

Le case management de transition: une intervention à court terme dans la communauté après une hospitalisation psychiatrique

Charles Bonsack, Silvia Gibellini, Pascale Ferrari, Yves Dorogi, Cécile Morgan, Stéphane Morandi, Nathalie Koch
Département de psychiatrie du CHUV, Service de psychiatrie communautaire, Prilly, Suisse

Ce projet a été soutenu par l'Association «Réseau de la Communauté Sanitaire de la Région Lausannoise (ARCOS) et présente des résultats préliminaires d'une recherche financée par le Fonds National Suisse («Efficacy of transitional case management following psychiatric hospital discharge» FNS # 3200B0 – 118347/1).

Summary

Outpatient care became more important and community psychiatry developed in industrialised countries. Through this community shift, the burden of mental health problems increased also for many citizens such as relatives, carers, neighbours, police, etc. Psychiatric hospitalisations became more easily accessible for a greater number of patients but for shorter durations leaving less time to carefully prepare discharge. Weeks following discharge were found at risk for resurgence of symptoms, readmission, and even suicide. The sector model in France and case management in the Anglo-Saxon countries were developed to meet the needs for care continuity of severe and persistent disorders, after long-term hospitalisation and for heavy users of acute psychiatric care. However, not enough attention has been drawn on transitions after short-term hospitalisations and in earlier phases of psychiatric disorders, although linking with community care remains notoriously difficult in these cases. This article aims to describe the practice of a transitional case management (TCM), a short-term intervention designed for people returning home after psychiatric hospitalisation without specialised outpatient psychiatric care.

Method: The study is descriptive, with quantitative and qualitative data and clinical vignettes. TCM begins during hospitalisation and continues by one month follow-up at home after discharge. It aims to promote recovery, to manage stress associated with returning home, to foster links with the network of carers and to prevent the risk of early relapse and readmission.

Results: Patients returning home without outpatient psychiatric care represented between 20% (schizophrenia unit) to 70% (admission unit) of patients. Subjects concerned by this intervention were mostly middle-aged ($m = 40$ years) women (65%) with a diagnosis of anxiety or mood disorder (65%). The level of functioning was disturbed with a GAF score of 45. The mean length of stay was 27 days. Subjects at risk were not identified a priori during hospitalisation: difficulties arose while they actually returned home. The primary (relatives) and secondary (caregivers) networks were often not clearly identified during hospitalisation, while psychiatric team remained mainly focused on symptoms. Being back home after psychiatric hospitalisation was a major stress that often exceeded the capacity of patients'

community carers, although situations appeared simple and easy to manage during hospitalisation. TCM intervention was well accepted and appreciated by patients, relatives and caregivers.

Discussion: Target population for transitional case management includes a majority of women with mood disorders, which are most at risk of suicide within days following discharge from psychiatric hospitalisation. The needs of these people remained underestimated during hospitalisation, where they were not identified as problematic patients. In addition, tools to identify patient's social network should be implemented in hospital care units, allowing linking between hospital care and community upon admission. TCM gave support to the patient and her/his social network after discharge. The week following discharge was often experienced as a crisis with symptoms' relapse, and often misunderstood by caregivers in the community while patient should be "cured" by hospitalisation. This crisis gave the opportunity for the case manager to identify stressors and to implement advanced directives in connexion with carers in the community. Patients were satisfied with home visits, concrete help for daily problems and linking with their relatives and caregivers. A randomised study is ongoing to prove efficacy of TCM.

Introduction

Après la dénonciation de l'asile comme «institution totale» dans les années soixante, la mission de l'hôpital psychiatrique s'est centrée sur les soins aigus avec une réduction entre 50 et 80% du nombre de lits psychiatriques dans la plupart des pays industrialisés [1]. Cette évolution des soins psychiatriques a eu pour conséquence une charge accrue sur les soins ambulatoires et sur la communauté, ainsi qu'une augmentation des besoins d'accompagnement lors des sorties de l'hôpital. Les soins hospitaliers sont devenus plus intensifs et plus spécialisés, réservés à des situations aiguës, augmentant ainsi la densité de soins sur une période plus limitée dans le temps. Des modèles de soins permettant de s'adapter à un raccourcissement des séjours ont été développés, mettant l'accent à la fois sur la place de l'hospitalisation «au service des soins ambulatoires», et sur des méthodes qui limitent la «régression» [2] et favorisent une action rapide des traitements [3, 4].

Correspondance:

Dr Charles Bonsack, PD & MER
Département de psychiatrie du CHUV
Service de psychiatrie communautaire
Site de Cery
CH-1008 Prilly
e-mail: Charles.bonsack@chuv.ch

Toutefois ces modèles ne précisent pas les moyens pour favoriser la connexion avec le réseau à la sortie de l'hôpital. La première semaine qui suit la sortie de l'hôpital reste une période de stress important, où le risque suicidaire est multiplié par plus de 100 tous troubles confondus et jusqu'à 2000 fois pour des femmes souffrant d'un trouble de l'humeur [5]. Certaines sorties sont aussi parfois précipitées par les choix des patients, parfois contre l'avis des soignants ou des proches. Les acteurs de la communauté identifient les sorties de l'hôpital «mal préparées» comme l'un des aspects les plus problématiques de leur activité [6]. Sans mesures particulières d'accompagnement, les études montrent qu'environ 50% des patients ne se rendent pas au premier rendez-vous après une hospitalisation [7, 8]. Une telle absence de connexion avec les soins ambulatoires double les risques de réhospitalisation dans la même année [9]. Des mesures organisationnelles simples (projet de soins concret et commun, rencontre avec tous les intervenants durant l'hospitalisation) constitueraient les éléments essentiels liés à une bonne transition hospitalo-ambulatoire, indépendamment de la sévérité des troubles, mais ces mesures ne sont pas suffisamment systématisées dans la pratique [7, 10]. Enfin, l'implication des proches dans le séjour hospitalier apparaît comme un élément essentiel, mais négligé, pour favoriser l'application dans la vie quotidienne des résultats obtenus par le traitement hospitalier. Une étude récente a montré que la satisfaction des patients et des proches était liée à un contact direct durant l'hospitalisation entre les cliniciens et les proches, mais que pour plus de 80% des patients, ce contact restait inexistant [11].

Ainsi, l'évolution des soins psychiatriques nécessite non seulement de modifier la pratique hospitalière, mais aussi de développer des moyens pour améliorer les transitions lors de la sortie. Le case management clinique constitue le modèle le mieux reconnu pour accompagner les patients dans cette transition. Meisler et al. [12] retiennent quatre éléments propres au case management pour assurer une continuité des soins:

1. Des intervenants sont responsables d'un rôle de liaison entre les programmes de soins hospitalier et ambulatoire et coordonnent l'organisation des soins post-hospitaliers (Bogin, Anish, Taub, & Kline, 1984; Boyer et al., 1995; Tessler, 1987).
2. L'intervalle de temps entre la sortie et le début du traitement dans la communauté est bref (Axelrod & Wetzler, 1989; Tessler, Willis, & Gubman, 1986; Wells, 1992).
3. Un case manager entre activement en contact pendant et après l'hospitalisation (Kanter, 1984).
4. Durant la période d'adaptation à la sortie, les patients sont soutenus de manière intensive (Dincin et al., 1993; Wells, 1992).

Des interventions efficaces ont été décrites pour assurer un suivi de transition hospitalo-ambulatoire de type case management pour: 1) des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères hauts utilisateurs de soins psychiatriques [13] et 2) pour accompagner un processus de désinstitutionnalisation dans le cas d'hospitalisations de longue durée [14]. Par contre, des interventions destinées à améliorer les transitions hospitalo-ambulatoires dans des phases plus précoces des troubles psychiatriques doivent être déve-

loppées et validées dans le contexte actuel de raccourcissement des hospitalisations, d'augmentation nécessaire de la collaboration avec le réseau de soins primaires et de l'implication accrue des usagers et de leurs proches dans les soins psychiatriques. Le but de cet article est de décrire et d'illustrer par des exemples cliniques un modèle de case management de transition développé dans le cadre d'une expérience pilote pour des patients ne bénéficiant pas d'un suivi psychiatrique institutionnel après la sortie de l'hôpital.

Méthode

L'étude est descriptive, avec des aspects quantitatifs pour situer la population cible et qualitatifs pour extraire les éléments de satisfaction. La description de l'intervention passe par des vignettes cliniques.

Population cible

Entre mai 2007 et juin 2008, toutes les personnes, sans perspective de suivi psychiatrique institutionnel, hospitalisées en psychiatrie dans l'unité d'admission, sont identifiées par l'intervenant de liaison afin de proposer l'étude et de donner des informations sur le programme du case management de transition.

Instruments

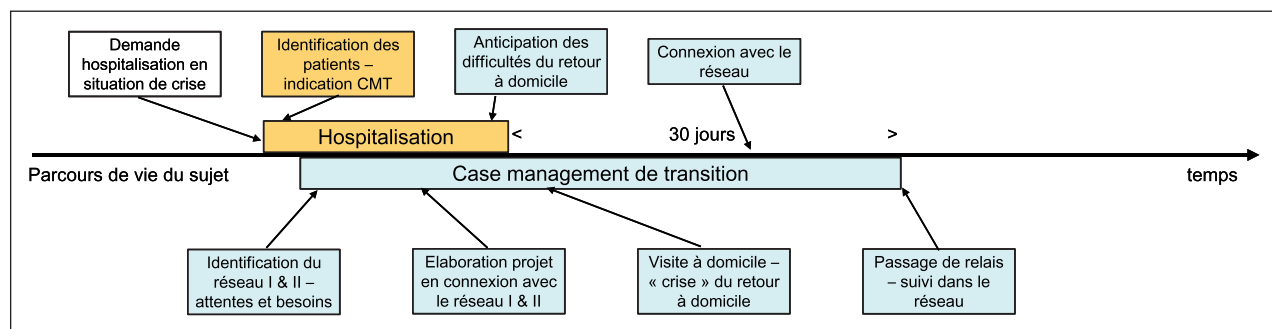
Des données ont été récoltées, à l'aide d'instruments validés sur les données sociodémographiques (Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory [15]), le déroulement de l'hospitalisation (échelle de Boyer [16]), le niveau de fonctionnement global (Echelle Globale de Fonctionnement, EGF [17–19]), la symptomatologie (échelle du désespoir [20]; traduction Cottraux, 1985). L'état général du réseau est classé en cinq modes selon une série d'indicateurs qui constituent des points d'ancrage d'après Guay et al. [21]: 1) adéquat et disponible, 2) épuisé et dépassé, 3) inactif et instable, 4) inadéquat et incompétent, 5) absent et inexistant.

Description de l'intervention

Fondement de l'intervention

L'intervention du groupe expérimental est adaptée de l'«assertive community treatment (ACT)» [13] et de l'intervention milieu [21], en s'inspirant des compétences développées pour les patients difficilement accessibles [22, 23]. Les interventions ont lieu dans le milieu de vie du patient, jusqu'à deux fois par jour et se caractérisent par leur aspect proactif et l'attention portée aux aspects de la vie quotidienne. Le nombre de cas est limité à 10 patients par intervenant. L'intervention milieu porte une grande attention au réseau primaire et à ses attentes, et cherche à renforcer la capacité de soutien de ce réseau plutôt qu'à se substituer à lui. L'articulation de ces deux aspects nous paraît importante pour répondre à la fois au besoin spécifique d'une intervention spécialisée et au besoin de soutien et de collaboration avec le réseau existant.

Figure 1
Etapes du case management de transition.



Description du programme

L'étude a lieu dans le Service de psychiatrie communautaire au sein du Département de psychiatrie du CHUV à Lausanne, qui couvre les soins psychiatriques hospitaliers et ambulatoires d'un secteur de 250 000 habitants. Une infirmière et une assistante sociale sont entièrement dévouées à cette activité. Elles sont intégrées dans l'équipe pluridisciplinaire de l'unité de psychiatrie mobile comprenant médecins, infirmiers, assistants sociaux et psychologues et sont supervisées par un médecin et un infirmier cadres. Les intervenants travaillent en étroite collaboration avec l'unité hospitalière d'admission, mais sous une direction différente, dans le but de focaliser l'intervention sur les liens avec le réseau plutôt que sur le travail intrahospitalier. Les situations complexes sont signalées par écrit aux urgences psychiatriques en cas de situation instable et de risque de réhospitalisation; elles sont discutées et signalées aux unités ambulatoires lorsqu'un suivi ambulatoire spécialisé est souhaité à moyen terme. Les objectifs principaux de l'intervention sont:

1. d'assurer que les progrès cliniques obtenus à l'hôpital peuvent être poursuivis dans la communauté;
2. de mettre en lien le travail effectué par les intervenants hospitaliers avec le travail effectué par les intervenants ambulatoires;
3. de prévenir l'aggravation des troubles et la réadmission dans la période à risque de quatre semaines après la sortie.

Processus d'intervention

L'activité de case management porte sur deux aspects. Sur le plan organisationnel, il s'agit d'assurer qu'un accent suffisant est mis sur les attentes et les besoins du réseau durant l'hospitalisation et à la sortie. Du point de vue clinique, il s'agit de la mise en lien des intervenants internes à l'hôpital avec le réseau dans la communauté. Le case management de transition commence au début de l'hospitalisation et se poursuit durant quatre semaines après la sortie (fig. 1). Il est nécessaire de s'assurer que les changements acquis à l'hôpital sont transposés dans l'environnement naturel. D'autre part, il s'agit d'aider la personne à reprendre le cours de sa vie interrompu par l'hospitalisation. Les moyens doivent s'appuyer sur la transmission de connaissances, le lien de confiance, et la compréhension des obstacles au maintien du rétablissement.

Résultats

Les personnes retournant à domicile sans suivi institutionnel représentent de 20 à 70% des patients selon la fonction des unités hospitalières (20% pour une unité spécialisée dans la schizophrénie; 70% d'une unité spécialisée dans les premières admissions). Le tableau 1 décrit les caractéristiques des premiers 40 patients ayant bénéficié du CMT. Ce sont en majorité des femmes souffrant de troubles de l'humeur, avec un niveau de fonctionnement modérément perturbé et un score moyen à l'échelle de désespoir.

La durée moyenne d'hospitalisation est de 27 jours, avec une forte variabilité entre les individus. Lors de l'entrée à l'hôpital le réseau est dans 40% des cas épuisé et dépassé. Il est redevenu dans 52,5% des cas adéquat et disponible lors de la sortie et dans 65% des cas à la fin du CMT (voir fig. 2). Globalement les réseaux I (proches) et II (soignants) restent mal identifiés dans les soins hospitaliers aigus qui se focalisent sur les symptômes. Les sujets à risque ne sont

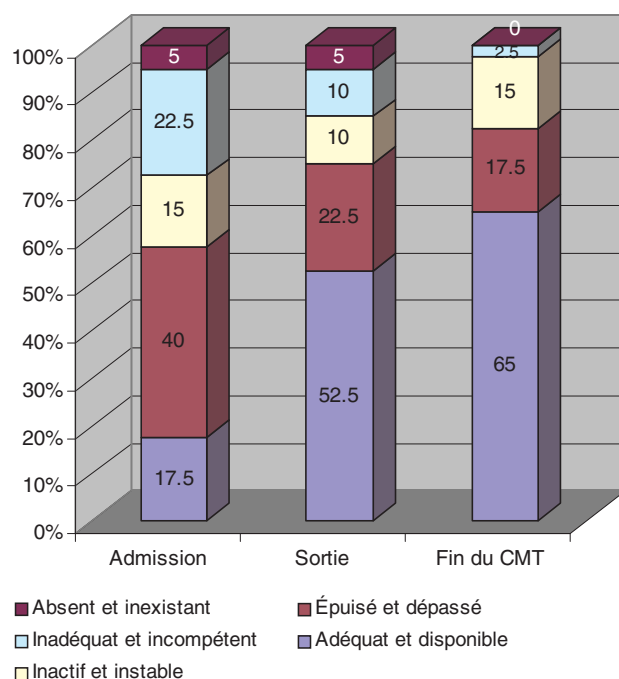


Figure 2

Etat du réseau à l'entrée et à la sortie de l'hôpital, ainsi qu'à la fin du case management de transition (CMT) (n = 40). Etat du réseau: évaluation par le clinicien de l'état général du réseau de soutien en cinq niveaux (d'après Guay et al. 2000 [21]).

pas aisément identifiable a priori: parfois «faciles» à l'hôpital, mais «difficiles» pour les intervenants ambulatoires. Le retour à domicile constitue un stress majeur qui dépasse souvent la capacité de gestion par le réseau et provoque des malentendus. L'intervention est acceptée et appréciée par les patients, les proches et les soignants. Les commentaires positifs sur l'intervention valorisent également la perception du séjour hospitalier. Par exemple, ci après des commentaires de patients différents:

- #1 «[La case manager] ne s'est pas seulement occupée de moi mais de l'entourage aussi. C'est plus que l'on pouvait espérer.»
- #32 «Elle a fait le lien entre les intervenants [...] j'étais épuisée [...] à moi ça me semblait insurmontable.»
- #31 «car quand on rentre à domicile on est fragile. Elle a permis à ma psy de mieux comprendre ce que je vivais.»
- #7 «[...] sa capacité à résoudre les problèmes concrets.»

Tableau 1

Caractéristiques des sujets (n = 40).

			Moyenne (e-t)
Sexe	Homme	35,0%	
	Femme	65,0%	
Âge			39,8 (12,6)
Catégories d'âge	18–20	7,5%	
	21–30	17,5%	
	31–40	30,0%	
	41–50	20,0%	
	51–60	22,5%	
	61–70	2,5%	
Origine	Caucasien	87,5%	
	Africain	5,0%	
	Autre	7,5%	
Langue maternelle	Français	75,0%	
Scolarité	Scolarité obligatoire	27,5%	
	Apprentissage	40,0%	
	Autre	32,5%	
Scolarité (années)			12,33 (2,9)
Occupation	Salarié	52,5%	
	Sans emploi – chômage	30,0%	
	Autre	17,5%	
Source revenu principale	Salaire	57,5%	
	Chômage ou revenu d'insertion	5,0%	
	Aide sociale	12,5%	
	Assurance invalidité	12,5%	
	Soutien familial	7,5%	
	Autre	5,0%	
Diagnostic	F1 abus de substances	2,5%	
	F2 psychose	5,0%	
	F3 tr. humeur	65,0%	
	F4 tr. anxieux	20,0%	
	Autres	7,5%	
Echelle globale de fonctionnement (EGF) ¹			44,9 (5,9)
Durée hospitalisation (jours)			27,5 (19,3)
Score échelle désespoir ²			7,68 (3,9)

¹ EGF: Evaluation du niveau de fonctionnement global d'un sujet sur une échelle de 0 à 100.

² Echelle de désespoir: Evaluation des risques de tentatives de suicide ou de suicide. Mesure du pessimisme. Minimum 0, maximum 20.

Ces données préliminaires ne permettent pas encore l'analyse des résultats en termes d'adhésion aux soins ambulatoires, nombre de réadmissions, symptomatologie psychiatrique, fonctionnement individuel et du réseau et satisfaction. Une recherche randomisée, soutenue par le Fonds National Suisse, est en cours de réalisation. Ces résultats seront présentés dans un prochain article.

Les trois vignettes cliniques suivantes illustrent l'intervention de case management de transition.

La première vignette montre à la fois la population cible, le processus de guérison accéléré à l'hôpital et le problème de maintien des acquis à la sortie.

Danièle, une femme de 55 ans, est hospitalisée en mode volontaire par son psychiatre traitant en raison d'un état anxiodépressif dans le contexte d'un licenciement professionnel. La patiente est effondrée lors de l'admission, puis rapidement elle se sent mieux. Elle arrive à mobiliser ses ressources et à reprendre le dessus de manière très active. Elle semble vouloir se battre pour récupérer son poste de travail et demande sa sortie de l'hôpital.

A priori, cette situation ne présente pas de difficultés particulières. Les symptômes dont elle souffre s'amendent rapidement et elle fait preuve de bonnes capacités fonctionnelles en affrontant ses difficultés.

De retour à domicile, son état se péjore au fur et à mesure qu'elle est confrontée à ses problèmes dans la réalité. Alors qu'elle se rend à sa place de travail, elle se retrouve devant une porte fermée à clé, elle est mise devant le fait accompli qu'elle n'a pas reçu de salaire depuis trois mois. L'employeur ne l'a pas signalée à l'assurance, elle ne peut pas s'inscrire au chômage en raison de son statut de malade. Des proches lui font des commentaires désobligeants sur son licenciement. Le case manager l'aide à clarifier d'une part ses différents soucis d'ordre juridique et administratif et d'autre part à mobiliser des proches plus compréhensifs pouvant lui apporter un soutien positif dans cette période. Face à l'exacerbation de la symptomatologie de la patiente, une nouvelle hospitalisation est évoquée.

Le retour à domicile constitue une crise en soi. Des problèmes «invisibles» durant l'hospitalisation apparaissent et remettent en cause l'amélioration des troubles. L'hospitalisation peut être perçue comme inutile par les intervenants ambulatoires.

Bien qu'elle ait ressenti l'hospitalisation comme bénéfique, elle pense que ce serait une manière de repousser ses problèmes. Il est alors décidé de faire un suivi plus intensif avec des entretiens fréquents avec le psychiatre traitant, un suivi par une infirmière des soins à domicile ainsi qu'une approche corporelle par une thérapeute privée. La transmission du case manager à l'infirmière à domicile se fait d'une manière progressive. Les amis et les voisins ont été sollicités afin de la soutenir dans le quotidien (repas, présence, ...).

L'intervention permet d'éviter de dissocier les acquis de l'hospitalisation de la situation difficile à domicile, et d'organiser des espaces différenciés, de confrontation avec le psy-

chiatre, de régression par l'approche corporelle et de soutien dans le concret par l'infirmière à domicile.¹

Dans cette seconde vignette, la méfiance et l'isolement de personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères peuvent occulter certains problèmes concrets au médecin traitant. Ces problèmes peuvent être mis en évidence lors d'une intervention de transition.

Alfredo, 53 ans, est connu pour une schizophrénie paranoïde. A l'admission, il est amaigri, sale, très délirant. Un traitement antipsychotique permet une rapide amélioration symptomatique. Le case manager de transition intervient dans la préparation de la sortie et investigate les circonstances de l'admission et les projets de sortie. On apprend qu'Alfredo a emménagé depuis trois mois dans un nouvel appartement, mais qu'il ne l'a pas vraiment investi. Une visite à domicile est organisée. Le concierge indique qu'Alfredo a vécu essentiellement dans sa cave. L'appartement est vide et plusieurs éléments de réalité viennent aggraver son délire. Il est persuadé qu'un complot vise à l'évincer de cet appartement et qu'on va le tuer: en effet «son nom n'est pas inscrit sur le digicode» et il ne comprend pas comment fermer sa porte à clé. La visite sur place permet de se rendre compte de ces obstacles. Le case manager aide Alfredo à faire les démarches auprès de la gérance et examine avec lui le dispositif de sécurité qui l'empêchait de fermer sa porte.

Cette connaissance plus concrète des circonstances de l'hospitalisation permet de mieux prendre en compte les besoins du patient et de son réseau, et d'anticiper une prochaine crise.²

Durant l'hospitalisation, le contact est à nouveau établi entre Alfredo, le tuteur et le psychiatre traitant, qui sont bouleversés par la dégradation de la situation à domicile. Au vu de leur inquiétude, on propose dès la sortie de l'hôpital d'aider le patient à rédiger des directives anticipées pour définir des actions concertées en cas de rupture de traitement. Ces directives écrites et signées par le patient impliquent le réseau institutionnel et rassurent les intervenants ambulatoires quant aux mesures à prendre en cas de difficultés.

L'intensité du case management dépend de la complexité de la situation. L'intervention peut être indirecte (soutien des intervenants sans contact direct avec le patient) ou directe selon les besoins. Pour les situations complexes (absence de collaboration au traitement, risque suicidaire, réseau complexe d'intervenants), l'intervention comprend une rencontre de réseau pendant ou après l'hospitalisation et un accompagnement dans le lien avec les intervenants ambulatoires.

L'entourage manifeste beaucoup d'intérêt à cette transmission d'informations qui lui permet d'avoir des outils pour comprendre les troubles et soutenir la personne malade de manière adéquate. L'intervention de transition facilite alors la circulation de l'information et évite les clivages.

Dans certaines situations complexes, l'identification des attentes du réseau et l'élaboration d'un projet en connexion avec le réseau primaire et secondaire permettent de débloquent une situation difficile à gérer individuellement.

Thérèse est une femme de 44 ans, cadre dans une entreprise. Elle est hospitalisée après une tentative de suicide. Elle a gravi les échelons en travaillant dans la même entreprise depuis vingt ans. Depuis trois ans, elle se sent maltraitée par son nouveau chef après le départ de son ancien patron. Depuis, elle a accumulé de nombreux arrêts de travail. Le jour de sa tentative de suicide, elle a appris qu'elle serait écartée d'un contrat avec un client important dont elle était jusqu'alors le contact dans l'entreprise. Divorcée, elle est la mère d'une fille de 11 ans et vit actuellement en ménage avec un compagnon. Au début de l'hospitalisation, elle regrette amèrement d'être encore en vie et persiste dans ses intentions de suicide. Ses préoccupations sont centrées sur des ruminations d'échec professionnel. D'une grande froideur, elle manifeste peu d'intérêt pour le vécu de sa fille.

Le désespoir et la détermination suicidaire de Thérèse mettent les soins psychiatriques dans une impasse tant que les attentes de son entourage ne sont pas prises en compte.

L'inquiétude de la fille se manifeste par une baisse de ses performances scolaires. Un premier rendez-vous de réseau est organisé avec elle alors que la patiente est toujours décidée à mourir. La préparation de cet entretien décentre la patiente de ses problèmes professionnels et lui permet de discuter de son rôle de mère. Sa fille, quant à elle, a préparé avec l'aide de son entourage une liste de questions précises. Mis face à leurs responsabilités durant l'entretien de réseau, la patiente et son ex-mari reprennent leur rôle parental. Cette ouverture permet à la patiente de relativiser les préoccupations professionnelles pour s'ouvrir aux questions familiales. Elle peut ainsi imaginer une négociation avec son employeur et des étapes concrètes de reprise d'activité, voire de changement d'affectation. Le case manager l'accompagne dans la rédaction de directives anticipées afin de prévenir les situations à risque et obtenir l'appui de ses proches.

Dans les situations à risque nécessitant une intervention directe, une première évaluation à domicile a lieu dans les trois jours qui suivent la sortie. L'essentiel du travail consiste ensuite à remettre la personne en lien avec son réseau habituel par le biais d'objectifs concrets, en s'assurant que l'information et le partage des rôles quant au suivi et à la prévention de la rechute soient clairs. Dans ce but, le case manager peut accompagner le patient dans les rendez-vous importants.³

1 Lorsque Danièle a été hospitalisée, son réseau était «épuisé et dépassé» (les membres se désintéressent du processus et ne s'impliquent plus); à la sortie, nous n'avons pas observé des changements au niveau du réseau primaire. Par contre, à la fin de l'intervention, le réseau était «adéquat et disponible», Danièle a réussi à diversifier son réseau de soutien et les membres ont pu assurer un soutien positif.

2 A l'admission, Alfredo était socialement isolé et en rupture complète de son réseau de soin. L'état du réseau était donc coté comme «absent et inexistant». A la sortie de l'hôpital, il était évalué comme «inactif et instable» au vu de l'absence de régularité dans le soutien donné et de l'isolement respectif de ses membres. A l'issue de la rédaction des directives anticipées, le réseau est «adéquat et disponible», chacun ayant été impliqué dans le processus et étant ouvert à un partage des responsabilités.

3 Bien qu'entourée, Thérèse, n'a fait part de ses velléités suicidaires à personne. L'état du réseau a été coté comme «absent et inexistant» (la patiente n'a aucun confident). A la sortie de l'hôpital, encore sous le choc et très en colère, le compagnon ne peut être soutenant. Le réseau est alors coté comme «inadéquat et incompetent» (les membres ne comprennent pas le processus en cours et ne savent pas comment se mobiliser). A la fin de l'intervention, le réseau est «épuisé et dépassé». Les membres n'ont plus d'énergie pour faire face à la situation et ils souhaitent une prise en charge professionnelle.

Discussion et conclusion

Deux tiers des personnes rentrant à domicile sans suivi institutionnel après une hospitalisation sont des femmes et souffrent de troubles de l'humeur. Ces personnes sont souvent momentanément tranquillisées par le cadre hospitalier. Ces situations apparaissent donc «simples» dans le cadre hospitalier en raison de l'absence de troubles du comportement ou de symptômes dérangeants, de bonnes capacités relationnelles et d'un niveau de fonctionnement habituel plus élevé que les patients présentant des troubles psychiatriques sévères. De ce fait, leurs besoins, ceux de leurs proches et des autres intervenants dans la communauté restent sous-estimés, alors qu'il s'agit réellement d'une population à risque de suicide dans les semaines qui suivent l'hospitalisation [5]. L'insatisfaction des acteurs dans la communauté quant à la sortie de l'hôpital pourrait donc principalement reposer sur ce malentendu: les personnes considérées comme problématiques par le réseau de soins ambulatoire apparaissent principalement comme des personnes particulièrement compétentes sur le plan relationnel et peu symptomatiques dans le cadre de la vie quotidienne à l'hôpital. Au vu de la difficulté à anticiper les indications d'un suivi de transition, celui-ci devrait être envisagé systématiquement pour toutes les personnes retournant à domicile sans suivi institutionnel. Cette systématique permet également de débiter le suivi dès l'admission, condition indispensable pour assurer une transition ultérieure dans un bref délai.

L'hospitalisation psychiatrique constitue une rupture dans l'expérience de vie du sujet. Celle-ci a lieu en général dans une situation de crise, impliquant le réseau primaire et secondaire de la personne, le plus souvent après avoir épuisé d'autres formes d'aide. Les attentes du réseau vont donc fréquemment au-delà de la guérison symptomatique, notamment pour éviter la répétition d'autres situations de crise semblables. Les questions du réseau ne sont toutefois pas posées de manière explicite et les difficultés ne sont pas forcément visibles dans le contexte de l'hospitalisation. Par ailleurs, l'amélioration obtenue à l'hôpital doit pouvoir être interprétée et transposée dans la communauté, alors qu'il s'agit de réalités différentes, parfois difficilement conciliables. Ainsi, pour soutenir ce travail de collaboration entre l'hôpital et le réseau, il est nécessaire d'implanter des outils dans les équipes hospitalières qui permettent d'identifier et de contacter systématiquement les relations importantes du réseau primaire et secondaire dès l'admission. Ces outils, tels que la «cartographie du réseau», soutiennent la dimension communautaire du rôle de l'hospitalisation, et permettent aux intervenants de s'ouvrir plus aisément aux préoccupations externes à la vie quotidienne dans l'hôpital. Au moment de la sortie, la transition hospitalo-ambulatoire constitue un moment de crise durant lequel la personne est confrontée à de nombreuses questions, alors qu'elle perd le soutien important dont elle a bénéficié à l'hôpital. Ces questions vont de la confrontation aux problèmes de la vie quotidienne, aux conséquences de la crise qui a amené à l'hospitalisation, à la perception plus aiguë de certains effets secondaires des médicaments, jusqu'à l'incompréhension des proches quant à l'évolution des troubles, voire leur franche hostilité au traitement proposé. Sans passerelle, cette transition est souvent

mal vécue par le patient et ses proches, alors qu'à leurs yeux, la personne devrait être «guérie» par l'hospitalisation. En s'appuyant sur le dialogue avec le patient et son entourage dans le cadre du case management de transition, cette crise donne l'occasion d'identifier les sources de stress et de rédiger des directives anticipées ou un contrat de soin applicable après l'intervention. Le case management de transition peut donc remplir un rôle déterminant, bien que limité dans le temps, dans une psychiatrie d'orientation communautaire où l'hôpital est intégré dans un réseau et son rôle centré sur les soins aigus. Les patients et les proches apprécient cette intervention, qui les «réconcilie» aussi avec le séjour hospitalier. Les ingrédients préférés de l'intervention sont les visites à domicile, les connexions avec les proches et les professionnels, la disponibilité et le soutien relationnel et l'aide dans l'organisation de la vie quotidienne. Dans un contexte où les connexions structurelles de l'hôpital psychiatrique dans le réseau jouent un rôle essentiel [24], l'efficacité d'une telle intervention reste encore à prouver, et une étude randomisée est en cours sur la base de la présente expérience.

Implications pratiques:

- Après une première hospitalisation en psychiatrie, deux tiers des patients retournent à domicile sans suivi psychiatrique institutionnel.
- Même si les situations sont «simples» à l'hôpital, les semaines qui suivent la sortie sont souvent difficiles, avec un risque accru de suicide.
- Un suivi de transition dans le mois qui suit l'hospitalisation permet une meilleure connexion avec le réseau ambulatoire et vise à prévenir les rechutes et les ré-hospitalisations précoces.

Remerciements: Nous remercions les patients et l'équipe de l'unité d'accueil, observation et crise de la clinique psychiatrique de Cery pour leur participation; Joëlle Tena pour sa contribution au suivi; ainsi que Géraldine Chèvre, Mumtazi Boolakee, Jennifer Glaus et Sophia Gebel pour leur rôle dans la récolte des données.

Références

- 1 Szmukler G, Holloway F. In-patient treatment. In: Thornicroft G, Szmukler G, editors. *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2001. p. 321–37.
- 2 Adler G. Hospital treatment of borderline patients. *Am J Psychiatry*. 1973;130:32–6.
- 3 McLeod-Bryant S, Arana GW, Rames LJ, Santos AB. Optimal psychiatric inpatient care: from comprehensive to efficient treatment. In: Henggeler SWSAB, editor. *Innovative Approaches for Difficult-to-treat Populations*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1997. p. 275–88.
- 4 Bonsack C, Conus P, Delacrausaz P, Borgeat F. Un modèle de soins adapté aux hospitalisations psychiatriques brèves. *Rev Méd Suisse Romande*. 2001;121:677–81.
- 5 Qin P, Nordentoft M. Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: evidence-based on longitudinal registers. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:427–32.
- 6 Bonsack C, Schaffter M, Singy P, Charbon Y, Eggimann A, Guex P. Etude qualitative des attentes d'un réseau sanitaire et social pour le suivi des troubles psychiatriques sévères dans la communauté. *Encephale*. 2007;33:751–61.

- 7 Olfson M, Mechanic D, Boyer CA, Hansell S. Linking inpatients with schizophrenia to outpatient care. *Psychiatric Services*. 1998;49:911–7.
- 8 Bonsack C, Pfister T, Conus P. Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour psychose. *Encephale*. 2006;32:679–85.
- 9 Nelson EA, Maruish ME, Axler JL. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates. *Psychiatric Services*. 2000;51:885–9.
- 10 Bruffaerts R, Sabbe M, Demyttenaere K. Attenders of a university hospital psychiatric emergency service in Belgium – general characteristics and gender differences. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:146–53.
- 11 Perreault M, Tardif H, Provencher H, Paquin G, Desmarais J, Pawliuk N. The role of relatives in discharge planning from psychiatric hospitals: the perspective of patients and their relatives. *Psychiatr Q*. 2005;76:297–315.
- 12 Meisler N, Santos AB, Rowland MD, Smith S, Molloy M, Tyson S. Bridging the gap between inpatient and outpatient providers using organizational elements of assertive community treatment. *Adm Policy Ment Health*. 1997;25:141–52.
- 13 Stein LI, Test MA. Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*. 1980;37:392–7.
- 14 Reynolds W, Lauder W, Sharkey S, Maciver S, Veitch T, Cameron D. The effects of a transitional discharge model for psychiatric patients. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing*. 2004;11:82–8.
- 15 Chisholm D, Knapp MR, Knudsen HC, Amadeo F, Gaité L, van Wijngaarden B. Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory – European Version: development of an instrument for international research. EPSILON Study 5. *European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs*. *Br J Psychiatry Suppl*. 2000:s28–33.
- 16 Boyer CA, McAlpine DD, Pottick KJ, Olfson M. Identifying risk factors and key strategies in linkage to outpatient psychiatric care. *Am J Psychiatry*. 2000;157:1592–8.
- 17 Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry*. 1976;33:766–71.
- 18 Boyer P. EGF. In: Guelfi JD, éditeur. *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie, tome 1*. Editions Pierre Fabre; 1996.
- 19 Spitzer RL, Andreasen NC, Endicott J. Schizophrenia and other psychotic disorders in DSM-III. *Schizophr Bull*. 1978;4:489–510.
- 20 Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J Consult Clin Psychol*. 1974;42:861–5.
- 21 Guay J, Chabot D, Belley C, Dulude D. *Principes et stratégies d'implantation de l'approche milieu*. Montreal: Centre de Réadaptation Normand-Laramée, Centre Jeunesse de Laval; 2000.
- 22 Bonsack C, Haefliger T, Cordier S, Conus P. Accès aux soins et maintien dans la communauté des personnes difficiles à engager dans un traitement psychiatrique. *Rev Méd Suisse Romande*. 2004;124:225–9.
- 23 Bonsack C, Adam L, Haefliger T, Besson J, Conus P. Difficult-to-engage patients: a specific target for time-limited assertive outreach in a Swiss setting. *Can J Psychiatry*. 2005;50:845–50.
- 24 Tyrer P, Evans K, Gandhi N, Lamont A, Harrison-Read P, Johnson T. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *B Med J*. 1998;316:106–9.