

ARCOS

Association « Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise »

en collaboration avec le

DUPA

Département universitaire de psychiatrie adulte,
Département de Psychiatrie du CHUV

**TROUBLES PSYCHIATRIQUES,
MAINTIEN A DOMICILE ET COOPÉRATION :**

Le point de vue des acteurs d'un réseau de soins

Charles Bonsack

Manuel Schaffter

Pascal Singy

Yvonne Charbon

Aude Eggimann

Jérôme Favrod

Jorge Guimera

Mai 2003

Filière psychiatrie communautaire ARCOS

Équipe de recherche :

Charles Bonsack	Psychiatre au Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA), Lausanne
Manuel Schaffter	Assistant de recherche en sociolinguistique, DUPA
Pascal Singy	Sociolinguiste, DUPA et Université de Lausanne
Yvonne Charbon	Infirmière en psychiatrie et en santé publique, Association lausannoise pour la santé et le maintien à domicile (ALSMAD)
Aude Eggimann	Psychologue clinicienne, DUPA
Jérôme Favrod	Infirmier en psychiatrie, EMS Foyer de la Borde
Jorge Guimera	Sociologue, chargé de projet, ARCOS

Direction de projet :

Monique Moser Boujol	Directrice, APREMADOL, présidente de la filière
Anne Decollogny	Secrétaire générale, ARCOS
Dario Caffaro	Directeur, EMS Foyer de la Borde
Patrice Guex	Professeur, Chef du Département de Psychiatrie du CHUV

Groupe de référence :

Yves Aubry, Eliane Bovitutti, Tarja Cachelin, Monique Calame, Danilo Castro, Yvonne Charbon, Marianne De la Torre, Pascal Dubrit, Jérôme Favrod, Jorge Guimera, Marie-Christine Jolly, Jean-Michel Kaision, Eve Kohler, Marie-Jo Martel, Renaud Stachel
Drs Charles Bonsack, François Grasset, Hugo Ineichen, Michaël Klay

Remerciements

L'équipe de recherche remercie toutes les personnes qui ont participé aux entretiens individuels et collectifs.

Merci à Uwe Reimers pour avoir assuré l'enregistrement sonore de ces rencontres, ainsi qu'à Marlyse Rubin et Claire-Lise Nicolet qui ont retranscrit l'intégralité des enregistrements.

Préambule

Cette recherche a été menée sur mandat du réseau de soins ARCOS. L'Association « Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise » regroupe plus de 70 membres et institutions (établissements médico-sociaux, associations d'aide et de soins à domicile, hôpitaux et centres de traitement et de réadaptation, médecins, etc.) et correspond à une population de 263'000 habitants.

ARCOS a pour principales missions de favoriser la continuité des soins, d'améliorer les trajectoires des patients et d'être un lieu de concertation entre partenaires de manière à faciliter les échanges et la connaissance mutuelle des acteurs sanitaires.

Dans le cadre de sa filière « psychiatrie communautaire », ARCOS développe différents projets visant à améliorer la collaboration entre les acteurs impliqués dans la prise en charge de personnes atteintes de troubles psychiques durables.

Cette recherche vise à dresser un portrait des modalités actuelles de la collaboration entre partenaires, d'en identifier les points forts et les limites, et fait des recommandations permettant de renforcer les liens entre les acteurs du domaine psychiatrique, dans l'objectif général du maintien dans la communauté des personnes concernées.

La recherche « Troubles psychiatriques, maintien à domicile et coopération : le point de vue des acteurs d'un réseau de soins » a la particularité d'avoir été menée par un groupe formé de professionnels issus de différents domaines (médecins, infirmières, linguistes, psychologues) et provenant de différentes institutions (psychiatrie, soins à domicile, université de Lausanne).

Ces professionnels se sont connus et ont pu développer leur collaboration grâce à la mise en réseau de leurs institutions. Ceci constitue une nouveauté que nous nous plaçons à souligner.

Lausanne, mai 2003

La direction de projet

Table des Matières

1	Introduction.....	6
1.1	Constat des difficultés de coopération.....	6
1.2	L’articulation des soins spécialisés et de premier recours	6
1.3	Maintien dans la communauté	7
1.4	Les moments de transitions.....	7
1.5	De la collaboration entre les infirmières à domicile et les institutions psychiatriques à la collaboration dans l’ensemble du réseau.....	8
1.6	Les objectifs de la recherche.....	8
2	Méthode.....	9
2.1	Cadre conceptuel.....	9
2.2	Terrain d’enquête	10
2.3	Production des données.....	10
2.4	Echantillon 1 : participants aux entretiens individuels	11
2.5	Echantillon 2 : participants aux Focus Groups	11
2.6	Traitement des données produites en phase 1.....	12
2.6.1	Grille de Parsons et thèmes.....	13
2.6.2	Définitions des thèmes.....	14
2.7	Traitement des données produites en phase 2.....	16
3	Entretiens individuels	17
3.1	Procédure d'analyse.....	17
3.1.1	Synthèses par thèmes de la grille.....	17
3.1.2	Synthèses des thèmes transversaux	18
3.2	Synthèse niveau population	18
3.2.1	La population suivie.....	18
3.2.2	La mission	18
3.2.3	Les manques	19
3.2.4	Les moyens	19
3.3	Synthèse niveau Individu	19
3.4	Synthèse valeurs et normes des institutions	21
3.4.1	Réponse aux besoins	21
3.4.2	Coopération	22
3.4.3	Ressources.....	23
3.5	Les hiérarchies	23
3.5.1	Hiérarchie interne	23
3.5.2	Hiérarchie externe.....	24
3.6	Suivi dans le milieu.....	25

3.7	Contrainte.....	26
3.8	Collaboration institutionnelle.....	27
3.9	Stages.....	28
3.10	Interventions de crise.....	29
3.11	Les aspirations pour le futur.....	31
3.12	Réseau et Communication.....	33
3.12.1	Présentation générale par services.....	34
3.12.2	Confrontation des commentaires.....	38
4	Entretiens collectifs (<i>focus groups</i>).....	45
4.1	Patients et proches.....	45
4.2	Lieux de vie.....	45
4.3	Médecins libres praticiens.....	46
4.4	DUPA.....	48
4.5	Groupe de référence ARCOS.....	49
4.6	Responsables institutionnels.....	49
5	Discussion et perspectives.....	51
5.1	Participer à l'élaboration d'une politique de santé mentale.....	53
5.1.1	Une période de mutation.....	53
5.1.2	Les rapports de pouvoir.....	54
5.1.3	Désinstitutionnalisation, contrainte et autonomie des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères.....	54
5.1.4	La psychiatrie « parent pauvre de la santé».....	55
5.1.5	Une politique d'information au public.....	55
5.1.6	Perspectives.....	55
5.2	Introduire la dimension du réseau dans les institutions.....	56
5.2.1	Des contacts personnels à entretenir et des contacts institutionnels à développer.....	56
5.2.2	Intrication des problématiques sociales et psychiatriques.....	56
5.2.3	Les crises à domicile en ville.....	57
5.2.4	Favoriser la liaison à la sortie de l'hôpital – création d'intervenants de liaison.....	58
5.2.5	Le temps de communication dans le travail en réseau.....	58
5.2.6	La question des structures intermédiaires.....	59
5.2.7	Perspectives.....	59
5.3	Les attentes des acteurs du réseau vis à vis des institutions.....	60
5.3.1	L'accès aux soins psychiatriques « non urgents ».....	60
5.3.2	Le développement du suivi intensif dans le milieu (SIM).....	60
5.3.3	Le suivi psychiatrique de proximité par les CMS.....	61
5.3.4	Perspectives.....	61
5.4	Et pour conclure.....	62
6	Bibliographie.....	63

1 Introduction

Le suivi des personnes souffrant de troubles psychiques nécessite fréquemment l'action de plusieurs intervenants simultanément ou successivement. Or, jusqu'à présent, il n'y a pas eu de véritable concertation permettant d'organiser la collaboration entre les partenaires. On constate également une méconnaissance mutuelle entre institutions quant aux missions et prestations qu'elles assurent. La constitution d'un réseau de soins implique la création de liens entre les acteurs et des échanges réciproques qui dépassent le simple passage du client d'un intervenant à un autre. La création d'un réseau de soins implique d'aller à l'encontre d'un modèle qui identifie le développement de la santé à la promotion de la médecine technique et limite la production de santé à la consommation de soins techniques et de concilier les dimensions individuelles et collectives, soit que la santé n'est pas seulement un phénomène biologique individuel, mais aussi un phénomène social (Grémy, 1997). Les perceptions que les acteurs ont les uns des autres jouent un rôle important dans la possibilité d'établir une coopération saine et fructueuse, d'autant que certains aspects spécifiques aux troubles psychiatriques peuvent constituer des obstacles sérieux.

1.1 Constat des difficultés de coopération

La volonté politique de favoriser le travail en réseau, inscrite en 1997 dans les Nouvelles Orientations de la Politique Sanitaire (NOPS) du canton de Vaud (Vaud, 1997), a permis la création des réseaux de soins, dont l'objectif est de favoriser la rencontre et la collaboration entre les multiples intervenants du domaine sanitaire. Néanmoins, pour créer un réseau de soins efficace et coordonné, cette part institutionnelle du réseau de soin, imposée par le haut, doit pouvoir rencontrer une part relationnelle, portée par la foi et la conviction des acteurs du terrain. Lors de la création du *réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise* (ARCOS), les membres du réseau ont manifesté des préoccupations communes au sujet des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères ainsi qu'une volonté d'accroître la coopération dans ce domaine en priorité. Les intervenants impliqués dans la prise en charge sont souvent nombreux dans les mêmes situations, mais se concertent peu et ne se connaissent pas ; en témoigne un document élaboré par un groupe de travail du réseau (Moser Boujol, 2001).

1.2 L'articulation des soins spécialisés et de premier recours

Les troubles mentaux sont extrêmement répandus. La prévalence élevée, la sévérité, la durée et les handicaps qui accompagnent les problèmes de santé mentale au niveau des soins primaires a des implications considérables. Même si aucun système de santé n'est assez riche pour se payer des soins spécialisés pour toutes les personnes qui présentent des troubles psychiques étant donné la forte prévalence de ces troubles dans la population, les troubles mentaux ne peuvent pas non plus être ignorés étant donné la charge de morbidité qu'ils représentent (Jenkins & Strathdee, 2000). Dans les soins de premiers recours, jusqu'à une consultation sur quatre résulte de la présence d'un problème de santé mentale (de Girolamo & Fioritti, 2002). D'autre part, seuls les intervenants de premiers recours peuvent assurer la continuité et la proximité nécessaire à des suivis à long terme. Toutefois, pour que les personnes concernées soient correctement suivies ou référées lorsque c'est nécessaire, un effort de formation et de liaison doit être fait, avec des objectifs et des populations cibles qu'il faut préciser selon le contexte local (Jenkins & Strathdee, 2000).

1.3 Maintien dans la communauté

La réforme des institutions psychiatriques commencée dans les années 60 s'est profondément accélérée, avec un mouvement important de désinstitutionnalisation : les hospitalisations sont devenues brèves, réservées aux situations de crise, avec une charge accrue sur les intervenants ambulatoires (Bonsack, Conus, Delacrausaz, *et al*, 2001). Le processus de désinstitutionnalisation a conduit à la fermeture des asiles et au développement de modèles de soins dans la communauté. Ce processus de déshospitalisation se poursuit aujourd'hui, avec le défi de garantir la sécurité pour les personnes dont le comportement est dangereux, de garantir les droits des personnes comme membres à part entière de la communauté, ainsi que l'accès au logement et aux activités professionnelles (Fakhoury & Priebe, 2002). L'insertion des personnes souffrant de troubles psychiques dans la communauté constitue donc aujourd'hui une priorité pour les systèmes de santé mentale (OMS, 2001). Plusieurs raisons l'expliquent. Les études épidémiologiques ont montré que l'évolution des troubles psychiatriques tels que la psychose est plus favorable qu'attendue et permet d'envisager une insertion dans la communauté dans la plupart des cas (Leff, Sartorius, Jablensky, *et al*, 1992). Des modèles de suivis psychiatriques dans le milieu ont été développés et rencontrent la préférence des usagers et de leur proches, par rapport aux modèles hospitalo-ambulatoires classiques (Stein & Test, 1980). Les traitements médicamenteux et psychosociaux sont mieux ciblés, plus efficaces et mieux tolérés. Les effets délétères des asiles psychiatriques ont été dénoncés (Goffman, 1968). La politique sanitaire souhaite contrôler les dépenses de santé, et diminuer les ressources consacrées aux hospitalisations pour limiter les dépenses et mieux développer des alternatives ambulatoires.

Localement, ce mouvement a été particulièrement accentué à la faveur de la spécialisation des filières de soins par diagnostic en 1998 dans le Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA). A cette occasion, les unités de soins hospitalières se sont ouvertes et les mesures de contraintes ont été limitées de manière drastique (Bonsack, Borgeat & Dubois, 2001). En conséquence, un nombre limité de patients, mais qui représentent une charge importante pour l'ensemble du réseau de soins, refusent les soins hospitaliers en restant instables, et quittent l'hôpital sans véritable accompagnement.

Ainsi, si le mouvement de désinstitutionnalisation et de spécialisation est globalement positif pour la plupart des usagers, il représente un risque d'abandon et de marginalisation pour les personnes qui ne s'impliquent pas activement pour assurer la continuité de leur propre suivi, ce qui donne naissance à une nouvelle forme de patients chroniques dénommés « patients en refus » ou « jeunes hauts utilisateurs » (Bachrach, 1988; Geller, Fisher, McDermeit, *et al*, 1998). Certains ne se sentent pas malades et refusent les soins; d'autres sont trop désorganisés ou perturbés pour maintenir cette continuité; d'autres encore sont perdus dans la complexité et le morcellement des interventions. Ces personnes évoluent alors de crise en crise et font des hospitalisations répétées, avec pour conséquence des conflits familiaux, un épuisement de l'entourage, une perte d'emploi, de logement; elles présentent un risque accru de consommation de drogues, de comportements à risque ou de suicide. Cela constitue une charge accrue pour le réseau de soins. Dans ce contexte, les moments de transitions sont des moments clés.

1.4 Les moments de transitions

Les transitions sont définies comme les passages d'un intervenant à un autre à la faveur d'une crise ou d'une amélioration. Les transitions les plus importantes sont l'entrée et la sortie de l'hôpital, ainsi que les interventions de crise. Des études ont montré que la moitié à deux tiers des patients ne se rendent pas aux rendez-vous fixés après une hospitalisation (Boyer, McAlpine, Pottick, *et al*, 2000). Localement, une étude récente sur les premières hospitalisations en région

lausannoise pour une psychose débutante a montré que 50% des patients n'entrent pas en contact avec un suivi ambulatoire après la sortie (Bonsack, Pfister & Conus, 2002). Or les moyens permettant ce contact apparaissent comme potentiellement simples : une information au patient sur le diagnostic, des contacts directs avec les intervenants ambulatoires durant l'hospitalisation, et des projets pour une aide concrète après la sortie (Bonsack, Pfister & Conus, 2002; Boyer, McAlpine, Pottick, *et al*, 2000; Olfson, Mechanic, Boyer, *et al*, 1998).

1.5 De la collaboration entre les infirmières à domicile et les institutions psychiatriques à la collaboration dans l'ensemble du réseau

Forts de ce constat, et désireux de renforcer le suivi psychiatrique à domicile, les questions de collaboration ont d'abord été concentrées sur les liens entre les infirmiers à domicile des Centres Médico-Sociaux (CMS) et les institutions psychiatriques. Toutefois, comme cela ne touchait qu'un nombre très limité de situations, et que dans ces cas, d'autres intervenants comme la police, les généralistes, le GRAAP ou les services sociaux étaient fréquemment sollicités, les questions ont été élargies à l'ensemble du réseau socio-sanitaire.

1.6 Les objectifs de la recherche

Dans le cadre de sa filière psychiatrie communautaire, ARCOS a mis sur pied un groupe de travail « coopération en psychiatrie ». Le groupe est chargé de mettre en place un modèle de coopération entre partenaires et de proposer des recommandations visant à améliorer la collaboration entre partenaires, afin de favoriser le maintien dans la communauté des personnes atteintes d'un handicap psychique. Cette recherche-action est issue des activités de ce groupe et a été menée par une partie de ses membres, rejoints par des chercheurs spécialisés dans la thématique abordée et les méthodes de recherche utilisées. En effet, la nécessité de faire un constat commun basé sur les expériences de terrain est rapidement apparue, afin de permettre la rencontre entre les attentes des acteurs eux-mêmes et l'initiative du canton de créer des réseaux de soins (Grémy, 1997). Cette recherche vise à mettre en évidence les points de vue des différents acteurs du réseau de soins sur la coopération, les moyens mis en œuvre et les problèmes rencontrés, de façon à ce que les acteurs du réseau puissent s'approprier de la démarche, et faire remonter des constats issus du terrain. Des acteurs du réseau de soins ont donc été interrogés sur les problèmes des patients qui rendent difficile le maintien à domicile, sur la collaboration entre les intervenants et ses limites, ainsi que sur leur vision de l'avenir. Il s'agissait de partir de situations rencontrées sur le terrain pour évoquer ensuite les questions institutionnelles et les attentes en terme de politique de santé. La dernière partie du rapport (Discussion et perspectives) présente une série de perspectives concrètes, émanant des acteurs du terrain, qui visent à améliorer les transitions des patients et la collaboration entre partenaires du réseau.

2 Méthode

Notre étude doit permettre non seulement de conduire à la production de connaissances, mais également de fournir des indications en vue du déploiement d'un changement dans les limites mêmes du terrain d'enquête. En effet, elle a d'abord pour but de cerner comment la collaboration au sein du réseau lausannois de soins psychiatriques est perçue par les acteurs qui forment ce même réseau. Mais par ailleurs, elle vise aussi à dégager certains éléments susceptibles de permettre, notamment, à ARCOS - mandataire de l'étude - d'améliorer cette collaboration.

Compte tenu de la nature de ce double objectif, nous avons opté pour une stratégie d'observation conforme à celle utilisée pour la conduite d'une recherche action. En effet, ce type d'étude, qui voit le jour vers le milieu du vingtième siècle (Lewin, 1947) a pour but de produire des connaissances tout en contribuant à la réalisation d'un objectif pratique généralement compris en termes de changement (Kuhn, 1989).

Les données expressément produites pour atteindre les objectifs de la recherche touchent aux domaines des représentations développées par les acteurs impliqués dans le réseau de soins psychiatrique. Ces représentations, relatives à la collaboration de ces acteurs, ont été saisies au travers de deux techniques vivantes : entretiens individuels et entretiens collectifs (*focus groups*).

Convaincus que les représentations ne sont pas des contenus préexistants à l'acte de parole (d'Urung, 1974), nous avons porté l'attention sur les divers discours recueillis tout comme sur les conditions de production de ces discours (Boutet, 1994). Afin de restituer le plus fidèlement possible les sens des discours recueillis et pour répondre à la problématique de la recherche, la méthode d'analyse des données retenue est de type sémantique/thématique. Cette analyse se fonde sur l'adoption d'une grille développée par Parsons (Parsons, 1977).

2.1 Cadre conceptuel

Les travaux de Parsons (Parsons, 1977) et ceux de Bourdieu (Bourdieu, 1987; Bourdieu, 1992) constituent les deux sources principales pour l'élaboration du cadre théorique que nous avons adopté.

De Parsons, nous avons retenu la conception dynamique du cycle Valeurs–Processus–Interaction, conçus comme trois niveaux en rapport cyclique. Il est entendu par là que les valeurs (et normes) intégrées par les acteurs sociaux président à leurs fonctionnements (processus) individuels et collectifs. On tient également pour vrai que les interactions suscitées par ces processus sont de nature à modifier lesdites valeurs et normes. D'autre part, le cadre théorique parsonien nous fournit trois niveaux structurels des systèmes sociaux : Population–Institution–Individu (Sicotte, Champagne, Contandriopoulos, *et al*, 1998).

De Bourdieu nous avons retenu qu'aucune communauté, si réduite soit elle, n'évolue dans un vide social, mais apparaît toujours sous les traits d'une structure hiérarchisée qui s'apparente à ce que les théoriciens de la gravitation appellent un *champ*. Fondée sur cette notion de champ, la théorie du social formulée par Bourdieu interprète tout système social comme une organisation constituée de positions différentes, conférant aux acteurs des pouvoirs et contraintes inégaux. Ainsi, l'appartenance à un champ donné (réseau) détermine en partie ce que chacun est en droit de dire ou ordonner. Ce droit s'applique notamment aux interactions entre les membres du réseau et l'interlocuteur scientifique que nous sommes. Ceci constitue notre motivation première à garantir l'anonymat des personnes interrogées. Notre intérêt pour les phénomènes liés aux hiérarchies socioprofessionnelles s'appuie également sur la sociologie de Bourdieu.

2.2 Terrain d'enquête

Les interlocuteurs rencontrés dans le cadre de cette recherche sont issus des institutions membres du réseau ARCOS (Département universitaire de psychiatrie adulte, Établissements médico-sociaux, Centres médico-sociaux, médecins libre praticiens, Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique, etc.) ou sont impliqués à un stade ou à un autre dans le parcours des patients psychiatriques (patients et leurs proches, police, justice de paix, Centres sociaux régionaux). Ces acteurs couvrent un large spectre de professions : médecins généralistes et psychiatres, infirmiers, assistants sociaux, juges de paix, policiers, etc.

2.3 Production des données

Nous avons procédé en deux phases successives. La première consiste en 25 entretiens individuels semi-directifs (durée approximative : 1 heure) effectués auprès de divers membres du réseau de soins (cf. plus bas Echantillon) entre décembre 2001 et mars 2002. En premier lieu, les intervenants en question ont été sensibilisés par téléphone aux objectifs de notre recherche. Un bref questionnaire préalable nous permettant de cerner les populations suivies par chacun ainsi que ses partenaires de réseau a servi de point de départ aux entretiens semi-directifs. Une dizaine de questions ont été utilisées lors de la conduite de chaque entretien, questions abordant successivement les soins, la collaboration, les problèmes de collaboration et l'avenir souhaité pour celle-ci. Une phase pilote (5 entretiens) nous a permis de reformuler partiellement le protocole dont l'une des questions s'avérait inintelligible pour les personnes interviewées. Les 25 entretiens ont été enregistrés (audio) et retranscrits.

La seconde phase de production des données a pris la forme de *focus groups* (Morgan, 1997). Concrètement, six groupes de discussions ont été amenés à prendre position au sujet des thèmes dégagés lors des entretiens initiaux. Les quatre thèmes en question étaient : les caractéristiques des patients dont le maintien à domicile est difficile, la collaboration entre institutions, la gestion des situations de crise, et ce que chacun attend des autorités de santé publique. Quatre des groupes de discussion réunissaient des populations homogènes en termes institutionnels (patients et proches, lieux de vie, médecins, DUPA) ; les deux groupes restants rassemblaient des partenaires d'horizons institutionnels divers (acteurs de terrain, responsables institutionnels).

2.4 Echantillon 1 : participants aux entretiens individuels

- 6 membres du DUPA : 2 médecins, 2 assistants sociaux, 2 infirmiers
- 5 intervenants de CMS : 1 responsable de centre, 4 infirmières en psychiatrie
- 3 membres du GRAAP : directrice, assistant social, intervenante
- 2 médecins généralistes installés
- 2 psychiatres installés
- 2 assistants sociaux communaux
- 2 infirmières en psychiatrie travaillant en EMS
- 2 policiers
- 1 juge de Paix

2.5 Echantillon 2 : participants aux Focus Groups

Focus group 1 : Patients et proches

- 3 patients
- 4 proches de patients
- 2 intervenants du GRAAP

Focus group 2 : Lieux de vie

- 2 intervenants du BOUM-BRIO
- 4 intervenants de CMS
- 2 intervenants d'EMS

Focus group 3 : Médecins libres praticiens

- 2 médecins généralistes
- 4 psychiatres

Focus group 4 : DUPA

- 3 assistants sociaux
- 4 infirmiers
- 3 médecins

Focus group 5 : Groupe de référence ARCOS

- 1 directeur de CSR
- 2 intervenants de CMS
- 2 intervenants du GRAAP
- 1 intervenant du BOUM-BRIO
- 1 psychiatre
- 1 médecin généraliste
- 1 intervenant de foyer
- 1 intervenant d'un centre de traitement des dépendances

Focus group 6 : Responsables institutionnels

- 3 membres de la direction de projet ARCOS
- 1 responsable du GRAAP
- 1 responsable de Pro Infirmis Vaud
- 1 responsable des Hospices Cantonaux (psychiatrie centre)
- 1 responsable du Service de la santé publique

2.6 Traitement des données produites en phase 1

Les données transcrites ont fait l'objet d'une analyse de contenu consistant à regrouper les propos en fonction des thèmes abordés et à restituer les opinions exprimées sur chacun des thèmes en question.

52 thèmes ont été identifiés et organisés selon les niveaux d'analyse développés par Parsons (voir ci-dessous). D'autre part, deux thèmes transversaux ont été pris en compte pour l'analyse de contenu des entretiens individuels: la *communication* et l'*avenir du réseau*.

2.6.1 Grille de Parsons et thèmes

	<i>Valeurs et normes</i>	<i>Processus</i>	<i>Interactions avec l'environnement</i>
<i>Population</i>	1.1 - Intégration pop. 1.2 - Loi 1.3 - Population cible	2.1 - Lieux de vie 2.2 - Population effective 2.3 - Ressources	3.1 - Action politique 3.2 - Influence 3.3 - Opinion publique
<i>Institution</i>	4.1 - Complémentarité 4.2 - Expérience 4.3 - Finances 4.4 - Humanité 4.5 - Mission 4.6 - Savoirs 4.7 - Solidarité 4.8 - Souplesse et rigidité	5.1 - Crise 5.2 - Contrainte 5.3 - Formation continue 5.4 - Hiérarchie interne 5.5 - Intervention 5.6 - Limites inst. 5.7 - Prévention 5.8 - Suivi dans le milieu	6.1 - Collaboration inst. 6.2 - Recherche ARCOS 6.3 - Contacts 6.4 - Formation 6.5 - Hiérarchie 6.6 - Info 6.7 - Limites du réseau 6.8 - Partenariat 6.9 - Réseau 6.10 - Soutien 6.11 - Stages 6.12 - Questionnaire préalable
<i>Individu</i>	7.1 - Autonomie 7.2 - Intégration 7.3 - Liberté 7.4 - Qualité de vie 7.5 - Rapp. au courant dom. 7.6 - Valeurs personnelles	8.1 - Conscience 8.2 - Limites personnelles 8.3 - Maintien à domicile 8.4 - Occupation 8.5 - Problème 8.6 - Spécificités pers.	9.1 - Liens 9.2 - Marginalisation 9.3 - Monde du travail

Définitions des notions de Parsons appliquées à notre étude :

VALEURS ET NORMES : L'ensemble de règles et de valeurs qui régissent le système social ou l'individu. L'encadrement culturel et éthique qui régit les actions.

PROCESSUS : La réalisation des activités et la manière dont les actions sont réalisées.

INTERACTIONS AVEC L'ENVIRONNEMENT : Les interactions avec l'environnement à partir des actions réalisées.

POPULATION : L'énoncé porte sur les règles générales, loi, opinion publique, politique de soins, santé publique

INSTITUTION : Dans notre cas, l'institution peut être le département de psychiatrie, la police, le GRAAP, le CMS, etc.

INDIVIDU : Il peut s'agir des usagers, de l'enquêté, des proches ou même des professionnels pris à titre individuel

2.6.2 Définitions des thèmes

- 1.1 INTEGRATION POP : L'intégration en tant que valeur pour la population.
- 1.2 LOI : Les dispositions légales, les règles établies pour l'ensemble de la population.
- 1.3 POPULATION CIBLE : Lorsque les interlocuteurs délimitent une *population cible* pour les interventions.
- 2.1 LIEUX DE VIE : Pour population de patients.
- 2.2 POPULATION EFFECTIVE : Relatif à la population suivie, qui peut ne pas être exactement la population ciblée.
- 2.3 RESSOURCES : Comment se passe le processus de répartition des ressources (de santé publique) par les autorités politiques (en général entre les institutions, mais aussi pour certains projets, problèmes et populations cibles).
- 3.1 ACTION POLITIQUE : L'action politique entreprise par l'interviewé.
- 3.2 INFLUENCE : Interagir pour influencer les décisions politiques, lobbying.
- 3.3 OPINION PUBLIQUE : Comment réagit la population à certains problèmes.
- 4.1 COMPLEMENTARITÉ : Ce que les autres font que l'on ne fait pas et réciproquement, comme les pièces d'un puzzle s'ajustent, comme valeur.
- 4.2 EXPERIENCE : Valorisation de la connaissance empirique.
- 4.3 FINANCES : Questions de rémunération, de finances, reconnaissance de certaines prestations
- 4.4 HUMANITÉ : Tenir compte de l'humain, mettre en avant l'humanité derrière la technicité d'une intervention, faire valoir les qualités de cœur comme valeur fondamentale.
- 4.5 MISSION : Définition du rôle d'une institution, de son champ d'intervention, de sa (ses) mission(s).
- 4.6 SAVOIRS : Les savoirs comme valeur. Le savoir-faire, le professionnalisme, qui s'oppose au bénévolat, et contraste avec L'HUMANITE, où la valeur de savoir être est au premier plan.
- 4.7 SOLIDARITE : La solidarité comme valeur, à quelque niveau que ce soit.
- 4.8 SOUPLESSE & RIGIDITE : Latitudes et contraintes internes à l'institution en question (valorisées ou non).
- 5.1 CRISE : Quels sont les moyens pour gérer la crise.
- 5.2 CONTRAINTE : Obligation de soins, ou mesures visant à contraindre la personne à se soumettre à une intervention.
- 5.3 FORMATION CONTINUE : Destiné aux professionnels, ce type d'enseignement s'adresse aux membres d'une seule institution, contrairement à FORMATION.
- 5.4 HIERARCHIE INTERNE : Evocation de la hiérarchie interne à l'institution.
- 5.5 INTERVENTION : L'interlocuteur décrit une manière d'intervenir dans une situation donnée. En général, un processus considère comme habituel. Lorsque c'est inhabituel, l'interlocuteur aura plus tendance à l'évoquer comme une limite, ou comme l'occasion d'une interaction avec l'environnement.
- 5.6 LIMITES INSTITUTIONNELLES : Lorsque l'interlocuteur énonce une limite dans les interventions d'une institution.

- 5.7 PREVENTION : Action visant à anticiper, voire empêcher le déroulement d'une action néfaste, ou une crise.
- 5.8 SUIVI DANS LE MILIEU : Interventions dans le milieu de vie de la personne.
- 6.1 COLLABORATION INSTITUTIONNELLE : Collaboration pour des interventions directes auprès de clients ou de patients.
- 6.2 RECHERCHE ARCOS : Commentaires à propos des recherches conduites dans le cadre d'ARCOS.
- 6.3 CONTACTS : Rencontres (entre professionnels) qui ne sont pas directement centrées sur les soins ou la formation ; faire connaissance.
- 6.4 FORMATION : Interactions sous la forme de formation.
- 6.5 HIERARCHIE : Evocation de la hiérarchie entre institutions et intervenants.
- 6.6 INFO : Interaction sous la forme d'échange d'information.
- 6.7 LIMITES DU RÉSEAU : Lorsque les limites ne concernent plus les institutions elles-mêmes, mais leurs interactions dans un ensemble.
- 6.8 PARTENARIAT : Interactions entre institutions basées sur le respect et la connaissance d'autrui (ou la volonté de le faire).
- 6.9 RÉSEAU : Capacité à coordonner les interactions de plusieurs interventions au sein d'un réseau.
- 6.10 SOUTIEN : Supervision, conseils donnés aux membres du service concerné pour les aider à réaliser leur mission.
- 6.11 STAGES : Rencontres sous formes de stages, organisés par ARCOS ou non.
- 6.12 QUESTIONNAIRE PRÉALABLE : Commentaires et explications à propos du questionnaire préalable.
- 7.1 AUTONOMIE : La capacité à réaliser seul certaines actions.
- 7.2 INTEGRATION : L'intégration comme valeur à défendre et à promouvoir.
- 7.3 LIBERTE : La capacité à décider seul, sans contrainte externe, la liberté de choix comme valeur prônée ou comme réalité constatée.
- 7.4 QUALITÉ DE VIE : La qualité de vie, la capacité à avoir du plaisir, à être satisfait de son sort, à se sentir bien comme valeur.
- 7.5 RAPPORT AU COURANT DOMINANT : Point de vue de l'interviewé sur ce qu'il perçoit comme politique globale en matière de santé ou autre.
- 7.6 VALEURS PERSONNELLES : Valeurs revendiquées par l'interviewé à titre personnel.
- 8.1 CONSCIENCE: Prise de conscience. Le processus de prise de conscience des difficultés.
- 8.2 LIMITES PERSONNELLES : Sous-entendu : dans la même situation, d'autres personnes que celle évoquée appartenant à la même institution qu'elle pourraient le faire.
- 8.3 MAINTIEN A DOMICILE : Au niveau de l'individu maintenu à domicile.
- 8.4 OCCUPATION : Au niveau du patient ; activités (cadrées ou non).
- 8.5 PROBLÈME : La définition des problèmes des usagers.
- 8.6 SPÉCIFICITÉS PERSONNELLES : L'interviewé décrit un aspect de son travail en soulignant que cet aspect ne se retrouve peut-être pas chez ses collègues. Si l'aspect en question est une limite, on classe la proposition ci-dessus, dans / LIPE /.

- | |
|---|
| <p>9.1 LIENS : Au contraire de la marginalisation, tout ce qui rattache la personne à son environnement, qui permet le maintien ou le développement d'interactions.</p> <p>9.2 MARGINALISATION : Perturbations des interactions du patient avec son environnement qui aboutissent à un isolement social progressif, voire à un rejet.</p> <p>9.3 MONDE DU TRAVAIL : Au niveau du patient : réinsertion professionnelle, impact de la maladie sur l'activité professionnelle, etc.</p> |
|---|

2.7 Traitement des données produites en phase 2

Les données produites en phase 2 ont fait l'objet d'une transcription écrite, et sont restituées dans le présent rapport sous forme de compte-rendu. Si les données produites par Focus Groups ont fait l'objet d'une analyse de contenu visant à enrichir l'interprétation des données produites en phase 1, elles ont d'abord eu pour fonction de remplir la dimension Action de notre recherche. Ainsi, les FG ont permis la mise en dialogue de partenaires qui collaborent et ne se connaissent souvent que par dossiers interposés.

3 Entretiens individuels

3.1 Procédure d'analyse

Outre les propositions regroupées par thèmes (Tableau 1), deux thèmes transversaux ont été pris en compte pour l'analyse de contenu des entretiens individuels: la communication et l'avenir du réseau.

Les résultats sont présentés ici sous forme de synthèses qui ont été élaborées de manière à rapporter les propositions des interlocuteurs aussi fidèlement que possible ; ils reflètent l'avis des personnes interrogées et non celui des auteurs du rapport.

Tableau 1 - Nombre de propositions par thème :

	<i>Valeurs et normes</i>	<i>Processus</i>	<i>Interactions avec l'environnement</i>
<i>Pop.</i>	1.1 - <i>Intégration pop.</i> 2 1.2 - <i>Loi</i> 5 1.3 - <i>Population cible</i> 4	2.1 - <i>Liens de vie</i> 7 2.2 - <i>Population effective</i> 47 2.3 - <i>Ressources</i> 14	3.1 - <i>Action politique</i> 3 3.2 - <i>Influence</i> 1 3.3 - <i>Opinion publique</i> 2
<i>Inst.</i>	4.1 - Complémentarité 8 4.2 - Expérience 2 4.3 - Finances 7 4.4 - Humanité 9 4.5 - Mission 44 4.6 - Savoirs 5 4.7 - Solidarité 1 4.8 - Souplesse et rigidité 6	5.1 - <u>Crise</u> 11 5.2 - <u>Contrainte</u> 12 5.3 - <i>Formation continue</i> 10 5.4 - <u>Hiérarchie interne</u> 26 5.5 - <i>Intervention</i> 137 5.6 - <i>Limites inst.</i> 164 5.7 - <i>Prévention</i> 7 5.8 - <u>Suivi dans le milieu</u> 40	6.1 - <u>Collaboration inst.</u> 271 6.2 - <i>Recherche ARCOS</i> 6 6.3 - <i>Contacts</i> 23 6.4 - <i>Formation</i> 10 6.5 - <u>Hiérarchie</u> 19 6.6 - <i>Info</i> 62 6.7 - <i>Limites du réseau</i> 121 6.8 - <i>Partenariat</i> 18 6.9 - <i>Réseau</i> 155 6.10 - <i>Soutien</i> 14 6.11 - <u>Stages</u> 20 6.12 - <i>Questionnaire préalable</i> 7
<i>Ind.</i>	7.1 - <i>Autonomie</i> 17 7.2 - <i>Intégration</i> 7 7.3 - <i>Liberté</i> 6 7.4 - <i>Qualité de vie</i> 2 7.5 - <i>Rapp. au cour. dom.</i> 10 7.6 - <i>Valeurs personnelles</i> 4	8.1 - <i>Conscience</i> 2 8.2 - <i>Limites personnelles</i> 6 8.3 - <i>Maintien à domicile</i> 6 8.4 - <i>Occupation</i> 3 8.5 - <i>Problème</i> 66 8.6 - <i>Spécificités pers.</i> 22	9.1 - <i>Liens</i> 9 9.2 - <i>Marginalisation</i> 9 9.3 - <i>Monde du travail :</i> 10

3.1.1 Synthèses par thèmes de la grille

Au vu du nombre restreint de propositions relatives aux niveaux Population et Individus (cases n° 1, 2, 3, 7, 8 et 9 du tableau, marquées *en italique*), ces plans d'analyse ont fait l'objet de résumés globaux. Au niveau Institution, les propositions rattachées au plan des Valeurs et normes (case n° 4 du tableau, marquée **en gras**) ont été traitées ensemble. Des cases n° 5 et 6 (cf. numérotation des thèmes), nous ne présentons ici que les thèmes que nous avons jugés les plus importants relativement à la problématique traitée. Le nombre très élevé de propositions contenues dans ces cases est de nature à empêcher un traitement exhaustif en profondeur. Aussi, après avoir confronté nos lectures du corpus dans son ensemble, nous avons choisi d'analyser en détail les discours traitant de la Hiérarchie, du Suivi dans le milieu, de la Contrainte, des Collaborations institutionnelles, des Stages et de la Crise (thèmes soulignés dans le tableau ci-dessus); ces analyses sont restituées sous les points 3.5 à 3.10 du présent rapport.

3.1.2 Synthèses des thèmes transversaux

La classification des propositions en fonction de leur *Perspective temporelle* (passé, présent, futur) a donné lieu à une analyse des aspirations pour le futur exprimées par les enquêtés.

Les résultats de l'analyse appliquée au thème de la *Communication* sont présentés ici en deux parties: (1) ce que la recherche nous révèle de chaque service étudié dans son rapport à la communication, (2) ce que les uns disent de la communication avec les autres, et réciproquement (confrontation des commentaires).

3.2 Synthèse niveau population

3.2.1 La population suivie

La population suivie est décrite comme présentant l'ensemble de la pathologie psychiatrique. Selon la fonction des interlocuteurs, un aspect plus qu'un autre est mis en évidence. Pour les médecins et infirmiers de l'hôpital, leur travail s'articule autour de la guérison ou de la stabilisation de la maladie (de la psychose à la dépression en passant par les troubles du comportement). Les personnes qui interviennent ambulatoirement ou à domicile ou qui font le lien entre l'hôpital et le domicile, mettent plus l'accent sur l'intégration sociale, qu'elles soient médecins, assistantes sociales, infirmières ou membres d'association de patients, voire de la police ou de la justice de Paix.

Une partie de la population suivie à domicile ou ambulatoirement pose peu de problème, se déplace ponctuellement en consultations, a besoin d'aide pratique pour le ménage ou pour gérer l'aspect administratif et financier. Comme le souligne un policier:

Il y a même des personnes qui se présentent spontanément à l'hôpital psychiatrique.

Les intervenants de toute provenance éprouvent par contre des difficultés à suivre des personnes peu collaborantes, qui refusent les traitements et qui sont très isolées socialement et dans une situation de précarité économique. L'isolement et la mauvaise intégration provoquent le suivi de plusieurs personnes.

3.2.2 La mission

Certains interlocuteurs estiment que les personnes présentant des problèmes psychiatriques sont discriminées:

Dans la loi, il y a une sorte de ghetto des maladies psychiques.

[...] rêver comme ça d'une société plus soutenance pour les individus.

L'argent est plus facilement attribué à la répression qu'à la prévention.

[...] des gens qui se sont fait exclure des autres endroits.

D'autres voient justement leur mission dans un but d'insertion:

[...] aider les personnes à s'intégrer dans un lieu de vie qui leur convienne.

Le but est de réussir à faire adhérer la personne à son traitement dans une optique d'intégration.

D'autres encore pensent aussi à la population en général:

Il y avait ceux qui disaient " laissez les tranquilles!" et d'autres qui disaient "c'est pas propre !"

La police est appelée par une autre personne qui constate un danger ou qui est menacée par cette personne qui ne se contrôle plus psychologiquement.

Dans les cas extrêmement graves où il y a menace pour la vie et la sécurité de la personne ou d'autrui, cette personne pourra être placée dans un EMS psychiatrique fermé.

3.2.3 Les manques

Pour la plupart des intervenants à domicile, l'hospitalisation est difficile à obtenir que ce soit pour un type de population (handicapés mentaux, drogués), ou dans la crise :

Dans les situations de crise, arriver à ce que l'hospitalisation se fasse rapidement, il y a des obstacles [...]

Il faudrait une politique particulière pour ces gens qui font des allers et retour.

Divers maillons manquants de la chaîne de soins sont relevés: des structures à bas seuil, un accueil psychiatrique de jour, un psychiatre de garde, et la prise en charge de la psychiatrie adulte par les CMS de la région lausannoise.

3.2.4 Les moyens

Dans l'ensemble, les moyens existants sont considérés comme bons. Les solutions sont à trouver dans la chaîne de soins, dans l'orientation, dans les ressources des associations et fondations privées, il s'agit de "mettre en évidence ce qui se fait dans les réseaux de soins". D'ailleurs le GRAAP rêve d'une structure de vie communautaire :

l'utopie, c'est de pouvoir recréer des cellules-tribus, qui est plus rassurant, qui est le milieu le plus chaleureux qui permet aux personnes de maintenir leur autonomie

Une personne manifeste sa crainte que les moyens soient mal répartis :

Dans ARCOS, il y a un paquet d'argent, il y en aura qui seront mieux servis que d'autres, c'est clair.

Les CMS se disent actuellement limités pour répondre aux demandes de psychiatrie adulte qui augmentent sans qu'ils aient la possibilité d'engager du personnel pour y faire face.

3.3 Synthèse niveau Individu

Dans l'ensemble, les répondants à titre individuel semblent plutôt satisfaits de leur travail et des moyens qu'ils ont à disposition. Plusieurs répondants estiment que le dispositif des soins est riche et que les moyens sont suffisants voir abondants. Toutefois, ils pensent que ces moyens pourraient être mieux utilisés :

mon sentiment en tant qu'étranger, c'est que Lausanne est extrêmement riche. Il y a un dispositif incroyable, de tout ordre, alors je me dis, avec cette richesse là, il y a bien moyen d'en faire quelque chose

En revanche, deux propositions émanant de l'hospitalier se plaignent de l'ouverture de l'hôpital psychiatrique qui laisse sortir les gens en détresse, qui refusent les soins ou qui sont placés contre leur gré car il n'y a plus les moyens structurels de les retenir. A l'inverse, bien que la difficulté de suivre des patients peu collaborants soit souvent évoquée, il n'y a pas de reproche direct à l'ouverture de l'hôpital psychiatrique de la part des intervenants qui travaillent dans la communauté.

De façon générale, les personnes évoquent que les soins ambulatoires conduisent à une grande liberté, soit les professionnels peuvent refuser une prise en charge parce qu'elle les dépasse, soit les patients peuvent refuser les soins. Ceci ne semble pas poser de problème tant que le minimum vital est assuré ou que la personne ne court pas de risque.

Quand on a atteint nos limites, une fois que le minimum est assuré, au-delà il faut admettre qu'on ne peut pas faire plus.

La plupart des répondants énoncent explicitement que le but de leurs interventions est l'autonomie :

Que la personne ait besoin de mon aide de façon moins importante - Ah c'est le but!

L'idée c'est pas qu'on soit tout le temps derrière, on va vers le plus d'autonomie possible.

L'objectif c'est que les gens soient autonomes et indépendants et retrouvent leur façon de faire.

Des propositions spécifiques suggèrent de transformer des interventions habituellement perçues comme très prosthétiques comme l'aide au ménage ou la tutelle en intervention d'apprentissage. Par exemple, en formant les patients à faire leur ménage ou en leur apprenant à gérer leur budget et affaires administratives.

La marginalisation des patients psychiatriques reste un problème important :

Ils se trouvent seuls, ils n'ont pas de liens, ils ne savent pas très bien comment s'y prendre pour avoir des amis, pour rencontrer des gens.

Il y a les gens qui sont en dehors de la réalité, qui ne sont pas gardés à Cery. On les voit délirer en ville ou dans leur famille. Les familles sont fatiguées et les excluent [...]

Les liens sociaux sont à recréer[...]

Par rapport à l'intégration, les interviewés suggèrent de développer des stratégies qui augmentent la solidarité et l'entraide. Ils proposent de mieux informer le public, que cela soit la famille, le voisinage, le quartier ou la société sur les troubles psychiatriques comme on le fait par exemple pour la mucoviscidose, de soutenir les réseaux naturels ou le bénévolat. Les répondants se plaignent également du manque de structure pour la réadaptation professionnelle. Selon leur expérience, l'Assurance invalidité (AI) ne propose pas de structure pour la réinsertion dans le travail. Ils doivent développer leurs propres filières. Les personnes interrogées suggèrent de créer des emplois transitionnels avec le monde compétitif du travail. Les interviewés demandent à être plus au clair sur les services sociaux et l'aide financière qui leur paraissent particulièrement complexes.

En ce qui concerne les problèmes rencontrés, comme on pouvait s'y attendre, les intervenants sociaux sont plus centrés sur les problèmes de précarité et les soignants sur les problèmes de santé. Cela est presque caricatural, au point de se demander si les différents partenaires suivent les mêmes patients.

Les répondants estiment que les problèmes de patients délirants ou montrant des troubles du comportement compliquent le maintien à domicile, car cela nécessite une grande disponibilité

pour les crises. Egalement, ces patients présentent des problèmes pour le voisinage ou les services administratifs.

Le problème le plus fréquemment évoqué est celui posé par les patients qui refusent de prendre leur traitement, qui sont peu collaborants essentiellement parce qu'ils sont délirants ou hallucinés.

Pour les patients psychiatriques à domicile, c'est important que la médication soit prise. Il y a souvent un déni, un refus.

Il y a ceux qui disent que tout le monde est fou sauf eux.

C'est quelqu'un qui fluctue beaucoup, c'est un psychotique délirant halluciné, qui arrête systématiquement ses médicaments pour faire des tests, donc qui est vite agressif et menaçant.

Les problèmes de négligence dans l'entretien du logement, des effets personnels, de l'hygiène personnelle et des affaires administratives sont également très souvent évoqués. Ils conduisent souvent au rejet et à l'exclusion, ce qui aggrave la problématique de départ.

La maladie influe sur le social mais le social influe aussi sur l'état de la personne...

La comorbidité avec les abus de substances (drogues ou alcool) est également fréquemment évoquée comme une problématique lourde qui vient compliquer le suivi à domicile des troubles psychiques et la précarité sociale. Finalement les déficits d'habiletés sociales et de communication posent des problèmes importants de socialisation.

Les décompensations aiguës psychotiques avec perte du contrôle ou dépressives avec idéation suicidaire sont également évoquées comme posant des problèmes par les différents partenaires du réseau qu'ils soient médecins, soignants ou policiers. Le problème est accentué surtout lorsque ces personnes sont à la limite de l'hospitalisation ou de la dénonciation à la Justice de Paix. La difficulté d'obtenir l'intervention des spécialistes est surtout évoquée par les personnes qui travaillent seules. Une infirmière de CMS se plaint de ne pas avoir pu obtenir l'intervention d'un psychiatre pour une mère décompensée qui battait son fils. Un médecin se plaint que les services sociaux demandent que les patients fassent eux-mêmes la démarche de les appeler alors que c'est visiblement hors de leur portée.

Les réponses à la question abordant les problèmes rencontrés sur le terrain révèlent que les personnes interviewées se sentent dépassées par les problèmes évoqués et ne voient pas de solution.

3.4 Synthèse valeurs et normes des institutions

3.4.1 Réponse aux besoins

Les institutions ou praticiens indépendants ont chacun leur façon de répondre aux besoins de la population, en lien avec leur position dans le réseau de soins, mais aussi avec leurs valeurs. Par rapport aux personnes souffrant de troubles psychiques, ils oscillent entre privilégier l'autonomie de la personne et le respect de la liberté individuelle et lui apporter une protection et la sécurité pour elle-même et pour les autres.

L'accent sur l'autonomie est mis en évidence surtout par les intervenants qui voient les malades dans leur lieu de vie :

C'est quand même le client qui décide de ce qu'il veut et nous qui nous adaptons et moi j'aime beaucoup travailler dans cet esprit d'humilité.

[...] qu'il puisse trouver une réponse à son besoin d'aide et qu'il puisse à son tour être un maillon de cette chaîne de solidarité et d'entraide.

L'idée c'est pas qu'on soit tout le temps derrière.

L'aspect protection et sécurité est plus relevé par l'hôpital, la justice de Paix et la police:

[...] il y a trop de souffrance, la personne est clairement encore décompensée [...]

Le juge de paix n'a pas à devenir un partenaire social, il est quand même là pour poser un cadre.

[...] la police qui a comme rôle la sécurité d'autrui... c'est prioritaire sur la discussion.

Mais les médecins installés et les CMS souhaitent une structure d'appui:

[...] un endroit, quand moi je suis dépassé, ben je peux y adresser les gens.

3.4.2 Coopération

Dans certaines situations difficiles, la coordination est nécessaire et la collaboration s'impose déjà entre les partenaires, mais elle est plutôt bipartite qu'avec l'ensemble du réseau et des incompréhensions subsistent :

C'est difficile à comprendre qu'on soit extérieur on a un autre rôle, on a une autre position

[...] d'avoir les regards de la personne qui voit le patient dans son entretien une demi-heure, et puis le regard de qu'est-ce que nous on constate à domicile [...]

Une sensibilité existe dans plusieurs institutions pour coordonner les actions et améliorer la collaboration dans le futur :

Le partage des responsabilités va être indispensable... il s'agit pas de garder le bon boulot... on laisse le ménage [...]

Les transitions vont dans les deux sens :

[...] pouvoir faire hospitaliser des situations lourdes et trouver une structure utile aux patients à la sortie en fonction des problèmes relevés.

Plusieurs partenaires parlent de la souplesse et de la marge de manœuvre dont ils bénéficient :

Quand on s'occupe d'une situation on a vraiment les coudées franches.

La seule possibilité c'est les gens qui les suivent en ambulatoire, qui sont disponibles pour intervenir dans ces moments-là, ils ont la possibilité de téléphoner, à nous d'élaborer des stratégies.

Le code nous laisse une latitude importante d'appréciations assez larges même dans le cadre légal.

Cette souplesse doit être développée dans le réseau:

[...] développer une collaboration avant l'hospitalisation, d'instaurer une souplesse, afin de maintenir les gens dans leur lieu de vie.

[...] faire les choses à un certain moment et d'une certaine façon et après il y a les autres qui ont d'autres idées [...]

3.4.3 Ressources

Comme le fait remarquer un interlocuteur :

[...] des moyens financiers, je crois que c'est quand même en gros... le nerf de la guerre.

Les ressources manquent pour se réunir et pour améliorer les réponses au plan social :

[...] l'important serait de faire valoir au niveau politique un travail hors présence du patient, un travail de réseau. Une autre idée serait d'instaurer un système de dédommagement sur le modèle du système de la garde [...]

[...] ça pour moi c'est un frein à ce genre de travail, nos interventions ne devraient pas être facturées [...]

L'expérience est peu mise en avant; par contre, plusieurs intervenants insistent sur le fait qu'à côté d'actes techniques ou pratiques, ils touchent au côté humain "avec des forces importantes comme l'entraide, comme la solidarité".

La formation est une reconnaissance socialement valorisée qui peut être mise en avant face à des personnes qui n'en ont pas:

Les infirmières et assistants sociaux ont de la peine à supporter qu'on fasse le même boulot qu'eux quelque part et sans leur diplôme.

Quelqu'un qui a une formation... c'est certainement quelque chose qui favoriserait le travail ultérieur[...]

Les généralistes se considèrent (ou sont considérés) comme peu compétents en matière psychiatrique.

3.5 Les hiérarchies

3.5.1 Hiérarchie interne

L'analyse révèle la présence dans les entretiens de 26 propositions relatives à la notion de hiérarchie interne émanant d'un peu moins de la moitié des membres de l'échantillon (n=12). 8 d'entre eux sont issus du monde infirmier et de celui de l'assistance sociale, 3 sont des membres du corps médical, alors qu'on ne note la présence que d'un seul élément du GRAAP.

La majorité des propositions (n=14) sont jugées négatives, alors que sept d'entre elles offrent une dimension positive. Ces dernières sont généralement le fruit des médecins, lesquels, quand ils ne minimisent pas les effets d'une hiérarchie interne, reconnaissent le privilège de la place qu'ils occupent et des avantages, en termes de marche de manœuvre que celle-ci leur procure. C'est du moins ce qu'illustrent les deux verbatims suivants tirés d'entretiens avec des médecins :

[...] Hiérarchie, Je ne vois pas. [...] au sein de l'équipe ? à l'interne ? C'est peut-être un peu prétentieux, mais je dirais que non.

[...] c'est peut-être aussi le privilège d'être chef de clinique [...] des fois ça aide parce qu'on est écouté, on a quand même un certain poids qu'on arrive à utiliser, je dis jamais ça comme ça mais je pense que ça joue quand même un rôle.

Les propositions jugées négatives insistent sur la lourdeur qu'une hiérarchie institutionnelle exerce sur le travail, sur la répartition inégale du savoir qu'elle peut introduire et sur une division délétère entre collaborateurs. Plusieurs enquêtés, généralement issus du monde infirmier,

dénoncent une telle division qui sépare, d'un côté, les membres d'un personnel d'encadrement appelés à trancher à propos de situations qu'ils ne connaissent que relayées et, de l'autre, les membres d'un personnel de terrain qui, par manque de possibilités de recul, apparaissent comme de simples exécutants sans voix au chapitre. A preuve, l'extrait de citation suivant :

Je dirais quelque part il y a des chefs qui ont le temps de négocier des choses et nous sur le terrain, on a très peu de temps. On est tout le temps collé à la pratique. On aimerait pouvoir dire aussi ce qu'on pense d'une certaine réorganisation, en même temps on le réclame pis en même temps quand il y a des commissions, on n'a pas le temps d'y aller. Ceux qui sont sur la pratique, je trouve que c'est souvent ceux qui sont le plus au courant de la situation mais c'est pas ceux-là qui ont leur mot à dire dans des commissions et des choses comme ça.

Il est à noter des propos émanant d'assistants sociaux qui dénoncent les effets nuisibles d'une absence de hiérarchie au sein de leur corps, insistant entre autres choses sur des éléments comme la souffrance et la démotivation de certains d'entre eux. Les deux verbatims donnés ci-après vont visiblement dans ce sens :

[...] comme il n'y a pas vraiment de hiérarchie pour les assistants sociaux, ça doit sûrement jouer un rôle parce qu'en fait on n'a pas - pendant de nombreuses années - pas vraiment eu de vrai représentant de notre travail et on a pas eu le temps de développer des stratégies ou de développer des, comment dire, ben toutes sortes de documents, sur ce qu'on fait.

[...] il y a pas mal d'assistants sociaux qui ont été démotivés par ça aussi, qui se sentaient donc plus du tout inclus dans l'institution, sans vraiment poids, sans être entendus, mais je pense qu'il y a eu des souffrances là avec ça, du burn-out et..., parce qu'il faut mettre ça en lien avec aussi une surcharge de travail, donc si en plus vous ne vous sentez pas soutenus et coachés par quelqu'un qui a un peu de punch, ben je crois que ça démotive assez vite les équipes.

Enfin, il faut signaler quelques propositions jugées neutres (n=5) et dont le contenu se limite à la description de la hiérarchie en place dans les diverses institutions au sein desquelles travaillent leurs auteurs.

3.5.2 Hiérarchie externe

14 membres de l'échantillon se partagent les 19 propositions recensées et abordant la question d'une hiérarchie entre institutions. Le tiers d'entre elles sont le fait d'éléments du corps médical, le solde étant produit par le corps para-sanitaire.

Seules trois propositions sont jugées positives. Elles émanent exclusivement de médecins. Leur contenu insiste sur la confraternité professionnelle, sur l'absence de difficultés rencontrées et sur l'importance d'une répartition claire des rôles. On peut illustrer pareil contenu au travers des citations qui suivent :

En fait, quand je m'adresse à une collègue par exemple, c'est très confraternel parce que les médecins entre eux ils sont très confraternels.

[...] on est à l'horizontalité, chacun sait très bien..., connaît très bien l'activité de l'autre, il sait très bien ce que l'autre peut donner ou pas

[...] je lance un coup de fil, oui enfin il y a aussi une espèce de réassurance indirecte de l'équipe s'ils savent qu'on est atteignable. Ils peuvent laisser un message et puis qui savent que je rappelle, non je trouve plutôt... Au contraire en fait, c'est plutôt rassurant quand chacun reste dans son rôle,

Quatre des cinq propositions jugées négatives émanent d'assistants sociaux qui insistent sur l'arrogance de certains membres du réseau et sur les problèmes d'affirmation que cela engendre

chez eux. Un élément important à relever tient dans le fait qu'on insiste davantage sur l'aspect individuel que sur celui de la position. C'est du moins ce que donne à penser la lecture de l'extrait d'entretien donné ci-dessous :

Bon ça existe dans tous les milieux, la prise du pouvoir du réseau, la prise du pouvoir de la personne hein, ça c'est... ça c'est vraiment très individuel, je ne veux pas généraliser parce que c'est vrai que ça c'est vraiment heu... un trait de certaines personnes, c'est pas... c'est pas une généralité.

En outre certains éléments du corps infirmier formulent au sujet du GRAAP des reproches *ad nomen* exprimés en termes de compétence plus ou moins limitée, voire d'abus de pouvoir.

Les propositions jugées neutres, qui représentent la majorité des propositions (n=11) se limitent généralement à souligner la présence d'une certaine hiérarchie sans incidence négative sur le travail en réseau. Là aussi, la dimension individuelle semble primer la position hiérarchique.

3.6 Suivi dans le milieu

Parmi les 40 propositions relatives au suivi dans le milieu, 2 seulement en soulignent un aspect négatif. Que ce soit par des professionnels de psychiatrie, des CMS ou des bénévoles, le suivi dans le milieu est vu comme un développement important pour le traitement des troubles psychiatriques. De ce suivi, les personnes interrogées attendent beaucoup de flexibilité, de disponibilité et de capacité à intervenir rapidement de manière intensive. Le but du suivi intensif dans le milieu (SIM) serait de prévenir les rechutes, faciliter la collaboration au traitement ou comme alternative à l'hospitalisation ou à l'hébergement :

[...] ça permet parfois d'avoir une meilleure compliance avec ces gens-là qui refuseraient l'hébergement par exemple.

Les personnes en refus, souffrant de troubles sévères pourraient en bénéficier, même parfois lorsque les troubles rendraient difficile une hospitalisation ou un hébergement. L'intervention devrait dépasser les soins, et favoriser une véritable insertion dans leur environnement :

[...] essayer de retrouver des repères dans la communauté, dans la vie quotidienne, dans leur voisinage.

A part des interventions directes auprès du patient, des interventions indirectes auprès des familles sont aussi souhaitées :

Le patient il n'aurait même pas envie de voir l'infirmière des soins intensifs et il ne la recevra pas et c'est souvent au niveau de la famille qu'il faudra intervenir parce qu'eux sont d'emblée très demandeurs [...]

Associés au SIM, des psychiatres à domicile pourraient évaluer, initier un traitement ou prendre une décision d'hospitalisation. Le SIM peut avoir un effet indirect sur la collaboration en soulageant d'autres intervenants :

Au moment où le SIM est entré dans la course, je me suis rendu compte que j'étais soulagée parce que [la personne] m'appelle moins souvent... je ne peux pas tout laisser tomber, j'ai ma consultation ici [...]

3.7 Contrainte

L'enquête montre une préoccupation commune pour les problèmes des personnes qui nécessitent des soins psychiatriques mais sont « en rupture », avec une crise des valeurs de « contrainte », des processus d'interventions très perturbés et des conflits entre intervenants et institutions autour de la gestion de ces situations difficiles. La question principale semble être comment favoriser l'appropriation (« empowerment ») par les usagers sans les abandonner à eux-mêmes lorsqu'ils ont besoin de soins ? Comment intervenir avec la contrainte sans abus de pouvoir ?

On constate un changement récent lié à un rapprochement des valeurs et des préférences des usagers, qui trouble certains intervenants et demande de rechercher de nouvelles solutions :

J'aimerais que cette tendance qu'on a actuellement à faire sortir systématiquement les gens qui ne veulent pas être traités soit freinée. Je trouve qu'on va trop loin là dedans.

Je comprends un petit peu maintenant le contrat de confiance qu'ils essaient d'instaurer entre le patient et les soignants de façon à ce que la personne ne se braque pas contre son internement, pour qu'elle se sente libre et prête de faire un travail sur elle-même.

C'est clair qu'on retrouve énormément de gens qu'on conduit à Cery le soir même à l'extérieur et on recommence et on recommence... ça agace.

D'autre part, des valeurs implicites différentes peuvent provoquer des conflits et des incompréhensions entre les intervenants.

Les valeurs sont différentes entre les intervenants, en fonction de leur position et de leur rôle dans la société. Les plus confrontés à la question de la contrainte sont les services sociaux, la police, la justice de paix et les institutions psychiatriques. D'autres en sont très éloignés, soit par conviction (associations de patients), soit par leur travail basé essentiellement sur des demandes volontaires (psychiatres privés). Cela se traduit par les termes utilisés pour qualifier les personnes concernées : « en refus », « en déni » ou « pas encore prêtes ». Cela peut induire une certaine tension entre les intervenants (voir plus haut) ou entre les institutions, notamment sur l'ingratitude de travailler avec la contrainte :

Le GRAAP, ils ont la crème [des usagers]

Un certain degré de contrainte, appelé alors « cadre » ou « structure » permet parfois de maintenir une relation autrement en péril. Les services sociaux travaillent quotidiennement avec un certain degré de contrainte, notamment au travers des ressources financières qui sont vues comme un moyen pour établir un lien humain avec des personnes par ailleurs en rupture.

Les difficultés pour prendre des mesures contraignantes provoquent le plus de tensions en situation de crise entre les intervenants : juge de paix « lent », généraliste « incompetent », psychiatre « indisponible », institution psychiatrique « laxiste ». Personne n'apparaît actuellement à l'aise, entre la crainte d'abus de pouvoir et le sentiment d'impuissance, avec la recherche de tiers pour prendre des décisions difficiles :

Maintenant on n'a plus de mandat, on n'en obtient plus aucun. Et Dieu sait si je suis intervenu pour qu'on n'en demande pas à tort et à travers, mais même comme ça on n'en obtient plus.

Ces difficultés sont aggravées en ville, où la solitude, l'absence d'entourage familial ou de voisinage, diminue les possibilités d'intervention précoce, augmente le risque de rupture, accroît l'isolement des intervenants, et complique les décisions par une méconnaissance fréquente de l'évolution et du contexte. Elles sont aussi aggravées par le cloisonnement des intervenants et la

méconnaissance des interventions des uns et des autres. Néanmoins, malgré une volonté de faire connaissance, chacun souhaite garder son rôle et ses spécificités

Je pense qu'il ne faut pas non plus changer le rôle... Le juge de paix n'a pas à devenir un partenaire social, il est quand même là pour poser un cadre.

Et puis il y a d'autres rôles comme la sécurité d'autrui. Donc il y a des fois où c'est prioritaire sur la discussion.

3.8 Collaboration institutionnelle

Les différents partenaires souhaitent une collaboration plus importante à l'avenir, soulignent les bienfaits de la collaboration, mais aussi ses aspects chronophages.

[...] une bonne volonté pour se parler dans le réseau social.

50% de notre temps et de notre énergie c'est des réseaux, téléphones, se mettre au courant [...]

Collaborer, c'est surtout communiquer, partager les problèmes même sans solutions :

Je n'avais pas besoin qu'on me tienne la main mais je trouvais que je n'étais pas seule dans la m... avec ce problème.

Plusieurs intervenants souhaitent travailler plus avec les CMS et apprécient lorsque c'est possible :

Les CMS oui c'est le rêve de collaborer avec eux

Ce serait très agréable d'avoir des contacts réguliers avec les CMS ... je ne sais pas s'ils ne sont pas formés ou s'ils ont peur ou si moi je perçois... enfin je ne sais pas comment les utiliser.

De leur côté, les infirmières de psychiatrie des CMS ont peu de disponibilité pour la psychiatrie adulte, accaparées par les situations de psychogériatrie ou « relationnelles ». Elles regrettent de ne pas être contactées plus systématiquement pour les situations psychiatriques, avec l'impression de demandes détournées via l'aide au ménage.

Les psychiatres sont perçus comme distants ; ils n'offrent pas de places pour des suivis dans un délai raisonnable, sont difficiles à contacter, refusent parfois de prendre des décisions :

Les patients... qui ont fait une démarche pour dire « je vais aller chez le psychiatre » ... et ils font 10-15 appels et ils tombent sur des répondants et ça je pense que c'est pas normal.

On a tellement peu de contacts avec eux, c'est surtout les médecins généralistes qui nous aident (CMS)

Néanmoins, il est rapporté que certaines collaborations étroites avec un psychiatre permettent le maintien à domicile dans des situations difficiles.

La collaboration est plus naturelle avec les généralistes dans les suivis en cours. Cependant, certains généralistes apparaissent peu préparés aux urgences psychiatriques, peu à l'aise ou mal assurés pour prendre des décisions dans ces situations. Les interventions de psychiatres à domicile sont regrettées :

C'est déjà pas marrant, c'est la crise, si en plus on tombe sur un médecin qui ne sait pas quoi faire [...]

Le DUPA est perçu comme trop anonyme et complexe, et la collaboration passe par des liens personnels :

J'ai un bon souvenir de mon passage là-bas, j'ai gardé des contacts.

[...] avec l'assistance sociale X. (Utilisation de noms propres)

Sans contacts personnels, le DUPA apparaît comme difficile d'accès et pas suffisamment préoccupé par le suivi après une hospitalisation. La perspective différente de l'hôpital et du domicile ne facilite pas la communication et provoque des malentendus :

La réalité de l'hôpital n'est pas celle du domicile.

Les médecins-assistants changent et ne comprennent pas toujours le rôle des intervenants. En particulier, la sortie de l'hôpital est difficile quand le suivi est mal défini, sans suivi médical, mais avec une demande d'aide à domicile. Le patient favorise parfois cette perception différente :

C'est vrai que le patient peut dire à son médecin « c'est super, tout baigne, super actif, ça roule » et puis nous on va à domicile c'est un foutoir pas possible.

La difficulté à faire le lien entre l'hôpital et la communauté se manifeste aussi à l'admission, en particulier avec la police, dont on ne tient pas assez compte de l'intervention qui peut avoir duré plusieurs heures :

S'il y avait un minimum d'écoute et de respect [de la part des collaborateurs de l'hôpital]... un échange bref pour décortiquer la situation ensemble [...]

Un échange de parole... pour voir ce qu'ils envisagent par la suite.

Dans la communauté, la police est appréciée pour la qualité de ses interventions :

La police... je suis étonnée de voir comme ils sont bons... [dans le cas de troubles psychiatriques]

Avec les services sociaux, les obstacles à la collaboration sont les règles compliquées, qui passent mal lorsqu'elles sont appliquées à la lettre, mieux dans une perspective socio-éducative :

La maladie psychique c'est pas un domaine qu'ils connaissent forcément beaucoup ... alors des fois on se heurte à des barrières administratives où il faut absolument fournir tel ou tel papier.

Il y en a d'autres qui sont plus souples, qui vont comprendre cette approche plutôt socio-éducative qu'administratif tout court.

Avec la justice de paix, le contact s'est nettement amélioré, les échanges sont plus fréquents, les situations mieux comprises, mais les décisions sont parfois considérées comme trop lentes.

Le GRAAP est perçu comme un partenaire ; il est respecté comme représentant des usagers. Les alternatives concrètes qu'il offre sont appréciées. Les EMS sont appréciés, en particulier lorsque leur offre dépasse l'hébergement. Beaucoup d'espoirs sont exprimés pour le projet UAT. Les pharmacies sont un partenaire important, mais un peu oublié :

Quand les patients ne viennent plus ... on fait un contrat avec la pharmacie... pour essayer de favoriser la prise de médicament.

3.9 Stages

La majorité des intervenants qui évoquent le programme de stages organisé par ARCOS ont eux-mêmes déjà effectué un stage.

Globalement, les stages sont perçus de manière positive à très positive (seulement 3 jugements négatifs sur 20). Il est rapporté que les stages permettent de mieux connaître les institutions partenaires ainsi que des membres de ces institutions. Les contacts interpersonnels qui en résultent sont perçus comme un apport important qui facilite les collaborations ultérieures.

Quelques obstacles sont évoqués. De manière générale, les stages requièrent une disponibilité en temps ainsi qu'un financement qui fait souvent défaut. Plus spécifiquement, un policier soulève la question de la sécurité des stagiaires venus observer les interventions de la police. Dans l'optique inverse (stage de policiers en institutions psychiatriques), il évoque une possible confusion des rôles pour le patient hospitalisé se retrouvant confronté à un policier en blouse blanche.

3.10 Interventions de crise

La politique actuelle du réseau psychiatrique lausannois, en terme de suivi hospitalier, consiste à diminuer autant que possible la durée des hospitalisations. Parallèlement, la portée thérapeutique des hospitalisations est limitée : « l'idée c'est que l'hospitalisation ne doit pas être trop longue, qu'on gère une situation de crise mais on règle pas tous les problèmes à l'hôpital » explique un chef de clinique du DUPA. Ainsi, de ce point de vue, l'hôpital a la capacité de prendre en charge les patients en crise, mais n'a pas pour objectif de régler les problèmes générateurs de crise. Il s'ensuit que le réseau ne peut prévenir l'apparition de crises sur la seule base hospitalière. Un travail extra-hospitalier de prévention de la crise est mené au domicile des patients par divers intervenants socio-sanitaires (CMS, EMS, GRAAP). De plus, nombre de patients ont recours aux services de psychiatres exerçant en cabinets privés. De fait, intervenants à domiciles et psychiatres installés constituent le réseau qui est supposé résoudre les problèmes que l'hôpital ne résout pas. Aux yeux des intervenants extra-hospitaliers, il n'est pas satisfaisant que l'hôpital soit la seule structure disponible pour prendre en charge les patients en crise. Afin d'éclairer le pourquoi de cette insatisfaction, nous rapportons les propos d'un psychiatre privé (1) et ceux d'un membre actif du GRAAP (2) :

[...] essayer d'instaurer une souplesse, c'est à dire qu'éventuellement il y ait des alternatives parce que « ou l'institution ou l'hôpital », c'est à ça qu'on en est réduit ; soit ils sont en institution et puis ils peuvent y rester, soit c'est plus possible et il y a plus que l'hospitalisation.

Quand quelqu'un décompense tout à coup, où est-ce qu'on peut l'envoyer s'il n'a pas carrément besoin d'aller à l'hôpital... en ce moment... nulle part.

Il ressort de ces propos que certaines crises conduisent à l'hospitalisation du patient bien que la situation ne justifie pas une mesure aussi lourde. En d'autres termes, c'est faute de structures intermédiaires que certains patients se retrouvent à l'hôpital.

L'unique mesure actuellement possible pour faire face à la crise, i.e. l'hospitalisation du patient, doit être impérativement ordonnée par un médecin extérieur à l'hôpital. Ce sont donc les médecins installés (psychiatres ou généralistes) et les médecins travaillant au CITB qui sont habilités à ordonner l'hospitalisation d'un patient en crise. Malheureusement, il est très rare que l'un d'eux se déplace sur le lieu de la crise, à l'exception des médecins généralistes fonctionnant comme médecins de garde. Les infirmières intervenant à domicile estiment que l'absence systématique de psychiatres au domicile des patients constitue une lacune du réseau de soin.

Même de manière indirecte (téléphone, etc.), il est parfois très difficile pour les intervenants de terrain d'obtenir que le psychiatre privé d'un patient en crise ordonne une hospitalisation forcée.

L'exemple suivant - rapporté par une infirmière dont une patiente est soudainement devenue violente envers ses enfants - éclaire cet état de fait :

Quand j'ai appelé son psychiatre, donc c'était le mercredi, je lui ai dit, "écoutez, ça fait des semaines qu'on attend, elle m'appelle au secours, elle est en train de cogner ses gamins, il faut l'hospitaliser ... il m'a répondu : 'ouais écoutez, je la vois vendredi'; c'était mercredi elle était en train de cogner ses gamins à la maison, mais pour lui ça pouvait attendre vendredi. Donc là... j'ai dit 'écoutez je me débrouille, je vais à domicile, j'appelle un médecin de garde mais à mon avis on ne pourra pas faire autrement'. [Réponse du psy :] 'Oui finalement c'est mieux si c'est pas moi qui l'hospitalise, pour la relation'.

En dernière analyse, ce n'est pas la divergence des perceptions de la crise qui rend ce coup de fil infructueux, mais plutôt le fait que le psychiatre craigne qu'en ordonnant l'hospitalisation forcée de son patient il rende ce dernier hostile au travail psychanalytique en cours.

En fin de compte, le seul groupe de psychiatres qui soit largement disposé à ordonner l'hospitalisation de patient en crise se trouve au CITB. Le service en question n'est pas mobile, et implique donc que les patients en crise se déplacent jusqu'au CHUV.

Déplacer un patient en crise s'avère dangereux pour les intervenants de premières lignes. Aussi, les forces de police sont fréquemment appelées à l'aide pour ce type de transition. En terme d'interventions de crise, les policiers constituent dès lors un membre à part entière du réseau de soins. Selon eux, leurs interventions consistent assurer la sécurité de chacun et à obtenir de la personne en crise qu'elle adhère aux décisions médicales prises à son sujet. Les policiers interrogés affirment qu'ils manquent de connaissances précises sur la manière de communiquer avec les patients en crise ; les aptitudes communicationnelles sont parfois centrales, par exemple face à quelqu'un qui menace de suicider :

Est-ce qu'il y a des mots qu'eux ils veulent entendre quand ils sont dans cet état-là ? Des choses comme ça qu'on ignore complètement... on n'a pas cette connaissance... Ou une personne qui est fortement décompensée dans son appartement avec une arme à feu, je pense qu'il y a des choses qu'il ne faut absolument pas lui dire et puis il y a des choses qu'elle aimerait entendre... nous avons besoin cet outil justement de communication principalement, parce que le reste on a tout si on veut : le jour où on est obligé la force on l'a... Par contre le plus difficile c'est la communication.

Comme nous l'avons évoqué au chapitre précédent, les policiers de Lausanne ont, depuis quelques mois, l'occasion d'effectuer des stages leur permettant d'assister au travail effectué au CITB et à Cery. Bien que ce programme - très apprécié par les participants - tende à prouver que les policiers sont reconnus comme membres du réseau, la collaboration effective suscite chez les policiers des commentaires qui contredisent cette idée :

[...] on passe peut-être pour des lourdauds en amenant ces gens [au CITB] et ils font fi de nos explications en fait. On essaie de synthétiser en fait ce qui s'est passé sur place, de quoi cette personne a peur, en fait ce qui ne va pas, mais ces gens nous regardent gentiment en nous disant ' merci maintenant on s'en occupe et puis pour vous c'est bon'... ce qui serait bénéfique ce serait vraiment cet échange bref, deux, trois, cinq minutes ça suffirait, même si la personne ne nous écoute pas, nous on a le sentiment d'être écouté et inversement.

En terme de gestion de la crise, nos recherches ont révélé trois problèmes principaux :

1. Le manque de structures intermédiaires entre le lieu de vie du patient et l'hôpital, qui permettraient la prise en charge des crises légères.
2. Un sentiment de disqualification éprouvé par les policiers lors de transition. Le sentiment en question se fonde sur l'absence d'écoute de la part des soignants. Entre autres vertus, l'écoute

permettrait aux policiers de se libérer quelque peu de la tension psychique consécutive aux interventions de crise qu'ils effectuent :

« Des fois ça peut être frustrant parce que quand on est une heure avec une personne qui aligne des mots qui ne veulent rien dire du tout, pis des phrases, pis qu'on essaye de lui parler c'est... c'est à tomber par terre... des fois au bout d'une heure nous-même on sait plus comment on s'appelle. »

3. La difficulté à réunir en un seul lieu le patient, les compétences médicales et les compétences légales permettant la prise de décision d'hospitaliser. Cet obstacle pourrait être surmonté grâce à la mise en place d'un service amenant des psychiatres aux domiciles des patients. Un tel service est unanimement réclamé par les intervenants de première ligne, i.e. les infirmières en psychiatrie présentes à domicile.

3.11 Les aspirations pour le futur

A la question de savoir quels moyens pourraient être développés en priorité afin de faciliter le maintien à domicile de personnes souffrant de troubles psychiatriques, à une exception près, aucun énoncé évoquant l'avenir a une connotation négative.

Seul un intervenant interrogé, un psychiatre privé, fait part d'une inquiétude face à l'avenir en dénonçant le risque d'une tentation dans le futur de mettre sur pied dans un développement infini des nouvelles structures afin d'améliorer le dispositif qui existe actuellement, et ce au lieu de chercher des solutions dans des ressources déjà existantes. Cette création sans fin de nouvelles institutions est à ses yeux un danger lié à la supériorité de la demande sur l'offre en matière de soins, dans la mesure où l'offre sera continuellement insatisfaisante et insuffisante en regard des attentes de chaque partenaire.

Pour le restant des réponses analysées, toutes les propositions évocatrices de l'avenir sont connotées positivement.

S'agissant du *corps médical*, les médecins du DUPA émettent unanimement le souhait de voir se développer des structures ambulatoires (SIM, centres de jour psychiatriques, ressources types CMS et type soutien à domicile). Le souhait de la création d'hôpitaux de jour en plus grand nombre qui offrirait aux patients des journées passées dans un cadre hospitalier et retour à domicile pour la nuit est également désiré par les médecins généralistes, lesquels verraient également pour l'avenir le développement de moyens infirmiers, mieux acceptés que les médecins à domicile. Enfin, du côté des psychiatres privés, face à la gratuité de leurs services considérée comme un frein, est proposée comme forme de motivation à participer aux commissions et réunions, une rétribution, un financement de la collaboration médicale qui tiendrait lieu de dédommagement au surcroît de travail pris justement sur le temps de travail normal.

S'agissant des *assistants sociaux*, les collaborateurs des services de la Ville insistent sur le développement de structures "de type micro-social" afin d'améliorer l'accueil du patient dans la communauté à sa sortie de l'hôpital; en ce sens, la mise en place d'appartements gérés par la Ville où existerait l'assurance de visites régulières et d'un appui pour l'entourage et pour le patient pourrait constituer une partie de la solution, type de structure à différencier des appartements protégés "trop organisés, surprotégés" selon les termes d'un intervenant questionné. Au sein du DUPA, les assistants sociaux souhaiteraient à l'avenir que le public, la famille, soient mieux formés à ce qu'est la maladie mentale afin que l'entourage du patient se retrouve moins démuné et le patient moins stigmatisé (développement de groupes à l'image de ceux de Pro Famille). Enfin, pour le membre du GRAAP, c'est sous forme de visites bénévoles et d'aide ménagère qu'il verrait l'amélioration du service d'accompagnement, en insistant sur le fait que les intervenants n'agissent pas à la place du patient, mais lui apprennent des tâches.

Quant au *corps de police*, soulevant le fait que leurs interventions se déroulent uniquement en cas de crises, il ne met pas en avant de souhaits particuliers s'agissant du corps professionnel des policiers en eux-mêmes, mais verrait bien à l'avenir une augmentation de l'effectif médical et paramédical.

Pour les *infirmiers*, au sein du DUPA, c'est sur l'Unité de psychiatrie communautaire que se focalisent les désirs pour l'avenir, alors qu'en même temps est souhaité un changement pour cette structure en ce sens que la philosophie d'action d'une telle unité devrait être établie par les collaborateurs concernés plutôt que ce projet soit "imposé d'en haut", sentiment qui est exprimé en même temps que le souhait d'une plus grande confiance mise dans les partenaires qui ont des compétences spécialisées. Que ce soit pour les infirmiers en psychiatrie des CMS ou pour les infirmiers en EMS, c'est vers un développement du côté psycho-éducatif pour l'entourage familial qu'ils verraient une amélioration pour le futur, rappelant l'importance de la connaissance de la maladie pour l'entourage familial en vue du maintien à domicile, la connaissance des signaux d'alerte pouvant éviter souvent une hospitalisation; la communication de ce genre d'informations devrait s'adresser tant au patient qu'à sa famille et qu'aux intervenants du réseau avec des rencontres et groupes de formation incluant, le cas échéant, le tuteur, le curateur, ou toute autre personne concernée par la situation. Enfin, il est demandé que les infirmiers généralistes fassent des stages dans le milieu psychiatrique afin de se familiariser avec ce domaine, en raison du déficit d'infirmiers psychiatriques formés.

Par ailleurs, à côté du souhait de la réintroduction d'un psychiatre de garde (présentant l'avantage d'être plus habitué qu'un généraliste aux troubles psychiatriques graves), sont souhaités de "vrais" lieux psychiatriques de jour, structures d'accueil pour la journée sur le modèle des UAT mais moins axés sur la psychogériatrie, ainsi que la création de consultations interdisciplinaires qui seraient des services autonomes, sortes de "permanences" selon les termes d'un intervenant, lesquels auraient le rôle de coordinateur avec bonnes connaissances du réseau et pouvant établir un projet pour le patient tenant compte de toutes les possibilités offertes en regard de sa situation et de la région dans laquelle il habite. Mais si se dégage la suggestion de créer de nouvelles structures, essentiellement ambulatoires et sous forme de centres d'accueil de jour ainsi que de compléter les dispositifs existants, toujours notamment au niveau ambulatoire, ceci afin de faciliter le maintien à domicile des personnes souffrant de troubles psychiatriques, quelques intervenants proposent que, plutôt que de multiplier les dispositifs, il s'agirait de chercher des solutions dans les ressources déjà existantes, de davantage harmoniser les interventions des différents effectifs, et ce afin d'éloigner le risque d'une inflation dans la création de nouvelles structures, dans une visée idéale d'amélioration mais sans fin.

Enfin, le développement de structures intermédiaires est également évoqué par la directrice ainsi que par un membre du GRAAP, lieu de vie communautaire qui offrirait différents degrés d'autonomie au patient et qui permettrait à celui-ci, en lui offrant un soutien sur le modèle de la "tribu", un endroit où il pourrait apprendre à être autonome progressivement tout en conservant un sentiment de sécurité ("quelque chose entre le réseau qui couve et puis le rien").

D'autre part, si l'on centre l'analyse des thèmes abordés lors des entretiens en terme de passé et de futur, le premier point à relever est l'absence d'idéalisation rétrospective du passé par les intervenants interrogés; en outre, ne sont pas formulées d'inquiétudes face à un avenir qui serait incertain, et la majorité des propos évoquent l'avenir sur un mode positif.

Les quelques énoncés se référant au passé connotés négativement se réfèrent aux limites concernant les interactions entre institutions; ces obstacles seraient en partie liés à un "qui fait quoi", cependant qu'est relevé qu'une mise au clair a été par le passé nécessaire afin de délimiter le champ d'activité des partenaires, leur champ d'action et leur territoire; un changement positif a découlé de ce besoin de clarification par rapport à la complémentarité qui s'était fait sentir.

D'autre part, les obstacles au bon fonctionnement du réseau seraient également liés à un problème de personnes dirigeantes et aux raisons politiques qui sous-tendent certaines décisions; le problème de personnes, de personnalités, se répercuterait étroitement sur la délimitation des rôles dans les prises en charge. Pour l'avenir, étant posée comme hypothèse que le nombre d'intervenants dans le réseau a une incidence sur la qualité du travail (plus le nombre d'intervenants est élevé, plus le risque de flou est grand), la solution proposée est de définir la place et le rôle de chacun ainsi que de faire confiance aux différents acteurs. Un des remèdes pour l'avenir passerait donc par la rationalité du travail de chacun avec à la clé un gain de temps présumé. Dans ce sens, l'élimination du réseau des intervenants devenus non indispensables au cours de l'évolution de la situation serait profitable, mais suppose une perception adéquate par chacun de la pertinence de sa présence au sein du réseau, sachant se retirer à point nommé de la situation lorsque la tâche est terminée.

S'agissant de l'appréhension favorable de l'avenir, les attentes positives passent par la demande formulée tant par les non professionnels du domaine psychiatrique que par les corps professionnels spécialisés en psychiatrie de la mise sur pied de stages, cours, formation continue dans le domaine de la santé mentale. Cependant, en contrepoint de ce souhait, des propos ressortent ici et là un pessimisme sur les résultats éventuels de l'instauration de mesures actives telles que réunions qui seraient destinées à l'enseignement, s'agissant notamment des médecins pour lesquels une absence de motivation à assister à des cours est présumée. Enfin, concernant la formation cette fois-ci destinée à l'entourage du patient, les énoncés insistent sur l'importance qui devrait être accordée à un enseignement dispensé aux familles de patients, afin que les proches, le plus souvent en contact avec le patient, soient formés aux signaux d'alerte en vue d'éviter une hospitalisation. Par ailleurs, à côté du souhait d'une revalorisation à l'avenir du rôle de l'entourage familial aux fins de prévention, est également soulevée la plus grande importance qui devrait être accordée à l'appui destiné aux équipes qui travaillent dans le milieu de vie, sur le terrain, à domicile; celles-ci pourraient être épaulées par exemple par "une structure volante" (notion proposée par un psychiatre privé) qui présenterait comme caractéristique une composante de soins plus pointue, amènerait quelque chose de davantage médicalisé à domicile, serait davantage présente pour soutenir les équipes intervenant dans le milieu de vie du patient afin d'éviter le recours à l'hôpital.

Pour terminer, à la lecture transversale "regrets – volonté de changements" de certains thèmes, une meilleure collaboration à l'avenir passerait entre autres par une meilleure connaissance de l'autre, des structures complémentaires; cependant, en même temps que ce souhait est formulé, les intentions pour le futur semblent se heurter à des questions de temps, de disponibilité. Un hiatus existe donc entre des attentes positives d'une part et d'autre part la perception que les différents acteurs ne peuvent se rencontrer qu'uniquement à l'occasion et qu'autour d'une situation clinique, en quelque sorte lorsque le cas du patient le nécessite; en ce sens, des rencontres non obligées par la collaboration autour des soins pourraient être vouées, si ce n'est à l'échec, en tout cas à une importante défection en raison notamment de la charge de travail de chacun des partenaires qui paraît leur laisser peu de place pour des stages et pour une formation complémentaire.

3.12 Réseau et Communication

Comme nous l'avons mentionné dans l'exposé de la méthode, nous avons opéré un repérage systématique des allusions à la communication faites par les personnes interviewées au Temps 1

de l'étude. L'analyse de ces commentaires sur la communication prend la forme de synthèses par services (3.12.1), et de confrontation des commentaires entre services (3.12.2).

Afin d'assurer au mieux l'anonymat des personnes dont les discours sont restitués ici, les textes ci-dessous ont été rédigés en falsifiant le sexe de certains interlocuteurs.

3.12.1 Présentation générale par services

EMS Psychiatriques

Nous avons rencontré deux infirmières en psychiatrie associées aux EMS. L'une d'elles souligne le lien entre la communication au sein du réseau et la capacité de ce dernier à assurer le maintien à domicile des patients. Selon elle, la communication passe par des rencontres fréquentes entre partenaires de soins plutôt que par une éventuelle amélioration des documents de transmission.

Notre seconde interlocutrice décrit la méconnaissance réciproque des structures de soins comme un réel obstacle à la collaboration. C'est, d'après elle, au niveau politique que doit se mettre en place l'organisation de rencontres entre partenaires de soins ainsi qu'une circulation de l'information à un niveau général. De manière plus spécifique, sa collègue décrit le besoin d'apporter une information aux familles des patients et aux intervenants sans formation médicale (tuteurs, assistants sociaux) ; l'information en question concernerait les pathologies des patients et serait transmise de façon didactique à des groupes.

La collaboration interne est jugée bonne. Sa qualité est mise en lien avec deux aspects communicationnels : (1) de fréquentes visites des structures, permettant de « se faire une idée très claire » du travail effectué, et (2) le partage d'un cadre de référence langagier : « ça se passe bien parce qu'on a un langage commun ».

DUPA

Collaboration et communication à l'intérieur de l'institution sont perçus comme difficiles par ses membres. Un élément explicatif est fourni par l'éducateur qui souligne que différents rythmes de travail coexistent à l'intérieur de l'institution, l'urgence perpétuelle propre à l'hôpital de Cery est en décalage avec le travail effectué notamment dans les ateliers protégés.

Les assistants sociaux du DUPA souffrent de n'être représentés dans les sphères décisionnelles par aucun supérieur hiérarchique spécifique qui, entre autres choses, feraient valoir leur besoin d'effectifs supplémentaires.

En termes de soins, la difficulté de communication au sein du DUPA engendre un risque de chronification des patients dans la mesure où la transmission annuelle des cas - pratiquée notamment dans l'unité Minkowski - ne favorise pas la construction d'un projet de soin à long terme. En effet, ce système de roulement implique un travail relationnel important de la part du patient et complique la poursuite d'objectifs clairs.

Comme le rapporte une assistante sociale du DUPA, le nombre total des intervenants du réseau thérapeutique d'un patient particulier est souvent étonnamment élevé. Les intervenants du DUPA expliquent que le patient participe à l'élaboration de son réseau de soin ; il détermine en partie qui « est dans la course ». Au sens large, ce réseau inclut une partie bénévole du réseau social du patient, d'où la nécessité de mieux informer la population en général quant aux caractéristiques des maladies psychiques courantes.

En terme de temps de travail, un chef de clinique du DUPA rapporte que les réseaux remplissent près de la moitié de son temps de travail. De plus, il explique que les réseaux se font parfois « prendre par la tension » qu'ils sont censés traiter, d'où la nécessité de communiquer au mieux. Selon lui, une communication visant à bien répartir les responsabilités peut éviter le « burn-out » des soignants.

A tous niveaux hiérarchiques, les membres du DUPA reconnaissent que leur travail est insatisfaisant en terme de communication-coordination avec l'extérieur lorsque les patients quittent l'hôpital. Le sommet de la hiérarchie explique cette défaillance par le manque de temps. De manière constructive, un assistant social décrit les améliorations possibles des documents de transmission, qui ne restituent pas le vécu hospitalier du patient, ce qui est perçu comme une lacune par l'intervenant en question.

CMS

Nous avons interrogé cinq personnes travaillant en CMS ; une responsable de centre, et quatre infirmières en psychiatrie.

En terme de communication, quelques obstacles importants sont identifiés. Il est rapporté que le nombre élevé des intervenants et la lourdeur de leurs charges de travail rendent les concertations de réseau très compliquées à mettre en place. Il s'ensuit une difficulté à « fixer une intervention prioritaire ». La cohérence des soins est ainsi rendue problématique par la difficulté à entrer en communication, et ce par manque de temps :

Nous avons les moyens de communiquer, c'est la disponibilité qui fait défaut.

Du point de vue de la responsable de centre, la communication devraient avant tout être améliorée dans le sens de produire une meilleure connaissance des mandats respectifs :

On nous demande souvent d'avoir un œil dans une situation, mais on ne fait pas du 24h/24.

Bien que les infirmières estiment être tout à fait atteignables par les autres intervenants, elles affirment devoir assez généralement « recontacter les gens » elles-mêmes.

Police

Les deux policiers interviewés s'avèrent particulièrement intéressés par les problématiques psychiatriques comme en atteste leur participation volontaire à des stages effectués à Cery. Il est souligné que leur intérêt n'est pas partagé par tous : « De notre côté ça n'intéresse pas tout le monde » déclare l'un d'eux, et précise que « on est une petite minorité à prendre le temps de s'informer ».

En ce qui concerne la perception que les policiers ont de la communication entre leur service et le DUPA, le lecteur est renvoyé au chapitre 3.10.

Médecins généralistes

Nous avons rencontré deux médecins généralistes installés, dont l'un effectue un travail de soutien psychique régulier pour des patients souffrant de dépendance et/ou dépression.

Insistant sur le fait que « le patient est là, il faut continuer avec », l'un de nos interlocuteurs affirme que « il faut voir un peu plus loin qu'un travail purement bureaucratique ». Ceci éclaire le

sens du travail de coordination qu'il dit effectuer : « c'est un peu notre rôle de téléphoner aux gens : pourquoi, comment continuer », le but n'étant pas de « boucler des dossiers ».

Psychiatres installés

Les deux psychiatres interrogés font le constat que la connaissance plus ou moins personnalisée des partenaires est une condition requise pour tout travail en réseau. L'un insiste sur le caractère extrêmement délicat des situations où il faut s'adresser à plusieurs personnes ; l'autre présente la prise de contact comme un effort qu'il essaie de faire dans le cadre de sa collaboration avec les EMS.

On constate une certaine amertume chez l'un des praticiens suite à l'échec essuyé par ses confrères qui ont tenté de faire reconnaître au sein de la FMH un travail effectué hors présence du patient. Il déclare que « la disponibilité c'est égal en fric » et que :

Le travail en réseau c'est un travail lourd, qui nécessite de la diplomatie, du doigté et tout ce qu'on veut, et qui intellectuellement est pas toujours excitant, alors c'est clair que si on a le choix...

Très largement répandu chez les psychiatres privés, le répondeur téléphonique est dit avoir une fonction de protection du cadre thérapeutique :

Je trouve que c'est pas bonhôte vis-à-vis du patient d'interrompre une ou deux fois la séance pour répondre au téléphone.

Le problème posé par le répondeur téléphonique - qui diffère systématiquement l'entrée en contact des intervenants - est maximum entre psychiatres installés qui, lorsqu'ils rappellent le confrère émetteur d'un message, se trouvent confronté à un son répondeur.

GRAAP

Les intervenants du GRAAP sont constitués de professionnels et d'anciens patients formés par l'institution. Nous avons rencontré un membre de la direction, un assistant social et un ancien patient actifs dans l'encadrement des malades.

La direction exprime le souhait d'être mieux informée de ce qui se fait dans le réseau, et réciproquement d'informer plus sur les ressources et limites du GRAAP. En terme de communication interne, notre interlocutrice affirme rencontrer tous ses collaborateurs une fois par mois pour « faire le point » sur les situations suivies. Elle les supervise afin de les aider à établir un partenariat avec les autres intervenants du réseau de soin. Elle estime à une ou deux par année les situations où elle intervient parce que l'un de ses collaborateurs a du mal à entrer dans le réseau ou à être compris par les autres intervenants. Enfin, elle exprime son enthousiasme à l'idée d'adjoindre de nouveaux partenaires au réseau du GRAAP.

Étant donné que le GRAAP s'est développé en réaction contre l'isolement et la solitude des patients psychiatriques, la communication revêt aux yeux de ses membres une valeur particulière, fondatrice et centrale. Dans une perspective de compétence, l'institution offre à ses membres la possibilité de développer leurs aptitudes communicationnelles au travers de cours assurés par une spécialiste des relations humaines. D'autre part, en terme de compréhension entre services, l'assistant social du GRAAP souligne que « il y a quand même une philosophie [au GRAAP], une ligne pédagogique qui n'est pas toujours bien comprise quand on n'est pas dedans ».

Entre autres difficultés du travail en réseau, l'assistant social évoque la méconnaissance des raisons qui président au fonctionnement des différents intervenants. Les rencontres informelles

et informatives permises entre autres par des stages lui apparaissent comme un moyen de qualité pour surmonter cette difficulté.

En terme de réseaux de soin, les membres du GRAAP estiment qu'il est « difficile de se réunir tous » et « qu'on s'imagine des trucs les uns sur les autres » cependant que certaines informations doivent mieux circuler. Il s'agit d'informations spécifiques – par exemple le degré de violence présenté par un malade face une contradiction - et d'informations plus larges :

Ce qui est intéressant c'est quand on a un bon échange, que ce soit téléphonique ou face à face, et qu'on peut préciser nos attentes de part et d'autre.

Centre Social Régional

Les deux assistants sociaux rencontrés décrivent leur réseau de façons complémentaires : l'un nous parle du réseau en termes généraux et l'autre en termes de collaborations particulières. Le point de vue plus général révèle des problèmes fondamentaux tels que la méconnaissance mutuelle entre intervenants :

Que peut-on attendre de qui, dans quelles circonstances, comment procéder ?

Il est possible que ces questions de base touchent particulièrement l'interlocuteur concerné dans la mesure où il travaille aux services sociaux de la ville depuis 3 mois seulement. Néanmoins, son point de vue est éclairant quant aux solutions possibles, qui prendraient la forme de rencontres ou de stages d'échanges entre institutions : « ça aide de s'inviter mutuellement et puis de se poser des questions concrètes, mais pas forcément à chaud ». Le point de vue est également éclairant en ce qui concerne une problématique sous-jacente à ces questions de connaissance :

C'est en apprenant à se connaître à travers des rencontres que peut-être on commencera à se faire confiance.

En termes de communication entre services, le constat est fait que :

Tout est fait pour qu'on ne sache pas comment parler comme personnage institutionnel d'un service à l'autre.

Conséquemment, l'accès à l'information et l'orientation des clients se fait à travers «des réseaux personnalisés» élaborés par chacun. Echapper à ce type de fonctionnement est perçu comme utopique dans la mesure où :

Il n'y a pas de miracle, ça passe par les gens qu'on connaît.

L'un des assistants sociaux de la ville évoque la communication avec les voisins de l'un ou l'autre de ses « clients » vivant en appartement protégé. Il se dit dans l'incapacité de « pouvoir répondre bien et rapidement aux personnes qui sont bénévoles dans une situation comme ça. »

Justice de Paix

Le Juge de Paix que nous avons rencontré estime que le principal obstacle à la communication entre les sphères judiciaire et médicale « c'est la communication, le contact passe mal ». De son point de vue :

Les autorités judiciaires ne sont pas suffisamment informées de ce qui existe, de ce qui n'existe pas ou ce qui est supprimé.

Par exemple, la disparition du psychiatre de garde est une information manquante qui a conduit notre interlocuteur à orienter inadéquatement certains proches de malades.

L'insuffisance de communication est mise en lien avec « la méconnaissance des mandats et formations réciproques ». Par exemple, il arrive que le médical renvoie les familles au Juge de Paix en prétendant qu'il a le pouvoir d'imposer un traitement à quelqu'un, or tel n'est pas le cas.

Tableau 2 - Obstacles à la communication et risques identifiés par les interviewés :

<i>Services</i>	<i>Obstacles</i>	<i>Risques</i>
DUPA	Manque de temps Documents de transmission	Chronification des patients Discontinuité des soins
CMS	Manque de temps	Pas d'intervention prioritaire définie
Police	Manque de reconnaissance	Démotivation
Méd. Généralistes	Approches bureaucratiques	Interruption des prises en charge
Psychiatres privés	Manque de financement	Absentéisme des psychiatres
GRAAP	Représentations et méconnaissances mutuelles	Infos manquantes au sujet des patients (ex : violence)
Centre social régional	Fonctionnement institutionnel	Réseau sollicité inadéquatement
Justice de Paix	Infos manquantes sur l'évolution du réseau	Orientations inadéquates (vers des structures obsolètes)

3.12.2 Confrontation des commentaires

Dans la mesure du possible, il nous a paru intéressant de rapporter les commentaires portant sur la communication en confrontant les points de vue des deux partis communicants. Dans cette perspective, chacun des paragraphes présentés ci-dessous est constitué d'un doublet du type :

A → B : ce que A dit de la communication entre A et B

B → A : ce que B dit de la communication entre A et B

Afin de faciliter une lecture sélective des résultats, les paragraphes sont numérotés et nous en précisons ici le contenu :

§1 : CSR / DUPA	§11 : JUGE DE PAIX / DUPA
§2 : CSR / JUSTICE DE PAIX	§12 : GRAAP / DUPA
§3 : PSY PRI / EMS	§13 : GRAAP / CMS
§4 : PSY PRI / JUSTICE	§14 : MEDECINS GENERALISTES / EMS
§5 : PSY PRI / DUPA	§15 : MEDECINS GENERALISTES / CMS
§6 : PSY PRI / CMS	§16 : MÉDECINS GÉNÉRALISTES / DUPA
§7 : PSY PRI / GÉNÉRALISTES	§17 : DUPA / CMS
§8 : PSY PRI / GRAAP	§18 : DUPA / EMS
§9 : DUPA / POLICE	§19 : EMS / CMS
§10 : JUGE DE PAIX / CMS	

<i>Abréviations</i> : CSR = centre social régional, CMS = centre(s) médico-sociaux, EMS = établissement(s) médico-sociaux psychiatrique(s), PSY PRI = psychiatres privés
--

§1 CSR → DUPA : Du côté du CSR, on souhaite être mieux informé par le DUPA en ce qui concerne les sorties. L'un des assistants sociaux interrogés (CSR) exprime le désir de participer aux discussions précédant les sorties ; il déclare que « c'est comme si on s'adressait à quelque chose qui ne nous concernait plus, avec le sentiment d'être assez peu entendu. »

DUPA → CSR : Du point de vue des assistants sociaux du DUPA, les principaux obstacles à la collaboration entre leur service et les services sociaux de la ville (CSR) sont l'annonce des sorties par le DUPA et, d'autre part, les préjugés de certains membres du CSR. Les préjugés en question consisteraient à percevoir comme simplement paresseux des patients ayant réellement besoin d'aide financière à cause de leurs handicaps. Afin d'améliorer la collaboration entre les services concernés, une assistante sociale du DUPA exprime le désir de rencontrer les membres du CSR par le biais de stages et de colloques car, selon elle, il n'y a pas de liens acquis entre son service et le leur.

§2 CSR → JUSTICE DE PAIX : L'idéal exprimé consisterait à pouvoir négocier de vive voix l'obtention des mandats désirés ; « ce serait le rêve, plutôt que d'envoyer des lettres ».

JUGE DE PAIX → CSR : Les CSR et les CMS sont les partenaires principaux du Juge de Paix, qui affirme avoir souvent affaire à eux dans le cadre de dénonciations. Il rapporte avoir « pris le temps de rencontrer » ces partenaires afin de les sensibiliser aux limites de sa fonction ainsi qu'aux conditions dans lesquelles un signalement à la Justice de Paix lui semble approprié.

§3 PSY PRI → EMS : L'un des psychiatres rapporte qu'il téléphone parfois aux EMS avec lesquels il collabore. Il dit avoir l'impression que ses appels rassurent les intervenants en question qui, ainsi, « savent que je suis atteignable, qu'ils peuvent laisser un message et savent que je rappelle ».

EMS → PSY PRI : Les psychiatres installés sont qualifiés de « partenaires les plus problématiques ». Ceci est mis en lien avec leur indisponibilité, leur méconnaissance du

travail effectué par nos interlocutrices, et avec l'hypothétique manque d'habitude des psychiatres installés à travailler en réseau. Plus concrètement, l'emploi de répondeurs téléphoniques par les psychiatres - qui rappellent généralement sous 24h - pose un problème de gestion de l'urgence psychiatrique.

§4 PSY PRI → JUSTICE : Que ce soit dans le cadre d'expertises ou celui du témoignage en justice, les psychiatres affirment que le judiciaire et la psychiatrie collaborent bien.

JUGE DE PAIX → PSY PRI : Le juge de Paix affirme avoir peu de contact avec les médecins installés en général. Cet état de fait lui semble juste eu égard au contrat de confiance qui existe entre soignants et patients.

§5 PSY PRI → DUPA : Selon l'un des psychiatres interrogés, la facilité de collaborer avec le DUPA et les institutions satellites est due au fait que les intervenants concernés « travaillent dans la psychiatrie ». Le psychiatre en question décrit le DUPA comme son partenaire le plus fréquent, au sein duquel il a « gardé pas mal de contacts de [son] passage là-bas ».

DUPA → PSY PRI : Un assistant social constate qu'il y a méconnaissance mutuelle entre DUPA et médecins installés : « on sait pas trop ce qu'on peut attendre l'un de l'autre ». La rareté des psychiatres installés disposés à prendre en charge des patients diagnostiqués comme schizophrènes constitue une difficulté pour les membres du DUPA.

§6 PSY PRI → CMS : Un psychiatre installé affirme qu'il ignore « comment utiliser les CMS ». L'outil lui paraît cependant prometteur à la fois par sa cohérence et son accès au domicile des patients. Le CMS lui paraît potentiellement apte à fournir aux patients psychotiques un cadre cohérent assuré par des infirmiers en psychiatrie et des assistants sociaux institutionnellement liés. En terme d'accès au domicile, le psychiatre trouverait « agréable » d'entretenir avec les CMS des contacts téléphoniques réguliers par lesquels il leur soumettrait des situations en leur demandant « est-ce que vous pouvez jeter un œil ? ».

CMS → PSY PRI : « On nous demande souvent d'avoir un œil dans une situation, mais on ne fait pas du 24h/24 » déclare une responsable de CMS. Aux yeux des infirmières de CMS, les psychiatres installés constituent une ressource peu disponible et mal informée des services qu'offrent les CMS. En ce qui concerne les cas de crises, l'emploi généralisé de répondeurs par les psychiatres est qualifié de problématique.

§7 PSY PRI → MEDECINS GENERALISTES : Les réseaux mentionnés ont pour propriétés d'être personnalisés et marqués par la « confraternité ».

MEDECINS GENERALISTES → PSY PRI : Du point de vue des généralistes interrogés, deux conditions sont à remplir pour adresser un patient à un psychiatre : l'accord du patient et celui d'un psychiatre. Rapportant la difficulté pour les patients de décider de consulter un psychiatre, l'un de nos interlocuteurs généraliste n'estime pas correct que ces patients « tombent sur dix ou quinze répondeurs » et se sentent ainsi « rejetés ».

§8 PSY PRI → GRAAP : Les psychiatres interrogés comptent beaucoup sur le GRAAP, qui est fréquenté par nombre de leurs patients. Cependant, les praticiens disent n'entretenir aucun contact direct avec le GRAAP.

GRAAP → PSY PRI : Il est rapporté que ce sont les psychiatres privés qui prennent

contact avec le GRAAP, et non l'inverse. Deux commentaires sont faits sur ce point : (1) les membres du GRAAP commettraient une intrusion dans la vie privée des personnes qu'ils suivent s'ils contactaient leurs médecins, (2) si les psychiatres installés prennent contact « c'est qu'ils croient en nous, du moins en ce qu'on fait ». Nos interlocuteurs souhaitent une intensification de la collaboration avec les psychiatres installés, dont une portion seulement se montre assez disponible pour se rendre dans les locaux du GRAAP afin de « parler du patient ou faire des propositions ».

§9 DUPA → POLICE : Les membres du DUPA constatent qu'ils ont plus souvent recours aux services de police depuis la suppression des divisions fermées. Les assistants sociaux se plaignent de la rigidité occasionnelle des services de police par lesquels ils se sentent incompris dans leurs tentatives de trouver des solutions pour des gens marginalisés dont la responsabilité est amoindrie par la maladie. En terme d'interventions, les assistants sociaux se questionnent sur les recherches infructueuses des services de police sollicités lorsqu'un patient est introuvable : « est-ce qu'ils s'en foutent ou est-ce qu'ils ont vraiment fait un constat d'impuissance ? »

POLICE → DUPA : Bien que la collaboration avec le CITB soit déclarée satisfaisante, le problème de la sécurité des infirmiers est soulevé : les policiers se plaignent de devoir demeurer parfois une heure entière sur le site du CHUV afin de protéger un infirmier contre le danger potentiel que représente le malade en crise. En ce qui concerne l'hôpital de Cery, un sentiment de disqualification est exprimé par l'un des policiers, sentiment relatif à l'absence d'écoute rencontrée par ses collègues et lui-même. L'accent est mis sur le respect que manifesterait l'écoute des soignants à l'égard des policiers. Les stages effectués par les policiers leur ont permis de mieux saisir le sens de la suppression des divisions fermées au sein du DUPA. Cet objet d'agacement qui amène les policiers à poursuivre une même personne à travers la ville plus d'une fois dans une journée a en effet perdu à leurs yeux son caractère absurde : « j'ai compris à quoi ça sert de ne pas enfermer simplement les gens ».

§10 JUGE DE PAIX → CMS : Les CMS et les services sociaux de la ville sont les partenaires principaux du Juge de Paix, qui affirme avoir souvent affaire à eux dans le cadre de dénonciations. Il rapporte avoir « pris le temps de rencontrer » ces partenaires afin de les sensibiliser aux limites de sa fonction ainsi qu'aux conditions dans lesquelles un signalement à la Justice de Paix est approprié.

CMS → JUSTICE DE PAIX : La longueur des interventions de la Justice de Paix est déplorée. De plus, la responsable de centre interrogée exprime le sentiment que parfois le juge ne prend pas en compte les informations qu'elle lui transmet. Une infirmière souligne que la Justice de Paix finit toujours par lui donner une réponse.

§11 JUGE DE PAIX → DUPA : Le juge se dit satisfait de la collaboration en ce qui concerne les expertises psychiatriques. La communication pose cependant problème lorsque le secret médical s'oppose aux obligations légales des médecins en terme de transparence face à la Justice de Paix. D'autre part, la communication est sans issue pour le juge lorsqu'il oriente des malades atteints de pathologies mixtes - toxicodépendance et troubles psychiatriques. Les institutions spécialisées dans l'une ou l'autre de ces maladies lui affirment ne pas être le bon interlocuteur. Finalement, le juge déplore de ne pas avoir été informé de la suppression des divisions fermées à Cery ; il constate que « l'information joue un grand rôle, mais en effet qui informe ? » et ajoute que « ça peut susciter une grande discussion, c'est peut-être ce qui n'est pas souhaité ».

DUPA → JUSTICE DE PAIX : L'assistant social rencontré estime être soutenu par la Justice de Paix malgré la lenteur relative des procédures légales.

§12 GRAAP → DUPA : Les membres du GRAAP paraissent satisfaits de leurs rapports avec le CITB. Ils se disent également heureux d'avoir pu négocier les conditions d'encadrement offertes par Cery dans certains cas particuliers. Néanmoins, ils estiment être insuffisamment informés par l'hôpital en ce qui concerne les sorties et rencontrent parfois une certaine incompréhension de la part des « jeunes assistants qui démarrent » que la directrice du GRAAP dit être amenée à informer avec succès sur le sens de la démarche du GRAAP.

DUPA → GRAAP : Les membres du DUPA insistent sur l'évolution de leur rapport avec le GRAAP. Si chacun a pu « camper sur ses positions » dans le passé, il leur semble qu'aujourd'hui le contact soit bon. Les membres du DUPA apprécient la facilité d'accès des services du GRAAP et valorisent les divergences entre services: « c'est très bien qu'ils défendent eux d'autres choses en somme » (propos d'une assistante sociale du DUPA).

§13 GRAAP → CMS : Depuis 2 ans, les membres du GRAAP constatent une amélioration progressive de la collaboration avec les CMS. Cependant, un problème majeur se pose pour les anciens patients en terme de crédibilité face aux infirmières des CMS avec qui « il faut d'abord que l'on sorte nos diplômes, après on discute ». L'intervenant cité émet l'hypothèse que les infirmières « se sentent menacées parce qu'on suit les mêmes personnes ».

CMS → GRAAP : Le GRAAP est régulièrement sollicité par les CMS lorsqu'un patient refuse les intervenants médicaux. Les infirmières souhaitent intensifier davantage ce type de collaboration. Sur la base d'une expérience difficile avec un intervenant du GRAAP, une infirmière insiste sur la nécessité de définir « quel est le rôle de chacun, de s'y tenir et d'informer de ce qu'on fait ».

§14 MEDECINS GENERALISTES → EMS : Il est seulement rapporté que peu de collaborations ont cours à ce niveau.

EMS → MEDECINS GENERALISTES : Il est rapporté que la collaboration avec les médecins généralistes repose sur quelques prises de contacts n'ayant pas posé de problème.

§15 MEDECINS GENERALISTES → CMS : Les CMS apparaissent comme un partenaire nécessaire en ce qui concerne la psychogériatrie.

CMS → MEDECINS GENERALISTES : Les infirmières de CMS contactent généralement les médecins généralistes pour obtenir des informations concernant la médication d'un patient ou pour signaler une crise (décompensation, tentamen). La communication est jugée insatisfaisante par certaines infirmières dans la mesure où les médecins ne les informent pas systématiquement des modifications apportées à la médication des patients. Une infirmière décrit la relation médecin/infirmière comme exempte de toute contrainte hiérarchique, et précise que « c'est le patient qui est au centre ». Néanmoins, il apparaît que la communication avec les médecins est relativement unilatérale ; « c'est souvent moi qui dois les relancer, on a l'habitude avec les médecins ». Et que l'obtention d'information auprès d'un spécialiste est souvent effectuée par les infirmières en « triangulant par le médecin traitant » car « il est plus facile pour un médecin

d'obtenir des informations d'un autre médecin » que pour elles.

§16 MEDECINS GENERALISTES → DUPA : Il est fait mention du manque de feedback concernant le parcours de patients adressés au CITB, particulièrement en ce qui concerne les patients dont le médecin n'est pas le médecin traitant. L'un de nos interlocuteurs estime que la collaboration avec le DUPA est « assez médiocre ». Il s'interroge sur la motivation des collaborateurs au sein de l'institution où il lui semble que l'on « travaille comme des bureaucrates », ce qui est mis en lien notamment avec la rigidité des horaires. Il considère que la communication a été rendue plus compliquée par la séparation des activités du DUPA sur « plusieurs sites, ambulatoires et hospitaliers ». Il est déploré que l'annonce de sortie de patients, bien qu'élémentaire, ne soit pas systématique. Nos interlocuteurs revendiquent le bien-fondé d'une collaboration beaucoup plus étroite avec le DUPA. Dans ce sens, l'un d'eux invite à ce que le milieu hospitalier soit sensibilisé à l'importance d'une telle collaboration en terme de suivi du patient.

DUPA → MEDECINS GENERALISTES : Un problème de crédibilité est exprimé par un infirmier dont le rôle n'a pas été accepté par le médecin traitant du patient qu'ils avaient en commun. Selon cet infirmier, le généraliste est parvenu à lui retirer le patient au profit d'un psychiatre, partenaire plus crédible aux yeux du généraliste.

§17 DUPA → CMS : En ce qui concerne la collaboration avec les CMS, les avis émis par les membres du DUPA (médecins et assistants sociaux) sont très positifs. Il nous a été rapporté que les rôles de chacun sont bien compris, que les prises en charges désirées par le DUPA sont mises en place par les CMS, et que les contacts entre institutions sont réguliers.

CMS → DUPA : « Avec le DUPA, la collaboration n'est pas facile. Comme j'ai travaillé au DUPA on me contacte, mais parce qu'on me connaît plus que parce que c'est le fonctionnement » ; l'infirmière citée évoque un manque de communication rapporté par tous les intervenants des CMS. Au niveau d'une direction de CMS, on estime que la situation est en train d'évoluer : « on commence à se contacter ». D'autre part, la responsable de centre citée désapprouve une tendance du DUPA à solliciter les CMS pour des situations psychiatriques par le biais de demandes d'aide au ménage. De plus, les informations émises par le DUPA lors de sorties des patients sont jugées insuffisantes. Les infirmières interrogées souhaitent obtenir les documents de transmission 48h avant la sortie du patient. Il est précisé que les assistants sociaux du DUPA n'ont pas les compétences médicales nécessaires pour transmettre les informations requises par les infirmières. De manière générale, les infirmières de CMS rapportent qu'il leur est très difficile de contacter au sein du DUPA la personne responsable d'un patient donné. En terme de communication entre institutions, une infirmière de CMS déplore avoir eu connaissance de la création du SIM « par hasard ». Réciproquement, il est souhaité que le DUPA se familiarise avec la manière dont travaillent les CMS, leurs horaires et délais d'intervention. Une infirmière précise quel rôle elle entend jouer en tant qu'interlocutrice de CMS face au DUPA :

les CMS c'est important qu'on ne les utilise pas comme un exécutant mais comme un partenaire, ce qui veut dire qu'effectivement on puisse participer aux projets... qu'on me donne l'espace d'avoir un contact avec les professionnels

§18 DUPA → EMS, foyers, etc. : Dans ce type de collaborations, les membres du DUPA reconnaissent que leurs lettres de sortie sont souvent envoyées trop tardivement. Du point de vue des membres du service social du DUPA, le nombre élevé de foyers rend fastidieux

l'élaboration d'un réseau : « il faut avoir le temps d'établir un réseau ». Ce travail de longue haleine est alourdi par un sentiment de devoir systématiquement redynamiser la collaboration par des coups de téléphone.

EMS → DUPA : Dans l'ensemble, la collaboration est dite satisfaisante. En ce qui concerne le CITB, les infirmières interrogées désirent néanmoins faire mieux connaître leur travail et formaliser un tant soit peu les échanges : « ça pourrait être optimisé ».

§19 EMS → CMS : Peu de collaboration à ce niveau, mais beaucoup d'estime et d'enthousiasme : « je les trouve très pros et très utiles ».

CMS → EMS : Les EMS psychiatriques ne font pas partie du réseau des infirmières de CMS interrogées.

4 Entretiens collectifs (*focus groups*)

4.1 Patients et proches

Ce groupe est particulièrement informant car patients et proches n'ont pas été rencontrés en entretiens individuels, du moins pas en tant que tels. La discussion du groupe révèle la souffrance des uns et des autres. Par moment, il y a friction entre patients et proches, notamment sur la question du secret médical, qui protège les patients et maintient leurs proches dans l'ignorance. La question des mesures de contrainte constitue un autre objet de dissension : leur abandon aide les patients à accepter leur maladie tandis que ce même abandon est cause de catastrophes aux yeux d'un parent de schizophrène.

Patients et proches sont univoques quant à leur besoin d'information relative aux pathologies psychiatrique. Les uns acceptent mieux une maladie si elle leur est expliquée, les autres réclament en plus d'être informés sur « la marche à suivre » pour solliciter adéquatement les structures de soins. Sur la question des drogues, un proche rappelle leur fonction d'automédication ainsi que leurs effets secondaires qui de par leur similarité à certains symptômes psychopathologiques sont propres à fausser les diagnostics (haschich - paranoïa).

En termes d'interventions policières, il est fait mention du meilleur et du pire, les policiers intervenant parfois « en civil, avec tact », et d'autres fois en trop petit nombre et agressivement : « ils disaient 'dans notre métier on est habitué à donner des coups et en recevoir' ». Concernant les médecins généralistes, un contraste similaire apparaît ; l'un accompagne durablement son patient, qui lui reconnaît « un rôle de relativisation important », son confrère commet une « erreur de communication » en envoyant les policiers au domicile d'une famille sans la prévenir.

Quant à l'hôpital, lieu du « travail en équipe », il est largement critiqué par les patients, qui se sentent seuls face à l'équipe soignante parfois autoritaire (« on est face à un mur »). D'autre part, un patient souhaite que les soignants reconnaissent leurs erreurs afin de l'aider à faire la part des choses entre délire paranoïaque et réalité.

Finalement, le réseau est décrit comme inégalitaire car il semble traiter préférentiellement les patients dotés de relations bien placées.

4.2 Lieux de vie

Une bonne dynamique a imprégné ce focus group au cours duquel tous les intervenants présents se sont exprimés à tour de rôle et en dialogue. Constructifs, les propos ont constitué un bon reflet des thèmes issus des entretiens, et les différents représentants des lieux de vie, bien qu'issus d'institutions diverses, se sont retrouvés sur une communauté de problèmes similaires. Les idées principales qui ressortent et qui entraînent l'adhésion de chacun sont les suivantes :

1. Le besoin de reconnaissance, exprimé par les CMS en particulier, qui déplorent un hospitalo-centrisme qui mène à des sorties de patients de l'hôpital de Cery mal organisées avec en prime des défaillances dans la transmission des informations importantes concernant le patient. De l'avis de plusieurs intervenants, tout se passe comme si le patient existait seulement au moment de son entrée à l'hôpital et durant son séjour, alors que la mise en place de réseaux à l'hôpital avant la sortie pourrait améliorer la prise en charge dans le milieu de vie du patient. Même si une amélioration en cours est évoquée par rapport à la reconnaissance des divers

lieux de vie, il persiste un déficit au niveau de la connaissance de ces structures en tant que services, de ce qu'ils peuvent apporter en qualité de fournisseurs de prestations.

2. L'idée que les contacts personnels sont facilitateurs et que, même si une évolution paraît s'être produite à Cery (contacts sont pris plus systématiquement avec les membres du réseau avant la sortie du patient), il demeure encore des lacunes au niveau des rôles assumés par chaque structure. L'ensemble des participants estime que ces rôles devraient être clarifiés, au même titre que certaines procédures d'intervention, notamment lors de crises. A cet égard, la disparition du psychiatre de garde est déplorée, car, à la différence des médecins non spécialisés en psychiatrie, le psychiatre de garde prend plus facilement position lors d'interventions à domicile.
3. Il existe une réelle volonté de collaborer au sein du réseau et, davantage que le manque de temps *stricto sensu*, c'est la perte de temps en discussions et actions peu utiles qui est mise en avant. Les interlocuteurs estiment que la confiance en la compétence d'autres prestataires de soins et acteurs sociaux, ainsi que la complémentarité dans les autres structures du réseau sont de nature à permettre des gains de temps.

Enfin, à côté du déficit d'information soulevé au niveau des protocoles, procédures, services (déficit de la qualité de l'information plutôt qu'au niveau de la quantité), est avancée l'idée d'une sensibilisation des proches et du patient à la maladie psychiatrique sur le modèle de groupes de psycho-éducation, laquelle permettrait une dédramatisation et une "déstigmatisation" de la maladie psychique avec en corollaire un changement d'attitude de la part de la communauté, dans son ensemble.

4.3 Médecins libres praticiens

L'atmosphère est détendue, chacun parle à son tour en essayant d'équilibrer les temps de parole.

Les libres praticiens apparaissent peu concernés par les personnes en refus de soins ; ils sont plutôt débordés par un afflux de demande pour des troubles psychiatriques. Les généralistes suivent un grand nombre de personnes qui abusent de substances et qui présentent une comorbidité psychiatrique. Par contre, c'est en général un motif de refus de prise en charge pour les psychiatres.

Les psychiatres sont confrontés à un afflux important de demandes auxquelles ils ne peuvent pas répondre, et pour lesquels ils ne peuvent pas mettre de priorité, ce qui éclaire leur manque de disponibilité. De nombreuses demandes sont le fait de personnes isolées, désinsérées pour qui les problématiques sociale et psychiatrique sont mêlées : « ... un problème qui dépasse... je veux pas dire un problème de société... Il y a des patients qui auraient l'autonomie de se débrouiller finalement assez bien dans la vie, qui s'accrochent (au psychiatre) parce que tous les autres repères tombent ». Ils regrettent le recours à la psychiatrie pour les problèmes sociaux, mais ne connaissent pas d'alternatives par exemple pour les disputes conjugales ou la solitude. Deux psychiatres ont une pratique très individualisée, de type psychothérapeutique principalement, et peu de collaboration avec d'autres partenaires, sauf en crise. Les cas suivis sont autonomes, relativement stabilisés et permettent ce type de pratique. Les deux autres collaborent avec des généralistes, les CMS et les institutions plus fréquemment pour des personnes souffrant de troubles psychotiques ou des personnes âgées.

Les difficultés d'accès aux soins psychiatriques privés et publics sont dénoncés. Les délais augmentent le recours à l'urgence. Dans les institutions publiques du secteur centre, les structures sont compliquées, les délais trop longs pour un premier rendez-vous pour des patients en crise.

L'intervention psychiatrique d'urgence prend beaucoup plus de temps que l'urgence somatique. C'est difficile à organiser avec une consultation. Bien que les psychiatres soulignent qu'ils ont continué à effectuer la garde au CITB, les généralistes regrettent la période où une structure d'intervention psychiatrique à domicile existait. Ces interventions sont vécues comme très difficiles en ville, souvent en raison de la solitude, des conditions d'intervention de crise, et de l'absence de réseau et d'entourage présent au moment de l'intervention. A la campagne, ces interventions sont mieux vécues par le généraliste, qui se sent appuyé par la famille, les voisins, le syndic, et par une meilleure connaissance de l'évolution des situations « C'est vrai qu'il y a encore un réseau : syndic, instituteur, pasteur. Enfin c'est eux qui nous appellent comme ça et on y va avec la famille. On n'y va jamais seul »

Connaître personnellement un interlocuteur dans une institution est unanimement reconnu comme essentiel pour la collaboration. « Il y a une immense part de la connaissance de quelqu'un... Sous sa forme anonyme, l'institution peut être assez méchante ». L'accès aux soins est très critiqué ; il devrait être plus généraliste et avec un bas seuil « Les portes ne doivent pas être à l'extérieur avec des étiquettes, il doit y avoir une porte d'accès libre pour tout le monde... et après les spécialistes ». La personne dans la communauté est « entière » : une structure de l'institution trop rigide fragmente le suivi : « au lieu de soigner, on n'arrête pas d'aiguiller et de renvoyer les uns sur les autres ».

Les libres praticiens expriment leur difficulté à saisir eux-mêmes les besoins de la population « On nous dit qu'il y a une pléthore médicale et à notre échelle on est toujours en train de refuser des demandes. Alors quels sont les besoins de la population vaudoise en soins psychiatriques ? » ; le désir d'en savoir plus, de faire des enquêtes, de la formation sur ce sujet. Également de s'intéresser aux préférences du patient, qui ne correspondent souvent pas aux préférences des soignants. Les autorités de santé publique devraient plus s'engager pour faire de ces problèmes quelque chose d'attractif, d'universitaire, comme cela a été fait pour la toxicomanie. Les médecins installés pourraient travailler en partie dans l'institution pour faciliter les liens.

Voici les thèmes et propositions qui émergent de ce focus group :

1. La solitude, la perte de réseau social en ville rend les problématiques sociales et psychiatriques entremêlées et complique les interventions. Les interventions d'urgence sont rendues plus compliquées et dangereuses ; les décisions sont plus difficiles à prendre en raison de l'absence de tiers au moment de l'intervention. Des moyens sûrs d'intervention d'urgence psychiatrique à domicile doivent être trouvés, par exemple par la mise sur pied d'un SMUR psychiatrique.
2. La fin de certains suivis psychiatriques à long terme est rendue difficile par l'investissement de la personne réelle du thérapeute aux dépens des soins, en raison de l'isolement social, de l'absence d'alternative au suivi psychiatrique pour rompre la solitude ou recevoir un appui pour une crise sociale et de la perspective strictement individuelle des soins.
3. La perspective individuelle des libres praticiens, l'afflux de demandes, ne leur permet pas d'avoir une vision d'ensemble sur les besoins de la population. Il y a une demande de mieux délimiter les missions, d'offrir des alternatives pour les situations plus sociales que psychiatriques et de s'intéresser aux préférences des patients.
4. L'accès aux soins de psychiatrie publique doit être simplifié, harmonisé, avec une porte d'entrée seuil bas type consultation ouverte. De plus, l'articulation entre les unités doit permettre une transition souple entre une porte d'entrée généraliste et la spécialisation des soins.
5. Les praticiens privés doivent être mieux intégrés dans les institutions, par exemple en participant à l'accueil et au tri des patients.

4.4 DUPA

Le groupe est composé de collaborateurs du DUPA de l'hospitalier et de l'ambulatoire, médecins, assistantes sociales et infirmier(ère)s. L'entrevue s'est déroulée harmonieusement, les intervenants sont respectueux les uns envers les autres, se laissent parler, rebondissent sur ce que l'autre a dit; une seule personne n'a pas pris la parole.

Les membres du groupe s'interrogent sur le suivi qu'on peut proposer à des personnes qui sont en déni, comment les rattacher à une filière de soins et éviter qu'ils se retrouvent marginalisés.

Cette préoccupation est très importante pour les personnes qui font usage de drogues ou d'alcool, car peu de moyens sont donnés pour cette population.

Le réseau de soins est considéré comme assez performant, adapté aux gens qui ont une demande claire, mais pas aux personnes qui sont réfractaires à tout. C'est pour ces personnes que le réseau aurait un rôle à jouer, à savoir s'épauler les uns les autres.

Malgré tout le sentiment du groupe est que la population a évolué et même si elle tolère mal les personnes à la rue, le degré de tolérance est plus grand maintenant.

Quant à la crise, elle peut arriver si le réseau n'a pas fonctionné à un moment ou à un autre. Le réseau est surchargé, à tous les niveaux, aussi bien à l'hôpital qu'au CITB, dans les CMS et chez les psychiatres installés auxquels le DUPA a de la peine à adresser des nouveaux patients. Les situations deviennent alors des crises difficiles à gérer, comme évoqué dans un groupe de proches, par des médecins généralistes peu formés en psychiatrie.

La réinstauration d'une garde ambulatoire par les psychiatres installés est en discussion, même s'ils n'y sont pas favorables et se voient en deuxième ligne. Le CITB quant à lui, estime jouer son rôle et avoir fait beaucoup d'efforts pour améliorer la collaboration avec les policiers.

Au sujet de la collaboration, les participants font remarquer que déjà à l'intérieur du DUPA, un certain cloisonnement existe entre les services.

La volonté d'ouverture est présente, mais la collaboration présuppose un changement de ses représentations de son propre rôle et de celui des autres. La personne de référence du patient par exemple ne sera pas forcément un intervenant de la psychiatrie, mais peut-être une personne dans la communauté qui serait porteur de la vision à long terme.

Le réseau va coûter cher, il va probablement apporter des gains, mais il est difficile d'évaluer un bénéfice et un coût. Pour se réunir pour un réseau, il faut du temps et les agendas sont déjà très remplis. Déterminer les indications des prises en charge de réseau serait une mesure nécessaire pour économiser les ressources.

Plusieurs rôles sont proposés pour les autorités :

1. Intervenir politiquement pour modifier le regard que la société et la communauté portent sur les marginaux, par une information sur les troubles psychiques ;
2. Informer sur la solidarité, sur l'entraide, sur la vie de quartier, sur les élans naturels ;
3. Valoriser financièrement l'aide apportée par les voisins qui peut éviter l'hospitalisation, mais qui n'est jamais reconnue.

ARCOS devrait répertorier tous les services existants sur le canton qui interviennent dans la santé et le social avec leur type de mission et les services transversaux.

Par rapport aux ressources en cas de crise, il y a des liens à créer dans la filière de soins. Les sections hospitalo-ambulatoires sont une solution très efficace ; les thérapeutes sont hospitaliers le matin, ambulatoires l'après-midi, c'est une équipe qui peut gérer la crise en interne. Dans le secteur pour les personnes toxico-dépendantes qui n'a qu'un volet ambulatoire, en cas de crise aiguë, il manque une unité spécialisée et fermée.

4.5 Groupe de référence ARCOS

Trois pôles du réseau sont ici réunis : le socio-éducatif, le médical, les représentants des patients.

Du côté socio-éducatif, il est fait mention de l'efficacité du travail effectué auprès de patients psychiatriques toxico-dépendants. L'accent est mis sur l'apport d'un « référent continu ». En terme de prévention, la précarité sociale est perçue par un intervenant comme conduisant fatalement à la crise avant une éventuelle mobilisation du réseau. Fort de ce constat, il confirme le besoin de structures intermédiaires (évoqué en entretien par un psychiatre). Plus tard, il insiste sur la fausse-évidence selon laquelle les gens désirent travailler en réseau ; « le seul réseau qui existe pour eux c'est... leur institution ». Partant, il insiste sur la nécessité de créer des postes de supervision assurée par des gens ayant une connaissance globale du réseau. Souhaitant que la peur populaire pousse les politiques à agir, il suggère que le réseau doit diffuser l'expression de ses limites et des risques qu'elles font encourir à la population. Son collègue décrit ce type de démarches comme ponctuelles bien qu'efficaces ; il lui paraît préférable de réhabiliter durablement la parole en tant que pratique collaborative.

Le pôle médical est représenté par une infirmière en psychiatrie, un médecin généraliste et un psychiatre. La première insiste sur sa solitude face aux situations traitées à domicile. Le second exprime ses interrogations éthiques face aux patients qu'il croit devoir abandonner ; il remercie son confrère psychiatre de lui rappeler qu'il « fait du bon boulot ». Quant au psychiatre, il met l'accent sur la nécessité impérieuse de dégager des fonds afin d'améliorer les prises en charge. De plus, il développe une rhétorique tendant à restaurer une suprématie médicale menacée. Corrélativement, on constate une absence de prise de parole par les représentants de patients ; ceux-ci insistent finalement sur l'importance de la négociation et du dialogue au sein d'un réseau incluant le patient.

4.6 Responsables institutionnels

Ce focus group a eu lieu en présence de sept participants, tous occupant un poste à responsabilité au sein d'une des structures ou institutions impliquées dans le réseau ARCOS. Il s'est déroulé dans un climat de grande convivialité, largement libre de propos figés (langue de bois). Initié sous la forme d'une co-construction très séquencée (tour de table), le focus group s'est rapidement structuré en termes interactifs. Les éléments de contenu majeurs peuvent se résumer au travers des points suivants:

1. Grâce aux réactions provoquées par nos stimuli, ce focus group a été l'occasion pour plusieurs participants d'obtenir des informations importantes de la part d'autres participants (ex. intégration de la psychiatrie dans le domaine de compétence de la santé publique, certaines activités du GRAAP).
2. Tous les participants ont insisté sur le fait que la psychiatrie constitue, en quelque sorte, le parent pauvre de la santé (cf. supra) dans le canton de Vaud, ce qui n'est pas sans liens avec les difficultés que le réseau tente de résoudre au travers de la présente recherche.

3. La question du déni des patients a suscité de nombreuses réactions. Plusieurs participants, tout en soulignant leur éloignement du terrain, ont relevé que cette question les concernait de manière très directe, soulignant les implications d'ordre éthique, économique et judiciaire qu'entraînent des patients installés dans le déni.
4. L'importance d'une formation spécifique pour les interventions de crise a été relevée à plusieurs reprises. Cette formation concerne tous les types d'intervenants, des policiers aux généralistes en passant par les psychiatres et les membres du corps infirmier.
5. Les participants sont généralement d'avis qu'une part des limites du réseau sont consubstantiels à la nature même d'un réseau et qu'il s'agit de se concentrer sur le dépassement des limites relatives à tel ou tel dysfonctionnement conjoncturel.
6. Le focus group s'est clos sur la proposition émise par certains responsables de santé publique d'une poursuite de la présente recherche. Il a été précisé que des fonds pouvaient être alloués en vue d'une production de connaissance capable de lever certaines des difficultés de collaboration rapportées par les personnes s'étant exprimées lors des entretiens. Entre autres choses, ont été évoquées les questions touchant à l'image professionnelle attachées à certains intervenants et au désarroi des certaines proches de patients qui demandent de pouvoir disposer d'un véritable guide de conduite pour les gestions de crise.

5 Discussion et perspectives

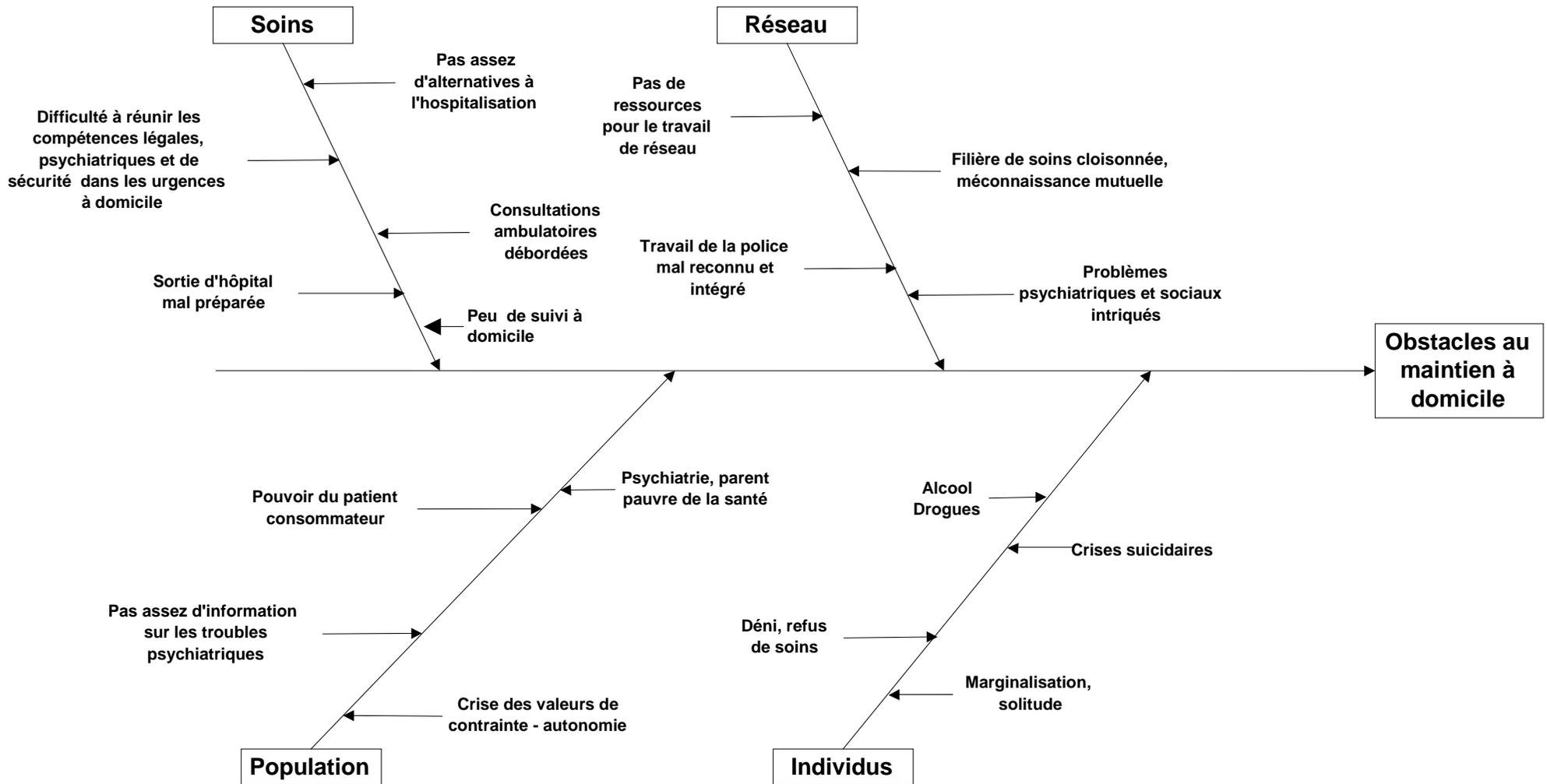
Dans ce dernier chapitre, nous mettons en perspective les thèmes abordés par les acteurs du réseau, comme un miroir dans lequel le réseau pourrait s'observer. A partir de ces thèmes, et des propositions qui en émanent, nous interrogeons le réseau sur les actions à réaliser en priorité sur trois axes.

Premièrement, cette enquête peut contribuer à l'élaboration d'une politique de santé mentale. Nous constatons une période de changement, dans laquelle une politique de santé mentale doit être formulée, dont certains thèmes peuvent contribuer à l'élaboration.

Deuxièmement, nous constatons que si certains acteurs aimeraient travailler en réseau, les institutions assurent d'abord leur propre survie, et ne s'engagent pas spontanément au service du réseau. Certains problèmes, comme les urgences psychiatriques en ville, sont pourtant partagés par l'ensemble des acteurs, et gagneraient à être résolus dans une perspective de réseau avec l'aide d'ARCOS.

Enfin, les acteurs ont un regard aigu sur les services qu'offrent les institutions. L'enquête donne des éléments précieux aux institutions pour indiquer quels services pourraient être améliorés à la lumière des attentes des uns et des autres. La figure 1 présente de manière schématique les principaux obstacles au maintien à domicile identifiés par l'analyse.

Figure 1 - Problèmes identifiés par les acteurs du réseau :



5.1 Participer à l'élaboration d'une politique de santé mentale

La personne souffrant de troubles psychiatriques est marginalisée dans la société, et comme par un effet de mimétisme, les acteurs du réseau de soins le sont aussi. La place accordée à la construction d'une politique de santé mentale est trop réduite, et il y a là un retard à rattraper. L'association ARCOS et ses membres ont un rôle important à jouer pour dialoguer avec les autorités politiques en présentant des perspectives concertées, dont cette étude donne quelques pistes.

5.1.1 Une période de mutation

Il ressort de notre enquête que le réseau pour le maintien à domicile des personnes souffrant de troubles psychiatriques traverse une période de changement. Cette période de changement suscite de nombreux espoirs - notamment auprès d'ARCOS - mais aussi des turbulences et des frustrations. Les observations que nous avons faites sont imprégnées par ce contexte et doivent être lues comme telles : une période où des contacts se nouent, des échanges se font, avec une soif de connaissance de l'autre, mais aussi autour de situations conflictuelles, avec des exigences élevées, souvent des incompréhensions. Ainsi sont exprimés des espoirs pour l'avenir, aucun regret pour le passé, cependant que le constat sur le réseau tel qu'il existe actuellement est sévère. Il l'est d'autant plus que les attentes sont importantes, et que certaines pratiques se sont déjà modifiées, sans pour autant que la « culture » du réseau n'ait encore fondamentalement changé (Tableau 3).

Tableau 3 - Modification du fonctionnement et des attentes du réseau :

	Passé	Avenir
Information	Secret ; suivi intimiste et personnel. L'information est vue comme une source de stigmatisation et d'exclusion.	Partage de l'information avec les patients, les proches et les autres partenaires des soins. L'information est vue comme une source d'empowerment
Objectifs cliniques	« Guérison » à l'hôpital.	Retour dans la communauté dès que possible.
Réseau	Constitution d'un réseau psychiatrique ad-hoc ; contacts privilégiés avec d'autres patients et intervenants de psychiatrie	Maintien du réseau dans la communauté. Contacts en dehors d'un milieu psychiatrique « protégé ».
Relation au patient	Le privilège thérapeutique permet de contraindre au traitement hospitalier de longue durée	Relation de partenariat avec un patient « consommateur »
Pilotage du réseau	Psychiatre	Patient

Ces changements se manifestent clairement dans une crise actuelle autour des rapports de pouvoirs entre les différents acteurs du réseau.

5.1.2 Les rapports de pouvoir

Le champ de la santé connaît actuellement des pressions socio-économiques et politiques qui modifient profondément les rapports de pouvoir. Les médecins ne sont plus seuls dans leurs décisions, mais sont confrontés aux exigences d'information et de liberté de choix du patient, aux pressions économiques, et à la concurrence d'autres professionnels. La nécessité d'un travail concerté en réseau, tout comme les efforts de négociation y relatifs, reflètent à l'évidence ce nouvel état de fait. Celui-ci est, selon toute hypothèse, le résultat conjugué d'une explosion des coûts de la santé, de l'émergence croissante d'une conception résolument bio-psycho-sociale de la maladie, d'une certaine redéfinition de la profession de médecin et de la volonté d'action – et de réaction – de diverses associations de patients. Dans les entretiens, nous avons observé l'importance de ces modifications dans les positions des acteurs concernés et de leur rapport de pouvoir et de subordination. Par exemple, des conflits naissent autour de la formation des intervenants entre association de patients et professionnels de santé ; on craint une prise de pouvoir de l'institution universitaire envers les autres institutions ; des professionnels résistent à dialoguer avec des usagers. La rédaction de la nouvelle loi vaudoise sur la santé publique, qui donne la prééminence à la liberté individuelle sur le privilège thérapeutique du médecin, prend acte et concrétise ces modifications dans les rapports de pouvoir. Les conséquences de ces changements sont vécues avec beaucoup d'ambivalence et d'insécurité, comme cela se manifeste dans le mouvement actuel de désinstitutionnalisation.

5.1.3 Désinstitutionnalisation, contrainte et autonomie des personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères

Le mouvement de désinstitutionnalisation observé depuis les années soixante s'est considérablement accéléré sous la pression de plusieurs facteurs. Premièrement, la relation médecin / patient a évolué vers un partage du pouvoir impliquant un devoir d'information au patient, sa participation aux choix thérapeutiques, et la liberté pour lui de refuser les soins hors circonstances extrêmes. Cette évolution a été stimulée en psychiatrie par le développement et le travail des associations de défense des droits des patients. Un second facteur à prendre en compte est le développement de traitements psychiatriques qui permettent un retour effectif dans la communauté. Les pressions économiques visant à diminuer le recours à l'hospitalisation et à trouver des alternatives moins coûteuses constituent un troisième facteur. Enfin, un mouvement de spécialisation et de professionnalisation des soins psychiatriques privilégie l'hospitalisation comme lieu de soins transitoires au détriment des hébergements de longue durée, dont la mission s'oriente plus vers la réhabilitation et la resocialisation.

Si ces changements apparaissent comme positifs du point de vue des personnes interrogées, un certain désarroi apparaît quant au rapport entre contrainte et autonomie. L'enquête montre une préoccupation commune pour les problèmes des personnes qui nécessitent des soins psychiatriques mais sont « en rupture » ou en déni. Les valeurs de « contrainte » sont en crise, que ce soit auprès des médecins ou des juges de paix. Certains intervenants comme les proches, les assistants sociaux ou la police, s'ils adhèrent à l'évolution vers un partenariat avec le patient, s'inquiètent des conséquences sur leur pratique et des risques encourus lors de situations de crises répétées. Les interventions où une décision doit être prise contre le gré du patient ont une charge émotionnelle élevée et suscitent facilement des conflits et des accusations réciproques : médecins

généralistes « incompétents », psychiatres « indisponibles », juge de paix « trop lent », police « difficile à déplacer ». Les questions principales semblent être : comment favoriser l'appropriation du réseau (« empowerment ») par les usagers sans les abandonner à eux-mêmes lorsqu'ils ont besoin de soins ? Et comment les amener aux soins sans abus de pouvoir ?

Ces questions nécessitent une vision globale du réseau, pour prendre la mesure des conséquences de la nouvelle loi sur la santé publique, accompagner la politique de désinstitutionnalisation, et développer des stratégies pour suivre cette population cible dans son milieu.

5.1.4 La psychiatrie « parent pauvre de la santé »

Dans les entretiens, nous avons relevé le faible nombre de commentaires, d'attentes ou de propositions sur la politique de soins en psychiatrie. La résignation des acteurs de terrain et le sentiment « d'absence » qui se dégage sont confirmés dans les focus groups où cette question a été posée. La psychiatrie apparaît orpheline de la politique, sans voix. Certains acteurs sont débordés, faute de pouvoir définir des objectifs prioritaires ou des populations cibles. La réunion de plusieurs décideurs dans un focus groupe, lors duquel a été utilisée l'expression « parent pauvre de la santé », suscite l'espoir qu'ARCOS puisse contribuer à accroître l'intérêt de la santé publique pour la psychiatrie. L'un des besoins formulés est de définir des objectifs prioritaires pour certaines populations cibles. Dans le cadre de notre recherche, ce sont les patients « en refus », les comorbidités de troubles psychiatriques avec abus de substance, et enfin les crises suicidaires qui s'avèrent poser le plus de difficultés en terme de maintien à domicile.

5.1.5 Une politique d'information au public

L'ensemble des soignants interrogés aspire à ce que le public soit mieux informé au sujet des maladies psychiatriques. Selon eux, une politique d'information sur les causes et symptômes des maladies psychiatriques permettrait de modifier la situation actuelle sous deux aspects principaux. D'une part, une telle action fournirait à l'entourage des malades une connaissance des « signaux d'alerte » permettant de solliciter le réseau de soins rapidement et à juste titre. D'autre part, comme le souligne un assistant social, l'information au public permettrait « que le milieu social soit mieux préparé... pour aussi avoir une meilleure acceptation de ce qui arrive ». Lorsque nous les avons interrogés en groupe, certains professionnels ont exprimé le désir que l'information au public porte en priorité sur la solidarité, l'entraide, la vie de quartier. Ainsi, plutôt qu'une information strictement descriptive de la maladie, certains soignants souhaitent que soit adressé au public un appel à la sollicitude pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

5.1.6 Perspectives

Engager un dialogue avec les autorités de santé publique pour renforcer les préoccupations de santé mentale

Prendre acte de la redistribution du pouvoir entre les acteurs du réseau de soins psychiatrique, et développer une politique de santé mentale permettant d'en assumer les conséquences en terme de désinstitutionnalisation, d'accompagnement dans la communauté

Engager le Service de la santé publique à développer une politique de santé mentale en collaboration avec les acteurs du réseau de façon à identifier des populations cibles (dans notre enquête, les patients « en refus », les crises suicidaires et les comorbidités avec des abus de substances) et des objectifs prioritaires

Elaborer une politique de formation pour les professionnels sur les populations cibles identifiées (accès aux patients « en refus », gestion des crises suicidaires et des comorbidités avec des abus de substances).

Elaborer une politique de sensibilisation et d'information du public sur les populations cibles identifiées, afin de favoriser le maintien dans le milieu naturel et le recours adéquat aux soins

5.2 Introduire la dimension du réseau dans les institutions

La mission d'ARCOS et sa raison d'être, consiste en grande partie à inciter ses membres à mieux tenir compte de la dimension réseau de leur action. Notre étude montre des difficultés partagées dans certains domaines clés, comme les urgences psychiatriques à domicile et les sorties de l'hôpital, et pour lesquels les solutions qui engagent isolément chacun des acteurs du réseau ne sont pas satisfaisantes. La plus-value d'une concertation de réseau dans ces domaines-clé a donc un potentiel considérable.

5.2.1 Des contacts personnels à entretenir et des contacts institutionnels à développer

Rien ne paraît faciliter les échanges entre les institutions, qui apparaissent très cloisonnées en psychiatrie, malgré l'espoir d'un changement et d'une meilleure collaboration à l'avenir. Avant ARCOS, les échanges paraissent se fonder essentiellement sur les relations personnelles entre individus qui se connaissent. Ce cloisonnement, qui a tendance à limiter les interactions, ou à les rendre conflictuelles a plusieurs sources : l'anonymat des institutions, l'accès « seuil haut » aux soins spécialisés, le traitement « intimiste », la difficulté des situations psychiatrique pour les intervenants. L'institution « anonyme » est un obstacle majeur à la collaboration. Ceci est particulièrement vrai pour le DUPA, où les changements fréquents des médecins traitants déroutent les partenaires autant que les usagers et les proches. Les contacts personnels sont des brèches dans les cloisonnements institutionnels et permettent de passer au-delà des obstacles pour commencer à élaborer de vrais réseaux de collaboration (Grémy, 1997; Huard & Moatti, 1995). Ces contacts personnels ne sont toutefois pas suffisants pour assurer la pérennité des collaborations, qui nécessitent un engagement institutionnel.

5.2.2 Intrication des problématiques sociales et psychiatriques

La coopération dans le réseau est rendue à la fois nécessaire et complexe par l'intrication des problématiques sociales et psychiatriques, le nombre de personnes impliquées et les aspects émotionnels liés aux troubles psychiatriques. Cette complexité s'est manifestée dans le déroulement même de la recherche. En effet, partis d'une question ciblée « Comment améliorer les transitions entre soins spécialisés et de premier recours ? », nous pensions a priori que la

filrière de soins était constituée et simple. Rapidement, notre vision centrée sur les soins - voire centrée sur l'hôpital - a évolué vers la vision d'un réseau plus large, incluant évidemment les usagers eux-mêmes et leurs proches, mais aussi des institutions tels que les centres sociaux régionaux et d'autres services socio-éducatifs. En effet, ces services sont fortement impliqués en première ligne pour des interventions auprès de patients « en refus » de soins, beaucoup plus que les services psychiatriques ambulatoires classiques, alors que paradoxalement, les services sociaux ne font pas partie de ce que l'on entend a priori comme « réseau de soins ». La mission première de ces services n'est pas le soin psychiatrique, et une collaboration plus étroite avec les structures de soins apparaît nécessaire si l'on veut atteindre plus systématiquement ces groupes de patients pour leur offrir des soins psychiatriques. De plus, une méconnaissance mutuelle conduit le réseau à mal utiliser les potentiels de chaque institution. Au vu de ces constats, des échanges paraissent vraiment nécessaires, et devraient être soutenus, par exemple sous la forme de protocoles de coopération et/ou par l'introduction d'un système d'orientation et d'information.

5.2.3 Les crises à domicile en ville

Les intervenants de première ligne regrettent unanimement la disparition de la garde psychiatrique en ville et soulignent la difficulté actuelle de réunir au domicile du patient en crise les compétences psychiatriques, légales, et les conditions de sécurité pour une intervention. Ces interventions sont trop longues, retardées par l'impossibilité de mobiliser des psychiatres au domicile du patient, la difficulté à obtenir l'intervention du médecin de garde, ainsi que l'insécurité de celui-ci face à des situations psychiatriques. Ce problème est particulièrement marqué en ville où la solitude, l'absence de réseau primaire et l'insécurité rendent ces interventions particulièrement difficiles. Ce phénomène s'observe dans les grandes villes, où les interventions en urgence sont plus nombreuses et plus graves, se traduisant par une proportion plus élevée d'hospitalisations (Vergouwen, 1998). Le Centre d'Interventions Thérapeutiques Brèves (CITB), très apprécié pour ses interventions dans le cadre de l'urgence et les liens qu'il a tissés avec ses partenaires, ne répond que partiellement à ces besoins. Il nécessite en effet le déplacement des patients, parfois avec l'aide de la police dans des conditions difficiles. Les intervenants de première ligne renoncent fréquemment à l'expertise psychiatrique après avoir tenté en vain de mobiliser le médecin psychiatre du patient. Quant à la police, son intervention est rapide à partir du moment où l'intervenant de première ligne parvient à « convaincre » les services de police que la situation de crise est réelle. Les policiers jouent ainsi un rôle d'intervenants de première ligne pour le réseau de santé mentale, alors qu'ils ne disposent que de peu de connaissances sur les maladies mentales et leur traitement. Ils jouent ce rôle en raison de certaines caractéristiques des situations rencontrées, mais aussi en l'absence d'équipes mobiles en santé mentale pour intervenir (Cardinal, 2001). Des premières expériences existent dans la région lausannoise et sont prometteuses, avec des contacts et des stages entre la police et les institutions psychiatriques, expériences initiées à partir des difficultés rencontrées dans les fugues répétées de l'hôpital psychiatrique de patients « suicidaires » (Chevalier, 2001). Ainsi, la gestion des crises par les intervenants de première ligne provoque un nombre important de contacts téléphoniques divers, souvent infructueux et parfois conflictuels, effectués dans l'inquiétude voire la peur. Nous concluons dès lors que les interventions de crise constituent un point faible du réseau en tant qu'elles ne fournissent pas aux patients une expertise psychiatrique au moment de la crise et produisent un stress excessif pour les intervenants à domicile. Comme le rapporte une infirmière en psychiatrie de CMS : *Hospitaliser quelqu'un qui est décompensé (...) c'est la croix et la bannière*.

La réintroduction d'une garde de spécialistes permettrait d'amener à domicile les compétences pour une évaluation de l'urgence psychiatrique. Cependant, intervenir dans des conditions optimales de sécurité nécessiteraient aujourd'hui la collaboration de plusieurs intervenants pour constituer une équipe d'intervention mobile. Cette problématique n'appartient pas à l'un ou

l'autre des acteurs du réseau, mais est aujourd'hui largement partagée. D'autre part, l'urgence psychiatrique n'est pas comparable à l'urgence somatique. La crise psychiatrique se développe le plus souvent lentement, parfois sur plusieurs mois, et ce n'est fréquemment qu'après plusieurs tentatives de résolution infructueuses qu'une intervention d'urgence devient nécessaire. De plus, pour être efficace, cette intervention doit pouvoir être reliée à un suivi de plus longue durée, fréquemment à domicile pour des personnes « difficiles à engager dans les soins ». Il y a donc là une opportunité pour une véritable concertation afin de trouver une solution qui implique plusieurs partenaires du réseau.

5.2.4 Favoriser la liaison à la sortie de l'hôpital – création d'intervenants de liaison

Malgré les efforts consentis ces dernières années pour favoriser les liens entre les institutions psychiatriques et les autres partenaires, la transmission de l'information à la sortie de l'hôpital et le manque de préparation des sorties sont unanimement critiqués que ce soit par les membres des institutions psychiatriques ou par les services extérieurs à celles-ci.

Comme le souligne un intervenant de CMS « la réalité hôpital n'est pas la réalité domicile ». Dans une certaine mesure, les intervenants du « suivi intensif dans le milieu » peuvent contribuer à faire le lien entre l'hôpital et la communauté pour les patients de leur cohorte, et rendre sensibles les collaborateurs de l'hôpital aux difficultés rencontrées lors des suivis dans la communauté. Toutefois, cela ne paraît pas suffisant pour préparer chaque sortie de manière adéquate. L'hôpital psychiatrique suscite certes de nombreuses projections, et la transmission de l'information est plus sensible qu'en milieu somatique. Vu l'ampleur du problème et sa récurrence malgré les efforts répétés pour améliorer ces transitions, il apparaît peu probable qu'une solution puisse être trouvée par l'hôpital psychiatrique seul. D'autres perspectives engageant les autres partenaires du réseau doivent être explorées. Par exemple, les modèles d'intervenants de liaison à cheval entre plusieurs institutions pourraient faire l'objet d'une expérience pilote en psychiatrie. Cette expérience permettrait non seulement d'améliorer la liaison, mais aussi de créer des liens entre les institutions psychiatriques et d'autres partenaires, dans une dynamique de réseau plus fructueuse.

5.2.5 Le temps de communication dans le travail en réseau

Les ressources à disposition pour le travail en réseau restent aujourd'hui très faibles et mal reconnues. Il est rare que les institutions soutiennent sans ambivalence ce travail, dont l'intérêt n'est qu'indirect pour elles, et qui n'apporte aucun revenu. Pourtant, tous les intervenants interrogés dans le cadre de notre recherche insistent sur l'aspect chronophage du travail en réseau. Créer des liens, informer, s'informer, se rencontrer prend du temps, mais qui n'est souvent pas reconnu comme légitime pour les intervenants. Les psychiatres privés interrogés expliquent aussi leur manque de disponibilité par le fait qu'ils ne sont pas suffisamment rétribués pour le temps consacré au travail effectué en dehors de la présence du patient. Pourtant, ce travail de liaison apparaît essentiel à tous les acteurs du réseau, en particulier pour les usagers qui mobilisent de nombreux intervenants. Le développement du travail en réseau passe donc par une meilleure reconnaissance de l'activité de coordination et de communication sur le plan financier.

5.2.6 La question des structures intermédiaires

La question de la création de structures intermédiaires est controversée en ce sens que les idées et desiderata émis à ce sujet par les interlocuteurs interrogés reflètent deux mouvements d'idées. D'une part, certains intervenants, afin de faciliter le maintien à domicile de personnes souffrant de troubles psychiatriques, suggèrent de créer de nouvelles structures, essentiellement ambulatoires et sous forme de centres d'accueil de jour, ainsi que de compléter les dispositifs existants. D'autre part, des intervenants différents mettent l'accent sur la richesse de l'infrastructure déjà existante et, trouveraient plus fructueux, plutôt que de multiplier les dispositifs, de chercher des solutions dans l'ensemble des moyens déjà à disposition et d'optimiser les interventions des différents partenaires en les harmonisant. A l'appui de ce souhait de mieux utiliser ce qui existe déjà, vient s'ajouter le risque lié à la tentation de mettre sur pied de nouvelles structures dans un mouvement sans fin puisque, en la matière, il manquera toujours quelque chose, la solution parfaite en terme d'institution n'existant pas; ici est donc souligné le danger d'une inflation dans la création de nouvelles ressources, ceci dans une visée idéale d'amélioration, mais qui ne trouverait jamais de terme. Les représentants d'usagers pour leur part rêvent d'un projet de structure de vie communautaire qui permettrait aux personnes d'évoluer dans un environnement qui leur permette de maintenir leur autonomie et de la développer.

La question reste donc ouverte, et le projet "accueil temporaire en psychiatrie" suscite à cet égard beaucoup d'espoir; il devrait permettre d'offrir des pistes en vue de tenter de résoudre les difficultés tant théoriques que pratiques qu'implique la problématique des structures intermédiaires.

5.2.7 Perspectives

Favoriser les espaces d'échanges permettant les contacts personnels et pérenniser les collaborations par des contrats entre institutions

Intégrer les acteurs sociaux de première ligne (police, CSR, juge de paix) dans le réseau de psychiatrie communautaire

Engager les acteurs du réseau dans la recherche d'une solution coordonnée pour les urgences psychiatriques à domicile

Engager la réflexion pour assurer le financement du travail de réseau dans les institutions et en pratique privée

Lancer une expérience pilote d'intervenants de liaison à l'hôpital psychiatrique

Poursuivre les résultats du projet « accueil temporaire en psychiatrie ».

5.3 Les attentes des acteurs du réseau vis à vis des institutions

Après les dimensions politique et inter-institutionnelle, les acteurs du réseau de soins portent également un jugement sur leur propre fonctionnement, de manière parfois très critique, ou pour souligner des développements qui leur paraissent importants. ARCOS a dans ce domaine un rôle incitatif et de soutien auprès de ses membres, tout en respectant l'autonomie de fonctionnement de chacune des entités concernées.

5.3.1 L'accès aux soins psychiatriques « non urgents »

L'accès aux soins psychiatriques « non urgents » constitue un problème pour les troubles psychiatriques sévères en raison des délais de consultation, que ce soit pour la pratique privée ou les institutions publiques. En conséquence, les personnes les plus souffrantes ont tendance à recourir à l'urgence, ce qui ajoute à la discontinuité de la collaboration et à l'engorgement des services d'urgence. Le nombre de demandes de soins psychiatriques et psychothérapeutiques est si important que les psychiatres privés se sentent submergés et refusent quotidiennement plusieurs demandes. Ces difficultés d'accès s'expliquent en partie par la prévalence très élevée des troubles psychiatriques dans la population (environ 25 %), par rapport aux troubles psychiatriques sévères (1 à 2 %) (Bijl, Ravelli & van Zessen, 1998; Jenkins, Bebbington, Brugha, *et al.*, 1998; Regier, Boyd, Burke, *et al.*, 1988; Robins & *et al.*, 1984). De plus, les personnes présentant des troubles psychiatriques sévères ont plus de réticences à consulter, ne peuvent pas attendre un long délai de rendez-vous, ont tendance à vivre des périodes de crises avec des interventions en urgence, et ont besoin d'être souvent contactés afin que le suivi ne soit pas interrompu prématurément. L'offre limitée s'ajoutant aux réticences, certains patients n'auront pratiquement aucune chance d'avoir un rendez-vous dans un délai raisonnable. Par ailleurs, l'accès aux soins dans les institutions psychiatriques est perçu comme trop complexe, et avec un seuil trop haut. Certaines demandes de soins non urgentes au moment où elles s'expriment, le deviennent en raison des obstacles à une consultation rapide. En conséquence, patients, proches, généralistes et autres intervenants sont souvent résignés à ne pas trouver d'accès aux soins psychiatriques en dehors de l'urgence. La réorientation vers le service d'urgence ne fait que fragmenter le suivi. Seul un « accès facilité » pour les personnes ayant un trouble psychiatrique sévère, ou une meilleure information sur cet accès lorsqu'il existe, peut changer cet état de fait.

5.3.2 Le développement du suivi intensif dans le milieu (SIM)

Le « suivi intensif dans le milieu » a commencé dans le Secteur psychiatrique centre par un projet pilote en 1998 (Conus, Bonsack, Gommeret, *et al.*, 2001), et s'est développé en 2002 avec l'ouverture d'une unité de psychiatrie communautaire. Cette forme d'intervention, qui vise à rejoindre les patients « en refus » de manière proactive dans leur milieu de vie sur le modèle de l'Assertive Community Treatment (Stein, 1992; Stein & Test, 1980; Test & Stein, 1976a; Test & Stein, 1976b), est plébiscitée par toutes les personnes interrogées. Elle remplit à l'évidence un « chaînon manquant » dans la filière de soins à l'égard des patients en question, pour qui elle peut constituer une alternative à l'hospitalisation ou faire le lien entre ambulatoire et hospitalier en situation de crise.

5.3.3 Le suivi psychiatrique de proximité par les CMS

Le suivi intensif dans le milieu ne doit néanmoins pas se substituer au rôle des infirmières de psychiatrie des CMS. Les infirmières de psychiatrie des CMS disposent des compétences et des liens de proximité pour intervenir à domicile dans des situations de troubles psychiatriques. Lorsque ces interventions peuvent avoir lieu, elles sont très appréciées par les autres partenaires, qui souhaitent que ce mode d'intervention soit plus développé. Les obstacles rapportés à ce développement sont les suivants : peu de disponibilité pour les situations de psychiatrie adulte en raison des autres tâches (psychogériatrie, problèmes relationnels), une tendance à faire appel aux CMS au travers de l'aide au ménage sans passer par l'infirmière en psychiatrie et des liens insuffisants avec les institutions psychiatriques.

5.3.4 Perspectives

Inciter au développement d'un « accès facilité » aux soins psychiatriques pour les troubles psychiatriques sévères en collaboration entre psychiatres privés et institutions publiques

Soutenir le développement d'une consultation « ouverte » et un « guichet unique » dans les institutions publiques

Soutenir le développement du « suivi intensif dans le milieu » en l'articulant de manière complémentaire avec l'offre de suivi de longue durée, notamment par le développement du suivi psychiatrique de proximité par les CMS

5.4 Et pour conclure

Le réseau de soins en psychiatrie communautaire existe-t-il ? Les constats initiaux – méconnaissance mutuelle, absence de concertation – et certains résultats de cette étude – cloisonnement, absence de perspective de santé publique commune – pourraient en faire douter. D'autres aspects démontrent pourtant le contraire. Premièrement, le réseau existe d'abord par les personnes qui le traversent pour obtenir des soins. Cette affirmation est d'autant plus vraie aujourd'hui que le pouvoir du patient s'est considérablement accru. Deuxièmement, nous avons constaté que le réseau des intervenants existe d'abord par les individus qui le composent et par leurs contacts personnels. Il ne s'agit pas seulement d'un pis aller en l'absence de structure institutionnelle favorisant les contacts, mais aussi de la condition naturelle – et souhaitable – d'un réseau gouverné d'abord par des relations humaines. Troisièmement, le réseau existe et se constitue par des contacts institutionnels qui se sont développés à partir de problèmes sur le terrain, en commençant souvent par des conflits. Par exemple, des liens entre la police et les institutions psychiatriques se sont développés à partir des fugues répétées de l'hôpital psychiatrique. Enfin, par ses travaux initiaux – par exemple au travers de cette recherche – le réseau « pense » et se pense. Ses acteurs ont été capables de s'intéresser les uns aux autres et de partager des problèmes communs lorsqu'on leur en a donné les moyens. Ils ont manifesté de nombreux espoirs, malgré le constat d'une tâche difficile, et ils attendent aujourd'hui qu'ARCOS puisse concrétiser une partie de ces espoirs par une action aux niveaux de la politique de santé publique, de la recherche de solutions concertées dans le réseau pour des problèmes clés, et pour inciter ses membres à adapter leur fonctionnement en fonction des attentes réciproques. ARCOS a maintenant un rôle important à jouer pour donner suite aux perspectives suscitées et rapportées par cette recherche – et la légitimité pour le faire.

6 Bibliographie

- Bachrach, L. L. (1988)** Defining chronic mental illness: a concept paper. *Hosp Community Psychiatry*, **39**, 383-388.
- Bijl, R. V., Ravelli, A. & van Zessen, G. (1998)** Prevalence of psychiatric disorder in the general population: Results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, **33**, 587-595.
- Bonsack, C., Borgeat, F. & Dubois, A. (2001)** Impact de la spécialisation des services psychiatriques par filières diagnostiques à Lausanne : I. Etude qualitative. *Annales Médico Psychologiques*, **159**, 645-651.
- Bonsack, C., Conus, P., Delacrausaz, P., et al (2001)** Un modèle de soins adapté aux hospitalisations psychiatriques brèves. *Revue Médicale de Suisse Romande*, **121**, 677-681.
- Bonsack, C., Pfister, T. & Conus, P. (2002)** Quelle insertion dans les soins après une première hospitalisation pour un épisode psychotique ? Lausanne: Département Universitaire de Psychiatrie Adulte.
- Bourdieu, P. (1987)** *Choses dites*. Paris: Minuit.
- (1992) *Réponses : Pour une anthropologie réflexive*. Paris: Seuil.
- Boutet, J. (1994)** *Construire le sens*. Berne: Lang.
- Boyer, C. A., McAlpine, D. D., Pottick, K. J., et al (2000)** Identifying Risk Factors and Key Strategies in Linkage to Outpatient Psychiatric Care. *Am J Psychiatry*, **157**, 1592-1598.
- Cardinal, C. (2001)** La police, un intervenant de première ligne pour le réseau de santé mentale. In *Problèmes sociaux* (eds H. Dorvil & R. Mayer), pp. 447-469. Sainte-Foy (Québec): Presses de l'Université du Québec.
- Chevalier, A. (2001)** Collaboration police - psychiatrie : une expérience pilote. Lausanne: Police de Lausanne.
- Conus, P., Bonsack, C., Gommeret, E., et al (2001)** Le suivi intensif dans le milieu : une expérience pilote à Lausanne. *Revue Médicale de Suisse Romande*, **121**, 475-481.
- de Girolamo, G. a. & Fioritti, A. b. (2002)** Public health and psychiatry: between evidence and hopes. *Current Opinion in Psychiatry March*, **15**, 177-180.
- d'Urung, M. C. (1974)** *Analyse de contenu et acte de parole : de l'énoncé à l'énonciation*. Paris: Editions Universitaires.

- Fakhoury, W. & Priebe, S. (2002)** The process of deinstitutionalization: an international overview. *Current Opinion in Psychiatry March*, **15**, 187-192.
- Geller, J. L., Fisher, W. H., McDermeit, M., et al (1998)** The effects of public managed care on patterns of intensive use of inpatient psychiatric services. *Psychiatric Services*, **49**, 327-332.
- Goffman, E. (1968)** *Asylums*. London: Penguin Books.
- Grémy, F. (1997)** Filières et réseaux : vers l'organisation et la coordination du système de soins. *Gestions Hospitalières*, 433-438.
- Huard, P. & Moatti, J.-P. (1995)** Introduction à la notion de réseau. *Gestions Hospitalières*, 735-738.
- Jenkins, R., Bebbington, P., Brugha, T. S., et al (1998)** British psychiatric morbidity survey. *British Journal of Psychiatry*, **173**, 4-7.
- Jenkins, R. & Strathdee, G. (2000)** The integration of mental health care with primary care. *Int J Law Psychiatry*, **23**, 277-291.
- Kuhn, R. C. (1989)** L'observation participante et la recherche action : une comparaison. *Pratiques de formation*, **18**, 69-74.
- Leff, J., Sartorius, N., Jablensky, A., et al (1992)** The International Pilot Study of Schizophrenia: five-year follow-up findings. *Psychol Med*, **22**, 131-145.
- Lewin, K. (1947)** Group decision and social change. In *Readings in social psychology* (ed M. Macobi), pp. 197-211. New York: Holt.
- Morgan, D. L. (1997)** *Focus groups as qualitative research*. Londres: Sage.
- Moser Boujol, M. (2001)** Extrait des différents supports de présentation : équipe de projet « Coopération en psychiatrie ». Lausanne: ARCOS.
- Olfson, M., Mechanic, D., Boyer, C. A., et al (1998)** Linking inpatients with schizophrenia to outpatient care. *Psychiatric Services*, **49**, 911-917.
- OMS (2001)** Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- Parsons, T. (1977)** *Social systems and the evolution of action theory*. Free Press.
- Regier, D. A., Boyd, J. H., Burke, J. D., et al (1988)** One-month prevalence of mental disorders in the United States: Based on five epidemiologic catchment area sites. *Archives of General Psychiatry*, **45**, 977-986.

- Robins, L. N. & et al. (1984)** Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, **41**, 949-958.
- Sicotte, C., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., et al (1998)** A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. *Health Serv Manage Res*, **11**, 24-41; discussion 41-28.
- Stein, L. I. (ed) (1992)** *Innovative community mental health programs*. San Francisco, CA, USA: Jossey-Bass Inc, Publishers.
- Stein, L. I. & Test, M. A. (1980)** Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry*, **37**, 392-397.
- Test, M. A. & Stein, L. (1976a)** Practical guidelines for the community treatment of markedly impaired patients. *Community Mental Health Journal*, **12**, 72-82.
- Test, M. A. & Stein, L. I. (1976b)** Training in community living : A follow-up look as a gold award program. *Hospital & Community Psychiatry*, **27**, 193-194.
- Vaud, Etat de (1997)** Rapport NOPS : nouvelles orientations de politique sanitaire. pp. 273. Lausanne: Conseil d'Etat du canton de Vaud.
- Vergouwen, H. (1998)** Psychiatrie d'urgence dans les grandes villes : l'exemple hollandais. In *Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale* (eds M. De Clerq, S. Lamarre & H. Vergouwen), pp. 49-64. Paris: Masson.

Publications d'ARCOS

1	Perspectives démographiques et impact sur l'hébergement médico-social. <i>Par Valérie Blanc</i>	Novembre 2000
2	L'offre et la demande en matière d'hébergement : Résultats de l'enquête auprès des EMS, divisions C et des services placeurs du réseau ARCOS. <i>Par Valérie Blanc</i>	Juin 2001
3	Le transport pour se rendre en UAT et en hôpital de jour : pratiques, coût et financement. <i>Par Valérie Blanc, Chantal Burri, Jean-Marc Capraro et Christian Weiler</i>	Novembre 2001
4	Rapport « Transports en UAT et hôpital de jour, notion de transports appropriés ». <i>Par Sylviane Burnand, Maria Devenoge, Mercedes Puteo, Christian Barbier</i>	Mars 2002
5	Psychiatrie communautaire : la coopération en mouvement, compte rendu du forum du 21 novembre 2002.	Mars 2003
6	Troubles psychiatriques, maintien à domicile et coopération : le point de vue des acteurs d'un réseau de soins. <i>Par Charles Bonsack, Manuel Schaffter, Pascal Singy, Yvonne Charbon, Aude Eggimann, Jérôme Favrod, Jorge Guimera</i>	Mai 2003

Autres publications non numérotées

Court séjour médico-social : Guide destiné aux professionnels de la santé	Septembre 2002
Court séjour médico-social : Dépliant destiné à la population concernée	Septembre 2002
Unités d'accueil temporaire (UAT) : Guide destiné aux professionnels de la santé	Septembre 2002
Les unités d'accueil temporaire (UAT) : Dépliant destiné à la population concernée	Septembre 2002
Rapport annuel	2000/2001/2002
Lettre d'information no :	
1	Janvier 2000
2	Avril 2000
3	Juillet 2000
4	Janvier 2002
5	Juin 2002
6	Mai 2003

Ces publications peuvent être obtenues auprès du Secrétariat général d'ARCOS, à l'adresse ci-dessous :

Route des Plaines-du-Loup 4A
1018 Lausanne
Tél. : 021/641 62 44
Fax : 021/641 62 92
E-mail : reseau.arcos@arcos.ch