

Cours CEPUSPP introduction du 05/12/2019

Hospitalisation en pédopsychiatrie

Helene.de-Rocquigny@chuv.ch

DEFINITIONS (suite)

- URGENCE PSYCHIATRIQUE : « demande dont la réponse ne peut être différée, nécessitant une réponse rapide et adéquate de l'équipe soignante afin d'atténuer le caractère aigu de la souffrance psychique» *Pr JB Garré*
- Élargit les possibilités de réponse à l'urgence aux soignants

DEFINITIONS (suite)

- CRISE: en médecine : « moment, dans les maladies, où se produit un changement subit et marqué, en bien ou en mal » Par extension, de manière figurée : « moment périlleux, décisif » *Académie Française, 8^{ème} édition*
- Sous-entend la notion de moment crucial et de changement
- La crise peut être résolutive (pas uniquement destructrice) et mener à un nouvel équilibre plus favorable

Missions de l'intervention en urgence

- Evaluer
- Sécuriser (fonction contenantante)
- Ecouter et Comprendre (hypothèses de crise)
- Nouer une relation de confiance
- Restituer sa compréhension de la situation
- Proposition thérapeutique
- Mise en œuvre
- Préparer la suite (ou ne pas l'hypothéquer)

Dans de telles situations, le principe légal qui doit régler l'intervention est basé sur l'article 17 du code pénal suisse (1) :
« **Etat de nécessité licite** »

« Quiconque commet un acte punissable pour préserver d'un danger imminent et impossible à détourner autrement un bien juridique lui appartenant ou appartenant à un tiers, agit de manière licite s'il sauvegarde ainsi des intérêts prépondérants. »

Cette base légale s'applique ainsi tant au travail policier pour la prise en charge des personnes agitées jugés « dyssociales » qu'au travail médical.

L'hospitalisation pédopsychiatrique

- Est un des outils thérapeutiques à disposition
- N'est pas anodine et peut comporter des risques iatrogènes
- Est à envisager lorsque le suivi ambulatoire n'est plus suffisant et que les capacités contenantes de l'entourage (familial ou éducatif) sont dépassées
- Elle peut être très utile mais n'a pas d'effets miraculeux

MISSION GENERALE DE SOINS :

- Accueil sur indication médicale (+/- exclusive) pour des traitements psychiatriques dans des situations aiguës de type urgence-crise
- Accueil et traitements programmés, séjours de quelques semaines pour des enfants ou des adolescents qui présentent des troubles du comportement alimentaire, un refus scolaire, qui nécessitent un rééquilibrage du traitement médicamenteux, pour « soulager une institution »
- Mode volontaire ou Placements à des fins d'assistance

Mode de prise en charge

- La prise en charge est interdisciplinaire et se compose
 - d'un suivi au quotidien incarné plus particulièrement par un référent soignant
 - d'activités de groupe
 - d'un suivi individuel médico-psychologique
 - d'entretiens de famille
- le programme des soins est individualisé et adapté à chaque patient, il doit être élaboré par l'équipe
- intégrer l'avant et l'après hospitalisation (travail avec la famille et avec le réseau)

Objectifs de la prise en charge

- Doivent être modestes, surtout dans l'urgence-crise
- L'hôpital pédopsychiatrique n'a pas pour mission de guérir les patients, mais de les soigner
- Il est sollicité quand l'encadrement de l'enfant ou de l'adolescent (thérapeutique ou non) n'est plus efficient
- Le rétablissement vise aussi bien le patient lui-même que le système dans lequel il vit

Principales indications

- Tentatives de suicide
- Etats dépressifs sévères
- Troubles des conduites
- Décompensations psychotiques aiguës
- Troubles anxieux très invalidants (TOC, refus scolaires, anxiété de séparation, PTSD)
- Troubles du comportement alimentaire (anorexie, crises de boulimie incoercibles)

Modalités d'hospitalisation

- **Mode volontaire :**
 - Le patient signe lui-même son admission
 - La signature des parents est symboliquement importante (mais facultative)
 - Ce mode suppose une meilleure implication dans le processus de soin (mais relative)
 - Implicitement la sortie peut se faire sur demande du patient
 - En pratique, l'avis médical est requis et doit prévaloir

Modalités d'hospitalisation

- **Mode d'office médical devenu PLAFA en 2013 :**
 - Par un médecin de premier recours, pédiatre ou psychiatre ou médecin délégué (nécessite des critères)
 - Qui peut être le thérapeute du patient
 - Possibilités de recours auprès de la Justice de Paix
 - Surveillance par le Conseil de Santé
- **Mode d'office civil**
 - Par le Juge de Paix
 - PLAFA (privation de liberté à des fins d'assistance)
 - Recours plus difficile

Critères d'hospitalisation d'office (devenue placement à des fins d'assistance en 2013)

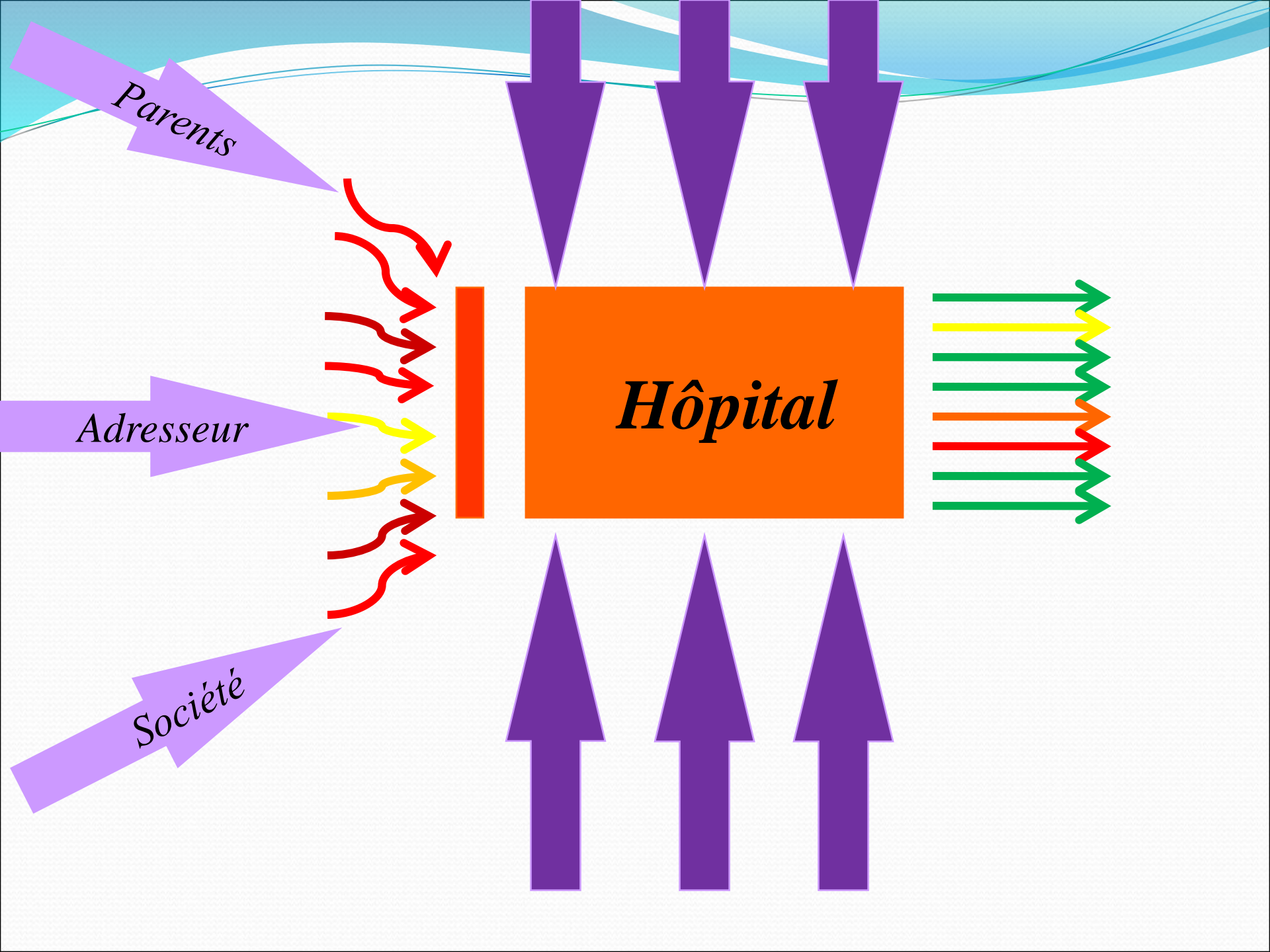
1. Présence d'une pathologie psychiatrique
2. D'un risque pour soi-même ou pour autrui
3. A caractère aigu – urgence
4. Et d'un refus des soins

Critères d'hospitalisation en placement à des fins d'assistance

- Elargissement des critères mais renforcement de l'autorité de surveillance
 1. Présence d'une pathologie psychiatrique (y compris démences et dépendances)
 2. Déficience mentale
 3. Grave état d'abandon

hospitalisation en placement à des fins d'assistance

- Confirmation obligatoire dans les 48h par le médecin de l'unité d'accueil
- Recours possible par le patient dans les 10 jours, réponse de la JDP dans les 5 jours ouvrables suivants
- Levée du PLAFA possible par disparition des critères (par le médecin ou le juge de paix)
- Caducité après 6 semaines (si pas de prolongation demandée à la JDP)



Parents

Adresseur

Société

Hôpital

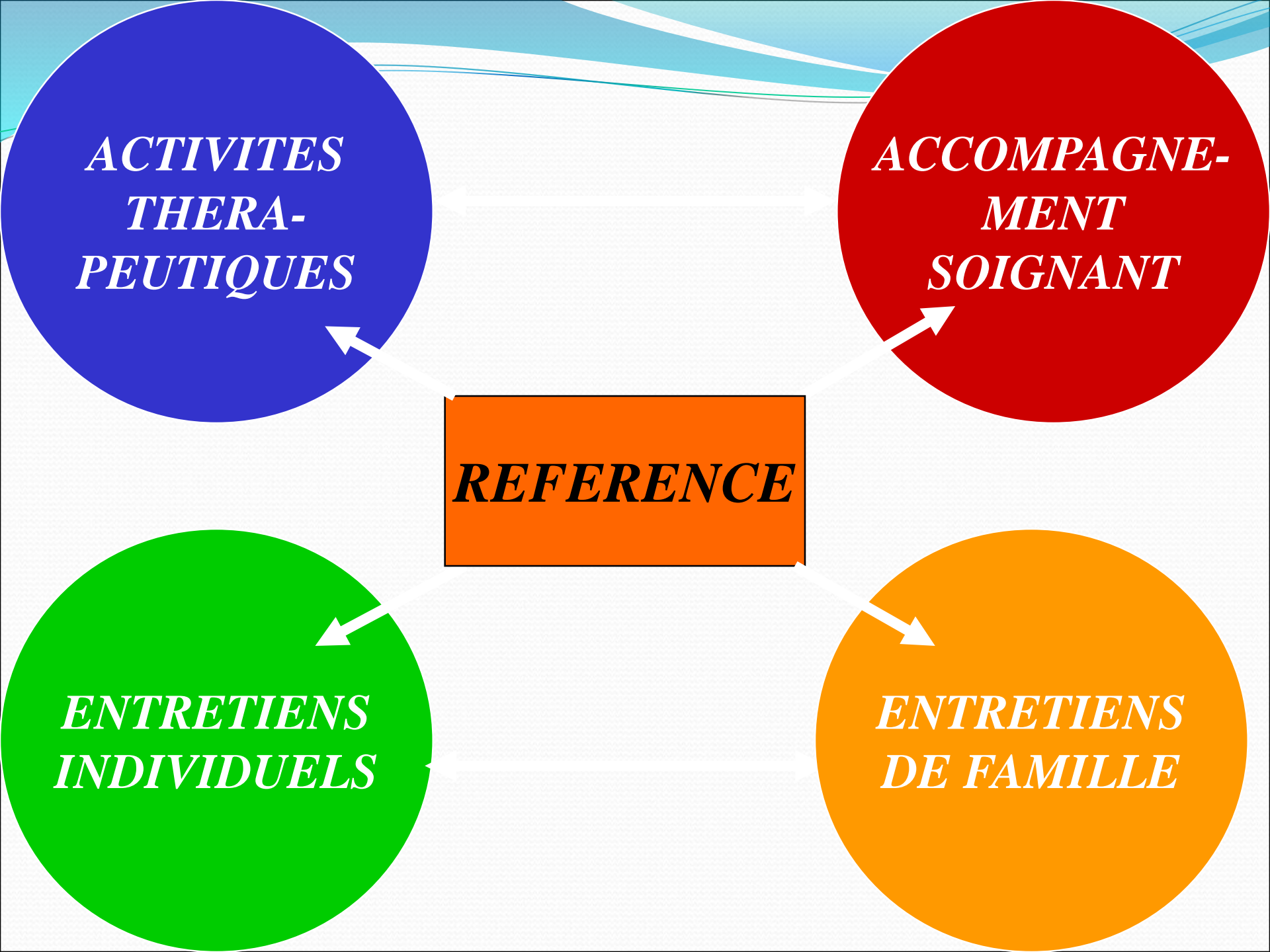
*ACTIVITES
THERA-
PEUTIQUES*

*ACCOMPAGNE-
MENT
SOIGNANT*

REFERENCE

*ENTRETIENS
INDIVIDUELS*

*ENTRETIENS
DE FAMILLE*



Les soins

- “actions pour guérir les malades” => actions soulageant les souffrances, moyens par lesquels les professionnels s’efforcent d’améliorer la situation et le développement d’un patient
- Double contrainte chez l’enfant et l’adolescent
 - La nécessité de traiter une pathologie (libérer les entraves) +
 - relancer un processus (enjeux de l’adolescence, individuels, familiaux et sociaux)
- Devraient être adaptables et “sur mesure”

Les objectifs de soins

- Double exigence
 - La nécessité de traiter une pathologie (libérer les entraves) +
 - relancer un processus (enjeux de l'adolescence, individuels, familiaux et sociaux)
- Double contrainte
 - Programme commun
 - Le “sur mesure”
- => accroître son degré de liberté (sujet et acteur de sa propre histoire)

Qui et qu'est-ce qui est thérapeutique au cours d'une hospitalisation?

Nouer une relation qui suppose une “rencontre”,

- qui s'inscrit dans une compréhension psychopathologique,
- à travers une mise en perspective des ressentis au quotidien,
- et la possibilité de prendre de la distance par la capacité de “penser”, qui génère des hypothèses de compréhension et module les attitudes relationnelles
- *Les hypothèses ne sont pas nécessairement vraies ni même à vérifier systématiquement par la mise à l'épreuve*
- *Elles sont au service de multiples aspects de la vie psychique, le processus de changement survenant de “surcroît” et menant éventuellement à des réaménagements durables*

Qui et qu'est-ce qui est thérapeutique au cours d'une hospitalisation?

- La mise en commun de ces différentes perceptions et observations différenciées
- Leur articulation et la mise en perspective avec l'histoire singulière du patient
- La possibilité d'inscrire l'épisode dans un récit restituable au patient visant un "réappropriation" de sa part
- Mais aussi :
 - Les limites physiques et éducatives du cadre hospitalier
 - Le milieu et l'immersion dans un groupe
 - Le temps "suspendu" favorisant un retour sur soi
 - L'expérience de séparation relative
 - Les expériences nouvelles à travers les activités

7 besoins fondamentaux de l'enfant

1. Être aimé (de manière inconditionnelle)
 2. Être protégé
 3. Être valorisé
 4. Être compris
 5. Être responsabilisé et sentir des limites
 6. Être éveillé (stimulé)
 7. Bénéficier d'une stabilité
- + devoirs (pas uniquement des droits)

Correspondances

1. Être aimé => relation d'aide +/- inconditionnelle
2. Être protégé => utilisation de l'hôpital, des services sociaux et éducatifs, voire sous contrainte
3. Être valorisé => s'appuyer sur ses compétences
4. Être compris => écoute active, explicitation du sens
5. Être responsabilisé et sentir des limites => rôle éducatif direct ou par délégation, cadre de l'intervention, recours à la loi
6. Être éveillé (stimulé) => scolarisation et socialisation
7. Bénéficiaire d'une stabilité => continuité de l'intervention

Ne se substitue pas aux parents, ne peut évidemment l'assurer seul ni dans toutes les dimensions, réseau incontournable

Programme de soins

- Incontournable de la capacité contenante du service
- **Le cadre**, outil primordial pour obtenir un effet contenant
- **La relation**, outil également essentiel pour qu'un processus de soin puisse se dérouler au sein d'un contenant
- => il est impossible de séparer concrètement l'éducatif du thérapeutique (valable aussi pour corps et psyché, psy et soignants, monde interne et réalité extérieure...) mais différenciation possible

Programme de soins

- Menu varié (efficience pas nécessairement là où on l'attend)
- Ouverture, à l'inattendu, à la surprise
- Cadre malléable (adaptation)
- **Le cadre**, le soutien, la (re)valorisation, la tolérance, les exigences, la créativité, les modèles identificatoires, les apprentissages : **tout est important**
- **Créativité** (chez les adolescents bien sûr, mais également chez les soignants : co-construction)
- *Au delà du contenu du programme c'est les efforts des soignants quant à sa mise en oeuvre qui est primordiale*

Interdisciplinarité

- “Savoir arrêter sa profession là où commence celle de l'autre. Quelque chose d'une vision partagée pour travailler” *P. Guex, cité par JM Kaision 23.6.2011*
- Qu'est-ce qui différencie soignants et médecins, médecins et psychologues, soignants et enseignants, infirmiers et éducateurs ou assistants sociaux... ?
- Qu'est-ce qui rassemble , infirmiers, éducateurs, enseignants, assistants sociaux, psychologues et médecins travaillant dans une unité hospitalière?

Spécificités adolescentes : un bouillon émotionnel

- Un hôpital accueillant des adolescents peut ressembler à une marmite où bouillonnent une multitude d'émotions en tout genre
- Les adolescents découvrent de nouveaux ressentis émotionnels qui peuvent facilement les déborder
- Les soignants sont baignés dans ces mouvements browniens qui entrent en résonance avec leurs propres émotions
- Comment les soignants peuvent-ils avoir une fonction de miroir, métaboliseur et apaisant?

L'émotion adolescente

- L'adolescence s'accompagne de modifications profondes dans le vécu émotionnel (qualitatif et quantitatif)
- Les émotions se complexifient et s'intensifient
- Le système de régulation est encore immature
- D'où les fréquents débordements à l'origine des agirs
- Elles sont toujours affectées dans les pathologies mentales, souvent en excès (troubles des conduites, troubles anxieux, troubles de l'humeur) mais parfois en « moins » ou en inapproprié (psychoses)

Les émotions chez les soignants

- En éponge ou en miroir, elles sont colorées des mêmes excès ou des mêmes manques
- Elles sont précieuses pour mieux comprendre le fonctionnement de l'adolescent
- Elles renvoient à une partie personnelle du soignant (sa propre adolescence) et professionnelle (sa vocation soignante)

Les interactions

- Les échanges relationnels entre adolescent et soignants sont imprégnés d'émotions et de sentiments
- La peur, la crainte, la méfiance, la destructivité, l'excitation ou la tristesse caractérisent fréquemment les adolescents
- Le plaisir, l'empathie mais aussi la colère et l'impuissance sont du côté des soignants

Les interactions (suite)

- Ces émotions réciproques vont colorer les relations entre adolescents et soignants
- La fonction soignante comprend la capacité d'accueillir les émotions du patient, d'identifier son ressenti émotionnel, de pouvoir le métaboliser et d'en restituer une part « détoxifiée » ou « acceptable » (fonction alpha de Bion)
- L'empathie est une condition nécessaire mais pas suffisante, elle constitue une trame de fond qui peut-être modulée par d'autres attitudes

Les interactions (suite)

- Les soignants doivent ainsi pouvoir identifier
 - Ce qui appartient à l'adolescent et qui colonise le vécu du soignant
 - Ce qui appartient au soignant dans son histoire personnelle
 - Ce qui appartient au soignant dans sa fonction (vocation) professionnelle – en lien avec le précédent
- L'intégration de ces trois niveaux successifs permettra au soignant d'apporter une réponse adéquate (restitution de l'émotion de l'adolescent – fonction miroir + attitude professionnelle – fonction de métabolisation)

Les interactions (suite)

- Les effets produits peuvent être structurants et soignants
 - Le soignant n'est ni détruit ni débordé par l'émotion absorbée en miroir de ce que vit l'adolescent
 - Il peut l'identifier et la lui restituer (fonction de miroir et d'identification des émotions)
 - Cette restitution s'accompagne d'une attitude professionnelle qui permet à l'adolescent de gérer cette émotion (attitude éducative assurant un cadre contenant, et/ou empathique assurant un contenu guidé par le sens)

Les autres niveaux intriqués

- Les aspects cognitifs
 - Les schémas de pensée sous-tendant la vocation soignante
 - La diversité des points de vue et des personnalités
- Les aspects groupaux
 - Mécanismes de défense du groupe
 - L'intégration des différences
 - La solidarité
 - L'identité de groupe

L'hospitalisation pédopsychiatrique

- La tendance est au raccourcissement des durées de séjour (manque de lits, pression des assureurs)
 - => liens avec l'amont et l'aval à resserrer
 - => degré d'amélioration attendu minimal (mais souvent la poursuite d'une hospitalisation ne permet que des gains modestes)
 - => réhospitalisations fréquentes

La chambre de soins intensifs

- N'existe pas dans tous les services
- Vise à limiter les stimulations
- Destinée à recevoir des patients en crise, en état d'agitation, qui ne peuvent être contenus par les moyens habituels
- Les indications sont restreintes (psychoses décompensées, états d'agitation sévères...)
- Son utilisation est soumise au respect d'un protocole strict de surveillance

Conclusion

- L'hospitalisation est un outil incontournable du travail d'urgence – crise
- Les indications sont multiples mais ne devrait pas constituer la « solution de facilité »
- Elle est d'autant plus efficace qu'elle est bien préparée et que l'indication est bien posée (dans le cas contraire elle peut avoir des effets traumatiques ou iatrogènes)
- Elle constitue une expérience très « forte » dans la vie d'un enfant et d'un adolescent et peut avoir des effets décisifs sur la suite de la prise en charge

références

- M-J. Guedj (2008) Les urgences Psychiatriques. 704 p.Ed Masson
- <http://www.jeanyveshayez.net/urg-pedi.htm>
- Laurent Cadiet (1997) : « urgences psychiatriques » e-book
http://books.google.ch/books?id=2DJzO8eAMPAC&printsec=frontcover&hl=fr&source=gbs_ge_summary_r&cad=o#v=onepage&q&f=false
- L. Daligand (2009) le psychotrauma chez l'enfant
http://www.traumapsy.com/IMG/pdf/S_T2009-224-227_Daligand.pdf
- Etats d'agitation psychomotrice (2009) bulletin du SMUR Neuchâtel:
www.fnsus.ch/download.php?id=53
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) :
Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Recommandations pour la pratique. Novembre 1998. Texte long disponible sur demande à l'ANAES et par internet (www.anaes.fr)
<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicidecourt.pdf>