éd. (1967). Paris: PUF; 2007. 523 p.
- 76 Le Fur P, Lorand S, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Évolution entre 1993 et 2003 des caractéristiques des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale. In: Coldefy M. La prise en charge de la santé mentale. Paris: La Documentation Française; 2007. p. 173-181.
- 77 Le Fur P, Lorand S, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. La morbidité des patients pris en charge à temps complet dans les secteurs de psychiatrie générale. In: Coldefy M. La prise en charge de la santé mentale,. Paris: La Documentation Française; 2007. p. 145-171.
- 78 Lejoyeux M. Du plaisir à la dépendance : défense de la liberté en psychopathologie. Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences. 2007;5:181-183.
- 79 Libermann RP. Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques. paris: Masson; 1991. 274 p.

- 80 Loas G, Corcos M. Psychopathologie de la personnalité dépendante. Paris: Dunod; 2006. 209 p.
- 81 Loas G, Guilbaud O, Perez-Diaz F, et al. Dependency and suicidality in addictive disorders. *Psychiatry Research*. 2005;137(1-2):103-111.
- 82 Lombraïl P, Naiditch M, Baubeau D, Cuneo P. Les éléments de la « performance » hospitalière : les conditions de comparaison. *Etudes et Résultats, DREES*. 1999;42. 8 p.
- 83 Mc Dougall J. *Théâtres du Je*. Paris: Gallimard; 1982. 354 p.
- 84 Michel G, Aquaviva E, Aubron V, Purper-Ouakil D. Suicides : mieux comprendre, pour prévenir avec plus d'efficacité-Baromètre santé 2005, INPES. (page internet consultée le 14 septembre 2009), source:
<http://www.inpes.sante.fr/index.asp?page=Barometres/presentation.asp>.
- 85 Mirin SM, Gosset JT, Grob MC. *Psychiatric treatment : advances in outcome research*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1991. 329 p.
- 86 Mulder RT, Joyce PR, Sullivan PF, Bulik CM, Carter FA. The relationship among three models of personality psychopathology : DSM-III-R personality disorder, TCI scores and DSQ defences. *Psychological Medicine*. 1999;29:943-951.
- 87 Natanson J. Indépendance et autonomie. *Etudes Psychanalytiques*. 2000;4:11-15.
- 88 Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2005. *Baromètre santé 2005, INPES*; 2006. 6 p.
- 89 Odier C. *L'angoisse et la pensée magique. Essai d'analyse psychogénétique appliquée à la phobie et la névrose d'abandon*. Delachaux et Niestlé; 1947. 241p.
- 90 Office Français de Prévention du Tabagisme : conférence d'experts 2008. Arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques. recommandations janvier 2009. 8 p.

- 91 Olievenstein C. Dépendance toxicomaniaque. In: Adolescence. Vol 5 (1). 1987. p. 7-16.
- 92 OMS. CIM-10. Classification internationale des maladies. 10è révision. chapitre V : troubles mentaux et du comportement. Masson; 1993.
- 93 OMS. Conférence internationale sur les soins de santé primaires. In: déclaration d'Alma-Ata; 1978.
- 94 Oury J. Chemins vers la clinique. L'Évolution Psychiatrique. 2007;72(1):3-14.
- 95 Pagniez-Sicot A. théorie. In: Le processus de réadaptation en psychiatrie adulte : le lien de dépendance et la constitution d'enveloppes psychiques. Université Aix-Marseille 1: Mémoire de Maîtrise; 2001. p. 5-52.
- 96 Palazollo J. L'institution psychiatrique. Paris: Ellebore; 2003. 187 p.
- 97 Pariente P, Labarte S, Menard F, Marcel E. Facteurs associés à la durée de séjour dans un établissement de santé en psychiatrie. Pratiques et Organisation des Soins. 2006;37(3):215-225.
- 98 Pedinielli JL, Rouan G, Bertagne P. Les modèles psychanalytiques. In: Psychopathologie des addictions. Paris: PUF; 1997. p. 56-77.
- 99 Pelicier Y, Thuillier G. La drogue, 4e éd. Paris: PUF; 1981. 127 p.
- 100 Pfeiffer SI, O'Malley DS, Shott S. Factors associated with the outcome of adults treated in psychiatric hospitals: a synthesis of findings. Psychiatric Services. 1996;47(3):263-269.
- 101 Pham-Scottez A. personnalité borderline. In: Guelfi JD, Rouillon D. Manuel de psychiatrie. Paris: Elsevier Masson; 2007. p. 341-347.
- 102 Racamier PC. Sur la privation sensorielle et sur les choses qui nous entourent. Psychiatrie de l'enfant. 1963;1(6):255-280.
- 103 Reynaud M. Sortir de la psychose ou sortir de la psychiatrie. L'Information Psychiatrique. 1990;2:156-158.

- 104 Richard D, Senon JL. Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances. Paris: Larousse; 2000. p. 6-8.
- 105 Ries RK, Yuodelis-Flores C, Roy-Byrne PP, Nilssen O, Russo J. Addiction and suicidal behavior in acute psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*. 2009;50(2):93-99.
- 106 Safirstein SL. Le transfert institutionnel. Une dimension dans le traitement des Schizophrènes. *L'information psychiatrique*. 1971;47(10).
- 107 Sassolas M. Les Soins psychiques confrontés aux ruptures du lien social. Paris: Erès; 1997. 206 p.
- 108 Skodol AE, Gallaher PE, Oldham JM. Excessive dependency and Depression: is the Relation Specific ? *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1996;184(3):165-171.
- 109 Tribolet S. Vocabulaire de santé mentale. Paris: Editions de Santé; 2006. 321p.
- 110 Vignat JP. Critères de dépendance en psychiatrie et charge en soins. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*. 1999;33:13-19.
- 111 Warnke I, Rössler W. Length of stay by ICD-based diagnostic groups as basis for the remuneration of psychiatric inpatient care in Switzerland? *Swiss Medical Weekly*. 2008;138(35-36):520-527.
- 112 Ziedonis DM, Williams JM. Management of smoking in people with psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2003;16:305-315.

VU

NANCY, le 11 septembre 2009
Le Président de Thèse

Professeur J.P. KAHN

NANCY, le 21 septembre 2009
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation,

Mme le Professeur M.C. BÉNÉ

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, 25 septembre 2009

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation

Madame C. CAPDEVILLE-ATKISON

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Dans ce travail, l'auteur décrit dans une première partie théorique les rapports entre dépendance, institution, et chronicité. Puis il présente les caractéristiques de 47 patients non psychotiques ayant eu un temps d'hospitalisation supérieur à 60 jours cumulés en psychiatrie en 2 ans.

Le but de cette étude est de rechercher des critères démographiques, psychopathologiques, et socio-économiques qui seraient liés à un temps d'hospitalisation prolongé, de déterminer des profils de patients différents en fonction de leur durée de séjour et de mettre en relief la notion de dépendance à l'institution à travers le déroulement de leur prise en charge et de l'évolution des troubles.

Il s'agit d'une étude essentiellement rétrospective et descriptive basée sur la lecture de dossiers des patients sélectionnés. Les résultats sont par ailleurs comparés aux données globales du centre psychothérapique de Nancy ainsi qu'aux enquêtes nationales.

TITRE EN ANGLAIS

Dependency and psychiatry: 2-year study of a population of 47 patients

THÈSE: MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2009

MOTS-CLEFS

Dépendance /addiction / comorbidités / trouble de la personnalité / institution /
thérapie institutionnelle /sociologie / durée de séjour / chronicité / réhabilitation /
étude de population

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR

Faculté de médecine de Nancy

9, avenue de la Forêt de Haye

54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY Cedex