

Supplantation future de l'appartement thérapeutique au profit de l'appartement individuel privé dans la psychiatrie communautaire.

L'expérience Neuchâteloise

***Juan GONZALEZ, Michel JACQUES, Pedro PLANAS,
Duc LÉ QUAND et Pierre-André LANG***

**Centre Psychosocial Neuchâtelois
Sophie Mairat 9
CH-2300 La Chaux-de-Fonds
SUISSE**

**Humm Monique et Duvanel Anne
Service d'Aide Familiale
Collège 9
CH-2300 La Chaux-de-Fonds
SUISSE**

Préambule :

Sur le plan mondial, on observe quatre facteurs en dehors de la psychiatrie influençant le développement futur de l'organisation des services de santé mentale, à savoir : la montée en force des usagers, le remplacement du concept de maladie par celui d'incapacité, le retour aux soins dans la communauté et la privatisation (Bertolote 1995).

Au Centre Psychosocial Neuchâtelois de La Chaux-de-Fonds, service de psychiatrie ambulatoire sectorisé, drainant une région de 60.000 habitants, nous avons constaté ces tendances au travers de l'évolution de nos deux appartements protégés depuis 1989.

À l'heure des bilans, ces structures se sont avérées dépassées par la mise en place d'appartements privés pour nos usagers, la plupart de jeunes psychotiques.

Quatre axes de travail nous ont permis ce passage du communautaire à l'individuel : **1°**L'horizontalisation (en réseau) des responsabilités des acteurs psychosociaux (famille, tuteurs, éducateurs, infirmiers, assistants-sociaux, aides familiales et psychiatres) **2°** La spécialisation des interventions d'urgences et de crises prévenant l'expulsion des malades de leur environnement naturel **3°** La création d'un enseignement destiné aux aides familiales pour les soutenir dans leurs prestations aux patients psychiatriques **4°** L'extension des soins infirmiers psychiatriques englobant l'accompagnement des usagers pour leurs incapacités dans les loisirs, le travail, et leur accueil dans des groupes d'entraide (self-help).

Les résultats nous permettent d'avancer que les appartements individuels privés seront de plus en plus prépondérants dans l'avenir correspondant aux besoins des usagers chroniques des services de santé mentale promouvant ainsi leur citoyenneté.

Notre contribution à ces **10èmes Journées à Nantes d'Etudes sur les Appartements Relais-Thérapeutiques du GERART** sera donc pluridisciplinaire et interdisciplinaire à l'image de notre style de travail.

Monsieur **Gonzalèz (1)**, infirmier, montrera l'évolution de notre concept de réhabilitation utilisant d'abord deux appartements protégés et ensuite tous les outils propres à nos structures intermédiaires pour passer vers les appartements individuels et privés.

Ces outils visent d'une part, à stabiliser la continuité des soins des patients psychiatriques dans la communauté, c'est l'enseignement psychiatrique aux collaborateurs sociaux et en particulier aux aides familiales, dans notre expérience, qui sera décrit par le **Dr Planes (2)**, et d'autre part, tendent à prévenir les crises, sources fréquentes d'expulsion des malades de leur environnement quotidien, c'est la médiation de réseau qu'abordera le **Dr Lê Quang (3)**.

Enfin notre modèle de travail sera critiqué à travers le vécu de nos partenaires, Madame **Duvanel (4)** du Service d'Aide Familiale local.

1 - De l'Appartement protégé vers l'appartement individuel privé..

Juan Gonzalèz, infirmier
Michel Jacques, assistant-social

Introduction

Historiquement dans les années quatre-vingt, pour des raisons de marché immobilier, il était difficile à La Chaux-de Fonds (troisième ville de suisse romande) de trouver des logements privés pour des patients souffrant de troubles psychiatriques au long cours.

Pour remédier à cette situation, le Centre Psycho-Social Neuchâtelois de La Chaux-de fonds (CPC), service de psychiatrie ambulatoire urbaine sectorisé (60.000 habitants), ouvrait en 1989 son premier appartement protégé (Melillo 1993) s'outillant ainsi d'un nouveau médium pour sa pratique de réhabilitation psychosociale entendue au sens de « retour et de renforcement de l'autonomie d'un individu » (Bertolote 1995) dans la communauté.

Concept

Cet appartement était destiné à accueillir sur une durée maximale de deux ans, de jeunes patients hommes, au maximum quatre, souffrant essentiellement de difficultés d'intégration sociale, mais sans symptomatologie psychique « floride » ni de comportement violent manifeste ou activement toxicomaniaque.

L'équipe soignante, supervisée hebdomadairement par le médecin-chef, était composée d'un infirmier responsable à temps plein et d'un assistant-social (gestion des budgets des résidents et suppléance à l'infirmier lors de ses absences). La prise en charge se voulait souple et variable avec des interventions ponctuelles (différente donc de l'appartement thérapeutique requérant une présence permanente des soignants).

Il s'avérait rapidement que la capacité d'accueil ne satisfaisait que la moitié des demandes annuelles. C'est pourquoi en 1993, le CPC ouvrait son deuxième appartement, destiné à deux patients, cette fois ci mixte et sous la responsabilité de l'assistant-social.

Mise en Pratique

Pour chaque admission il était proposé au futur résident un *contrat* basé sur l'acceptation du style de prise en charge spécifique à l'équipe soignante, l'obligation d'un travail dans un atelier protégé ou externe, et la collaboration à l'évaluation mensuelle avec les soignants selon les critères

suivants :

- a) la mobilité
- b) le souci de soi-même
- c) l'activité professionnelle
- d) l'activité sociale et
- e) l'entretien de l'appartement

(inspirés du St Louis Community Homes Program, Sandall, Hawley et Gordon 1975).

Par ailleurs un *règlement interne* devait être impérativement respecté pour le bon fonctionnement dans l'appartement. Il s'agissait de payer régulièrement la part du loyer ainsi que les charges, même en cas d'hospitalisation, de participer aux tâches ménagères (nettoyages, commissions et repas) et aux frais communs (nourriture, loisirs), de respecter la sphère privée des locataires, de ne pas déranger le voisinage, de n'héberger personne dans l'appartement et de prendre soin du matériel mis à disposition.

En pratique la vie quotidienne des résidents se déroulait comme suit :

1 - Chaque jour : visite d'une heure de l'infirmier ou de l'assistant-social pour aménager si besoin les relations entre résidents, résoudre les éventuels problèmes de tâches ménagères ou d'hygiène et contrôler l'état de l'appartement.

2 - Le mardi soir : sous la stimulation de l'infirmier, les résidents participaient à des activités ludiques et conviviales externes telles que cinéma, piscine, restaurant ou bien internes comme cuisiner un repas en commun.

3 - Le mercredi : réunion obligatoire entre résidents, infirmier et assistant-social pour analyser les réactions et l'adaptation à la vie communautaire.

4 - Le jeudi : visite du lieu de travail des résidents et discussion avec les responsables d'atelier pour évaluer les comportements et les capacités d'adaptation au travail.

5 - Une fois par mois, une sortie d'une journée était réservée (e.g. visite d'une ville, d'un musée).

Le reste du temps, au moins une demi-journée par jour, appartenait au résident.

Néanmoins à l'usage, ce découpage idéalisé et normatif du temps et des lieux de vie et de travail se heurtait souvent à *l'échec de l'obligation au travail* (contraintes d'horaire et de rendement, revenus modestes) très frustrant à la fois pour les patients et pour l'équipe.

Cet obstacle nous fit mieux saisir la portée d'un des pièges de la réhabilitation : « la tentation de croire à une possible *restitution ad integrum* » (Vidon 1995). Mais de fait il permit aux **appartements protégés de se solidifier dans leurs missions de structures dites intermédiaires**, entendue comme une fonction thérapeutique favorisant une *transition* en vue d'une évolution vers l'autonomie (Grasset, Monney et Fausch 1989).

C'est ainsi que de l'obligation du travail nous sommes passés à l'accompagnement des patients par l'infirmier à travers divers travaux en les répartissant dans des groupes qualifiés : peinture, déménagement, nettoyage et conciergerie, avec le souci d'être plus réaliste et adapté aux incapacités et handicaps (CITIH OMS 1980) des patients donc à leurs limitations intrinsèques.

Cette approche se voit valider par son succès auprès d'autres patients non résidentiels (actuellement 47 patients ont bénéficié de cet accompagnement) et la création d'un groupe d'entraide appelé « Accueil Café » : lieu d'échanges et de rencontres pour combattre l'exclusion des patients au long cours de notre service en favorisant la mise en valeur et la mise en commun des ressources et des compétences des participants (Métraux, Mihoubi et Brogli 1995).

Cette notion *d'entraide* s'est étendue aux collaborateurs sociaux, en particulier nous avons soutenu activement (formation, supervision et médiation de réseau) les aides familiales dans leur travail concret auprès de nos anciens résidents installés dans leur domicile privé ou auprès d'autres usagers au long cours de notre service.

Passe et Devenir

Entre 1989 et 1997 il y a eu 33 séjours pour 29 patients dans nos appartements protégés (4 personnes ont changé d'appartement suite à des difficultés de cohabitation).

Le résident « moyen » est un homme, âgé de 28 ans, souffrant de troubles psychotiques, séjournant 8,5 mois puis quitte l'appartement pour les structures intermédiaires (fig.1)*

Nous constatons que 61 % des résidents des appartements protégés fréquentent désormais nos structures intermédiaires, 18 % vivent en institution et 21 % ne sont plus suivis par notre service.

À l'heure actuelle ce que nous appelons *structures intermédiaires* pour les usagers psychiatriques au long cours de notre service consiste en l'assistance infirmière, familiale et sociale au domicile privé, l'accompagnement au travail et dans les loisirs, le travail thérapeutique en réseau des intervenants psychosociaux (médiation de réseau) et la fréquentation du groupe d'entraide « Accueil Café ».

Ainsi le glissement du cadre thérapeutique de l'appartement protégé vers l'appartement privé, nous permet de constater sur l'axe de l'habitat, que le patient investit davantage dans son logement (entretien de l'appartement, relation avec le voisinage et meilleure estime de soi) et sur l'axe du travail une plus grande autonomie financière grâce à une rémunération plus substantielle par l'accompagnement au travail que par les ateliers protégés favorisant réciproquement une gestion matérielle mieux concertée entre patient et services d'assistance sociale facilitant ainsi sa participation financière aux camps de vacances, aux activités culturelles (e.g. théâtre) et aux choix de son propre mobilier et habillement.

C'est sur cette base, certes favorisée par une détente locale depuis quelques années de la crise du logement, que nous prenons le pari de fermer prochainement nos appartements protégés tout en assumant des soins de qualité aux patients pour promouvoir leur citoyenneté.

* Voir graphiques ci-joints

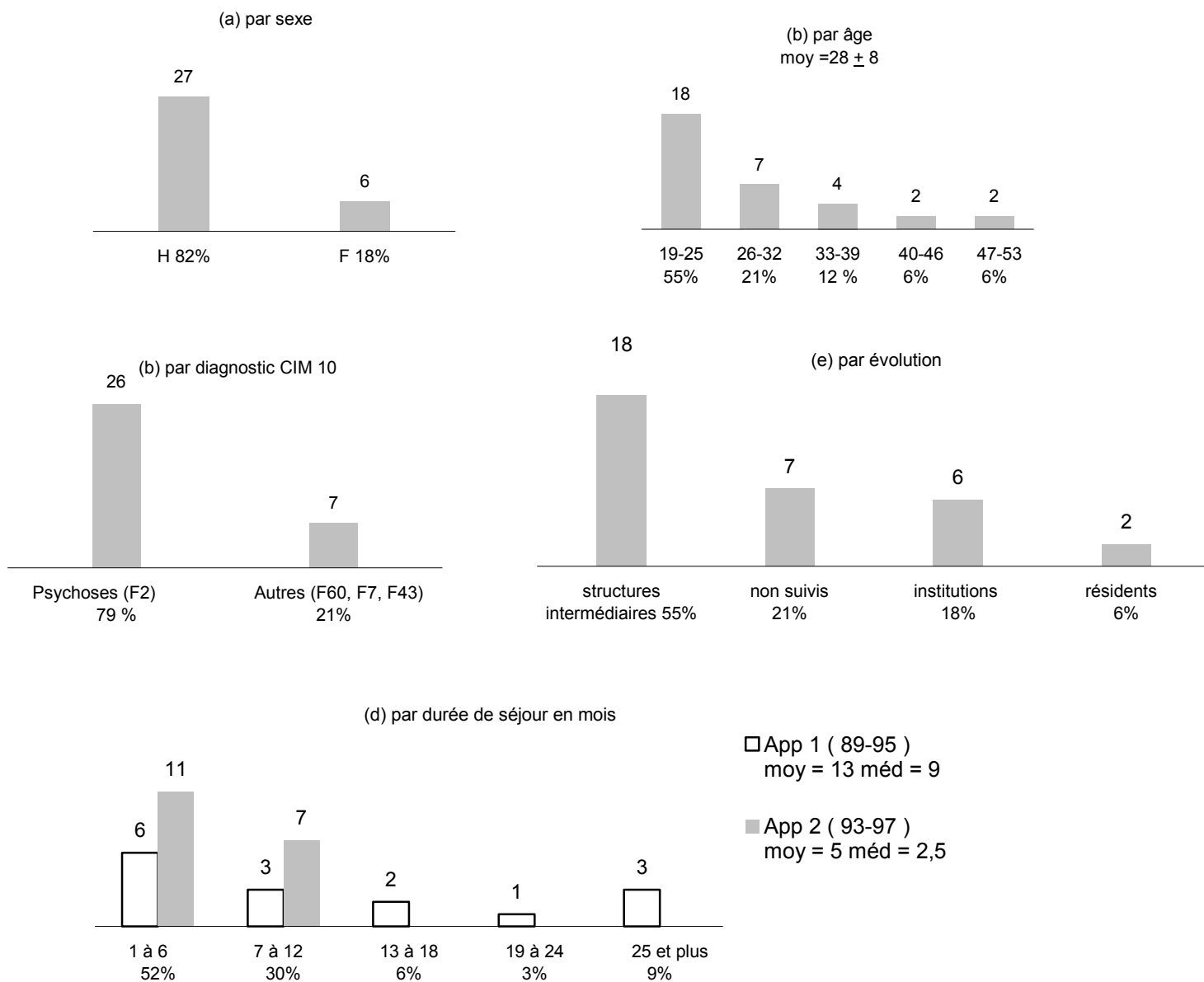


Fig 1. Distribution des admissions des appartements protégés de 1989 à 1997 du Centre Psycho-Social de La Chaux-de-Fonds (n = 33 dont 4 réadmissions)

Références

Bertolote JM. Eléments transpsychiatriques qui influencent l'organisation des services de santé mentale : une vision globale. Communication aux journées nationales de la société Suisse de Psychiatrie Sociale. Lausanne, 28-29 Sept. 1995.

Grasset F, Monney C, Fausch C. Rôle des structures intermédiaires dans la réhabilitation socio-professionnelle des patients psychiatriques. Les cahiers médico-sociaux. 1989 ; 33 (2) : 65-75.

Mellilo G. Réhabilitation psychosociale : une expérience neuchâteloise. Un tremplin vers la vie. Soins infirmiers. 1991 ; 12 : 16-20.

Métraux JC, Mihoubi S, Brogli N. Entraide et exclusion. Revue médicale de la Suisse romande, 1995 ; 115 : 481-483.

Sandall H, Hawley TT, Gordon GC. The St Louis Community Homes Program. Graduated support for long-term care. Am J Psychiatry. 1975 ; 132 (6) : 617-22.

Vidon G. La réhabilitation psychosociale en psychiatrie. Paris : Frison-Roche, 1995.

2-L'Enseignement au Service D'Aide Familiale

Dr Pedro Planas

Introduction

Depuis les années soixante on observe une tendance générale qui consiste à modifier l'orientation des traitements et à placer le centre des soins psychiatriques dans la communauté. L'élargissement de l'arsenal thérapeutique avec de nouveaux médicaments plus efficaces et, surtout, avec moins d'effets secondaires, est l'un des principaux moteurs de cette révolution (Garrabé 1982).

Bien que ces traitements améliorent une symptomatologie dite « floride », dans nombre de cas ils n'empêchent pas le développement d'incapacités sévères. Les troubles mentaux entraînent un trouble global du fonctionnement de la personnalité en perturbant, d'une façon ou d'une autre, l'affectivité, le mode de la pensée et la vie relationnelle (Grasset et al. 1989).

La continuité des soins comme Objectif

Aider les patients à surmonter leurs handicaps spécifiques et à lutter contre les attitudes de soumission à l'institution (institutionnalisme ou adaptation graduelle à la vie d'une communauté artificiellement isolée), telle était notre entreprise, ceci afin de développer une motivation suffisante pour l'autonomie (Grasset et col, 1989).

La maladie mentale et davantage peut-être celle que l'on appelle psychose, *est une maladie du lien*, de la relation aux autres. Son abord ne peut être conçu de nos jours qu'à travers une vision holistique de l'individu et de la place qu'il occupe dans la société. Nous devons écarter définitivement la tentation représentée par une médecine souveraine qui raisonne de manière binaire (dyade médecin-patient dans un monde fermé) tout en laissant de côté les autres aspects susceptibles d'intervenir dans la relation (l'aspect économique, social, familial, etc...).

La continuité des soins vise à établir un lien avec le patient qui puisse continuer à être potentiellement thérapeutique au cours du temps (Quartier 1986). S'occuper de la continuité des soins c'est s'occuper du problème des ruptures vécues par le patient mais également de la discontinuité chez les soignants. L'éclatement des prises en charge favorise le phénomène dit « des portes tournantes » « *qui atteint les « patients désinstitutionnalisés qui vivent dans des conditions misérables et retournent en institution à intervalles réguliers faute de services extra-hospitaliers »*. Ce nombre de réadmissions diminue lorsqu'il existe un soutien de qualité extra-hospitalier (Woosch 1977 cité par Vidon). »

Ferrero reprend dans un article publié en 1987 la distinction proposée par Racamier entre le soin institutionnel et la thérapeutique proprement dite pour indiquer le fait que « le soin fait nécessairement référence à un individu et, dans son sens premier, ce terme *signifie être préoccupé par, s'occuper de, veiller à*. Il renvoie à quelque chose de plus préventif que la notion de traitement. Le soin psychiatrique a un objet précis : celui de la pathologie mentale, de la souffrance psychique et vise à aider les patients qui ont un rapport particulièrement destructeur avec eux-mêmes, qui souffrent de ce qu'on appelle des troubles narcissiques » (Ferrero 1987).

L'incontournable collaboration avec les Aides Familiales (SAF)

En deçà de toute entreprise psychothérapique, c'est au niveau de facteurs tels que l'habit, l'hygiène et le travail que se joue le processus de réadaptation de nos patients. La mise à plat des difficultés sociales représente bien souvent une première étape nécessaire à une véritable démarche de soins psychiatriques (Birck 1995).

Nous faisons dans notre travail souvent appel à des institutions externes pour assurer les soins de base. L'avidité, l'immédiate dans le besoin, la haine et l'amour dans le contre-transfert ce sont là des notions familières aux psychiatres qui ont en tout moment la possibilité de se référer à un cadre théorique (Amyot 1983).

Comment toutefois demander à un travailleur social de s'occuper de nos patients sans lui donner des outils pour en évaluer les enjeux, voire pour se protéger ?

Le SAF de la Chaux-de-Fonds, créé dans les années soixante fournit un ensemble de prestations que nous voyons comme ayant pour objectif de favoriser et d'augmenter l'autonomie de l'individu dans son milieu habituel (le domicile) (Sociedad Espanola de Geriatria Y Gerontología 1997).

Au cours de ces dernières années le nombre de demandes pour de jeunes patients psychiatriques s'est multiplié (à titre indicatif sur 2039 patients en 1997 à notre service, 168 (8%) souffrent de troubles psychotiques (F2 CIM 10). C'est pourquoi nous avons dû repenser à de nouvelles formules de collaboration pour ce qui était resté jusqu'à lors des contacts épisodiques.

Notre objectif de départ était la construction d'un dispositif capable d'assurer en même temps une continuité des soins et de donner une réponse rapide lors des moments de crise. Nous avons opté pour la mise en place de réseaux de santé pour chacun de nos patients. Notre défi : passer du pluridisciplinaire - c'est-à-dire la simple addition de compétences et prestations différentes et complémentaires - à l'interdisciplinaire - la réunion de divers efforts dans une même démarche et dans une activité thérapeutique concertée (Grasset et al. 1989).

Il s'agit d'intégrer dans une entreprise commune l'influence respective ou les interventions de plusieurs intervenants différents agissant ensemble ou séparément pour favoriser l'évolution du patient dans le sens d'une réhabilitation.

La cohérence du dispositif permet de dépasser l'insatisfaction du stade que l'on pourrait appeler « d'objet partiel » (où l'autre est réduit au simple rôle de fonction) pour atteindre un fonctionnement plus évolué et autonome.

Ce suivi, basé sur les thérapies multifocales d'inspiration analytique (« lieu » du traitement élargi) fait courir, entre autres, le risque d'un éclatement des soins et du clivage inter-institutionnel. Plusieurs auteurs (Staton et Schwartz cités par Garrabé 1982) ont montré l'effet réfléchissant (en miroir) sur la propre structure de la psychose d'une prise en charge éclatée.

Dès lors, la nécessité d'un enseignement spécifique aux personnes qui allaient s'occuper des patients dans leur milieu habituel nous paraissait indispensable (c'était le cas du SAF au début et actuellement de la PRODOM, association réunissant différents professionnels des soins à domicile) (Planas 1998).

La Formation Psychiatrique des Aides Familiales

Les cours ont été organisés sur une année à raison de rencontres mensuelles d'une durée de 90 minutes (en tout, 10 séminaires ont eu lieu). Le groupe était constitué de 10 aides familiales motivées pour le travail avec des patients psychiatriques. Il est animé par un médecin psychiatre et un infirmier en psychiatrie.

À côté des notions concernant les grands troubles psychiatriques nous avons invité des conférenciers d'autres institutions psychiatriques locales (psychogériatrie, toxicodépendances, Association Suisse de sclérose en plaques, etc.) Les objectifs de cette démarche étaient multiples (Goutal 1995) :

- * faciliter chez les participants une réflexion sur leurs pratiques habituelles,
- * permettre, en référence aux théories qui sous-tendent la pratique, une analyse des situations,
- * dégager la valeur de l'expérience propre à chacun pour la solution des problèmes rencontrés,
- * mieux reconnaître et analyser son propre ressenti.
- * adopter de nouvelles attitudes, plus adaptées aux patients psychiatriques (relation d'aide, écoute active, techniques de modification des conduites, etc.).

Il s'agit d'un travail principalement éducatif (« faire avec et non à la place »). Il franchit les frontières de « l'assistance matérielle » (alimentation, hygiène personnelle, vestimentaire ou lieux d'habitation) pour devenir, qu'on le veuille ou pas, soutien psychologique et soin médical.

La spécificité de l'aide familiale est dans son attitude, qui doit offrir au malade l'ambiance la plus sécurisante possible lui permettant de s'exprimer (car le malade mental est avant tout, nous l'avons dit, un malade de la relation) (Equipe soignante de Castelluccio, 1980).

Les gestes les plus simples prennent dans la relation une connotation thérapeutique. Chaque soin pratique est une occasion à saisir pour entrer en relation avec le patient. Au-delà de l'hygiène corporelle, la toilette peut avoir une dimension revalorisante (renarcissisante) ; dans le même sens, la valorisation de l'alimentation est liée à l'importance de la régression vers des conduites analogiques à celles de la prime enfance (Equipe soignante de Castelluccio, 1980).

Le soin est prodigué à la frontière du corps, du Moi ; dans ce sens, il se rapproche du concept d'objet ou de phénomène transitionnel tel que décrit par Winnicott (« Champ intermédiaire d'expérience dont il n'(y) a à justifier l'appartenance ni à la réalité intérieure, ni à la réalité extérieure ») (Grasset et al. 1989).

Toutes ces compétences ne peuvent être mises à profit que si le soignant est à même de comprendre la situation de la personne dont il s'occupe.

C'est en fait un effort majeur que nous demandons à tous les intervenants du groupe : alors que pour certains d'entre eux l'âme de leur travail c'est de substituer, combler, somme toute agir, nous leur proposons un exercice de réflexion et de travail sur soi (« réfléchir avant d'agir »). Le bilan au bout d'une année est très positif, une nouvelle équipe a été créée alors que la première a évolué vers une supervision en groupe.

Références :

Amyot A. La Psychiatrie de secteur : Une pratique psychiatrique en quête d'une théorisation. Techniques de soins en psychiatrie de secteur. Presses Universitaires de Lyon, 1983 : 199-209.

Birck G. Un psychiatre entre sanitaire et social. L'Information Psychiatrique, 1995; 71 (8) : 727-30.

Equipe soignante de Castelluccio. Réflexions sur les soins infirmiers en psychiatrie. Soins Psychiatrie, 1980; 1 : 3-8.

Ferrero F. Foyers Protégés. Quel rôle et quelle utilité dans le dispositif du secteur ? Revue Médicale Suisse Romande, 1987; 107 : 671-77.

Garrabé J. Mesures sociales et réhabilitation dans le traitement des psychoses schizophréniques. EMC. Paris. Psychiatrie, 37295 E10, 2-1982.

Goutal M. Le Mouvement associatif impliqué en réhabilitation. La Réhabilitation psychosociale en psychiatrie. In Vidon G. La Réhabilitation psychosociale en psychiatrie. Paris : Frison-Roche, 1995 : 163-186.

Grasset F. et al. Rôle des structures intermédiaires dans la réhabilitation socioprofessionnelle des patients psychiatriques. Les Cahiers médico-sociaux, 1989; 33 (2) : 65-75.

Planas P et al. Prise en charge au long cours des patients psychiatriques : une expérience interdisciplinaire. Soins infirmiers. 1998; 2 : 258-61.

Quartier F. Actualité et limites du travail de secteur. Revue Médicale Suisse Romande, 1986; 106 : 1089-1097.

Sociedad Espanola de Geriatria y Gerontología. El Servicio de Ayuda a Domicilio. Programa del Servicio. Manual de formacion para auxiliares. Ed. Médica Panamericana. 1997 : 362.

Vidon G. La désinstitutionalisation : ses origines, ses retombées, son bilan. In Vidon G. La Réhabilitation psychosociale en psychiatrie. Paris : Frison-Roche, 1995 : 81-108.

3. La médiation de Réseau

Dr Duc lê Quang

Définition et légitimation

Il s'agit d'interventions psychosociales pragmatiques auprès du malade et de son entourage pour augmenter les capacités adaptatives réciproques réduisant ainsi la menace de son exclusion de son milieu naturel par les situations de crise.

Ceci découle de trois postulats issues de l'observation empirique de notre champ psychiatrique local :

a) **L'hôpital psychiatrique méconnaît partiellement l'environnement quotidien du malade mental** ; même s'il privilégie dans sa pratique la dimension psychosociale de celui-ci (e.g. techniques de réhabilitation), son existence même délimite sa mission et son champ d'exercice : donner l'asile c'est-à-dire soigner et protéger.

b) **les intervenants psychosociaux ambulatoires (le réseau) méconnaissent les facettes plurielles adoptées par les troubles psychiatriques graves et au long cours** qui souvent génèrent « des problèmes » seuls indicateurs visibles des troubles sous-jacents (alcoolisme, toxicomanie, dettes, délinquance, vagabondage, dénutrition, isolement, chômage, paupérisation, exclusion des soins de santé primaire). Lorsqu'il y a rupture dans le contexte sociologique, il y a crise du référent qui psychiatrise les symptômes à l'origine de la transgression des normes (De Clercq 1997).

c) **la rationalisation du système de santé s'applique désormais également au champ psychiatrique.**

Données Cliniques et Méthodes

Sur le terrain d'un côté, nous nous sommes retrouvés régulièrement en malentendus avec l'hôpital psychiatrique qui propose une réinsertion « clé en main » sans toujours tenir compte des contingences socio-économiques et personnelles en constant remodelage vu le déclin

économique ambiant (e.g. style d'habitat, état de finance, hygiène, nutrition, accès aux soins de santé primaires et aux aides sociales).

D'un autre côté, les travailleurs sociaux souvent submergés par les demandes d'aides simplifient parfois à l'extrême le décodage « des problèmes » soumis (e.g. considérer un patient psychotique comme un paresseux ou un patient borderline comme un perturbateur).

Ceci a pour conséquence un surcroît d'activité et de coût des thérapeutes de notre service, situé à l'interface de l'intra-et de l'extra-muros, d'ajuster les besoins des malades aux aides psychosociales locales de manière plus réaliste (e.g. en utilisant les ressources ambulatoires pour éviter ou temporiser une hospitalisation ou bien conditionner le moment de sortie de l'hôpital pour prévenir des réhospitalisations à répétition). Il s'agit donc de coordonner les interventions pour réduire les risques d'un travail redondant et clivé avec ce genre de patients.

Ainsi, nous avons développé la *médiation de réseau* (Lê Quang 1997) consistant en une table-ronde avec les membres du réseau psychosocial (i.e. assistants sociaux, éducateurs spécialisés, tuteurs, aides familiales, infirmiers à domicile, et psychiatres) pour résoudre les problèmes du patient *en sa présence*. C'est une approche clinique et éclectique combinant 1° les règles du cadre psychothérapeutique (= délimiter un champ psychothérapeutique) (Gilliéron 1983), 2° les instruments de l'intervention de crise (= améliorer le travail d'alliance entre le patient et son contexte) (De Clercq 1997), 3° les stratégies de négociations (= atteindre un accord explicite et collectif) (Bergmann et Uwamungu 1997) et 4° la créativité de l'apprentissage basé sur les problèmes (= réunir diverses informations et compétences en vue d'une solution efficace) (Guilbert 1992).

Résultats : Avantages et limites

Notre expérience montre que les membres du réseau psychosocial ont fourni une aide plus cohérente aux patients, étaient plus contents de leur travail et se sentaient moins culpabilisés en cas d'échec des soins. Le respect mutuel et la confiance se sont développés entre les fournisseurs de soins et rapprochaient ainsi leurs institutions respectives.

Les patients nous ont donné l'impression d'utiliser les soins d'une manière plus adéquate (e.g. en s'adressant à la personne appropriée) et moins en urgence.

Chez les membres du réseau, le principal obstacle était la capacité d'accepter de travailler en toute transparence aux yeux des collègues et du malade donc de rester professionnel et capable d'élaborer ses propres contre-transferts. En effet notre dispositif bien que pragmatique n'en est pas moins psychothérapeutique. En atténuant les aménagements existentiels et en restaurant la réalité, il entraîne inévitablement des réactions émotionnelles authentiques parfois brutales chez les participants. Il faut pouvoir les restituer au niveau d'une méta communication.

Chez les malades la principale difficulté observée était d'accepter de se montrer entier et non plus morcelé par les points de vue plurielle des membres du réseau donc de renoncer à des mécanismes de clivage (psychotiques, borderline ou pervers). Là aussi il faut tenir compte du degré d'angoisse ainsi révélé en ménageant le patient.

Références

Bergmann A, Uwamungu B. Encadrement et comportement. Paris : Eska, 1997.

De Clercq M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. Bruxelles : De Boeck Université, 1997.

Gilliéron E. Les psychothérapies brèves. Paris : PUF, 1983.

Guilbert J.J. Comment raisonnent les médecins - Réflexions sur la formation médicale. Genève : Médecine & Hygiène, 1992.

Lê Quang D. Promoting the network mediation session to overcome burn-out syndrome in mental health care teams (abstract). Asmac journal. 1997 : 70.

4. Le point de vue des Aides Familiales et des Aides au Foyer relatif au suivi ambulatoire du Patient psychiatrique

Monique Humm et Anne Duvanel

En deux mots, la présentation du SAF :

- * 1 directrice,
- * 1 adjointe de direction,
- * 1 secrétaire,
- * 4 responsables,
- * 3 co-responsables,
- * 25 aides familiales
- * 42 aides au foyer.

Cette collaboration a pris forme, il y a environ deux ans, alors que le Centre psychosocial (CPS) voyait s'accroître sa clientèle et que le Service d'aide familiale (SAF), de son côté, devait répondre à une demande d'aide toujours plus grande chez les malades atteints dans leur santé psychique.

De notre côté, il s'est fait ressentir la nécessité d'être soutenu pour pouvoir travailler de manière plus adéquate, le « feeling » ne suffisant plus pour soutenir et conseiller les aides familiales travaillant dans des situations de plus en plus complexes.

Après plusieurs échanges avec Monsieur Gonzalez, infirmier au CPS, concernant des situations difficiles et une mise en place d'une intervention plus adaptée, nous avons pu observer des résultats concluants.

Faisant suite à cette expérience, nous avons proposé à nos directions respectives de nous permettre d'organiser une formation et un soutien pour les aides familiales et les responsables.

Cette demande a été acceptée. Le Dr Planas est le médecin psychiatre référant de cette collaboration et de cette formation. Il a été choisi 10 aides familiales intéressées par cette formation et qui ont participé à ces cours.

Notre but est d'éviter des hospitalisations coûteuses mais aussi et surtout d'améliorer la qualité de vie des patients et du personnel soignant.

Un cours a été mis sur pied en juin 1996, dans le cadre de la collaboration entre le Service d'aide familiale et le centre psychosocial, afin d'apporter une réponse à une lacune, reconnue par les intervenants concernés des deux institutions, concernant l'approche spécifique requise pour le travail auprès des malades psychiques. Ce cours, expérimental, cherchait à nous donner des outils pour faire face aux situations dans lesquelles nous nous sentions dépassées, voire démunies. A l'aide d'une approche théorique générale ayant pour thèmes : névroses, psychoses, dépressions, schizophrénies, drogues et dépendances, etc..., suivie d'ateliers pratiques tels qu'analyses de situations, questions concernant des cas suivis conjointement ou non, etc., nous avons peu à peu précisé notre place et pris conscience du rôle que nous pouvions jouer dans l'accompagnement des malades psychiques et le maintien de leur (relative) autonomie. La supervision faisant suite au cours poursuit le même but.

Nous mesurons le chemin parcouru à la lumière de ce que représentait auparavant notre travail.

Les demandes d'aide adressées au SAF, pour des personnes atteintes dans leur santé physique et/ou psychique, concernent la sphère la plus intime de l'individu car touchant à tous les gestes du quotidien (aide à la toilette, achats, ménage, etc.). Avec les malades psychiques, nous déclenchions des réactions d'agressivité, d'angoisse, ou à l'opposé nous recevions des confidences intimes et parfois bouleversantes. Nous n'en mesurons les effets ni sur nous-mêmes (désarroi, incompréhension, utilisation de clichés comme moyen de défense, ou au contraire surinvestissement sans limite) ni sur les patients (inadéquation de l'aide).

Exemple : tendance à considérer que le dépressif n'est au fond qu'un paresseux et fait preuve de mauvaise volonté, qu'il se laisse aller ; d'où le sentiment pour l'aide familiale de faire un travail sans utilité, sans but. Nous avons, avouons-le, peur de ces patients, peur de leurs réactions, en même temps peur de ne pas leur parler de manière adéquate et d'aggraver ainsi leur mal. Nous manquons de distance, d'objectifs, de professionnalisme, et par conséquent, de formation.

Après deux ans de cours et de supervision, toujours dans le cadre de la collaboration pratique (réseaux), nous avons maintenant une perception nouvelle, une vision élargie de notre travail auprès des patients atteints dans leur psychisme.

Plus de recul, plus de distance ; appuyées par le groupe, partageant à plusieurs l'intervention, nous avons pris conscience de nos propres limites et apprenons à développer et à affiner nos capacités d'analyse et d'écoute. Par conséquent, tout le bénéfice est pour le patient **et** pour le soignant. L'importance de notre travail est reconnue dans le cadre du réseau, nous nous positionnons avec plus de finesse, osons dire nos désaccords ou nos accords, toujours dans le but de l'autonomie du patient, en concordance avec le mieux-être des intervenants.

Forts de cette formation, nous avons évolué, mais nous nous rendons compte, qu'au fur et à mesure de notre cheminement, rien n'est définitivement acquis. Cette nouvelle dimension que nous cherchons à atteindre nous pousse toujours plus en avant dans la démarche que nous

avons commencée. Preuve en est qu'après le premier cours de base, la supervision s'avère non seulement utile mais nécessaire et indispensable. Nous pourrions imaginer un développement des cours qui se sont déjà élargis aux professionnels de l'aide et des soins à domicile et non plus seulement aux aides familiales. Étendre également la collaboration entre intervenants, non pas en étouffant les patients sous des méga-)réseaux, mais au contraire en veillant à l'adéquation et à l'efficacité de l'intervention.

Un vœu enfin, celui de réduire le fossé existant entre malades psychiques et le reste de la population, en créant un pont vers la vie sociale par l'intermédiaire de lieux de rencontre (loisirs, cours, etc.).