

Responsable de la publication:  
Service des soins infirmiers  
prix Fr. - 2



## Les soins intensifs dans le milieu : un challenge pour la psychiatrie lausannoise.

### **Sommaire:**

**Editorial:** Gilbert Mwako, agent de développement communautaire au GRAPP

**Les soins intensifs dans le milieu :** Emmanuel Gommeret, infirmier, Roland Philippoz, ICS, Charles Bonsack, médecin associé, Philippe Conus, chef de clinique, Département Universitaire de Psychiatrie Adulte (DUPA), Lausanne

**Information :** A propos du congrès du GRAAP

---

### **Editorial**

Saluons et encourageons la résolution des milieux psychiatriques à mettre en action les Soins Intensifs dans le Milieu.

Cette démarche est une excellente disposition car elle permettra à la population d'avoir directement accès aux conseils ou à l'intervention chez eux, à domicile d'un côté, et d'un autre, de compléter le travail fait sur le terrain par les autres intervenants: assistants sociaux, éducateurs, animateurs et agents de développement communautaires, etc... Elle lui donnera l'accès à une meilleure connaissance de la psychiatrie et de la maladie psychique, non pas seulement au niveau des soins par l'hospitalisation et la médication, mais aussi par la prévention au travers des conseils dans le domaine de l'hygiène et de la santé mentale.

D'après le rapport des experts de la santé mentale de l'OMS, la peur du malade mental, la sensation d'avoir affaire avec un être de l'autre monde, se manifeste surtout dans les pays où existent de vastes hôpitaux psychiatriques, créés à l'origine pour l'incarcération des malades et non pour leur traitement ou leur réadaptation.

Briser la réticence, la peur et réduire la distance qui existe entre la psychiatrie et la société est également un moyen de donner à la population la possibilité de mieux connaître les différentes possibilités existant en psychiatrie en cas de besoin.

L'Intervention dans le Milieu rend possible le soutien à la famille dans le traitement de la personne atteinte et son implication comme partenaire dans les soins. Ce qui est une recommandation de l'OMS. L'existence de ce dispositif donne également aux intervenants la possibilité de rencontrer les patients demandant des services dans un contexte autre que la prise en charge habituelle. Il permet aux

professionnels de prendre en compte les différents éléments de la réalité dans lesquels vivent les patients ou les personnes dans le besoin, tant sur le plan environnemental que social.

**Gilbert Mwako**

## LES SOINS INTENSIFS DANS LE MILIEU

### ***De la visite à domicile aux Soins intensifs dans le milieu***

L'évolution des soins psychiatriques hors des murs de l'hôpital est étroitement liée aux réorganisations des institutions et à l'apparition de nouvelles orientations thérapeutiques et de nouveaux traitements. A Lausanne, la construction de l'Asile de Cery, inauguré en 1873, et situé dans la proche campagne, reste encore aujourd'hui le pôle central de la psychiatrie du secteur. Il a été le point de départ des développements constants des structures intermédiaires et de la mise en place progressive de services spécialisés - psychogériatrie, pédopsychiatrie - et d'un réseau de soins ambulatoires qui a évolué au cours des décennies.

Dès 1913, les médecins de Cery se rendent à l'hôpital cantonal pour des consultations psychiatriques. Mais c'est dans les années trente que le Dr H. Steck, futur directeur de Cery, se rend à la Policlinique de Lausanne chaque semaine pour des consultations (740 en 1935), ce qui constitue l'embryon de la psychiatrie ambulatoire lausannoise.

En 1948, on crée la Policlinique psychiatrique universitaire (PPU) avec des moyens affectés par l'hôpital, sous la responsabilité du Dr P.B. Schneider. Ses activités se développent rapidement, tant sur le plan de la clinique que sur celui de l'enseignement. Progressivement, la policlinique prend de l'autonomie, ce qui ne se passe pas sans difficultés. Finalement, la séparation des deux services est entérinée par les pouvoirs publics et leurs missions sont clairement délimitées. L'Asile de Cery devient alors la Clinique Psychiatrique Universitaire.

La policlinique quant à elle poursuit son développement principalement autour de l'axe psychanalytique. Elle devient un lieu de soins et d'enseignement performant et réputé. En 1960, elle crée son Centre psychosocial pour offrir aux patients chroniques, aux alcooliques et aux toxico-dépendants, des prises en charge pluri-disciplinaires : des assistants sociaux et des infirmiers se joignent

aux médecins et développent les prises en charge en équipe, les groupes, les interventions de réseau. La mise en place de la garde psychiatrique - un médecin assistant mobilisable 24h/24 et qui se déplaçait chez le demandeur soutenu en deuxième ligne par un médecin cadre - devait permettre à la fois de répondre aux demandes de soins de la population et des services du réseau de soins mais d'être aussi un relais pour proposer des traitements ambulatoires dans le cadre de la policlinique psychiatrique et du Centre psychosocial.

A cette époque, qualifiée par certains d'héroïque que, hormis les interventions médicales dans le cadre de la garde, il n'était pas rare de se rendre chez les patients pour des visites, parfois pour administrer des traitements quotidiens, comme des perfusions d'antidépresseurs par exemple. Il faut dire que la rivalité avec l'hôpital était importante et que l'hospitalisation d'un patient était le plus souvent vécue comme un échec thérapeutique par les soignants ambulatoires.

Avec le temps et l'augmentation du nombre de patients traités, il est devenu plus difficile de maintenir cette offre de soins à domicile. Dans le courant des années 80, on assiste à un abandon progressif des consultations à domicile, en raison des moyens limités, mais également de la volonté de diminuer la dépendance et valoriser les ressources des patients.

En 1991, suite à la sectorisation du DUPA (secteurs A et B), le CPS devient la Policlinique psychiatrique B. Dans le même temps, on constate que la population de patients qui consultent les policliniques se modifie, principalement pour deux raisons : le nombre de psychiatres installés en privé augmente de manière importante et la crise du début de la décennie provoque une médicalisation des difficultés sociales, amenant les exclus du monde du travail vers les consultations psychiatriques. Ainsi, les policliniques perdent peu à peu leur clientèle à la recherche d'un traitement psychothérapeutique de type analytique - qui souvent préfère la discrétion d'un cabinet privé - pour se centrer sur des traitements de crise ou d'urgence ou de patients ne trouvant pas, en raison de l'ampleur de leur

difficultés, des réponses dans la psychiatrie privée. Assez rapidement il est devenu évident que le modèle de soins «consultation» devait évoluer en s'orientant vers une meilleure prise en compte des besoins des patients et de leurs difficultés à se procurer les soins nécessaires. Plusieurs mouvements dans ce sens se sont manifestés ces dernières années, à partir des policliniques et de l'hôpital: la création du Centre d'interventions thérapeutiques brèves (CITB) en 1991, le développement d'un modèle «réfèrent continu» pour les patients chroniques stabilisés, le développement des activités du Centre d'ergo-sociothérapie sont autant de réponses aux modifications des besoins des patients, de leurs proches et du réseau.

En 1996, la garde psychiatrique est réorganisée avec pour conséquence principale, la disparition de la visite d'un psychiatre chez le demandeur. Les situations dans lesquelles le patient ne peut se déplacer sur le lieu de consultation d'urgence (au CITB) nécessitent la visite du généraliste de garde à domicile. Ce changement est considéré comme une perte importante par beaucoup de personnes impliquées dans les soins aux patients psychiatriques, principalement par une association de soutien mais également par des parents et des proches.

Pour tenter de répondre aux manques et aux nouveaux besoins et définir d'autres axes d'interventions pluridisciplinaires dans les équipes des policliniques, un projet qualité a été élaboré en avril 1997. Intitulé "Soins psychiatriques - infirmiers et sociaux - à domicile", son développement a été influencé par la réorganisation fondamentale du département en sections spécialisées (par diagnostics) hospitalo-ambulatoires. De ce projet qualité, devenu projet de service avec allocation de ressources en 1999, sont issus les Soins intensifs dans le milieu.

### ***Le modèle de soins dans le mouvement de la désinstitutionnalisation.***

Le suivi intensif dans le milieu est issu d'un modèle éprouvé développé dans les années 70. A partir des études originales de Stein et Test (1), plusieurs déclinaisons se sont adaptées à des contextes différents : rural ou urbain, ou en fonction de l'étape de développement du système de soins. L'historique du modèle originel montre ainsi une évolution qui va de l'amélioration des conditions d'hospitalisation

psychiatrique à l'intégration du modèle pour l'ensemble des patients d'une région. Selon la population cible, les programmes d'intervention dans le milieu se sont orientés vers la réhabilitation ou l'aide à la survie. Les principes de bases restent néanmoins les mêmes et sont illustrés par le programme « Bridge » (2), proche des soins intensifs dans le milieu tels qu'ils sont pratiqués à Lausanne (tableau 1).

#### **Principes de base du programme « Threshold Bridge »**

- Limité aux personnes qui en ont le plus besoin
- Prévention de l'hospitalisation et sans abri
- 10 clients par intervenant
- Améliorer la qualité de la vie quotidienne
- Pas de fin de traitement pour « manque de motivation du client »
- Porte parole du client dans le système
- Anticipation des crises et prévention
- Interventions in vivo

Tableau 1

Premièrement, la population cible doit rester clairement délimitée, afin que le nombre de patients par intervenant se maintienne entre 10 et 20. Deuxièmement, l'intervention a lieu dans le milieu de manière proactive. Troisièmement, l'intervention n'est pas limitée dans le temps. Ces interventions ont été largement étudiées et ont démontré leur efficacité en diminuant de plus de 50% le nombre de journées d'hospitalisation et en augmentant la rétention dans le système de soins (2).

### **L'adaptation du modèle de soins à la situation lausannoise.**

Notre modèle diffère du modèle originel en fixant des objectifs limités dans le temps : ceci s'appuie sur les particularités du réseau de santé mentale de la région de Lausanne, et sur la volonté de faire évoluer le niveau d'intervention avec les ressources du patient. Nous pouvons compter sur un réseau de soins cohérent et dense pour que l'intervention vise d'abord l'intégration du patient dans un niveau de soins moins intensif : soins psychiatriques ambulatoires, interventions à domicile par les services médico-sociaux, etc... Le but de l'intervenant consiste alors d'abord à favoriser le lien entre le client et les autres membres du réseau de

soins, bien que la nature de son intervention initiale reste directement ancrée dans le quotidien.

## ***L'expérience lausannoise***

### **L'intervention infirmière**

L'intervention de l'infirmier est orientée vers la rencontre du patient dans son milieu et tâche principalement de maintenir le contact avec lui et de l'inscrire progressivement dans une filière de soins. Sa fonction est donc double :

- 1) offrir des soins directs
- 2) établir des liens entre le patient et une filière de soins moins intensive

Les buts définis dès le début de ce projet pilote étaient les suivants :

- Créer un espace de négociations avec les patients s'opposant à l'hospitalisation et aux soins psychiatriques, mais présentant pourtant à l'évidence une symptomatologie psychiatrique aiguë
- Eviter la confrontation violente en proposant une alternative à l'hospitalisation
- Eviter la régression psychotique massive en responsabilisant les patients dans leur environnement naturel sans pour autant les abandonner à leur sort
- Garder un lien avec les patients qui refusent d'interrompre leur consommation de toxiques, qui ne présentent pas de risque auto ou hétéro-agressif, et dont le comportement constitue cependant un risque
- Offrir une solution en cas d'impasse dans le contexte d'un placement à fin d'assistance
- Favoriser la transition hospitalo-ambulatoire en cas de risque de rupture, et soutenir l'implantation du projet élaboré en cours d'hospitalisation
- Favoriser la poursuite d'un traitement instauré
- Favoriser la réactivation des liens entre le patient et son réseau (psychiatre, médecin généraliste, activité protégée ou non)
- Créer une alliance avec des patients ne se rendant pas facilement à un rendez-vous dans une polyclinique ou dans un cabinet médical
- Favoriser l'alliance avec le patient et sa famille en les rencontrant dans leur milieu
- Soutenir les personnes faisant ménage commun avec le patient

- Prévenir les épisodes aigus en rendant le patient et son entourage attentifs aux signes précoces d'une rechute

La première prise en charge de type SIM a été proposée en décembre 1999. Après treize mois d'activité, Trente-quatre demandes d'interventions ont été traitées. Neuf n'ont pas abouti (cinq ont été réorientées vers une autre alternative, 4 ont été faites dans l'urgence d'une situation qui s'est clarifiée rapidement par l'organisation d'un réseau avec les différents partenaires). Vingt-cinq traitements sont à ce jour terminés. L'objectif de ne pas alourdir progressivement la cohorte de patients pris en charge dans un SIM et de chercher des alternatives dans le réseau a été atteint pour presque tous les patients, le plus souvent dans un délai de trois semaines. Quelques prises en charges se sont prolongées au delà, ce type d'intervention n'ayant pas trouvé dans le réseau un mode de prise en charge suffisamment souple et adapté dans ce laps de temps. Pour la plupart des patients, la suite du traitement s'est organisée dans un service de psychiatrie ambulatoire. Trois traitements ont dû se poursuivre par une hospitalisation, cette issue n'étant pas obligatoirement synonyme d'échec (l'intervention dans le milieu a permis, dans au moins un des cas, de créer une alliance pour permettre une hospitalisation négociée et acceptée par le patient).

En guise d'exemple, deux vignettes cliniques parmi les prises en charge en cours :

- Un jeune homme, sorti de l'hôpital depuis quelques jours sous la pression de son épouse qui le menaçait de le quitter s'il restait hospitalisé et s'il prenait son traitement médicamenteux. Dans cette situation, l'intervention de l'infirmier SIM a été demandée par le médecin traitant de l'hôpital pour informer et soutenir l'épouse en vue de poursuivre l'augmentation progressive du traitement médicamenteux à domicile et évaluer les effets secondaires. L'objectif du contrat de soins est de soutenir le patient dans son quotidien tout en l'accompagnant vers un suivi psychothérapeutique. Les rencontres infirmières se font le mardi avec le patient seul dans un tea-room et, le jeudi avec son épouse à domicile.
- Un jeune homme sans domicile, vivant pour le moment dans un foyer, présente des idées

déliquantes de persécution accompagnées d'un comportement antisocial marqué par une attirance pour le monde de la magie et des mauvais sorts. Son tuteur pose la condition d'un suivi thérapeutique dans le milieu afin de répondre à la demande du patient pour l'obtention d'un appartement. La demande fait suite à une difficulté du foyer pour tenter d'établir une relation de confiance avec le patient afin de négocier son adhésion à un traitement médicamenteux et à un suivi psychiatrique. Les rencontres se font une fois par semaine au foyer en collaboration avec l'équipe qui voit le patient tous les jours.

### Les interventions

L'activité des soins intensifs repose sur deux axes :

#### 1) l'activité clinique

- Créer un lien avec le demandeur  
La demande peut venir de la personne elle-même si celle-ci a déjà bénéficié de ce type de prise en charge, du médecin (installé, à l'hôpital, dans les polycliniques), des foyers, des associations (GRAAP<sup>1</sup>, Appartenances<sup>2</sup>, FAREAS<sup>3</sup>), de la ville (services sociaux, CMS)...
- Rencontrer la personne dans son milieu de vie  
Dans la mesure du possible, une première rencontre est organisée en présence du demandeur. Cela permet de prendre contact avec la personne plus facilement ainsi que de clarifier la demande. Un rendez-vous est proposé dans les 48 h en fonction des habitudes du patient. Les endroits sont divers : domicile/lieu de vie, cafés/restaurants, lieux de rencontres et d'accueil comme « Le Passage » ou le restaurant du « Grain de Sel », ateliers protégés,...
- Evaluer les besoins
- Evaluer, valoriser et mobiliser les ressources existantes  
La crise empêche de reconnaître et de mobiliser les ressources. L'intervention de l'infirmier SIM permet d'orienter la personne vers les ressources de son milieu (par ex : la Polyclinique

Médicale Universitaire pour les problèmes somatiques, les services sociaux de la ville).

- Proposer un contrat de soins (limité dans le temps)

Le contrat vise et favorise le partenariat. Il est important que la personne se sente entendue dans sa demande et se sente actrice de sa prise en soins. Le contrat fixe le cadre des rencontres infirmières. Il indique la fréquence ainsi que le lieu des rencontres, le début et la fin du traitement ; la demande du patient, les objectifs, la date et la signature du patient. Il peut être reconduit.

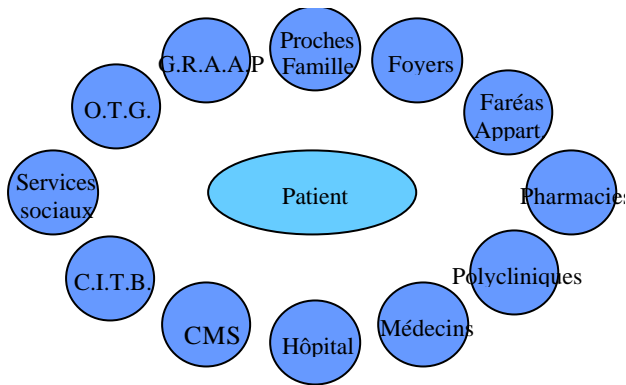
#### 2) l'activité de liaison

- Soutenir, informer et orienter la famille et les proches  
L'information à la famille est cruciale. L'incompréhension et l'ignorance sont des sources de stress pour les proches. Ne pas comprendre ou ne pas savoir ce qui se passe pour son fils (fille), son mari (épouse) ou son ami(e) est angoissant. L'intervention dans le milieu de vie de la personne permet de soutenir la famille ou les proches dans le cas d'une hospitalisation, par exemple. Cela permet d'entendre leur souffrance et leur impuissance face à des situations difficiles d'agressivité verbale ou physique. Il est alors possible d'orienter les proches vers un soutien. Le partenariat est également visé au travers de ce lien. Si les proches sont informés, qu'ils se sentent entendus dans leurs besoins et qu'ils se sentent partenaires, la collaboration est facilitée et une alliance peut se créer.
- Informer et mobiliser les partenaires du réseau
- Préparer l'entrée ou la sortie de l'hôpital
- Mettre en place un suivi thérapeutique
- Etablir des liens avec le réseau  
Au début de l'activité SIM, une cartographie du milieu a pu être dessinée autour du patient. Elle a permis d'identifier les partenaires potentiels pour une prise en charge en réseau. Chaque partenaire peut se retrouver dans le réseau d'une autre situation. Plus les liens sont présents, plus le patient bénéficie d'un réseau sur lequel il peut s'appuyer dans les moments de crises.
- Le réseau du patient :

<sup>1</sup> GRAAP : Groupe romand d'accueil et d'action psychiatrique

<sup>2</sup> Association pour les migrants

<sup>3</sup> Fondation pour l'aide aux requérants d'asile



### Une limite de l'expérience pilote

Le risque hétéro/auto-agressif est le seul facteur limitant de l'expérience pilote. Les critères de sécurité doivent être respectés au niveau de l'infirmier mais également au niveau du patient. Il n'est pas question de maintenir la personne dans son milieu de vie si celui-ci n'offre pas ou plus la sécurité nécessaire à une prise en charge dans le milieu.

### Les développements futurs

Le suivi psychiatrique intensif dans le milieu rencontre une forte demande par des partenaires aussi divers que les associations de patients, la police ou d'autres intervenants dans les soins psychiatriques. Il comble un manque, même si des complémentarités doivent être trouvées avec les urgences psychiatriques et les suivis à domicile non spécialisés. L'expérience est vécue positivement pour de nombreux patients « difficiles », leurs proches et les soignants impliqués. L'intervention permet de sortir d'une impasse thérapeutique, avec une proximité appréciée par rapport aux autres alternatives.

Pourtant, l'expérience pilote n'est pas viable à moyen terme sans un développement de cette activité. Premièrement, les interventions ne peuvent pas reposer sur « l'enthousiasme et la solitude » : les intervenants courent un haut risque de « burn out ». Partager son expérience et la charge des situations avec d'autres est une nécessité pour les intervenants. Deuxièmement, le suivi proposé reste fragile : en cas d'absence, les personnes suivies sont déstabilisées et les risques de rechute augmentent. Troisièmement, la limite des ressources ne permet pas une stratégie plus systématique pour des populations à risque comme les jeunes psychotiques, les patients « difficiles » ou les « hauts utilisateurs » de soins psychiatriques. Enfin, un intervenant seul ne dispose pas des conditions de sécurité suffisantes, tant pour le patient que pour lui, face à des situations aiguës.

Pour poursuivre l'expérience et l'implanter véritablement dans le système de soins lausannois, une véritable équipe de suivi intensif dans le milieu, comprenant 3 à 4 intervenants directs et un encadrement clinique médical et infirmier doit être constituée. Une politique d'intervention psychiatrique dans la communauté pourra alors se développer, ciblée sur des populations définies, complémentaire à l'urgence psychiatrique et aux soins à domicile non spécialisés proposée par nos partenaires du réseau.

**Emmanuel Gommeret**

**Roland Philippoz**

**Charles Bonsack**

**Philippe Conus**

### Bibliographie :

1. Stein LI, Test MA: Alternative to mental hospital treatment. I. Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37(4):392-7
2. Bond GR, McGrew JH, Fekete DM: Assertive outreach for frequent users of psychiatric hospitals: A meta-analysis. *Journal of Mental Health Administration* 1995; 22(1):4-16
3. Conus P, Bonsack C, Gommeret E, Philippoz R (2001) Le Soutien psychiatrique Intensif dans le Milieu (SIM) à Lausanne: un projet pilote. *Revue Médicale de Suisse Romande* (à paraître)

### Information

En collaboration avec le GRAAP et dans le cadre de son congrès annuel, le service des soins infirmiers du DUPA a provoqué la projection d'un documentaire français, *Ligne 28 de l'hôpital à la ville*, tourné à partir de l'hôpital du Vinatier dans la banlieue lyonnaise. Œuvre initiée par un travail commun de la FERME du Vinatier (Fondation pour l'étude et la recherche des mémoires et de l'expression) et un réalisateur indépendant, Patrick Viron, tournée en 1998 pour la télévision, et coproduite par la Compagnie Lyonnaise du Cinéma et

FR3 région, elle a d'abord connu une programmation régionale puis nationale.

Huit patients ont construit puis tourné avec le réalisateur, un scénario sur une période d'une année et se sont tous retrouvés à la première projection au Vinatier devant un parterre de professionnels infirmiers et médicaux et de leurs compagnons d'infortune..

Histoires croisées, vertébrées par des rapports très différenciés avec la maladie ; histoires de vies traitées en demi-teintes, ni geignardes ou catastrophistes, ni tonitruantes ou béatement optimistes.

Une centaine de personnes ont pu apprécier et applaudir, au Casino de Montbenon, cet essai de mettre ces patients en position de témoigner de leurs liens à la ville et à l'hôpital à travers cette ligne de bus 28 qui part du vieux Lyon pour terminer son trajet aux portes de l'hôpital.

Le médiateur du patrimoine de la FERME, Hervé Rouillet, ainsi que le réalisateur avaient fait le déplacement à Lausanne pour présenter leur travail et animer la discussion.

Le débat s'est orienté autour des sensibilités différentes entre la France et la Suisse romande, particulièrement les niveaux de stigmatisation de la maladie mentale. Il s'est enrichi de la participation d'Ernest Anserme<sup>4</sup> qui pendant une dizaine d'années (1962-1974) avait tourné à Cery avec des patients une série de films d'animations. 40 ans après quels regards comparatifs pouvait-il jeter sur un documentaire contemporain ?

Dans l'impossibilité, à l'époque, de faire figurer les patients à cause de leurs propres réticences ainsi que celles de leurs proches, il avait construit avec eux des fictions, plus nourries de leur créativité que de leur identité de patients.

En même temps que cette contrainte avait permis l'ouverture d'une autre scène, elle mettait en évidence, quatre décennies plus tard, l'évolution des mentalités quant à la possibilité pour des patients de parler publiquement de leurs parcours. Les deux réalisateurs ont pu témoigner de la singularité d'une telle aventure où nécessairement la relation à l'autre a généré des impondérables, des aléas qu'il a fallu intégrer au matériel même du film.

Cette soirée était une première et il semble bien qu'elle fut une réussite.

**Comité de rédaction de L'Ecrit.**

**L'Ecrit est accessible on line sur le site internet :**

**[www.hospvd.ch/public/psy/bpul](http://www.hospvd.ch/public/psy/bpul) dans la rubrique « publication »**

---

<sup>4</sup> Voir liste exhaustive de ses films dans *Le cinéma suisse (1898-1998)*. Freddy Buache, L'âge d'homme, Lausanne, 1998.

