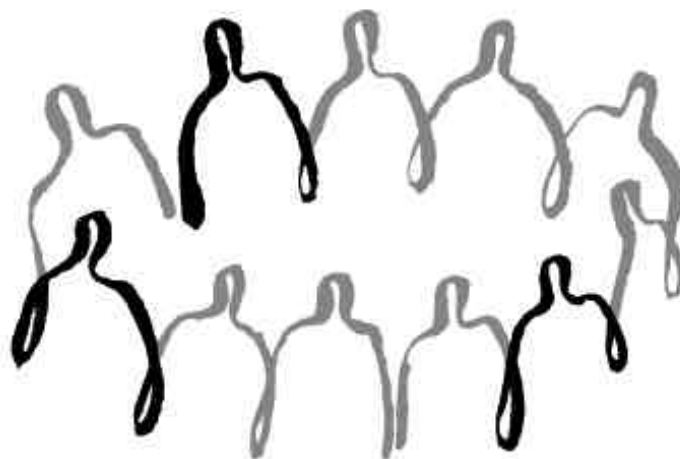


Forum du réseau **ARCOS**

du 21 novembre 2002

PSYCHIATRIE COMMUNAUTAIRE

la coopération en mouvement



Compte rendu

Mars 2003

Forum de psychiatrie communautaire du réseau ARCOS

La Coopération en mouvement

21 novembre 2002

- Vers des structures d'accueil temporaire en psychiatrie
 - Une recherche-action pour favoriser la coopération
-

Le premier Forum de psychiatrie communautaire organisé par le réseau ARCOS a eu lieu le 21 novembre 2002 à Ecublens. Il a réuni cent-vingt personnes. Les participants représentaient l'ensemble des professions (infirmières en psychiatrie et soins généraux, médecins, assistants sociaux, éducateurs) et des institutions (DUPA, CMS, EMS, GRAAP, médecins installés) actives dans la prise en charge de patients psychiatriques.

Ce forum a permis de présenter les travaux du réseau ARCOS, dans le cadre de sa filière psychiatrie communautaire, autour de deux thèmes : une expérience d'Accueil temporaire en EMS psychiatrique (ATP) qui se déroulera en 2003 au Foyer de la Borde à Lausanne, ainsi que les résultats d'une recherche-action consacrée à la coopération des intervenants en psychiatrie.

Composition et rôle du réseau ARCOS

En accueillant la centaine de participants au Forum, Monique Moser Boujol¹ a d'abord rappelé la composition et le rôle du réseau ARCOS :

- Il réunit aujourd'hui 52 EMS, 3 associations de soins à domicile, les Hospices-CHUV et les autres hôpitaux de la région lausannoise, ainsi que des médecins installés.
- Depuis sa création, il a notamment développé toute une série de projets :
 - la mise en place du BOUM-BRIO chargé de l'orientation des patients;
 - l'élaboration de conditions générales de transferts des patients et de protocoles de soins;
 - la filière des soins palliatifs;
 - la filière de psychiatrie communautaire;
 - des brochures d'information sur les court-séjours médico-sociaux et les unités d'accueil temporaire.

¹ Directrice de l'APREMADOL (CMS de l'Ouest lausannois) et présidente de la filière Psychiatrie communautaire d'ARCOS

Objectifs de la filière de psychiatrie communautaire

La filière de psychiatrie communautaire a les objectifs prioritaires suivants :

- Développer le maintien à domicile des patients.
- Intensifier les échanges entre les partenaires de la prise en charge.
- Améliorer la connaissance réciproque des différents intervenants en psychiatrie.
- Déterminer « qui fait quoi ».
- Développer les structures intermédiaires.

Afin de concrétiser ces objectifs, ARCOS a mis sur pied deux projets auxquels participent au total environ 25 personnes, avec chacun leur groupe de travail et leur chef de projet :

- le projet Accueil Temporaire Psychiatrique (ATP);
- le projet Coopération en psychiatrie.

La psychiatrie communautaire est née du constat qu'une approche médicale et médico-sociale de la situation des patients souffrant de troubles psychiques est insuffisante, qu'une approche plus éducative et sociale est également nécessaire. Deux ans de travail au sein du réseau ARCOS avec tous les organismes impliqués par la prise en charge des patients (DUPA, CMS, EMS, GRAAP, médecins installés, etc.) ont permis de dépasser les images et les barrières, de partager un vocabulaire de référence, d'élaborer des documents d'information. Ils ont également dégagé des interfaces de collaboration et mis en évidence l'interdisciplinarité et la subsidiarité de la prise en charge. Il s'agit en fin de compte de définir les contours d'une coopération, de la vivre et de la mettre au service des patients et de leurs proches. Cette logique de la responsabilité partagée est à la base même de *la coopération en mouvement*.

La première partie du Forum est consacrée à la présentation du projet d'Accueil temporaire psychiatrique, et la deuxième à la recherche-action visant à favoriser la coopération.

1. Accueil Temporaire Psychiatrique (ATP)

L'accueil temporaire en EMS psychiatrique **s'adresse à des patients âgés de 18 à 65 ans, souffrant de troubles psychiques importants et durables qui représentent un handicap psychosocial**. Les situations nécessitant des soins hospitaliers, des soins intensifs ou en hôpital de jour en sont exclus, de même que les cas d'agressivité, de toxicomanie ou de tendance suicidaire majeures, pour lesquels d'autres filières de prise en charge doivent être actionnées.

Comme l'ont expliqué le Dr François Grasset et Dario Caffaro², l'objectif de l'ATP est de préserver le maintien à domicile des patients concernés, qu'il s'agisse d'**éviter une hospitalisation ou un placement en EMS, de réduire la durée d'un hébergement résidentiel ou de prévenir un épisode critique**. Dans tous les cas, l'ATP vise à augmenter les ressources individuelles et l'autonomie des patients, à renforcer leurs capacités à faire face aux activités de la vie quotidienne et à accéder aux contacts sociaux et aux loisirs. Comment ? En combinant animation sociale, soutien occupationnel et prestations psychopédagogiques individuelles ou en groupe.

² Respectivement: médecin-chef de l'Unité de réhabilitation du Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) de Lausanne, et directeur de l'EMS Foyer de la Borde, à Lausanne

L'ATP est donc une forme de prise en charge ambulatoire en EMS. Elle requiert :

- une méthode particulière (l'approche relationnelle réhabilitative);
- des moyens institutionnels appropriés (des intervenants spécialisés, la désignation par l'EMS d'un responsable du programme ATP et des locaux adaptés à ce type de prise en charge);
- une planification ajustée aux besoins du patient, dans la durée, la fréquence et la nature des prestations fournies :
 - encadrement (accueil, soutien, sécurité...);
 - activités (arts, sports, culture, loisirs et jeux);
 - accompagnement à l'extérieur de l'ATP (pour des achats, par exemple ou des démarches administratives);
 - coordination et suivi (colloques, concertation avec le patient, gestion du dossier, etc.).

L'ATP n'est ni une prise en charge assimilable à l'hôpital de jour, ni une modalité de « soins ambulatoires », ni une modalité de « soins intensifs dans le milieu ».

Concrètement, **l'ATP se présente comme un complément à d'autres moyens thérapeutiques et repose sur un contrat conclu entre l'EMS et le patient.** Ce contrat fixe la durée de la prise en charge et les objectifs à atteindre sur la base de l'évaluation initiale de la situation. S'il apparaît en cours de route que les objectifs ne peuvent pas être atteints, un bilan est effectué et le patient retourne à sa prise en charge habituelle. Les prestations dispensées à chaque patient font l'objet d'un relevé individuel pour un temps de prestations évalué à 6h. par jour au maximum.

L'expérience pilote prévue en 2003, d'une durée d'un an, au Foyer de la Borde à Lausanne, permettra d'accueillir simultanément cinq patients au maximum, chacun d'entre eux étant pris en charge une vingtaine d'heures en moyenne par mois. Les conditions financières de cette prise en charge doivent encore être précisées. L'expérience permettra également de tester des modèles de contrat entre le réseau ARCOS et l'EMS, d'une part, entre l'EMS et les patients, d'autre part.

Discussion et points forts

Au cours de la discussion, qu'il a animée, le Professeur Patrice Guex³ a mis en évidence plusieurs points forts :

- L'ATP concrétise le passage d'une responsabilité unique à une **responsabilité partagée** et d'une organisation hiérarchique, pyramidale, à un **partenariat entre les différents intervenants** dans la prise en charge des patients psychiatriques.
- L'évolution des hôpitaux psychiatriques, dont le travail se concentre désormais sur les soins aigus, et en particulier sur les soins aigus tertiaires au Secteur psychiatrique Centre, découle du constat suivant: **ce n'est pas en allongeant les durées de séjour à l'hôpital qu'on améliore la qualité des soins.**
- **Les admissions en hôpital psychiatrique concernent essentiellement de nouveaux patients.** Elles ne sont pas liées à la déshospitalisation des patients souffrant de troubles chroniques.
- Le recentrage sur le patient, son itinéraire et ses besoins, plutôt que sur les besoins des institutions, va dans le sens de la nouvelle loi vaudoise sur la santé, qui entre en vigueur le 1^{er} janvier 2003.

³ Directeur du Département de psychiatrie des Hospices-CHUV

D'une part, il s'agit de **réduire au strict minimum ce qui limite les droits du patient**. D'autre part, il s'agit de voir ce qui manque pour répondre aux besoins du patient, afin de lui **offrir le meilleur soin, non en soi, mais pour une capacité sociale retrouvée**.

La discussion a également souligné trois préoccupations des participants au forum.

- a) **La formation des soignants**, qu'il s'agisse du personnel des EMS chargé de l'ATP ou de la réorientation d'une partie du personnel hospitalier vers des prises en charge visant la réintégration sociale.
- b) **La durée et l'impact de l'ATP selon les pathologies des patients**. Sur ce point, les orateurs ont rappelé que l'ATP est une approche relationnelle qui doit s'adapter aux pathologies des patients souffrant d'une évolution chronique de troubles psychiques importants et représentant un handicap social. L'objectif de cette nouvelle forme de prise en charge est d'infléchir cette évolution chronique vers une meilleure qualité de vie et une meilleure intégration sociale du patient, en renforçant ses ressources et ses capacités. Face à la solitude dont il souffre, par exemple, l'ATP vise à montrer au patient comment on peut faire pour la réduire.
- c) **La question d'une prise en charge alternative à l'ATP pour les patients qui s'en trouvent écartés** (pour toxicomanie, agressivité ou tendance suicidaire majeures). Sur ce dernier point, les échanges ont apporté plusieurs éléments de réponse. Premièrement, si l'ATP doit écarter un patient à un moment donné, c'est parce que cette forme de prise en charge n'est pas adaptée à sa personne, et non parce que sa personne est « mauvaise ». Deuxièmement, d'autres filières peuvent et doivent être actionnées pour ces patients. Il n'en reste pas moins, aux yeux de certains participants, que des « trous » existent dans la chaîne actuelle des soins (notamment pour les toxicodépendants). L'ATP vient combler l'un des « trous » existant dans la chaîne thérapeutique mais ne les comble pas tous.

2. Une recherche-action pour favoriser la coopération

A Lausanne, la coopération en réseau des institutions psychiatriques existe depuis une année, en particulier dans le domaine du maintien à domicile. Afin d'observer cette collaboration et de dégager les pistes susceptibles de l'améliorer, ARCOS a donné mandat à un groupe de chercheurs, sous la responsabilité du Dr Charles Bonsack⁴, de réaliser une recherche-action auprès des soignants et des intervenants concernés. Ce type de recherche consiste en effet, comme l'ont présenté le Dr Pascal Signy et Manuel Schaffter⁵, à enregistrer les points de vue des acteurs au cours d'entretiens individuels et d'entretiens collectifs (focus groupes) dans un objectif pratique de changement.

La méthode

La recherche-action entreprise repose ainsi sur :

- **25 entretiens individuels** de personnes représentant tous les acteurs (assistants sociaux, médecins généralistes et psychiatres, infirmiers des différentes institutions concernées, policiers, juge de paix, GRAAP);
- **2 focus groupes** réunissant au total 50 personnes représentatives, là aussi, des différents milieux concernés (patients et leurs proches, lieux d'hébergement, médecins installés, DUPA, ARCOS, etc.).

Sur cette base, les auteurs de l'enquête ont enregistré 1500 opinions exprimées qui leur ont permis de faire émerger les points de vue et de mettre en relation les messages.

Les principaux constats

Les principaux résultats de l'enquête ont été présentés par le Dr Charles Bonsack et Yvonne Charbon⁶. La dominante générale est que les soins psychiatriques vivent une

⁴ Médecin-associé au DUPA

⁵ Respectivement: sociolinguiste au DUPA et à l'UNIL, et assistant de recherche en sociolinguistique au DUPA

⁶ Infirmière en psychiatrie et santé publique, responsable de projet ALSMAD

période de mutation, caractérisée par la diminution du pouvoir médical et de la prédominance de l'hôpital au profit de l'augmentation du pouvoir du patient et de son maintien dans la communauté. Les personnes interrogées au cours de l'enquête mentionnent cependant de nombreux obstacles au maintien à domicile, tant du côté de la population et des patients que du côté des institutions et du réseau. Le tableau ci-dessous les synthétise.

Principaux obstacles au maintien à domicile	
Au sein de la population	<ul style="list-style-type: none"> • le pouvoir du patient consommateur • l'insuffisance de l'information sur les troubles psychiatriques • le fait que la psychiatrie soit le parent pauvre de la santé • la crise des valeurs
Chez les patients	<ul style="list-style-type: none"> • le refus des soins • les abus de substances • les crises suicidaires • la marginalisation, la solitude
Au sein des institutions	<ul style="list-style-type: none"> • la difficulté à réunir les compétences (légales, psychiatriques et de sécurité) dans les urgences à domicile • les sorties de l'hôpital mal préparées • le manque d'alternatives à l'hospitalisation • la surcharge des consultations ambulatoires • le manque de suivi à domicile
Au sein du réseau	<ul style="list-style-type: none"> • l'absence de reconnaissance du travail en réseau • l'absence de reconnaissance et d'intégration du travail de la police • le cloisonnement de la filière de soins, la méconnaissance mutuelle des acteurs • l'imbrication des problèmes psychiatriques et sociaux

Les recommandations

Les recommandations présentées au forum découlent directement de ces constats. Elles proposent au total neuf mesures axées sur trois types d'action.

A. Participer à l'élaboration d'une politique de santé mentale

- Engager un dialogue avec les autorités publiques pour renforcer les préoccupations de santé mentale.
- Prendre acte de la redistribution du pouvoir entre les acteurs et en assumer les conséquences : déshospitalisation, accompagnement dans la communauté.

- Développer une politique de soins, formation et information pour les populations cibles : patients en situation de refus, crises suicidaires et abus de substances avec comorbidité psychiatrique.

B. Résoudre les problèmes clés du réseau

- Intégrer les acteurs de première ligne (police, CSR, juge de paix...) dans le fonctionnement du réseau.
- Engager les acteurs du réseau pour trouver une solution coordonnée à la crise psychiatrique en ville et à la liaison avec l'hôpital.
- Favoriser les espaces d'échanges permettant les contacts personnels entre professionnels et pérenniser la collaboration entre institutions.
- Assurer le financement du travail en réseau.

C. Développer un comportement « réseau » au sein des institutions

- Améliorer l'accès aux soins « non urgents » : guichet unique et accès facilité pour les personnes qui en ont le plus besoin.
- Développer le suivi intensif dans le milieu et le suivi psychiatrique de proximité par les CMS.

Discussion et points forts

Deux problèmes importants ont été soulevés durant la discussion qui a suivi cette présentation :

- a) **Le rôle du social au sein de la psychiatrie et la question de son financement.** Plusieurs intervenants ont plaidé pour qu'il soit accordé plus d'importance au social au sein de la psychiatrie. Qui dit interdisciplinarité, souligne un intervenant, dit travail en commun avec des objectifs communs, mais pas dissolution des rôles et des personnalités. Mais il souligne que les assistants sociaux souffrent aussi de l'absence d'une hiérarchie professionnelle en leur sein. Cette reconnaissance de l'action sociale en psychiatrie passe surtout par son financement, soit par les assureurs, soit par les pouvoirs publics. Pourquoi, ajoute un autre intervenant, faut-il déguiser des actes sociaux en actes médicaux pour pouvoir les faire rembourser ? Le social en psychiatrie serait-il le parent pauvre du parent pauvre ?

D'autres aspects des difficultés rencontrées sur le terrain social tiennent au manque de temps pour agir (en raison de la courte durée des hospitalisations) et de l'insuffisance de l'investissement dans les ressources humaines, notamment sous l'angle de la formation.

- b) **L'attitude adéquate à observer face aux changements.** La prudence d'abord. Par le passé, explique un intervenant, les proches du patient appelaient plutôt pour protester contre le fait que le patient était « bouclé » ; aujourd'hui, ils appellent plutôt pour demander pourquoi on le laisse en liberté. Il ne suffit donc pas d'ouvrir les portes, il faut aussi savoir ce que cela implique et ne pas oublier que la folie existe bel et bien. La modestie ensuite. Le travail interdisciplinaire implique de définir les rôles de chacun et de les respecter. Il ne faut pas être mégalomane au niveau de la dynamique des équipes. Commençons, poursuit-il, par lever les barrières, à déterminer qui fait quoi et à respecter l'autre.

Le réseau, c'est quoi ? se demande en conclusion le professeur Patrice Guex. C'est créer des rencontres et du narratif à partir desquels on peut construire la confiance et surmonter les méfiances. C'est réussir quelque chose ensemble, en posant les questions de base : Qui est en souffrance ? Qui peut être accompagné, où, par qui et avec qui ? et en inscrivant les réponses dans un programme pour les patients psychiatriques chroniques qui favorise la continuité des soins et de la prise en charge.

Questionnaire de satisfaction - résultats

Lors du forum, un questionnaire de satisfaction a été remis aux participants. Sur les quelque cent personnes présentes, plus de la moitié (53 questionnaires rendus) y ont répondu. Dans l'ensemble, les résultats laissent apparaître un degré de satisfaction élevé à très élevé :

Question 1 : Ce forum a-t-il répondu à vos attentes ?

75 % des participants ont répondu positivement à très positivement.

Question 2 : Avez-vous été satisfait-e par le contenu général ?

76 % des participants se déclarent satisfaits à très satisfaits.

Question 2a : Satisfaction de la 1^{ère} partie (ATP) ?

66 % des participants sont satisfaits à très satisfaits par la présentation de ce thème.

Question 2b : Satisfaction de la 2^{ème} partie (recherche)

87 % des participants sont satisfaits à très satisfaits par la présentation de ce thème.

Question 3 : Avez-vous été satisfait-e de l'organisation ?

94 % des participants indiquent être satisfaits à très satisfaits.

Question 4a : Etes-vous favorable à l'organisation d'un prochain forum ?

77 % des participants sont favorables à très favorables à la tenue d'un prochain forum ARCOS consacré à la psychiatrie.

Les participants du Forum avaient aussi la possibilité de mentionner des propositions de thèmes pour un prochain forum, que l'on peut organiser autour des trois axes suivants :

- **informations au sujet des activités du réseau ARCOS** : suivi un an après le forum des projets qui y ont été présentés, projets et recherches menées par les autres filières du réseau ARCOS, etc.
- **sujets d'intérêt général en psychiatrie** : gestion des crises, abus de substances, réflexions sur l'interdisciplinarité, amélioration de la communication entre partenaires, violence et société, place des patients en psychiatrie et dans les réseaux, etc.
- **rôles et collaborations entre partenaires impliqués dans des prises en charge psychiatriques** : place des assistants sociaux et éducateurs dans les réseaux de soins, rôle des patients et des familles (conjoints, enfants) pour un maintien à domicile possible, collaboration avec les médecins installés, etc.

Les thèmes proposés par les participants du forum soulignent l'intérêt porté à une amélioration de la coordination des acteurs et soignants, ce qui constitue la mission principale des réseaux de soins. Ils encouragent à poursuivre les efforts en ce sens, ainsi qu'à les discuter lors de rencontres telles que ce forum.