

ETUDES & PRATIQUES EN PSYCHOLOGIE

VOL :1 N°2 /// PAGE 62/73



VÉCU DE L'HOSPITALISATION CHEZ LES PATIENTS DÉPRESSIFS

PLACE DE LA RESTAURATION NARCISSIQUE DANS LE SOIN DE LA DÉPRESSION

SUBJECTIVE PERCEPTION OF THE IN-PATIENT STAY FOR DEPRESSION

Importance of narcissism restoration in the treatment of depression

Léa MERCIER

*Cette article est destiné à la recherche et à l'enseignement.
Il ne peut être utilisé dans un but commercial.*

lea.mercier@hotmail.fr

13, rue du Hameau – 75015 PARIS

Résumé :

Cette recherche porte sur les processus se jouant au cours d'une hospitalisation en psychiatrie adulte chez les patients dépressifs. Elle tente de comprendre ce que ces patients viennent chercher en institution et qu'ils ne semblent pas trouver en ambulatoire, malgré les traitements chimiques et psychothérapeutiques qui leur sont proposés.

Ce travail étayé par des entretiens semi-directifs et une série de photographies issues du Photolangage® porte sur la rencontre de 9 patients hospitalisés en clinique psychiatrique pour un Episode Dépressif Majeur. L'analyse du discours des patients et de leur choix de photographies permet d'appréhender le principe actif de l'hospitalisation comme un processus évolutif. En effet, l'institution semble, par sa fonction contenante, offrir aux patients un sentiment de sécurité suffisant pour les autoriser à régresser, dans le sens winnicottien du terme. Le soin et l'attention des soignants leur permettent de panser leur blessure narcissique afin qu'ils puissent progressivement retrouver une position de sujet, retrouver une meilleure estime d'eux-mêmes et donner du sens à leur vécu dépressif. Ainsi l'hospitalisation semble-t-elle permettre une restauration identitaire et une élaboration de la position dépressive.

Abstract :

The study explores the subjective psychological perception of the in-patient stay for depression. 9 in patients, 2 men and 7 women, aged 25 to 70, have taken a semi-structured interview and photos of the Photolangage test. Content analysis applied to the patients narratives and photos choices has shown that the hospitalization process enhances feelings of security and therefore restores a full identity position.

Mots clefs : hospitalisation, dépression, sécurité affective, photolangage

Keywords : hospitalization, depression, affective security, photolangage

INTRODUCTION

Le modèle du rêve en tant que « voie royale d'accès à l'inconscient » proposé par Freud perLa dépression est une maladie particulièrement prégnante dans notre société occidentale. Si elle semble avoir toujours existé, bien que son appellation ait été différente au fil du temps, tout comme sa compréhension, l'importance qui lui est actuellement accordée est majeure. Elle semble être l'une des pathologies les plus fréquentes de la population générale : le 10 octobre 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait à 350 millions le nombre de personnes dans le monde touchées par un trouble dépressif, soit 5% de la population mondiale, et projette qu'en 2020, la dépression sera l'une des principales causes d'invalidité dans le monde. De tels chiffres rendent son traitement et sa prévention prioritaires car les enjeux sont considérables tant au plan humain qu'économique. De nombreux médicaments antidépresseurs sont aujourd'hui prescrits par des médecins de toutes catégories, plaçant la France au rang des plus grands consommateurs de psychotropes d'Europe¹. Pourtant, ces « pilules du bonheur » ne semblent pas toujours suffisantes pour aider les personnes souffrant de dépression puisque nombreuses sont celles qui font la demande d'une hospitalisation libre.

Dans la continuité du DSM-III, la dépression est aujourd'hui présentée comme « une maladie qui peut prendre plusieurs formes et toucher chacun d'entre nous » (Campagne de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, 2005). Ces différentes formes sont le plus souvent définies par rapport aux critères du DSM-IV-TR, rédigé par l'Association Américaine

1. D'après les chiffres transmis dans le rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) publié le 25 octobre 2012 à la demande de la Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies (Mildt).

de Psychiatrie (APA). Le DSM-IV-TR différencie un épisode triste normal de la vie quotidienne d'un épisode dépressif en fonction de la durée et de l'intensité des symptômes observés : ils doivent être présents pendant « une même période sur une durée de deux semaines » (DSM-IV-TR, 2004, p. 163) et amener un « changement par rapport au fonctionnement antérieur » (DSM-IV-TR, 2004, p. 164). Ces symptômes qui forment le syndrome dépressif et authentifient ainsi la dépression comme une « entité autonome » (Widlöcher, 1983, p. 37) ne sont pas forcément tous présents. Aussi est-il nécessaire de ne pas oublier les caractéristiques individuelles de chacun et l'importance de la « pluralité des formes dépressives » dépendant des modalités de fonctionnement psychique de chaque individu (Chabert, 2009, p. 187).

Il est admis, dans le cadre de la psychopathologie analytique, que le noyau commun des dépressions relève d'une problématique de perte. L'approche psychanalytique de la dépression s'est constituée à partir de la comparaison que S. Freud propose entre le deuil et la mélancolie, dans une étroite collaboration avec son élève K. Abraham (1912), qui avait déjà travaillé sur le sujet. Tous les psychanalystes ayant complété la littérature sur ce sujet se sont situés en référence à ce texte, apparu comme un modèle fécond pour penser, à quelques nuances près, les nombreuses formes de dépression. Cette dernière est donc comprise comme liée à la question de la perte, en tant qu'expérience universelle participant au développement de l'individu. D'après S. Freud (1917), la dépression trouve son origine dans la prédominance du choix d'objet narcissique, elle découle particulièrement de la désillusion et de la blessure engendrées par la perte de cet objet. D. W. Winnicott (1966) et A. Green (1980) ajoutent une dimension infantile à la compréhension de cette pathologie : ils la considèrent comme la conséquence d'une carence affective, en lien avec le regard de la figure maternelle, premier miroir de l'enfant constituant les bases du narcissisme. Tout comme M. Klein (1947), par le concept de position dépressive, P. Fédida (2001) insiste sur l'importance du travail thérapeutique, lequel permet la liaison entre les affects de tristesse et des représentations de perte, et de ce fait donne du sens au vécu dépressif.

Cette étude descriptive s'est développée à partir de l'observation du fait qu'un nombre important de patients hospitalisés librement dans une clinique de la région parisienne souffrent de dépression. C'est pourquoi, nous avons souhaité saisir les raisons qui conduisent cette population à demander ou à accepter une hospitalisation malgré la grande accessibilité des médicaments antidépresseurs et la politique de secteur qui permet un accroissement de la prise en charge des patients en ambulatoire.

OBJECTIFS

Cette recherche vise donc à comprendre les processus induits par l'hospitalisation chez les patients dépressifs. Dans un premier temps, nous avons souhaité cerner leur représentation de la maladie pour ensuite nous intéresser à leur vécu de l'hospitalisation et à la manière dont ils se représentent les soins prodigués au cours de leur séjour en institution psychiatrique.

Cette étude, fondée sur les discours des patients hospitalisés pour dépression, se veut descriptive et non expérimentale. Son objectif consiste à décrire les représentations et les mécanismes en jeu dans le vécu d'un séjour en psychiatrie.

MÉTHODOLOGIE

Cette étude s'est déroulée dans une clinique psychiatrique de la région parisienne accueillant des patients adultes. Tous les patients ont accepté librement, voire demandé eux-mêmes des soins psychiatriques.

Les neuf patients rencontrés pour cette étude sont des adultes dont le motif d'hospitalisation correspond à un état dépressif majeur diagnostiqué à l'entrée, par un psychiatre selon les critères de la CIM-10. Ce diagnostic peut être inclus ou non dans le cadre d'un trouble bipolaire et avec ou sans idées suicidaires. Les patients sont tous autonomes sur le plan physique et ne présentent pas de handicap moteur. Ceux porteurs des dépressions résistantes aux antidépresseurs ayant nécessité un recours à l'électro-convulsothérapie (ECT) n'ont pas été intégrés dans ce travail. En effet, il est fréquemment observé qu'après une séance d'ECT, les patients traversaient un état confusionnel qui pouvait modifier leur vécu de l'hospitalisation et de ce fait biaiser les résultats de cette étude. Les sujets ont été rencontrés la semaine précédant leur sortie définitive.

Le groupe de patients se compose de sept femmes et deux hommes âgés de 25 à 70 ans (moy = 44,56 ans ; $\sigma = 17,46$) dont les situations personnelles sont hétérogènes ainsi que la durée d'hospitalisation allant de 2 à 9 semaines (moy = 31,78 jours ; $\sigma = 20,86$).

OUTILS DE LA RECHERCHE

Les outils d'évaluation comprennent: un entretien semi-directif bâti sur quatre grands thèmes : 1. - la situation actuelle du patient ; 2. - une brève anamnèse comprenant l'histoire de leur trouble ; 3. - le vécu de l'hospitalisation et 4.- la perception de « l'après ».

Pour être pleinement à l'écoute des patients, les entretiens ont été enregistrés afin d'éviter une prise de notes incommodantes. Les sujets en ont toujours été informés et leur accord a systématiquement été recueilli.

Pour affiner cette approche concernant le vécu de l'hospitalisation, plusieurs images, issues du Photolangage© ont été présentées aux sujets. Le contenu manifeste de chacune d'elle se rapportait à des événements rencontrés lors d'une hospitalisation et il a été demandé aux patients de choisir la ou les photos qui correspondaient le plus à ce qu'ils avaient vécu au cours de leur séjour au sein de l'institution.

CONSIDÉRATIONS DÉONTOLOGIQUES

La méthodologie mise en place pour cette étude est fondée sur réflexion éthique et morale tout en respectant le Code de Déontologie des psychologues (1996, 2012). Conformément aux principes de déontologie développés dans le cadre d'une recherche en psychologie, il a été garanti aux sujets une information appropriée, condition première à leur consentement éclairé. La procédure mise en place avec les psychiatres a favorisé le respect de leur personne et assuré leur liberté à accepter de participer à notre étude, tout en conservant la possibilité de se désengager à n'importe quel moment.

La grille d'entretien a été construite à partir de questions suffisamment larges pour respecter le rythme et les défenses des patients. En sus, en accord avec « le principe fondamental que nul n'est tenu de révéler quoi que ce soit sur lui-même » (1996), il leur a été systématiquement rappelé qu'ils avaient la possibilité de ne pas répondre aux questions qu'ils ne souhaitaient pas aborder. Le principe de confidentialité a été respecté tout au long de cette étude, comme cela doit l'être d'un point de vue déontologique et juridique : les enregistrements des entretiens ont été supprimés après leur retranscription et les informations pouvant conduire à un risque de reconnaissance de l'identité du sujet n'ont jamais été écrites.

ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données recueillies est thématique. À partir des nombreuses lectures effectuées pour chaque entretien, les différents thèmes et sous-thèmes présents dans le matériel ont été hiérarchisés par fréquence d'apparition dans les discours des patients afin d'établir l'identification des thèmes principaux et secondaires en fonction de leur prévalence dans l'échantillon.

Les photographies du photolangage®, utilisées dans le cadre de cette étude comme un support représentationnel, ont permis d'approfondir le discours des patients sur leur vécu de l'hospitalisation. L'analyse thématique du choix des images a permis de compléter le recueil de données. Elle a été menée de la même manière que l'analyse des entretiens semi-directifs à savoir, dans un premier temps, une tentative de compréhension du choix des photographies puis une analyse thématique du discours verbalisé par les sujets, autour du choix de ces images.

RESULTATS

L'analyse du discours des patients en entretien et des thématiques abordées lors des sessions de photolangage® a mis en évidence de fortes congruences.

Sont présentés dans cette section les éléments essentiels pouvant nous permettre de mieux approcher la représentation de la dépression et le processus mis en jeu par l'hospitalisation chez les patients dépressifs. Nous observons ainsi que pour la grande majorité de sujets :

La dépression est une maladie.

Les sujets ont des représentations de la dépression s'articulant autour du **concept de maladie**. L'annonce de son diagnostic semble être un soulagement face à un désarroi croissant et quotidien qui a pu se déclencher de manière brutale ou insidieuse. Cependant, son appartenance au registre psychiatrique est source d'angoisse « Je me dis que je suis malade du cerveau mais c'est sans fin. » (Madame L.) ; « J'ai l'impression que c'est plus physiologique, [...] que c'est mon cerveau qui me joue des tours. » (Mademoiselle D.).

Pour deux tiers des patients rencontrés, la dépression semble donc comprise comme une maladie et l'annonce de son diagnostic vécue comme un soulagement. En effet, il est décrit comme une explication rassurante et déculpabilisante auprès de leurs proches en leur ôtant un sentiment de responsabilité vis-à-vis de leur état. « Ça m'a déculpabilisé parce que ce n'était pas ma faute puisque c'est une maladie. [Le psychiatre] m'a dit : « C'est mon boulot de vous soigner ne vous inquiétez pas » ça m'a fait du bien parce que ma sœur me disait de me secouer et je n'y arrivais pas. » (Madame M.) ; « C'est une maladie qui a un nom. Comme je ne me reconnaissais plus, j'étais soulagé de savoir que ça n'était pas moi mais la maladie. » (Monsieur M.) ; « Je suis malade de dépression, ma maladie c'est la dépression » (Madame L.)

En outre, nous avons remarqué que les patients utilisant le terme de maladie ne faisaient pas de lien entre l'apparition de leur mal-être et celle d'un évènement particulier compris comme déclencheur. En effet, ils n'ont pas observé de rupture brutale avec leur fonctionnement habituel, excepté ce Monsieur qui explique sa dépression comme la conséquence d'un surmenage au travail et donc d'une grande fatigue physique et psychique. A contrario, les patients qui ne perçoivent pas leur épisode dépressif comme une maladie l'ont expliqué comme la conséquence d'un évènement de vie douloureux.

Aussi nous interrogeons-nous sur un éventuel besoin des patients d'expliquer leur état dépressif en trouvant des causes rationnelles à leur vécu de mal-être, comme s'il n'était possible d'accepter que ce qui pouvait être justifié. De ce fait, nous pouvons imaginer que le soulagement éprouvé à l'annonce d'un diagnostic qui signe la présence d'un trouble bipolaire ou d'un état réversible et

reconnu par la psychiatrie, serait lié à l'explication rationnelle permettant la compréhension des causes de son vécu interne.

La notion de maladie apparaîtrait comme une tentative de rationalisation de son état dépressif lorsque le patient n'est pas en mesure d'établir un lien direct entre son mal-être et un élément déclencheur qui pourrait le justifier. Cela ne constituerait-il pas une défense contre la reconnaissance d'un conflit psychique non élaborable à l'origine de l'effondrement dépressif ?

Cependant, l'explication de la maladie ne semble pas toujours apporter une compréhension suffisante pour rassurer les patients, comme nous le témoigne Madame M. : « C'est compliqué parce que c'est une maladie dans laquelle il n'y a pas de marqueur, [...] on n'a aucun repère. On sait que ça vient du cerveau mais il n'y a rien qui peut visualiser cette maladie et ça c'est très angoissant. ».

L'hospitalisation en institution psychiatrique est un processus évolutif qui se déroule par étapes

L'hospitalisation en **institution psychiatrique**, revêt à ses débuts des représentations liées à l'**enfermement** et à la **folie**, impliquant une éventuelle rencontre avec d'autres « malades ». Ainsi, Monsieur R. et Mademoiselle L., par exemple, décrivent leurs premières expériences d'hospitalisation pour dépression comme angoissantes en raison de la présence de patients vraisemblablement en pleine crise psychotique. « J'étais chez les déglingos, on était tous mélangés, il y avait des gens qui hurlaient parce qu'ils croyaient qu'on les poursuivait, d'autres qui étaient en attente de procès, c'était affreux ! J'avais peur des autres patients, je ne me sentais vraiment pas en sécurité là-bas. » (Monsieur R.) ; « Là-bas je ne me sentais pas du tout en sécurité, les patients n'étaient pas du tout comme moi, c'était des pathologies lourdes. Il y avait des gens qui criaient, il y a une dame qui m'a abordée, qui disait des choses qui n'avaient pas de sens, je me suis sentie agressée en fait alors je n'ai pas du tout aimé, j'y suis restée une demi-heure et je suis repartie. » (Mademoiselle L.).

Puis, les sujets abordent leur confrontation à l'**institution réelle**, c'est-à-dire à l'accueil qu'ils ont reçu, l'environnement de l'institution, le cadre de soin, la rupture avec l'extérieur et le sentiment de protection qui lui est associé. Les sujets ont exprimé l'importance revêtue par la relation aux intervenants de soin et leur fiabilité, permettant un sentiment de sécurité aboutissant à une régression nécessaire au processus thérapeutique. « J'ai eu le sentiment d'être accueilli, presque attendu et ça je l'ai toujours ». (Madame M.) ; « La prise en charge a commencé tout de suite, après la visite de ma chambre, on m'a dit que j'allais rencontrer le médecin et elle est arrivée très rapidement. » (Monsieur R.) ; « C'est une mise à l'abri parce que je savais que j'étais en danger ou que je pouvais me mettre en danger très vite donc c'était pour me protéger moi, de moi-même. L'hospitalisation c'est un endroit qui vous protège, qui vous entoure, qui vous enveloppe. » (Mademoiselle L.) ; « On m'a empêché de me suicider. » (Monsieur M.) ; « Après c'est bête mais parfois à la clinique j'avais l'impression d'être comme dans un cocon. En fait j'ai commencé à aller mieux dès que je suis arrivée à la clinique parce que je me sentais en sécurité. » (Mademoiselle D.).

Le vécu de l'hospitalisation chez les différents patients rencontrés semble avoir varié au cours de leur hospitalisation dans le sens d'un processus évolutif passant par différentes étapes :

1. La peur de l'hospitalisation en psychiatrie

Dans un premier temps, la majorité des patients décrit une appréhension importante quant au soin de leur maladie dépressive en institution psychiatrique. Ils expriment, non seulement la crainte d'être « contaminés » par la « folie » des autres patients et d'y être enfermés mais également la déception narcissique de se voir malades d'une pathologie mentale c'est-à-dire relevant de la psychiatrie. (« Je ne pensais pas être si atteint » Monsieur M.). De nombreux préjugés semblaient donc régner chez ces patients, avant leur hospitalisation, correspondant aux représentations sociales de la folie décrites par D. Jodelet (1989).

2. L'installation d'un sentiment de sécurité et d'alliance thérapeutique

Les sujets ont exprimé leur étonnement en découvrant la clinique, autant par l'environnement et le cadre de soin que par la relation aux autres patients. Nous observons donc un changement dans le rapport à l'institution qui découle de la confrontation à l'institution réelle, par opposition à l'institution fantasmée.

Tous les patients interrogés ont évoqué un sentiment de sécurité qui a pu se développer par une impression de « mise à l'abri » au sein de l'institution. L'enveloppe institutionnelle semble donc remplir sa fonction de protection auprès de ces patients. Ils ont également décrit l'importance de s'être sentis accueillis et « attendu[s] » par les équipes de soin.

Ainsi, la relation aux différents soignants, perçue comme indispensable à la réussite du processus de soin, semble être un élément crucial de l'hospitalisation. En effet, c'est la qualité du lien qui permet l'établissement de **l'alliance thérapeutique**. De plus, le regard attentionné du psychiatre qui vient quotidiennement prendre des nouvelles de son patient, ou la disponibilité des infirmiers, peuvent être comparés au regard de la mère suffisamment bonne, laquelle offre une quantité suffisante d'étayage pour apporter un sentiment de sécurité.

3. L'acceptation de la régression

La **fonction de protection** découlant du cadre de soin semble avoir offert aux patients la possibilité d'accepter de se laisser prendre en charge par les équipes soignantes à qui ils ont pu faire confiance. Cette idée nous renvoie à D. W. Winnicott : « [Le cadre de l'analyse] invite à la régression en raison de sa stabilité. La régression d'un patient est un retour organisé à une dépendance primitive ou une double dépendance. » (Winnicott, 1954, p. 259-260). De la même manière que l'on peut transposer la notion d'enveloppe psychique à l'institution, transposons les propos de D. W. Winnicott sur le cadre analytique **au cadre de soin** d'une structure psychiatrique. Ainsi, ce dernier, l'attention du psychiatre et le soutien des équipes offriraient-ils la possibilité au patient de **régresser**. Nous avons relevé, dans le discours de tous les patients rencontrés, la présence de cette dimension régressive dans le rapport aux soignants. « *Les infirmières viennent me réveiller le matin, c'est agréable de voir quelqu'un de souriant qui s'occupe de nous* » (Madame C.) ; « *J'étais soulagée, ça m'a fait du bien que l'on s'occupe de moi* » ; « *Le fait d'être prise en charge entièrement, qu'il y ait toujours des gens présents pour moi, jour et nuit au cas où ça n'allait pas bien, ça, ça m'a vachement sécurisée.* » (Mademoiselle L.) ; « *En arrivant je savais que l'on allait me prendre en charge, je n'avais plus à me torturer l'esprit.* » (Madame L.) « *C'est bien de se faire chouchouter, ils sont vraiment gentils pour ça, très à l'écoute de nos besoins et jamais dans le jugement, ils ne nous brusquent pas* » (Madame A.).

Leur insistance sur la disponibilité des infirmiers et des médecins a révélé leur dépendance à un moment donné de leur hospitalisation. Notons que cette notion de dépendance est également soulignée par D. W. Winnicott dans la relation mère-bébé : « C'est parce qu'on aura su répondre à sa dépendance que le bébé pourra répondre aux exigences que sa mère ou son environnement ne manqueront pas de formuler tôt ou tard. » (1970, p. 122). De ce fait, il apparaît important que les soignants puissent reconnaître la dépendance du patient vis-à-vis de l'institution et y répondre de manière adéquate. Soulignons la distinction entre la prise en compte des besoins du patient et son infantilisation, qui correspond à un écueil de la fonction de soignant, comme nous y reviendrons par la suite.

Cependant, les patients rencontrés dans le cadre de cette étude n'abordent pas un quelconque vécu d'infantilisation. En sus, plus de la moitié d'entre eux soulignent leur implication dans la décision concernant le traitement médicamenteux. Ainsi apparaît-il que, par leurs questions et la prise en compte de leur vécu, les psychiatres les auraient revalorisés dans leur capacité à savoir ce qui est bon pour eux. En les responsabilisant progressivement, ils les auraient aidés à restaurer leur position de sujets et à panser leurs blessures narcissiques.

4. La restauration narcissique

Il est, dans les propos recueillis, de nombreux exemples qui évoquent les différents éléments contribuant à leur **restauration narcissique** : les entretiens médicaux, le traitement chimiothérapique, les entretiens psychologiques, les activités thérapeutiques, les mesures d'autonomisation progressive ainsi que la relation aux autres patients, permettant à la fois une identification et un sentiment d'appartenance au groupe de patients. « *Les ateliers m'ont permis de me découvrir un talent pour le dessin* » (Monsieur R.) ; « *J'ai l'impression que je me suis aussi épanouie ici, par exemple j'aime beaucoup les arts-plastiques, je voulais faire une école d'art au lycée et j'ai l'impression d'avoir un peu renoué avec ça ici. C'est quelque chose que j'aimerais continuer à faire chez moi, dessiner, parce que j'ai bien vu que j'y arrivais plutôt bien.* » (Mademoiselle L.) ; « *Quand on voit le progrès que font certaines personnes, ça redonne de l'espoir et du courage, on se dit que pour nous aussi ça peut aller mieux.* » (Madame M.) ; « *Ce sont des gens comme moi qui ont des petits problèmes par rapport à ce que l'on pense avoir en psychiatrie.* » (Mesdames D.) ; « *[Les patients] sont gentils, il y a une bonne ambiance au déjeuner, on peut plaisanter, on se sent bien* » (Madame. C) ; « *Et puis il y a des gens, enfin des patients que j'apprécie ici donc souvent, après le dîner, on joue aux dames ou on discute.* » (Mademoiselle L.).

Dans ce processus, l'attention des soignants permet aux patients de se sentir exister. Il en est de même pour leur implication dans le choix des traitements. . « *[Le psychiatre] prenait le temps de m'écouter et de réajuster le traitement en fonction de ce que je lui disais, quand on pensait que c'était nécessaire.* » (Monsieur R.) ; « *Il y a les médicaments aussi, le traitement est bon aujourd'hui parce que [la psychiatre] a pu le réajuster tout de suite par rapport à ce que je lui disais alors on est arrivé ensemble rapidement à ce qui était bon.* » (Madame C.) Ces éléments nous renvoient au concept d'alliance aidante de L. Luborsky (1976) et à ses deux axes fondamentaux. Il a en effet distingué l'axe où le patient considère son psychothérapeute comme aidant et soutenant et celui où le patient se vit en collaboration avec lui, partageant de ce fait la responsabilité de son évolution. Dans ce deuxième axe, le patient peut se positionner en tant que sujet acteur de sa vie c'est-à-dire capable de penser, d'agir et de changer pour améliorer son état. De plus, le travail thérapeutique et la réflexion sur soi qui est amorcée au cours des entretiens avec le psychiatre et le psychologue, lorsqu'il y a un suivi psychologique, permet également au patient de mettre des mots et du sens sur son vécu interne. Nous comprenons aisément qu'en pansant ses **blesures narcissiques**, le patient puisse plus facilement se restaurer narcissiquement tout en s'engageant dans un processus progressant vers l'acquisition de la **capacité à être seul** en présence de l'institution. Enfin, la participation des patients aux ateliers thérapeutiques ou aux autres activités proposées par la clinique leur a permis de retrouver un sentiment de valeur personnelle en se découvrant des capacités de créativité et de compétences physiques, relationnelles et cognitives qu'ils ignoraient ou avaient oubliées.

5. L'hospitalisation questionne sur ...l'après-hospitalisation

Enfin le discours de tous les sujets est émaillé de préoccupations liées à l' « **après- hospitalisation** » : au-delà de l'importance de la continuité des soins en ambulatoire et d'une éventuelle reprise d'activités, il semble que la **permanence de l' « objet institution »** soit déterminante selon sa qualité dans l'anticipation anxieuse ou créatrice de la vie après le séjour dans la structure psychiatrique. 4 patients sur 9 affirment être rassurés de savoir qu'ils auront toujours la possibilité d'appeler les équipes en cas de nécessité, voire de revenir si les difficultés rencontrées à l'extérieur étaient trop importantes. En effet, ils disent ne pas se sentir « abandonnés » en quittant la clinique et garder à l'esprit l'existence de « ce refuge » où « [ils sont] toujours bienvenus ». Mmes L. et M., hospitalisées plusieurs fois dans le même établissement, expliquent qu'elles considèrent l'hospitalisation comme un refuge que l'on peut retrouver à « n'importe quel moment » pour « se reposer, se ressourcer et être prise[s] en charge ».

Ces résultats appellent quelques réflexions.

Au regard de cette analyse, nous pouvons comprendre que l'hospitalisation psychiatrique agit sur

les patients dépressifs en leur offrant une contenance psychique laquelle s'apparente à une fonction maternelle leur permettant de se sentir suffisamment sécurisés d'un point de vue psychique pour régresser. Les différentes activités proposées ainsi que la disponibilité des soignants permettraient aux patients de se reconstruire progressivement, de développer certaines compétences pour les aider à retrouver une meilleure estime d'eux-mêmes et de mettre du sens sur leurs éprouvés. De cette façon, l'hospitalisation permettrait une restauration identitaire et une élaboration de la position dépressive.

Ces changements peuvent être plus ou moins partiels, comme le soulignent les patients qui disent se sentir mieux pour sortir de la clinique, sans pour autant se décrire comme suffisamment forts et autonomes. De plus, nous n'avons pas la naïveté d'imaginer qu'une hospitalisation d'une durée moyenne d'un mois puisse apporter de changements aussi radicaux, lesquels diminueraient considérablement le nombre de rechutes. En revanche, nous pouvons penser notre pratique de psychologue en institution en gardant à l'esprit que le principe actif de l'hospitalisation psychiatrique, pour les personnes dites dépressives, semble être un processus évolutif qui suit différentes étapes.

LIMITES DE L'ETUDE

Notre étude comporte un certain nombre de limites.

- Tout d'abord, le nombre de sujets constituant l'échantillon de patients est restreint. De ce fait, nos résultats sont à manier avec prudence d'autant qu'ils sont issus d'expériences subjectives difficilement généralisables à toutes les personnes hospitalisées pour dépression.
- A ce propos, il était initialement prévu de ne pas prendre en compte les patients souffrant de pathologies mentales avérées pour réserver notre étude à ce que nous imaginions être la « dépression pure ». Cependant, nous nous sommes rendu compte, au cours de l'étude, que l'état dépressif majeur qui constitue le motif d'hospitalisation, qu'il soit ou non inclus dans le cadre d'un trouble bipolaire, n'est bien souvent qu'un symptôme derrière lequel se trouvent d'importantes fragilités narcissiques sans pour autant qu'un trouble spécifique soit diagnostiqué. Afin de poursuivre notre travail de recherche, nous avons donc choisi de faire participer les patients hospitalisés pour état dépressif en l'absence d'éléments délirants pouvant laisser penser à une structure psychotique sous-jacente. Néanmoins, nous avons aujourd'hui conscience qu'au-delà du monomorphisme de la symptomatologie dépressive, nous observons une pluralité de fonctionnements sous-jacents qui peuvent nous amener à considérer la dépression comme une pathologie transnosographique.

Contrairement à ce que nous imaginions obtenir, les propos des patients nous sont apparus majoritairement a-conflictuels avec peu de marques d'ambivalence à l'égard de l'institution. Ce phénomène peut être expliqué par le fait que les patients rencontrés ont tous accepté de participer à l'étude, présentée, dans un premier temps, par leur psychiatre. Ainsi pouvons-nous aisément conclure à un transfert positif avec leur médecin. Les propos recueillis auraient certainement été différents avec des patients mécontents projetant leur agressivité en la personne de leur psychiatre.

PERSPECTIVES

Les conclusions que nous avons tirées de notre étude peuvent nous amener à élargir notre champ de réflexion à d'autres problématiques.

Si, comme nous venons de le dire, la contenance institutionnelle offre au patient un sentiment de sécurité qui favorise sa régression, comment est-elle vécue par les soignants qui sont davantage

sollicités ? Ce temps de régression peut-il être interprété comme une aggravation de l'état du patient et non comme une étape du processus évolutif ? Nous avons en effet souvent observé qu'il pouvait être difficile pour les soignants d'accepter que l'état symptomatique d'un patient s'aggrave ou stagne sur une certaine durée. De ce fait, comment accepter cette étape en tant que soignant et répondre au besoin du patient en accueillant ses affects dépressifs sans qu'ils ne deviennent trop pesants pour l'équipe ?

Nous avons vu que l'hospitalisation semblait contribuer à la restauration narcissique du patient souffrant de dépression et lui permettre, après un temps de régression nécessaire, de reprendre progressivement une position de sujet autonome. Cependant, pour que le patient puisse se détacher de cette relation de dépendance vis-à-vis de l'institution, il a besoin, à un moment donné d'une autorisation « de grandir » de la part des soignants, au même titre que l'adolescent qui souhaite quitter le foyer familial.

Nous parvenons donc à la question de la séparation du point de vue des soignants. En effet, tout comme le sevrage de l'enfant peut être douloureux pour la mère, la sortie de l'institution d'un patient peut être également difficile pour certains membres de l'équipe particulièrement attachés à lui. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette difficulté, comme par exemple la relation transféro-contre-transférentielle ou encore la posture du soignant qui peut se sentir valorisé et utile face à un patient en situation de dépendance. Il nous paraît donc important de souligner la nécessité d'une réflexion de la part des soignants qui pourraient jouir inconsciemment d'un sentiment de toute-puissance les empêchant d'accompagner le patient dans son autonomisation en le retenant dans une position infantilisante. P. Fustier souligne la fréquence de ce mécanisme qu'est l'infantilisation dans les institutions. (Fustier, 2004, p. 115)

Nous pourrions imaginer un travail complémentaire à notre étude sur le vécu des soignants psychiatriques face à l'hospitalisation de patients dépressifs afin d'observer d'une part si le processus que nous avons décrit chez les patients se retrouve chez les soignants, et d'autre part comment eux-mêmes vivent le rôle qui leur est assigné face à l'évolution de la demande des patients au cours de leur hospitalisation.



Conclusion

La première partie de cette étude a permis d'aborder la dépression comme la conséquence d'une perte, réelle ou fantasmée, ayant entraîné une grande déception envers l'objet perdu et causé une importante blessure narcissique. L'objectif était de mieux comprendre les processus qui se jouent au cours d'une hospitalisation pour favoriser un retour à la vie psychique chez les patients dépressifs. Pour ce faire, nous avons tenté, en analysant leur discours, d'approcher leur vécu de ce séjour en institution psychiatrique.

Les résultats obtenus nous ont permis d'appréhender le principe actif de l'hospitalisation comme un processus évolutif. En effet, dans un premier temps, la majorité des patients semblait craindre une hospitalisation en raison de la représentation de la psychiatrie assimilée, dans leur imaginaire, à l'enfermement et à la folie. Cependant, la contenance psychique apportée par l'institution s'est avérée agir rapidement sur leur état en leur offrant un sentiment de sécurité suffisant pour les autoriser à régresser. Leur dépendance à l'institution nous est alors apparue comme importante et l'étayage des soignants, qui peut aller jusqu'au nursing, a semblé leur offrir un investissement

suffisant pour panser leurs blessures narcissiques. Ils ont progressivement pu retrouver une position de sujet grâce à la confiance accordée par les soignants qui les ont responsabilisés et les ont accompagnés dans une démarche de réflexion personnelle pour penser leur vécu dépressif. Ils nous ont dit avoir retrouvé une meilleure estime d'eux-mêmes par l'intermédiaire des activités proposées et des liens sociaux créés. Ainsi l'hospitalisation pourrait permettre une restauration identitaire et l'élaboration de la position dépressive.

Dans le prolongement de cette étude, nous souhaiterions élargir notre réflexion autour de la compréhension et du vécu des processus mis en jeu par l'hospitalisation chez les soignants. Nous pouvons nous interroger sur la manière dont ils comprennent et vivent l'évolution de la demande des patients au cours de leur séjour. Les contre-attitudes des soignants influencent leur pratique professionnelle et y réfléchir leur permettrait d'être plus à l'écoute d'eux-mêmes mais également des patients pour mieux répondre à leurs besoins et de ce fait améliorer leur prise en charge.

/// REFERENCES

- Abraham, K. (1912, 1965). *Préliminaires à l'investigation et au traitement psychanalytique de la folie maniaco-dépressive et des états voisins*. In *Œuvres complètes Tome 1 :1907-1914*. (p.212-226). Paris : Payot.
- Chabert, C. (2009). *Narcissisme et dépression : traité de psychopathologie de l'adulte*. Paris : Dunod.
- Code de Déontologie des Psychologues (1996, 2012). France.
- Code de la Santé Publique - Article L3212-1 www.legifrance.gouv.fr.
- Fédida, P. (2001). *Des bienfaits de la dépression : Éloge de la psychothérapie*. Paris : Odile Jacob.
- Fédida, P. et Clerc-Maugendre, D. (2001). *Qu'est-ce qui guérit dans la psychothérapie ?*. Paris : PUF.
- Freud, S. (1917, 2009). *Deuil et Mélancolie*. In *Métapsychologie* (pp. 145-171). Paris : Gallimard.
- Fustier, P. (2004). *Le travail d'équipe en institution, Clinique de l'institution médico-sociale et psychiatrique*. Paris : Dunod.
- Green, A. (1980, 2007). *La mère morte*. In *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. (p. 222-253). Paris : Les Éditions de Minuit.
- Jodelet, D. (1989). *Folie et représentations sociales*. Paris : PUF.
- Klein, M. (1947, 2004). *Deuil et dépression*. Paris : Payot
- Luborsky, L. (1976). *Helping alliances in psychotherapy : the ground work for a study of the relationship to its outcome*. In *Claghorn, J. L. (Ed.), Successful psychotherapy*, (p.92-116).
- OMS (2012) *Aide-mémoire N°369* www.who.int
- Widlöcher D. (1983). *Les logiques de la dépression*. Paris : Fayard.
- Winnicott, D. W. (1954). *Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique*. In *De la pédiatrie à la psychanalyse*. (p. 285-291) Paris : Payot.
- Winnicott, D.W. (1966). *La mère ordinaire normalement dévouée*, In *Le bébé et sa mère* (p. 19-32). Paris : Payot.

