

R003242213

RSY A 13862

Université de Lausanne
Faculté des Sciences Sociales et Politiques
Institut de psychologie

Session d'automne 2002

**EVALUATION DU RESEAU D'HEBERGEMENT PSYCHIATRIQUE
INTERMEDIAIRE VAUDOIS :
SITUATION ACTUELLE ET PERSPECTIVES.**

Mémoire de diplôme

Présenté par **Danièle Therianos-Spagnoli**

Professeur responsable : **Prof Jean-Pierre Dauwalder**

Co-lecteur : **Dr François Grasset, PD, ME**

PE 36 THER
Bibliothèque Psychiatrique
Universitaire de Lausanne
(La 8)
Site de Cery
CH-1008 Prilly-Lausanne

7 116 / 2002

D



1094676209

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|-----------|
| A. Préambule..... | 4 |
| B. Introduction..... | 6 |
| B.1. Contexte historique et théorique de la problématique étudiée | 6 |
| B.1.a. Evolution de la psychiatrie institutionnelle. | 6 |
| La désinstitutionnalisation et les spécificités nationales..... | 8 |
| B.1.b. Conséquences de la désinstitutionnalisation | 10 |
| Problèmes relatifs à la prise en charge des patients chroniques | 10 |
| Aspects relatifs à la planification, à la gestion et à l'évaluation des soins psychiatriques | 13 |
| B.1.c. Le concept de réhabilitation psychosociale | 20 |
| B.1.d. Développement du champ psychiatrique intermédiaire dans le canton de Vaud.. | 26 |
| B.2. Contexte et contenu du programme de recherche | 28 |
| B.3. Situation de ce memoire dans le programme de recherche..... | 30 |
| B.3.a. Contexte de la problématique et choix du thème | 30 |
| B.3.b. Objectifs de ce travail..... | 31 |
| Matériel et méthode..... | 32 |
| C.1. Méthode de recherche..... | 32 |
| C.2. Champ d'observation et population-cible..... | 33 |
| C.3. Déroulement de la recherche | 34 |
| C.3.a. Etude de la demande..... | 34 |
| Données quantitatives | 34 |
| Données qualitatives | 35 |
| C.3.b. Etude de l'offre..... | 35 |
| Données quantitatives. | 36 |
| D. Présentation des résultats | 38 |
| D.1. Analyse de la demande | 38 |
| D.1.a. Analyse quantitative de la demande..... | 38 |
| Volume de la demande..... | 38 |
| Evaluation des besoins latents | 40 |
| Evolution diachronique des besoins couverts | 40 |
| Evaluation des hospitalisations itératives | 41 |
| Dispersion des placements..... | 43 |
| Conclusions de l'analyse quantitative de la demande..... | 44 |
| D.1.b. Analyse qualitative de la demande..... | 44 |
| Disponibilités des établissements du réseau : | 45 |
| Types de manque de disponibilité au sein de réseau : | 45 |
| Opinions concernant l'importance de divers type de prestations : | 45 |
| Attentes concernant les conditions d'hébergement : | 46 |
| Attentes concernant les conditions d'encadrement institutionnel : | 46 |
| Appréciation de la procédure aboutissant au placement : | 46 |
| Souhaits de développement d'autres formes de prise en charge : | 47 |
| D.2. Evaluation de la population-cible | 48 |
| D.2.a. Caractéristiques socio-démographiques | 48 |
| D.2.b. Pathologie en cause | 49 |

| | |
|---|-----------|
| D.2.c. Le syndrome résiduel | 51 |
| Syndrome déficitaire dans les troubles mentaux évolutifs : | 51 |
| Syndrome déficitaire dans les troubles de la personnalité : | 52 |
| D.2.d. Le handicap psychosocial | 53 |
| D.3. Evaluation de l'offre | 55 |
| D.3.a. Evaluation quantitative de l'offre..... | 55 |
| Classement par catégorie d'établissements et par mission : | 56 |
| Classement par type d'établissements : | 56 |
| Répartition sectorielle des lits psychiatriques : | 57 |
| Données particulières concernant l'orientation réhabilitative : | 57 |
| Durée de séjour | 59 |
| D.3.b. Evaluation qualitative de l'offre | 60 |
| Développement historique du réseau institutionnel considéré : | 60 |
| Dotation en personnel : | 62 |
| Interdisciplinarité | 63 |
| Formation du personnel | 64 |
| Critères de sélection des établissements | 66 |
| Projets institutionnels..... | 68 |
| Appartements protégés..... | 69 |
| E. Synthèse et discussion des résultats..... | 72 |
| E.1. Synthèse et discussion des résultats | 72 |
| E.1.a. Correspondance quantitative de l'offre et de la demande | 72 |
| Critique des données quantitatives..... | 72 |
| E.1.b. Tendances évolutives de l'offre et de la demande..... | 77 |
| E.1.c. Indices de précarité du réseau..... | 80 |
| E.2. Perspectives d'avenir | 82 |
| Commentaires à propos du programme de recherche | 88 |
| F. Conclusion..... | 91 |

A. PREAMBULE

Ce travail de diplôme est étroitement lié à la recherche menée entre le 1^{er} juillet 2000 et le 30 avril 2002 dans le cadre du groupe de recherche de l'unité de réhabilitation du Service de Psychiatrie Générale et Spécialisée du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte. Ce programme a été financé conjointement par trois services du Département de la santé et de l'action sociale : le Service de Prévoyance et d'Aides Sociale, le Service des Assurances Sociales et de l'Hébergement, ainsi que le Service de la Santé Publique. Ce programme de recherche était intitulé « Evaluation des moyens d'hébergement à visée sociothérapique ou réhabilitative mis en œuvre dans le canton de Vaud ». Les résultats ont donné matière à la publication de trois rapports complémentaires intitulés : « Evaluation de la demande de possibilités de placements résidentiels extrahospitaliers », « Evaluation de l'offre de possibilités de placements résidentiels extrahospitaliers » et « Synthèse des résultats, conclusions et recommandations ».

En fonction de l'attente des mandants, l'objectif du programme de recherche¹ était l'obtention d'informations objectives (quantitatives et qualitatives) sur l'état actuel du réseau institutionnel intermédiaire constitué par les établissements d'accueil étudiés. Mené par un spécialiste de la réhabilitation psychosociale², ce programme de recherche s'est orienté dès le début sur les aspects fonctionnels et les données cliniques du problème institutionnel en question. Dans l'ensemble, il s'agit d'une étude descriptive qui se concentre sur le portrait du réseau intermédiaire et de son fonctionnement, et sur la description des patients qu'il prend en charge, notamment sous l'angle de la pathologie dont ils souffrent.

Dans la mesure où les organes politiques et administratifs mandants ont accepté de remettre en question la nature ponctuelle des études effectuées jusqu'alors, dans la perspective d'établir les bases d'un système « d'évaluation continue », le programme s'inscrit par ailleurs dans un contexte de recherche-action qui vise à déboucher ultérieurement sur une démarche prospective, en prévision de laquelle il s'agissait essentiellement de réunir des données susceptibles de constituer un point de départ.

Lorsque je fus engagée dans ce programme de recherche, il fut convenu dès le début que mon travail de diplôme en ferait partie. Toutefois, dans ce contexte, le choix du thème particulier de mon mémoire n'a pas été aussi facile que prévu.

Mon rôle de cheffe de projet m'a permis de participer à chacune des étapes de la recherche, qui s'est avérée captivante à plus d'un titre : outre la satisfaction de contribuer à un projet cantonal important, ce travail a rempli non seulement mon intérêt pour la réhabilitation et les personnes qu'elle concerne, mais aussi une curiosité de nature plus « citoyenne » pour l'impact de la politique et de l'économie sur la santé publique. Enfin, la synthèse des données a laissé entrevoir différentes perspectives de développement du réseau qui m'ont particulièrement interpellée, dans la mesure où l'on pouvait y trouver des pistes susceptibles d'améliorer, à terme, le fonctionnement et l'évaluation permanente de ce dispositif institutionnel.

Pour définir le cadre particulier de ce travail de diplôme, il m'a fallu sélectionner parmi les différents éléments du vaste programme de recherche dans lequel il s'intègre. Finalement j'ai choisi de focaliser mon intérêt personnel sur les données qui mettent en lumière les facteurs susceptibles d'influencer, d'une manière ou d'une autre, la prise en charge des patients

¹ Une description plus complète de ce programme de recherche figure dans le sous-chapitre B.2. « Contexte et contenu du programme de recherche ».

² Le Dr Grasset, médecin-chef de l'unité de réhabilitation (site de Cery) du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte, et directeur de recherche.

chroniques placés dans le réseau intermédiaire d'hébergement extrahospitalier. Plus particulièrement, je vais développer les points qui peuvent étayer une vision prospective de l'évolution du réseau, tout en me référant à la littérature internationale les concernant, afin de suggérer des modifications et des améliorations (dont il s'agira évidemment de mesurer les résultats par la suite).

Cette démarche revêt une importance particulière pour moi dans le sens où elle me fournit diverses possibilités de donner une suite personnelle à cette recherche, éventuellement sous la forme d'un travail de thèse.

Tout en restant dans le contexte global du programme de recherche, afin de conserver les dimensions, fonctionnelle et organisationnelle, où s'inscrivent les indices d'évolution qui m'intéressent, ce travail personnel m'a donné l'occasion de me distancer de la démarche initiale effectuée sous la contrainte des impératifs imposés par les mandants. Cette distanciation prend un double sens : celui du choix d'un sujet personnel dans le prolongement des objectifs de base, et celui du recul critique vis à vis du processus de recherche lui-même.

Concrètement, la structure de ce travail se présente comme suit :

- Une introduction où je développe les aspects historiques et contemporains de la prise en charge des patients psychiatriques chroniques et de ses relations avec la politique et l'économie, ainsi que les objectifs de ce travail et son articulation avec le programme de recherche.
- Une présentation et une critique des résultats que j'ai utilisés.
- Une synthèse et une discussion de ces résultats, accompagnées de la discussion des perspectives d'avenir.
- Des commentaires sur certains points du programme de recherche et une conclusion sur ma démarche personnelle.

Avant d'entrer dans le vif du sujet, je tiens à avertir le lecteur qu'étant donné la forme relativement peu conventionnelle et peu linéaire de ma présentation, il aura parfois à supporter des redondances. J'espère que la logique qui les inspire saura les faire pardonner.

Il ne me reste plus qu'à vous souhaiter une bonne lecture...

B. INTRODUCTION

B.1. CONTEXTE HISTORIQUE ET THEORIQUE DE LA PROBLEMATIQUE ETUDIEE

La première partie de ce chapitre présentera essentiellement des concepts et des faits en relation avec la prise en charge des malades mentaux chroniques dans les établissements du réseau intermédiaire. Celle-ci n'est pas un phénomène cloisonné, mais représente en quelque sorte l'aboutissement d'une série de choix médicaux et scientifiques, mais aussi sociaux, politiques et économiques. Le recours à la littérature concernant l'origine du développement de la psychiatrie intermédiaire (la désinstitutionnalisation) se justifie dans la mesure où il replace la prise en charge des patients psychiatriques dans une perspective évolutionniste. Il contribue d'autre part à souligner l'insertion systémique de cette prise en charge dans le domaine de la politique de santé mentale. Cela m'amènera à évoquer les méthodes appliquées à la planification, à l'évaluation et à la gestion de ce système aussi bien que les notions sous-tendant les aspects thérapeutiques de la prise en charge.

B.1.a. Evolution de la psychiatrie institutionnelle.

On ne peut parler de l'évolution de la psychiatrie institutionnelle sans évoquer brièvement celle de la discipline médicale elle-même, qui a commencé à se distinguer clairement de la médecine générale à la fin du XVIII^{ème} siècle. Comme le relève PICHOT (1983, p.7), « la maladie mentale, à partir du moment où on lui a véritablement reconnu une existence, a été marquée sinon définie par l'implication sociale de ses manifestations, ce qui a entraîné de fixer des cadres originaux pour son traitement », et provoqué la séparation progressive des aliénés en des lieux spécifiques. Cette séparation correspondait notamment à une volonté de contrôle social (HARDING, 2000).

La psychiatrie au début du XIX^{ème} siècle se caractérisait, notamment en France, par ses ambitions cliniques, descriptives et nosologiques, tandis que les tentatives étiologique et pathogénique étaient généralement décriées. Cependant elle eut pour conséquence une amélioration des conditions d'hospitalisation et, issue des courants médicaux, humanitaires et juridiques, la naissance d'une « atmosphère » thérapeutique, pour reprendre le terme de PICHOT (1983). La loi française de 1838, qui eu des équivalents un peu partout en Europe, dressa un cadre réglementaire et médical à la création des asiles pour aliénés, qui étaient conçus pour abriter les formes les plus graves de la maladie mentale, les autres anomalies psychiques relevant de la médecine générale.

Les médecins aliénistes commencèrent à se constituer en associations spécifiques (Angleterre, 1841, *Association of Medical Officers of Asylums and Hospitals for the Insane* ; France, 1848, Société médicopsychologique, puis en 1875 Société d'Aliénistes Français ; Allemagne, 1848, *Deutscher Verein des Irrenärzte*). En Suisse, c'est en 1864 que fut fondée la Société des Médecins Aliénistes Suisses, qui devint plus tard la Société Suisse de Psychiatrie (MÜLLER, 1997).

Le recensement des malades mentaux, confondus souvent avec les pauvres et les idiots, éveilla l'intérêt des gouvernements européens dès la fin du XVIII^{ème} siècle. En 1801 déjà, l'asile pour malades mentaux de Neu-Ruppin, en Allemagne, fut conçu pour répondre aux besoins révélés par un recensement. Cependant, à cette époque, la notion de planification des besoins hospitaliers reste anecdotique, et les méthodes pratiquées relativement inefficaces, puisque l'on se contentait de demander aux pasteurs, préfets ou autres employés d'état de signaler toutes les personnes atteintes de troubles psychiques.

Entre 1830 et 1870, on tenta progressivement d'associer un dénombrement des malades mentaux aux recensements généraux effectués un peu partout en Europe à cette époque. Les catégorisations utilisées s'affinaient, distinguant progressivement les aliénés des débiles, les

patients hospitalisés des malades gardés par leur famille, puis les guérissables des non-guérissables. Les techniques de recensement, bien que de plus en plus souvent confiés à des médecins, ne subissaient en revanche qu'une évolution lente. Les résultats étaient généralement inutilisables, mais permettent toutefois de suivre, du début à la fin du siècle, un glissement progressif des malades mentaux de leur milieu familial vers les institutions. Les psychiatres commencèrent à se servir des données recensées pour étayer certaines de leurs théories sur les facteurs favorisant la maladie mentale (confession, climat, voire géologie), et c'est sur leur initiative que furent peu à peu introduits les paramètres socio-démographiques encore utilisés de nos jours³.

Progressivement les notions d'étiologie (la maladie mentale est attribuée à l'hérédité ou aux conditions de vie) et d'évolution de la maladie mentale se développèrent chez les aliénistes français, tandis que de leur côté les médecins non-aliénistes comme Charcot se mettaient à étudier les névroses. Parallèlement, en Allemagne, se développaient en réaction à une conception dominante très philosophique (animiste, psychologue ou romantique), une tendance neuro-anatomique et un courant nosologique basé sur l'observation clinique, qui culminera avec Kraepelin, fondateur de la nosologie moderne.

En ce qui concerne le traitement des malades mentaux dans le milieu asilaire, il s'est pendant longtemps limité aux bains permanents et à la contention, doublés d'occupations à fonction hygiéniste et normative, tant les aliénistes étaient occupés à observer la pathologie et à découvrir ses causes biologiques. La qualité des soins se délita d'autant plus que le volume des patients internés ne cessait de croître, pour atteindre des proportions dramatiques au tournant du XX^{ème} siècle, du fait de l'augmentation du nombre d'hospitalisation (les critères d'admissions étaient de plus en plus larges et visaient parfois à l'exclusion de personnes dérangeantes) et de la rareté des sorties (les thérapies efficaces manquaient). Les asiles fonctionnaient essentiellement grâce à des employés sans formation professionnelle, qui avaient un rôle de gardiens bien plus que de soignants. Le personnel infirmier, souvent mal formé⁴, dut s'adapter à cette fonction et apprendre à organiser et surveiller les occupations des malades. Les médecins-aliénistes représentaient alors le seul corps professionnel à s'occuper des thérapies (PICHOT, 1983).

Cette époque assista à la naissance de la psychopathologie, qui établit l'importance des phénomènes psychiques et permit, entre autres, l'essor d'un intérêt particulier pour les méthodes psychanalytiques développées entre-temps, que l'on appliquait notamment (par exemple à la clinique zurichoise d'Eugen Bleuler) au traitement des schizophrénies. Au même moment se profilèrent d'autres approches qui auront des répercussions immédiates ou ultérieures importantes sur la psychiatrie, comme la psychologie expérimentale, la gestaltpsychologie et le béhaviorisme.

³ A ce sujet, MÜLLER (1997) mentionne une initiative du gouvernement fribourgeois qui en 1875 demanda à Girard de Cailleux (auparavant inspecteur général du service des aliénés de la Seine) de visiter tous les malades mentaux connus du canton, de les examiner et de déterminer leurs besoins, en vue de la construction du premier hôpital psychiatrique du canton. Si l'on peut sans doute critiquer l'exhaustivité des données, la méthode mise au point par de Cailleux se signale par sa rigueur et l'importance des paramètres enregistrés : âge, état civil, confession, origine, lieu de naissance, domicile, profession, capacité à lire et à écrire, scolarisation, anamnèse familiale (histoire, mais aussi personnalité, maladies physiques, cause des décès). Le rapport se complétait d'observations sur l'état somatique, neurologique et psychopathologique du malade, ses prédispositions et les facteurs déclenchant. Chaque visite se concluait par un diagnostic, l'évaluation de la capacité de travail et l'indication éventuelle d'une hospitalisation.

⁴ En Suisse, ce n'est qu'en 1928 qu'un plan d'enseignement pour les infirmiers en psychiatrie fut adopté par la Conférence des directeurs sanitaires, faisant de la Suisse un cas unique en Europe, puisque partout ailleurs la formation de base était en soins généraux.

Du côté des outils pharmacothérapeutiques on recourait aux calmants (morphine, somnifères) ou à la cure de sommeil⁵, utilisée dès le début des années 20 par Klaesi, chef de clinique chez Bleuler, avant de se répandre partout en Europe, où elle perdura jusqu'à l'avènement des neuroleptiques. A cette méthode s'ajoutèrent notamment l'insulinothérapie⁶, expérimentée dès 1929 par Hans Steck (qui sera plus tard directeur de l'hôpital de Cery), la psychochirurgie et les électrochocs (MÜLLER, 1997).

Le modèle asilaire de prise en charge des malades mentaux fut remis en question dès le milieu du XX^{ème} siècle, notamment influencée par leur sort dramatique pendant la deuxième guerre mondiale. Les critiques principales portaient sur l'abandon de la vocation de soin, qui avait déterminé son origine, au profit du gardiennage coercitif d'une population devenue trop nombreuse, composée de vieillards et de vagabonds aussi bien que de malades mentaux et de débiles (VIDON, 1995⁷). Ces critiques prenaient corps dans un contexte idéologique et théorique particulier :

D'une part, les concepts de « névrose institutionnelle »⁸ ou d'hospitalisme mirent en évidence les effets iatrogènes de l'institution asilaire, dont GOFFMAN (1968) dénonça le caractère totalitaire⁹. Déjà encouragée par l'incursion de la psychanalyse et des autres courants psychothérapeutiques dans la psychiatrie, la réflexion s'intensifia sur les conséquences de l'enfermement sans valeur thérapeutique. On admit que la prise en charge totale de ses besoins, la promiscuité et la résignation rendaient le malade mental de plus en plus dépendant et favorisaient la perte de ses habiletés sociales et son involution vers la chronicité.

D'autre part, l'apparition des premiers neuroleptiques (chlorpromazine) au début des années 1950, puis des anti-dépresseurs (imipramine), des sels de lithium et des anxiolytiques modifia considérablement l'évolution morbide de certaines maladies mentales en permettant les rémissions et la maîtrise des symptômes. Les prises en charge hospitalières privilégieront dès lors de plus en plus la crise que la cure (VIDON, 1995 ; LALONDE et GRUNBERG, 1988 ; PICHOT, 1983), tandis que la psychiatrie amorçait un virage important vers la biologie (biochimie, endocrinologie, génétique).

Enfin, le mouvement de l'anti-psychiatrie, inspiré notamment de références marxistes (en définissant la maladie mentale comme une forme de marginalité et d'aliénation sociale) s'est développé aux Etats-Unis, en Angleterre et surtout en Italie (où la psychiatrie publique était, il faut le préciser, archaïque), réclamant la fermeture des asiles, voire l'abandon de la psychiatrie elle-même, parfois considérée comme un moyen de favoriser la ségrégation des marginaux et des personnes dérangeant l'ordre social.

La désinstitutionnalisation et les spécificités nationales

En **Italie**, la loi 180, votée en 1978 à l'instigation des parties de gauche, prévoyait la fermeture des asiles et le passage des soins et de l'assistance aux régions (VIDON, 1995). Cette réforme du système de santé, qui a suscité des interprétations très diverses du Nord au Sud de

⁵ La régression engendrée par cette méthode favorisait selon ses adeptes le contact psychothérapeutique avec le malade.

⁶ Habituellement attribuée au viennois Manfred Sakel.

⁷ Cette partie s'inspire largement de la structure adoptée par VIDON dans le chapitre intitulé « La désinstitutionnalisation : ses origines, ses retombées, son bilan », figurant dans « la réhabilitation psycho-sociale en psychiatrie », Ed. Frison-Roche, Paris, 1995.

⁸ Caractérisé par l'indifférence, l'apathie, l'obéissance passive, l'auto-négligence, et, à l'occasion, un comportement agressif (WALLOT, 1988).

⁹ L'institution totalitaire se caractérise selon GOFFMAN (1968) comme un lieu coupé du monde, où sont réunis logement et activité quotidienne pour un nombre important de personnes placées à long terme, dont la vie est strictement réglementée et les besoins entièrement pris en charge.

la péninsule, est notamment issue de la volonté d'austérité et d'efficacité accompagnant la crise économique. Ses objectifs sont entre autres « : la réhabilitation de tous les états d'invalidité et d'incapacités somatiques et psychiques », et elle recommande « : la protection de la santé mentale, en privilégiant les actions préventives et en insérant les services psychiatriques dans les services sanitaires généraux, de telle manière que soient éliminées toutes formes de discrimination et de ségrégation, y compris dans la spécificité des mesures thérapeutiques, ainsi qu'en favorisant la réhabilitation et la réinsertion sociale des personnes affectées de troubles mentaux » (FRAGNIERES, 1980).

Aux **Etats-Unis**, le lobbying en faveur de la désinstitutionnalisation et de l'intervention étatique dans la politique de santé mentale aboutit à la signature par Kennedy, en 1963, d'un acte prévoyant la création de 2000 *Community Mental Health Center* censés accompagner la sortie des malades chroniques des grands asiles d'état, en disposant des structures de soins pluridisciplinaires dans la communauté. Cependant, des décisions politiques freinent leur implantation dans la communauté, tandis que l'on continue à déshospitaliser. Trente-cinq ans plus tard, le gouvernement fédéral américain s'est défait de la gestion de la santé mentale au profit des Etats. On assiste actuellement à une spécialisation des hôpitaux psychiatriques dans les problématiques lourdes, tandis que les centres de santé mentale communautaires sont sensés s'occuper de la réadaptation et du traitement des malades mentaux chroniques dans la communauté, et que l'hébergement est l'affaire de l'entreprise résidentielle privée. (VIDON, 1995).

L'Angleterre fut pionnière dans le développement de l'approche communautaire, avec l'invention de la communauté thérapeutique par Maxwell Jones, puis l'adoption du « *Mental Health Act* » en 1959. La création de services communautaires fut très importante notamment au milieu des années 60, et l'idéologie sous-jacente à ce mouvement était que la disparition de l'asile entraînerait celle du handicap chronique. Le dispositif communautaire mis en place devait être transitoire et permettre la réintégration complète des patients dans la communauté. Dans les faits, la fermeture des hôpitaux a laissé de très nombreux patients dans des conditions de précarité graves. La commission parlementaire chargée d'évaluer la situation au début des années 1990, a estimé qu'il faudrait de toute urgence multiplier par cinq le budget de la psychiatrie !¹⁰

Au **Québec**, où la déshospitalisation a été rapide (50% de lits en moins en une vingtaine d'années), le dispositif développé, incluant une grande variété de structures intermédiaires, suffit à peine à répondre aux besoins et souffre selon LOSSON et PARATTE (1988) d'un éclatement fonctionnel et d'une carence de coordination. Les taux de réadmission hospitaliers psychiatriques y sont importants (environ 60%), et les urgences des hôpitaux généraux sont engorgées par les patients psychiatriques qui s'y présentent. La position gouvernementale se résume en trois points : « 1. Retour dans la communauté de tous les patients institutionnalisés. 2. Prévention des nouvelles hospitalisations par l'intervention communautaire. 3. Développement d'un réseau de soutien dans la communauté pour les nouveaux patients psychiatriques » (LOSSON et PARATTE, 1988, pp.1290).

En **France**, la sectorisation (c'est-à-dire l'attribution des patients à la file active du dispositif hospitalier, institutionnel et thérapeutique d'un secteur), bien que préparée dès les années 50 et légiférée en 1960, ne verra son véritable début que dans les années 70. La désinstitutionnalisation qui l'accompagne se passe sans coups d'éclats, son importance supplantée par le mouvement de psychothérapie institutionnelle visant à transformer les structures asilaires en structures de soins, et qui promeut l'émergence de lieux de prise en charge extra-hospitaliers. Actuellement, la réglementation de 1993 introduit la nécessité de

¹⁰ M. WELLER, in Vidon et all, 1992

poursuivre dans cette voie et d'améliorer les possibilités de réhabilitation et de réinsertion sociale (VIDON, 1995).

B.1.b. Conséquences de la désinstitutionnalisation

L. Bachrach, citée par de nombreux auteurs dont VIDON (p.83-84), propose une définition en trois éléments de la désinstitutionnalisation :

1. *« L'élimination des institutions traditionnelles pour les soins des malades et l'évacuation progressive de ces lieux par les sujets qui y sont déjà hospitalisés ;*
2. *Le développement simultané d'installations thérapeutiques au sein de la communauté en vue du traitement des individus malades ;*
3. *L'éviction de l'hospitalisation des personnes susceptibles d'être d'éventuels candidats à l'institutionnalisation. »*

L'abandon du système asilaire était nécessaire et inévitable dans le cadre d'une réflexion sur la prise en charge des malades chroniques ou menacés de le devenir. Le troisième point de cette définition, en revanche, bien que procédant d'une même logique sanitaire, soulève le problème majeur posé par la désinstitutionnalisation : que faire des malades mentaux chroniques si l'on ne peut les maintenir hospitalisés à (très) long terme ? Nous avons vu que la réponse généralement adoptée a consisté à développer les alternatives à l'hospitalisation, dont la fonction est la prise en charge dans la communauté des malades mentaux¹¹.

Avant de passer à la description des conséquences de la désinstitutionnalisation, il faut préciser que les commentaires qu'elle suscite s'intègrent pour la majorité des auteurs dans une perception globale plutôt positive quant à la direction générale prise par la « réforme »¹². D'après la revue qu'en a faite VIDON (1995), les nombreuses études effectuées montrent généralement que « partout où un véritable soutien en extra-hospitalier est mis en place, il apparaît que les soins délivrés dans les structures alternatives à l'hospitalisation sont au moins aussi efficaces que l'hospitalisation traditionnelle¹³ » (p.99).

Cependant, un changement de cap d'une telle importance, négocié sur quelques décennies à peine, a produit une série de problèmes qui ont trait à la fois à l'accessibilité, à la qualité et à l'efficacité des traitements « communautaires » et, à un niveau plus global, à la coordination et à la gestion d'un système infiniment plus complexe et éclaté que celui de l'asile. Afin que les conséquences positives de la désinstitutionnalisation se fassent mieux sentir encore, il s'agit de dénoncer les difficultés actuelles du système de santé mentale et de leur trouver des solutions.

Problèmes relatifs à la prise en charge des patients chroniques

Une des illusions dont s'était entretenue la réforme était que la chronicité, tout comme l'institutionnalisme, étaient induits uniquement par le milieu asilaire. Cependant, malgré le développement de la psychiatrie biomédicale et la fermeture de l'asile, certains patients restent chroniques et ne peuvent pas s'adapter aux conditions d'une vie « normale » dans la communauté, tout en ayant perdu la possibilité de recours à l'hospitalisation de long terme.

¹¹ Je ne vais pas détailler les formules variées que ce concept a suscitées dans les différents pays. Rappelons simplement qu'il s'agit de dispositifs plus ou moins médicalisés et professionnalisés, incluant généralement, dans des proportions diverses, des services de prise en charge de jour et des établissements résidentiels.

¹² Certains auteurs lui dénie cette appellation au motif qu'elle serait en réalité le simple produit d'un enchaînement de circonstances plus ou moins indépendantes (WALLOT, 1988).

¹³ Par hospitalisation traditionnelle il faut entendre celle qui se pratiquait après l'asile, à un moment où la prise en charge était devenue thérapeutique mais où les durées de séjours pouvaient encore se prolonger autant que nécessaire.

En effet, la durée des hospitalisations a été considérablement réduite et la mission des hôpitaux psychiatriques s'est recentrée sur sa fonction de soins actifs, tandis que les fonctions réadaptatives étaient transmises aux structures extra-hospitalières, résidentielles ou non (VIDON, 1995). Celles-ci sont généralement animées et dirigées par des non-médecins¹⁴, psychologues, éducateurs et travailleurs sociaux (PICHOT, 1983).

Cette différenciation claire des missions respectives de l'hôpital et du réseau intermédiaire induit certains problèmes fonctionnels, dont le premier se pose en terme de **discontinuité des soins**. Ce phénomène est notamment imputable à la césure marquée entre l'hospitalier, où l'on assiste, selon LOSSON et PARATTE (1988), à une forte poussée vers une médicalisation accentuée¹⁵, et l'extrahospitalier dominé par « un mouvement de conceptions qui limite le commentaire sur les maladies mentales à sa seule dimension sociale » (p. 1294). Au-delà de ce fossé conceptuel, on assiste souvent à une délimitation fonctionnelle des deux univers, marquée d'une part par la rareté des interventions psychiatriques dans le dispositif intermédiaire et d'autre part par la rareté de la présence d'intervenants sociaux dans les hôpitaux.

Un autre problème fonctionnel influençant le devenir des patients chroniques au sortir de l'hôpital est celui de l'**accessibilité au dispositif intermédiaire**. Une critique importante au sujet de la désinstitutionnalisation porte sur le fait que désormais « la personne avec des problèmes psychiatriques sévères chroniques [est considérée comme] un usager « normalisé » du système de soins et d'assistance » (MERCIER, 1988, p.1305). Or les patients psychiatriques chroniques se révèlent souvent des usagers de services chronophages, peu motivés et peu gratifiants, voire même franchement dérangeants. De plus, le handicap des patients chroniques et certaines particularités de leurs pathologies peuvent rendre rédhibitoires pour eux les démarches ou la coopération nécessaires à l'intégration dans un programme de soins extra-hospitalier. Ceci a pour conséquence la disparition « dans la nature » d'un certain nombre de patients chroniques après leur sortie de l'hôpital.

Bien qu'il soit surtout dénoncé en Amérique du Nord, où 30 à 50% des personnes sans domicile seraient des malades mentaux (VIDON, 1995 ; LOSSON et PARATTE, 1988 ; MERCIER, 1988 ; HARDING, 2000), le contre-effet des mesures sanitaires engagées se rencontre partout, sous la forme de la paupérisation, de la marginalisation, voire de l'incarcération d'une partie des malades mentaux chroniques qui échappent aux mailles du réseau de soins. Il va sans dire que cette **exclusion**, qu'elle soit due aux carences du système de santé ou à la décision du malade lui-même¹⁶, se reporte généralement de façon dramatique sur l'évolution morbide et les conditions de vie. HARDING (2000) dénonce le fait que les malades mentaux soient trop souvent l'objet d'exclusion, d'abus, de répression et de négligence, « soit sous la forme d'une institutionnalisation chronique [...], soit, à travers la désinstitutionnalisation, par l'échec à leur procurer des soins adéquats dans la communauté, menant à la déchéance dégradante du vagabondage » (p.26, traduction libre). Il faut signaler à cet égard que la politique de sectorisation française, qui postule la responsabilité des équipes psychiatriques à l'égard de tous les patients de leur secteur, diminue semble-t-il le risque que les patients échappent à une prise en charge après l'hospitalisation (VIDON, 1995 ; KOVASS, 1996).

¹⁴ Les médecins perdant du même coup le monopole des soins aux malades mentaux (PICHOT, 1983).

¹⁵ L'usage des médicaments est certainement accentuée par la nécessité pour les hôpitaux d'atteindre une extinction symptomatique rapide pour libérer au plus vite les lits (LOSSON et PARATTE, 1988). Les auteurs dénoncent par ailleurs « l'attrition du discours psychiatrique », un appauvrissement conceptuel qui selon eux a coïncidé, du moins au Québec, avec la désinstitutionnalisation.

¹⁶ Il faut dire que la désinstitutionnalisation a eu comme effet la réduction importante des patients retenus contre leur gré (PICHOT, 1983), parmi lesquels certains sont susceptibles de refuser tout soin même dans la communauté.

Au sujet de l'accessibilité aux soins, une autre difficulté se présente, parfois dénoncée comme le « syndrome des patates chaudes », qui désigne les patients chroniques difficiles dont personne ne veut prendre la responsabilité (VIDON, 1995). Ces personnes, refusées d'emblée ou exclues des institutions intermédiaires après y avoir épuisé les équipes, viennent trop souvent grossir les rangs des laissés pour compte, et contribuent à engorger les admissions des hôpitaux.

Cet engorgement fait lui-même partie du « **syndrome de la porte tournante** » (baptisé *revolving door syndrom* par la littérature anglo-saxonne). Ce phénomène atteint les patients désinstitutionnalisés qui vivent dans des conditions misérables et retournent à l'hôpital faute d'une prise en charge extra-hospitalière (VIDON, 1995). Il se caractérise donc par « des réadmissions fréquentes de malades dont les séjours hospitaliers, multiples, sont à chaque fois de courte durée » (p.93). Les patients en question sont le plus souvent jeunes, célibataires, isolés et précarisés¹⁷ (VIDON, 1988 ; WOOGH et AL., 1977). Ce phénomène¹⁸ contribue donc à engorger chroniquement les accès aux lits hospitaliers psychiatriques, déjà menacés par la réduction importante du nombre de lits prônée par la réforme, et par une tendance plus globale à la multiplication de la demande en soins psychiatrique, issue notamment de l'évolution des mentalités et de l'intégration du vaste domaine des névroses dans le champ psychiatrique¹⁹ (VIDON, 1995 ; PICHOT 1983). Il semble que les séjours hospitaliers de longue durée aient été remplacés par des hospitalisations intermittentes, notamment pour les psychotiques et les patients affectés de troubles de la personnalité (WOOGH et AL., 1977). Selon les mêmes auteurs, la diminution des admissions hospitalières ne peut être atteinte qu'en améliorant les services extra-hospitaliers et le suivi des patients. La non compliance à la médication représenterait 50% des causes de réadmission chez les patients schizophrènes (WEIDEN et GLAZER, 1997), et l'abus de substance semble également responsable des rechutes (SWOFFORD et AL, 1996)

En ce qui concerne les patients qui se trouvent intégrés dans le dispositif intermédiaire, des difficultés diverses peuvent se présenter. Au sujet des prises en charge non résidentielles, sur lesquelles nous n'allons pas nous attarder en l'occurrence, je me contenterai de citer LOSSON et PARATTE (1988), qui dénoncent « un occultage très efficace de la chronicité dont la réalité et les effets sont soustraits au regard quotidien des soignants[...] » (p.1293). Il est notamment fait allusion aux conditions d'existence misérables et à l'isolement que les malades retrouvent parfois à la sortie de la structure d'accueil de jour ou autre consultation ambulatoire.

La **qualité de vie** des patients dans leur communauté sociale fait l'objet d'une littérature de plus en plus importante, passée en revue par MERCIER (1988). Les problèmes rencontrés sont surtout l'isolement, l'ennui, l'inactivité, l'insécurité financière et domiciliaire, le stress induit par un mode de vie non protégé ou des objectifs de réhabilitation irréalistes et la confrontation aux valeurs sociales dominantes (travail, réalisation personnelle, indépendance...). La population des jeunes patients psychiatriques chroniques, qui n'ont jamais connu l'institutionnalisation, se caractérise davantage par le désarroi et la révolte face aux problèmes

¹⁷ Notons à ce propos les résultats d'une recherche de Bachrach évoquée par WALLOT (1988), selon laquelle l'âge de la chronicisation a tendance à rajeunir. Le commentaire de WALLOT porte notamment sur la difficulté particulière que les jeunes patients éprouveraient par rapport à la réintégration professionnelle, puisqu'ils peuvent rarement espérer y trouver la réalisation idéalisée par la culture ambiante.

¹⁸ Ce phénomène est relativisé par WALLOT (1988, p.1282), qui l'estime typique de toutes les maladies chroniques. La psychiatrie tend selon lui à incriminer « les approches thérapeutiques imparfaites plutôt [que d'y reconnaître malgré tout] une amélioration par rapport aux hospitalisations prolongées ».

¹⁹ Rappelons que ce versant des maladies mentales était autrefois l'apanage des généralistes ou d'une pratique psychiatrique privée.

psychiatriques. De façon générale, le manque d'habiletés sociales est une caractéristique commune à la grande majorité des patients chroniques.

La principale critique à l'encontre des **établissements résidentiels** consiste à les accuser de reproduire parfois, dans leur structure et leur organisation, le modèle asilaire qu'ils étaient sensés remplacer, contribuant ainsi à perpétuer certains phénomènes de chronicisation²⁰ (VIDON, 1995). Bien qu'ils rendent possible une vie sociale plus étendue que dans l'asile, les établissements résidentiels n'offriraient qu'un ersatz protégé de la vie réelle. Le recours aux institutions d'hébergement ne serait donc, au pire, qu'une façon moins coûteuse que l'hospitalisation d'assurer un contrôle social. Il est vrai que la multiplicité des structures issues de la fermeture des hôpitaux ne garantit pas la qualité des prises en charge qui s'y pratiquent. Il est vrai aussi que les besoins des patients psychiatriques chroniques diffèrent passablement en fonction de leur âge, de leur sexe, de leur pathologie, de leur parcours institutionnel et de leur degré de handicap, ce qui pose le problème de l'orientation des placements. Il faut souligner que le recours à la prise en charge résidentielle a été, dans la plupart des pays, moins investi que les modalités de suivi médico-social communautaires.

Enfin, une autre conséquence du retour des patients chroniques dans la communauté a été leur réintroduction partielle dans le **milieu familial**, une charge qui peut engendrer des difficultés dans les relations familiales et conjugales, des problèmes de santé physique et mentale accrue chez les autres membres de la famille. Cette situation a contribué d'une part à l'émergence des associations de parents de malades mentaux²¹, et d'autre part au développement des thérapies familiales et systémiques, et de la recherche dans ce domaine (VIDON, 1995 ; GRASSET, 1988).

Sur les plans macro et micro-social, la déshospitalisation et le retour des malades mentaux dans la communauté engendrent donc leur lot de problèmes (GRASSET, 1988 ; MERCIER, 1988 ; VIDON, 1995 ; WALLOT, 1988). Nous avons évoqué les difficultés d'intégration des patients au sortir de l'hôpital, en particulier quand ils ne sont pas au bénéfice d'une prise en charge résidentielle. A cela s'ajoutent les réticences que la société elle-même, et les personnes qui la composent, éprouvent à intégrer et à accepter les patients psychiatriques chroniques. Cette difficulté est probablement due en partie au fait que le contrôle social auparavant maintenu par l'asile ou l'hôpital n'a plus cours, suscitant la confrontation à la réalité désagréable ou menaçante de certaines expressions de la pathologie psychiatrique chronique, par ailleurs largement soulignée par les médias. Selon Harding (2000), les malades mentaux souffrent davantage des conséquences sociales de leur maladie que de leur pathologie elle-même. D'un autre côté, le courant de pensée humaniste influence considérablement les ambitions intégratives de la société à l'égard de ces patients, ambitions qui font parfois preuve d'un optimisme irréaliste.

Aspects relatifs à la planification, à la gestion et à l'évaluation des soins psychiatriques

La politique de santé mentale est confrontée à une double contrainte : D'une part elle doit respecter les Droits de l'Homme²², et se doit d'apporter aux citoyens des soins convenables.

²⁰ VIDON souligne toutefois que la dépendance que les patients développent vis à vis de leur institution est aussi due parfois à leur pathologie, qui les pousserait à y ancrer une sécurité régressive.

²¹ Ces associations de proches ont d'ailleurs souvent le mérite de soulever les difficultés du système de soins et ont notamment contribué à une indispensable réflexion sur l'éthique des mesures hospitalières et extra-hospitalières.

²² Qui dans le domaine de la maladie mentale sont représentés par les principes de protection des personnes malades mentales, édités par l'ONU en 1991. Ces principes soulignent entre autres le droit des malades mentaux à l'accès aux meilleurs soins et l'accès des établissements de santé mentale au même niveau de ressources que les établissements des autres domaines de la santé. Néanmoins, ces principes n'ont pas valeur de loi, et aucun instrument de contrôle de leur respect n'a été prévu (HARDING, 2000).

D'autre part, elle est soumise à un contexte de restriction budgétaire et aux pressions vers la maîtrise des coûts de la santé qui en résultent, alors que les dépenses de la Santé ne cessent de croître, représentant en 1990 entre 6% (Espagne, Grande-Bretagne) et 12% (USA) du PIB des nations occidentales²³ (en 1998, la Suisse y consacrait 10.5% de son PIB selon GILLIAND, 2000).

Les problèmes de santé mentale représentent selon KOVASS (1996) l'un des quatre grands problèmes sanitaires des sociétés post-industrielles²⁴. Ils sont aussi une des premières causes d'entrée en invalidité. Pour situer l'ampleur de ce domaine, mentionnons qu'en France, en 1991, 18 pour 1000 habitants de la population générale faisaient l'objet d'un suivi par les équipes psychiatriques du secteur public. Cette estimation ne tient compte ni du secteur psychiatrique privé, ni des praticiens généralistes²⁵, ni des besoins non couverts. REYNOLDS et THORNICROFT (1999) estiment quant à eux que les troubles mentaux affectent un quart des adultes chaque année.

La planification est un des enjeux majeurs de la politique de santé mentale (comme de la santé en général), « elle est caractérisée par l'effort d'organisation, de coordination des objectifs et de prévision pour augmenter la capacité de maîtriser les événements » (GILLIAND, 1969, p.328). Elle doit s'appuyer sur des recherches épidémiologiques et démographiques (besoins), ainsi que sur des recherches évaluatives portant sur l'adéquation et l'efficacité des services existants (ressources). Les connaissances ainsi obtenues devraient non seulement permettre d'améliorer les services, mais aussi d'envisager de façon plus précise leur évolution. En effet, l'interdépendance des facteurs socio-économique et des problèmes de santé, ainsi que les changements rapides qui ont lieu dans ces domaines, rendent nécessaire une prévision de l'avenir, qui a donné lieu à « la recherche prospective, dans laquelle les aspects historiques, économiques, sociaux, ne sont guère dissociables » (GILLIAND, 1969, p.327). « La connaissance des faits et l'évaluation prospective des besoins [...] débouche sur la planification » (GILLIAND, 1969, p.11).

TANSELLA et THORNICROFT (1998, p.504) proposent un modèle matriciel qui permet de situer les niveaux significatifs en matière de santé mentale, sur les axes « géographiques » et « temporels ». Ce modèle permet en outre d'envisager diverses possibilités d'évaluation pour chaque niveau. Le but premier des services de santé mentale devrait selon les auteurs être orientée vers l'optimisation des résultats pour le patient (3C). Cette matrice, dont je ne reproduis ici que certains exemples utiles à mon propos, permettra de situer plus facilement les problèmes qui seront évoqués dans cette partie. Je m'intéresserai en particulier à ce qui se passe au niveau local et au niveau du patient.

²³ In Rapport du Conseil de l'Europe, avril 1993.

²⁴ Les autres étant représentés par les maladies cardio-vasculaires, les cancers, et les lésions dues aux accidents.

²⁵ Alors même que « 1 consultant sur 5 auprès d'un généraliste souffre d'un problème de santé mentale qu'il soit ou non exprimé ou reconnu comme tel » (KOVASS, 1996, p. XIII).

| <i>The matrix model</i> | | <i>Dimension temporelle</i> | | |
|-------------------------------|------------------------|---|---|--|
| | | (A) Input phase | (B) Process phase | (C) Outcome phase |
| <i>Dimension géographique</i> | (1) Niveau pays/région | 1A Budget des services, directives gouvernementales, etc. | 1B Indicateurs d'activité (taux d'admissions, occupation des lits, taux de réadmission) | 1C Taux de suicides, de sans abri, etc. |
| | (2) Niveau local | 2A Evaluation des besoins, caractéristiques de la population, budget, personnel, etc. | 2B Accessibilité aux soins, type d'utilisation des services, etc. | 2C Evaluation des résultats au niveau du groupe, meilleur accès aux services |
| | (3) Niveau Patient | 3A Evaluation des besoins individuels, demandes provenant des patients ou de leur famille | 3B Qualité des traitements, fréquence et durées des traitements, continuité des soins, etc. | 3C Réduction des symptômes, satisfaction, qualité de vie, réintégration professionnelle, difficultés des soignants, etc. |

De façon générale, la psychiatrie qui a été confrontée à de multiples critiques s'efforce, selon les termes de PICHOT (1983, p.179), « de donner à ses différentes composantes plus d'objectivité et de démontrer empiriquement aussi bien la validité des concepts proposés que l'efficacité des techniques thérapeutiques ». Cette tendance, que l'on qualifie dans les pays anglo-saxons d'*evidence based medicine*, représente une réponse nécessaire aux exigences de qualité et de maîtrise des coûts, dans le sens d'une recherche d'efficacité. Dans le domaine de la santé mentale, l'évaluation peut être définie comme « l'estimation critique, sur la base la plus objective possible, du degré auquel un service entier ou l'un de ses éléments (tests diagnostics, traitements, procédures de soins) remplissent les objectifs qui ont été fixés » (REYNOLDS et THORNICROFT, 1999, p. 87-88, traduction libre). L'évaluation, selon WEISS (1972), est orientée vers le changement. Dans ce cadre, puisque l'évaluation étudie des programmes qui interviennent dans la vie des gens, elle peut souvent tirer des inférences concernant les liens de causalité qui existent entre un programme et ses effets.

Un des éléments clés de la planification est **l'évaluation des besoins**, qui peut se pratiquer sur le plan de la population (notamment à l'aide d'études épidémiologiques), et au niveau du patient (grâce à divers instruments de mesures, standardisés ou non). Dans le domaine de la santé mentale, l'évaluation des besoins d'une population se heurte d'abord à la définition du problème à résoudre. Le concept de **santé mentale**²⁶ selon GRUNBERG²⁷ (p.4) « déborde la notion de maladie mentale proprement dite et se perçoit dans un contexte où l'homme et la femme doivent vivre en équilibre avec leur milieu ». Il s'agit donc d'un concept assez vague, dépendant de facteurs culturels. Pour donner une définition opérationnalisable de la santé mentale, il s'agit selon KOVESS (1996, p.5) « d'articuler trois concepts : la santé mentale positive, la santé mentale négative et la maladie mentale ». La santé mentale (positive ou

²⁶ Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, depuis 1948, « la notion de santé mentale a complété, voire remplacé celle de maladie mentale » (KOVESS, 1996, p.5).

²⁷ Dans son chapitre intitulé « Introduction à la psychiatrie », in Psychiatrie clinique, LALONDE, GRUNBERG et coll., 1988.

négligée) est généralement comprise comme faisant partie d'un continuum où se situent la capacité d'adaptation, la réalisation de soi et l'autonomie d'un individu²⁸. En ce qui concerne la maladie mentale elle-même, les références à un axe anatomo ou physiopathologique sont généralement impossibles, ce qui rend difficile la différenciation entre normalité et maladie. KOVESS (1996, p.6) propose donc une définition opérationnelle de la maladie mentale :

« Troubles psychiques classables à partir d'une classification diagnostique. »

La classification diagnostique des troubles mentaux a été une entreprise particulièrement ardue. Le CIM-10 ou le DSM-IV, qui servent de référence actuellement, sont les produits de consensus parfois fragiles entre diverses approches conceptuelles ou culturelles. Cependant ils permettent de procéder à des enquêtes épidémiologiques qui décrivent les taux de prévalence (nombre de cas sur une période donnée) et les taux d'incidence (nombre de nouveaux cas) d'une maladie mentale. L'épidémiologie est un outil indispensable à la planification, dans le sens où elle permet de quantifier les besoins (sur le plan d'une population donnée), mais elle doit se compléter d'une identification plus précise des **besoins en soins**. Les besoins ne peuvent être réduits à la demande en soins (besoin exprimé), puisque souffrir de troubles psychiques n'implique pas automatiquement une demande d'aide. Celle-ci suppose de la part du malade une « prise de conscience d'une souffrance exagérée qui serait reconnue comme un problème de santé mentale » (KOVESS, 1996, p.144). Lesage, cité par KOVESS (1996, p.145), estime « qu'un besoin existe :

⇒ Si une personne souffrant de maladie mentale présente un problème significatif dans les sphères cliniques ou sociales ;

⇒ Si une intervention thérapeutique ou sociale peut réduire ou contenir le problème ».

Cette définition, qui met l'accent sur l'aspect social des troubles aussi bien que des interventions, ne résout certes pas le problème de la localisation des besoins. Cependant elle a le mérite, en ce qui concerne les besoins repérés, d'articuler le problème (maladie mentale) à la solution (intervention adéquate).

Une fois qu'un besoin est signalé, il faut pour y répondre pouvoir en définir au plus près la nature. Or les besoins en matière de santé mentale sont complexes à cerner, dans le contexte de troubles à la causalité plurifactorielle et aux expressions plurimodales, s'inscrivant dans des conditions d'existence diverses. De plus, les interventions proposées sont très variées, se déclinant sur toute la gamme de l'hospitalier au communautaire, du résidentiel à la prise en charge de jour, du médical au social et du permanent au ponctuel. Nous verrons d'ailleurs que cette variété de services pose des problèmes de coordination et de gestion.

Pour aboutir à une opérationnalisation en terme de planification, le **besoin de soins** doit selon KOVESS (1996, p.145) être évalué sur trois plans :

⇒ Les problèmes rencontrés par la personne (3A dans le *Matrix model*) ;

⇒ Les interventions requises pour faire face à ces problèmes (3B) ;

⇒ Les services (professionnels, structures de soins, ressources diverses) pouvant assumer ces interventions (2B, 3B).

De manière générale, l'évaluation des traitements exige selon KOVESS (1996) la définition de buts d'autant mieux formalisés et spécifiques que la finalité des interventions dépasse largement la réduction des symptômes, il s'agit aussi de favoriser l'autonomie, la réinsertion et l'amélioration de la qualité de vie des patients psychiatriques. Ces objectifs nécessitent

²⁸ Précisons qu'il existe beaucoup d'échelles assez différentes pour mesurer la santé mentale, et que ces paramètres sont étroitement dépendant de la culture.

parfois l'intervention d'un nombre important de partenaires sociaux. L'intervention se conçoit donc comme un programme, notion que KOVESS définit comme (1996, p.XVI) :

« Un ensemble d'activités regroupant des ressources humaines et financières en vue de fournir des services à une population prédéterminée dont on veut changer l'état. »

Idéalement, il faudrait pouvoir évaluer les résultats (*outcome*, 2C ou 3C) de ce programme, sur différents plans :

- L'utilité (*efficacy*) de l'intervention → bénéfice individuel de l'intervention ?
- L'efficacité (*effectiveness*) → bénéfice pour la population visée par l'intervention ?
- Le rendement (*efficiency*) → résultats par rapports aux moyens mis en œuvre ?
- Le rapport coûts/rendements (*cost efficiency*) → résultats avec économie de ressources ?

Dans la réalité de la psychiatrie communautaire, la recherche évaluative, qui « se voulait au départ proche des conditions expérimentales dans lesquelles on comparait un groupe soumis à un traitement, à un groupe témoin » (KOVESS, 1996, p. XVII) tend à devenir plutôt une évaluation des processus. On parle alors d'évaluation de :

- La pertinence → capacité de répondre aux besoins ?
- L'implantation → étude de la démarche de mise en œuvre du programme.
- L'impact → réalisation des objectifs ou amélioration du problème ?

En ce qui concerne **les problèmes rencontrés par la personne**, il s'agit de recourir à des méthodes qui permettent de quantifier différentes dimensions de la maladie, afin d'obtenir une vision plus concrète et précise de la nature des besoins, idéalement sur les plans bio-psycho-sociaux. A cet effet, un grand nombre d'instruments d'évaluation ont été mis au point²⁹. Ils mesurent différents axes, comme la symptomatologie, le handicap psychosocial, les stressors (par exemple le *Severity of Psychosocial Stressors*), les habiletés sociales, le fonctionnement global (par exemple le *Global Assessment of Functioning Scale*), les besoins dans différents domaines (par exemple le *Camberwell Assessment of Need*). Ces instruments de mesure doivent en principe être dotés des qualités psychométriques « classiques » (validité, fiabilité). Selon SLADE et AL. (1999), ils devraient également répondre aux critères de faisabilité³⁰, à savoir : la brièveté, la simplicité d'utilisation, la clarté, l'acceptabilité (des objectifs de l'évaluation, notamment), l'accessibilité (coût, copies) et la valeur (qui leur est attribuée par l'équipe et les patients). Ces critères facilitent l'introduction d'instruments de mesure dans la routine clinique, qui rencontre souvent de grandes résistances.

L'évaluation des services peut se mener dans les divers niveaux géographiques du *Matrix model*. L'évaluation du mode de prise en charge dans un établissement ne pose pas les mêmes problèmes que l'évaluation de l'ensemble des services psychiatriques d'une région. Dans ce dernier cas de figure, auquel s'assimile notre recherche, l'évaluation se fonde sur un projet de recherche formel ou sur une enquête détaillée, dont les modalités dépendent du champ d'observation. REYNOLDS et THORNICROFT (1999) regrettent que la mise en œuvre d'une telle mesure se décide généralement en réaction à un problème, et estiment que l'évaluation

²⁹ Je ne vais pas entrer ici dans le détail des instruments, de leur utilisation et de leur validité. Pour plus de détails, se référer notamment à « Rethinking Clinical Audit », de DAVENHILL et PATRICK.

³⁰ La faisabilité (*feasability*) dans le contexte de l'évaluation des résultats décrit un instrument de mesure pratique à utiliser dans la routine clinique (SLADE, THORNICROFT et GLOVER, 1999)

systematique et évolutive des services contribuerait grandement à améliorer leur fonctionnement et leur management.

En ce qui concerne l'évaluation **des interventions requises pour faire face à ces problèmes**³¹, il faut se poser la question « quelle mode d'intervention est le plus efficace pour répondre à un problème donné ? ». Dans le domaine de la psychiatrie, on a remarquablement peu évalué ce qui se passe dans la thérapie, sauf en matière de médication, où il existe des protocoles de dosages précis. Les raisons, selon TANSELLA et THORNICROFT (1998), en tiennent d'une part à la difficulté d'objectiver et d'évaluer les « traitements par la parole » ; d'autre part à la tradition largement imprégnée par la psychanalyse, qui revendique la nature confidentielle des séances de thérapie ; et enfin à la longue isolation relative dans laquelle s'est confinée la psychiatrie, qui a peu contribué à l'ouvrir à l'inspection. L'approche thérapeutique qui se prête le mieux à l'évaluation est sans doute le courant cognitivo-comportemental, considérablement influencé par sa tradition expérimentale, et dont les protocoles sont fondés sur la définition d'objectifs mesurables.

L'évaluation est donc un concept multiforme, qui peut s'adapter à tous les stades d'un processus, comme on le voit dans le *Matrix model* de THORNICROFT et TANSELLA. Il s'agit d'une méthode qui permet d'améliorer l'efficacité de l'objet évalué, et par-là même, théoriquement, son rendement en terme économique. Cependant elle s'assortit de contraintes à respecter (parmi lesquelles notamment de fixer les objectifs précis auxquels doit tendre l'évaluation), sous peine d'en faire une mesure inadéquate, pesante, voire inutile et coûteuse. Outre les résistances des équipes relatives à la surcharge de travail que représente une évaluation, il ne faut pas sous-estimer les réticences des cliniciens ou des responsables de programme (selon le niveau auquel est pratiquée l'évaluation) à l'idée d'exposer ainsi leur pratique.

Dans les systèmes de soins complexes qui ont résulté de la désinstitutionnalisation, le problème de la **gestion des soins** se pose de façon particulièrement aiguë. Les difficultés concernent à la fois le parcours du patient au sein du système de soins et la coordination des différentes interventions dont il bénéficie. La carence des liens entre l'hôpital et les services extra-hospitaliers est historiquement due, selon MECHANIC (1997), au fait que le courant idéologique qui a contribué à l'essor des soins dans la communauté était foncièrement anti-hospitalier. Cependant, les hôpitaux psychiatriques, bien que « conçus comme un ultime recours en cas d'échec » (VIDON, 1995, p.37), sont toujours plus sollicités, quoique d'une manière très différente. Or les énormes ressources financières engagées dans les soins hospitaliers de plus en plus spécialisés se justifient difficilement si les patients psychiatriques ne bénéficient pas d'une continuité des soins post-hospitalière. La notion de **continuité des soins** est particulièrement importante dans le domaine de la psychiatrie, dont les malades chroniques nécessitent un suivi souvent important, durable voire permanent. Elle est définie par REYNOLDS et THORNICROFT (1999) comme la coordination des services offerts à un patient à un moment donné, ou l'organisation d'un processus de soins dans la durée, de façon à éviter les interruptions dans la prise en charge.

Dans ce contexte, dans un souci d'efficacité aussi bien que de rentabilité, de nombreux modèles de gestion des soins (*care* ou *case management*) ont vu le jour. Ils s'articulent en principe autour d'un ou de plusieurs référents, aussi appelés *case managers*, qui ont pour rôle de coordonner et d'intégrer les différents services de soins dans un programme cohérent, adapté aux besoins particuliers d'un patient. Ces modèles ont évolué en fonction des

³¹ Mentionnons à ce propos un ouvrage très bien fait que je n'ai pas le loisir de traiter ici, mais dont la lecture est susceptible de fournir des pistes intéressantes : « Psychosis. Psychological Approaches and their Effectiveness », édité par MARTINDALE, BATEMAN, CROWE et MARGISON, édition Gaskell (Royal College of Psychiatrists), Londres, 2000.

particularités de la population visée ou de l'idéologie ambiante³². En fait, le terme de *care management* recouvre une variété de programmes dont les buts communs sont de faciliter l'accès aux services de soins, de réduire les hospitalisations, d'aider le patient à vivre et d'optimiser son ajustement à la communauté. La revue de littérature sur le *case management* effectuée par MUESER et AL. (1998) révèle que les modèles les plus fréquemment testés sont le ACT et le ICM (cf. note de bas de page), dont les effets semblent plutôt positifs sur les durées d'hospitalisation et la stabilité à domicile, tandis que leur influence significative sur les symptômes est moins avérée (on sait que les patients, notamment psychotiques, restent souvent symptomatiques). Curieusement, peu de recherches ont porté sur leurs effets sur la compliance à la médication, alors pourtant que l'absence de celle-ci est signalée comme une cause majeure de rechute. Leur effet sur le fonctionnement social n'est pas significatif, ce que MUESER et AL. imputent à la tendance de ces programmes à remplir les besoins du patient plutôt qu'à l'aider à acquérir des compétences ; ils estiment que l'emphase mise sur l'exercice des compétences sociales améliore l'ajustement social. Les études récentes portent notamment sur les effets positifs de la relation référent/patient sur les résultats de l'intervention, ce qui remet en cause le modèle *broker*, considéré généralement comme trop administratif et éloigné des besoins concrets du patient.

Mentionnons pour exemple le *Care Program Approach* (CPA), décrit par REYNOLDS et THORNICROFT (1999). Il s'agit d'une mesure administrative instaurée en Angleterre en 1990, qui a notamment pour but d'éviter que des patients glissent entre les mailles du réseau de soins à la sortie de l'hôpital. Le protocole impose une première rencontre avant la décharge du patient, afin de s'assurer que les mesures nécessaires à sa prise en charge extra-hospitalière sont mises en place. Ce programme, plus ou moins complexe en fonction de la pathologie, de la stabilité et des besoins du patient, se structure ainsi :

- L'évaluation des besoins médicaux et sociaux, qui devrait être menée en recueillant les informations de tous les intervenants.
- Un plan de soins élaboré en accord avec les intervenants concernés et l'utilisateur des services.
- Un référent est responsable de la coordination du programme de soins, et de la transmission du dossier en cas de déménagement du patient.
- Le programme de soins doit être réévalué régulièrement, ainsi que son application contrôlée par le référent. Un registre des besoins des utilisateurs de services devrait être tenu à jour.

En ce qui concerne les patients schizophrènes, MECHANIC (1997) estime que l'hôpital reste un partenaire de soin absolument indispensable, et suggère que les effets de la diminution générale des durées de séjours hospitalière peuvent être atténués par certaines mesures. Il

³² Le premier modèle du genre est le *broker model*, rapidement dépassé en raison des fonctions trop administratives des référents. A ces fonctions de base, le *clinical case management model* ajoute la fonction clinique, qui fait des référents eux-mêmes des pourvoyeurs des services (sociaux, d'intervention de crise, psychoéducatifs, etc.) proposés au patient. Le *assertive community treatment model* (ACT) est délivré par une équipe de spécialistes (psychiatre, infirmiers, et 2 *case managers*). Il préconise un haut rapport patients/soignants et met l'accent sur le traitement et l'assistance du patient dans sa communauté naturelle. Ce modèle a été souvent reproduit et adapté aux particularités locales. Le *intensive case management model* (ICM) est destiné spécifiquement aux patients affectés de pathologies graves et forts consommateurs de services. Mentionnons encore les *strengths models*, fondés sur une philosophie humaniste qui met le focus sur les ressources plutôt que sur la maladie, et dans lesquels la relation référent/patient est essentielle et principale. Enfin, le *rehabilitation model*, qui comme le précédent est basé sur les désirs et les buts du patient, met l'emphase sur l'acquisition des compétences permettant l'intégration communautaire et la réalisation du projet personnel (MUESER et AL., 1998).

souligne notamment l'importance de la prise en charge au sein de l'hôpital des besoins spécifiques liés aux comorbidités toxicomaniaques, qui sont mal acceptées dans les prises en charges extra-hospitalières, bien que de plus en plus fréquentes. Les patients schizophrènes ou affectés d'autres pathologies sévères présentent de plus en plus souvent des abus de substance, ce qui est un phénomène d'apparition relativement récente en psychiatrie (MECHANIC, 1997, MUESER, 1998). Il s'agit également de favoriser l'orientation à long terme du traitement, de faire intervenir la collaboration de la famille chaque fois que c'est possible, et de renforcer la collaboration entre les cliniciens hospitaliers et post-hospitaliers. L'étude des différents systèmes de *care management* révèle néanmoins, sans surprise, que les meilleurs résultats sont obtenus dans les hôpitaux qui tolèrent une durée de séjour plus longue, dont la dotation en personnel permet un investissement actif dans la mise en place des mesures post-hospitalières, et où le temps nécessaire à de telles démarches est pris en compte dans l'organisation du service.

Le registre de cas, généralement utilisé dans les programmes de soins, peut aussi trouver sa place dans le concept de **système d'information permanent** dont la nécessité est soutenue par certains auteurs (KOVESS, REYNOLDS et THORNICROFT). TILQUIN³³ (1999) estime qu'il est indispensable de mettre au point un système d'information intégré, qui couvre tous les programmes d'interventions et leurs clients, « et qui réponde aux besoins d'information de tous les preneurs de décision : planificateurs, payeurs, gestionnaires et soignants » (p.11). La nécessité de créer un système d'information permanent est d'ailleurs tout aussi importante pour l'évaluation des besoins et des mesures mises en place pour y répondre.

Selon TILQUIN (1999, p. 13), le système d'information « doit identifier clairement les différentes organisations dispensatrices de services aux personnes dépendantes ». Chacune de ces organisations offre un ou plusieurs programmes dont le portrait à jour devrait figurer dans le système d'information. Ce portrait comprend notamment le nombre de places et de clients, la quantité de ressources requises globalement par la clientèle du programme, la quantité de ressources requises globalement pour répondre aux besoins de cette clientèle, l'identité et le profil de chacun des clients. Les problèmes éthiques (protection des données, etc...) liés à ce genre de base de données sont souvent évoqués, mais ils semblent peser relativement moins que les nombreux problèmes de continuité des soins qui se posent en leur absence. De surcroît, le fait de disposer ainsi d'une vision longitudinale du parcours des patients ouvre des perspectives intéressantes dans le domaine de la prévention (KOVESS, 1996).

Cette notion de système d'information se développe un peu partout, notamment en Angleterre, où le Département de la Santé a préconisé récemment la mise en place de dossiers électroniques contenant toutes les informations relatives aux soins en santé mentale reçus par chaque patient, ainsi qu'une base de données démographiques et cliniques³⁴ qui devrait dès 2003 fournir un réservoir très riche permettant des recherches sur l'efficacité des interventions (HOLLOWAY, 2002). Il faut en outre signaler qu'en Suisse, cette dimension longitudinale fait actuellement l'objet du plus grand intérêt de la part de l'Office Fédéral des Assurances Sociales.

B.1.c. Le concept de réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale est une discipline récente³⁵, dont l'émergence fut influencée par les conséquences de la critique des méthodes asilaires : les ravages de l'institutionnalisme

³³ Qui s'exprime au sujet des personnes dépendantes, dont la prise en charge extra-hospitalière (suivi à domicile et hébergement en institution) suscite des difficultés similaires à ce que l'on trouve en psychiatrie.

³⁴ Récoltées notamment avec l'instrument HoNOS: *Health of the Nation Outcome Scale*.

³⁵ Création de l'Association Mondiale pour la Réhabilitation Psychosociale à Vienne, France, en 1986.

amenèrent la prise de conscience qu'il fallait éviter d'isoler les patients chroniques de leur milieu social naturel. C'est ainsi que les prises en charges, qui avaient commencé à s'améliorer au sein de l'hôpital avec l'essor des thérapies institutionnelles, se déplacèrent progressivement vers l'extérieur (VIDON, 1995). D'autre part, la réhabilitation est issue du constat que malgré les progrès de la pharmacothérapie et de la psychothérapie, les patients conservent souvent un déficit résiduel, un handicap empêchant une réinsertion professionnelle et une guérison sociale complètes.

La notion de **handicap** souffre à ses débuts d'une carence de définition précise, qui est progressivement affinée, notamment par la classification de Wood (en 1980 pour l'OMS), qui introduit le concept de plans d'expériences, permettant de distinguer différents niveaux de conséquences des maladies (Cité par VIDON, 1995, p.41) :

- ⇒ Plan 1 : description symptomatique et diagnostique.
- ⇒ Plan 2 : Atteinte fonctionnelle. Déficience (*impairment*) des organes et des fonctions élémentaires, stigmatisant une perte ou une anomalie d'une structure, d'une fonction psychologique, physiologique ou anatomique.
- ⇒ Plan 3 : Gêne fonctionnelle. Incapacité (*disability*) des gestes et actes élémentaires de la vie de tous les jours, stigmatisant une impossibilité à exécuter une activité normale.
- ⇒ Plan 4 : Handicap social. Désavantage (*disadvantage*) ou handicap au niveau des rôles sociaux, stigmatisant une limitation d'accomplissement d'un rôle social habituel.

L'OMS utilise le terme de « processus » pour désigner les effets d'un plan à l'autre et avec le milieu. Cette classification a l'avantage de « bien distinguer ce qui relève de la maladie et de ses conséquences sur le plan individuel et social » (VIDON, 1995, p.41), mais elle circonscrit également le **champ de la réhabilitation**, qui englobe la **réadaptation** (plan 3) et la **réinsertion** (plan 4).

La **réadaptation**, qui représente le passage de l'être malade à l'être social, s'organise autour d'un médiateur, un « objet intermédiaire », par lequel passe la relation et qui favorise le processus d'apprentissage. Elle est définie par Jolivet (cité par VIDON, 1995, p. 34) :

« La réadaptation peut être définie comme l'ensemble des soins spécifiques s'adressant à des malades pour lesquels, après une période de soins curatifs adéquats, une insertion ou réinsertion sociale et professionnelle suffisante apparaît problématique mais pour lesquels on peut espérer une évolution positive, à moyen terme, afin qu'ils participent de façon libre, spontanée et responsable à toutes les formes de vie sociale. »

La notion de **réinsertion** sociale pose le problème de l'adaptation réciproque de la société et du patient, et de l'exclusion à laquelle celui-ci est trop souvent confronté hors de l'hôpital. Cette adaptation, très problématique pour la majorité des patients chroniques, devient l'axe de bataille principal de la **réhabilitation psychosociale**, qui est définie par Saraceno³⁶ :

« L'ensemble des processus directs et indirects tendant à diminuer les stigmates de la maladie mentale et à augmenter les compétences psychosociales des patients désinsérés et en fin de compte à développer à l'intérieur de la communauté de concrètes opportunités « de possibilités de vie » (pour les patients désinsérés) ».

Cette définition implique, selon VIDON, une stratégie d'ensemble visant à améliorer le statut de citoyen du malade mental, qui se justifie par l'étroite relation entre citoyenneté et santé mentale. « La citoyenneté du patient psychiatrique n'est pas la simple restitution de ses droits

³⁶ Préface de « La réhabilitation psychosociale en psychiatrie », G. VIDON, 1995, p. 13-14.

formels mais la construction de ses droits substantiels et c'est dans une telle construction (affective, relationnelle, matérielle, « habitative », productive) que se trouve l'unique et possible réhabilitation » (VIDON, 1995, p. 14). « [...] La réhabilitation prend, si l'on peut dire, le parti du malade et tente de définir à partir des compétences effectives de chaque malade les modalités d'une meilleure adéquation entre ses possibilités et les exigences communes de l'espace social environnant » (RECHTMAN, in Vidon, 1995, p.111). La réhabilitation doit agir sur les deux versants du préjudice du malade : celui directement induit par la pathologie, et celui que l'expression de la pathologie provoque dans son environnement, rejet, stigmatisation et marginalisation.

Compte tenu de la gravité des pathologies caractérisant les patients qui ont besoin d'une réhabilitation psychosociale, celle-ci doit commencer par assurer leurs besoins élémentaires :

- ⇒ Sur le plan de la vie psychique, notamment par la construction d'une identité personnelle et de l'intégration à un réseau relationnel.
- ⇒ Sur le plan de l'aide psychique, en assurant notamment une gestion rapide des crises, ce qui sous-entend une permanence de l'accès aux soins.
- ⇒ Sur le plan de la vie quotidienne, par l'apprentissage des actes de la vie quotidienne et l'accompagnement aux démarches, sur le principe du « faire avec » éducatif plutôt que du « faire à la place » régressif. (VIDON, 1995, p.45).

Les résultats de la réhabilitation ne sont pas prévisibles à l'avance. Ils ne semblent pas dépendre du diagnostic, mais surtout de la place que le patient prend dans ce processus, de son acceptation et de sa collaboration au traitement. Le patient « devient [...] le partenaire d'un projet thérapeutique contractuel » (GRASSET, 1988, p.47). Le **projet thérapeutique** est donc une dimension très importante, tant pour les équipes soignantes qu'il aide à se mobiliser autour d'un axe, que pour le patient qui doit pouvoir l'investir activement en exprimant ses désirs et ses objectifs.

Le lieu de la réhabilitation est le sujet de nombreux débats et de nombreuses adaptations sur les détails desquels je ne vais pas entrer. Pour schématiser, la tendance française correspond à une réadaptation dans un centre de post-cure (à condition d'y trouver de la place...), suivie d'un processus d'insertion sociale et professionnelle dans le milieu. Pour les patients les plus graves, le concept de satellisation autour d'une institution psychiatrique semble être une solution qui permet aux malades logés à l'extérieur à la fois de maintenir une « dépendance à la carte » en permettant et d'aménager progressivement leur vie sociale à partir du laboratoire relationnel représenté par cette institution souple « autorisant un relâchement progressif des liens transférentiels » (VIDON, 1995, p.57). L'institution extra-hospitalière devient donc, selon les concepts psychanalytiques sous-tendant pour l'essentiel la réhabilitation en France, une zone **intermédiaire** (sur laquelle s'opère d'ailleurs souvent un transfert institutionnel) entre le dedans et le dehors, une solution tampon entre le malade et le contexte social.

La tradition de réhabilitation anglo-saxonne est plus ancienne puisqu'elle débuta après la guerre par l'insertion des handicapés physiques et mentaux, et intégra la psychiatrie dans les années 60-70 (DUBUIS, in VIDON, 1995). Cependant, ses effets concrets furent considérablement amenuisés par le manque de sécurité sociale. Elle se caractérise plutôt, dès la sortie de l'hôpital, par une prise en charge pragmatique, assurée par des professionnels qui attaquent de front les soins et l'insertion sociale, et le plus souvent d'orientation cognitivo-comportementale. Les programmes d'entraînement aux habiletés sociales entraînent non seulement des effets bénéfiques sur les patients psychotiques, mais sont en général très motivants pour les équipes infirmières qui s'y forment (CHAMBON, LAURENT et MARIE-CARDINE, in Vidon, 1995). Les techniques cognitivo-comportementales, après avoir gagné le Canada

francophone, la Belgique et la Suisse Romande, commencent également à pénétrer le bastion psychanalytique qu'est la France³⁷.

Il me paraît utile d'ouvrir une brève parenthèse sur les thérapies cognitivo-comportementales, dans la mesure où elles semblent remplir un certain nombre de conditions importantes, à la fois en terme de réponse aux besoins des patients chroniques et en terme d'évaluation de leur efficacité. En ce qui concerne la schizophrénie, COTTRAUX³⁸ (p.277-279) propose un modèle explicatif basé sur le traitement de l'information, qui identifie trois groupes de facteurs impliqués dans la genèse et le maintien des troubles schizophréniques :

- L'anomalie du filtrage cognitif et la perte du sens de la réalité (système défaillant de filtration des stimuli environnementaux → troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention, qui se répercutent sur les compétences relationnelles).
- Les effets néfastes des stressors physiques et psychosociaux (le filtre cognitif défaillant est submergé → nécessité d'éviter les excès de stimulation et de favoriser les échanges relationnels positifs avec l'entourage³⁹).
- Les altérations de la communication (elles marquent les déficits et les handicaps associés à la schizophrénie → nécessité d'une éducation visant à gérer le stress social et à améliorer les compétences communicationnelles).

L'entraînement aux habiletés sociales se base sur les techniques du jeu de rôle et l'apprentissage par imitation et sur « la modification des capacités de recevoir, de traiter et d'envoyer des messages, ainsi que (sur) des techniques cognitives de développement des auto-verbalisations allant à l'encontre de la pensée délirante » (p.281). Sans entrer dans le détail des programmes mis au point, signalons qu'ils sont basés sur la répétition et l'exercice, et qu'ils se pratiquent couramment en groupe. Il existe des modules de gestion des symptômes, d'éducation au traitement neuroleptique, de recherche d'emploi, etc. Dans le cadre des thérapies familiales, l'accent est également mis sur la communication et la résolution de problèmes et sur la modification des interactions perturbées. Enfin, des interventions sociothérapeutiques vont aider à la mise en place d'un réseau social efficace. Pour les patients les plus régressés, le recours à l'économie des jetons (introduit par Aylon et Azrin dès les années 60) « consiste à établir une liste de comportements que contractuellement l'institution et le patient désirent voir modifier et d'établir parallèlement une liste de renforçateurs que le sujet désire obtenir en échange de l'émission de comportements » (p.280).

En ce qui concerne leur efficacité, ces thérapies, qui au demeurant sont applicables à toutes les catégories pathologiques, semblent produire de bons résultats. COTTRAUX résume le résultat de cinq études longitudinales contrôlées qui indiquent des résultats significatifs sur les rechutes, le fonctionnement social et la symptomatologie des patients

Finalement, la réhabilitation se trouve dans la complémentarité entre le « rétablir quelqu'un dans ses droits » français et le « rétablissement ou le développement des compétences sociales de quelqu'un » en vigueur dans les pays anglo-saxons (GOUTAL, in Vidon, 1995). Elle utilise une multitude de formes institutionnelles différentes, généralement plutôt destinées à une prise en charge dans la communauté ou à un hébergement de courte durée. A ce propos,

³⁷ Je ne vais développer ici ni l'approche psychanalytique ni l'approche cognitivo-comportementale, ce qui m'entraînerait bien au-delà de mon propos.

³⁸ In Conférence de consensus « Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques », 1994.

³⁹ Ce constat est notamment issu des nombreuses études sur l'émotionnalité exprimée, qui ont montré que les commentaires critiques ou l'excès d'implication émotionnelle de la part de l'entourage favorisaient les rechutes.

GASSER (in Vidon, 1995) dénonce en France le manque d'un maillon indispensable dans le dispositif de la réhabilitation, et qui favoriserait la continuité des soins : « des établissements médico-sociaux⁴⁰ où conduire l'apprentissage ou le réapprentissage de la vie, plus exactement l'art et la manière de la saisir, de s'y glisser, de s'adapter à ses exigences. Compte tenu de la nature des troubles mentaux et de leurs séquelles, le psychiatre et les autres spécialistes doivent être là, combinant leurs compétences avec celles des autres acteurs [a-psychiatriques] de la stratégie de réhabilitation » (p.233). De manière générale, la réhabilitation se caractérise par l'interaction d'une grande diversité d'intervenants, thérapeutes, soignants, éducateurs, ergothérapeutes, etc., qui collaborent à une prise en charge globale intégrant le traitement pharmacothérapeutique, les méthodes psycho-éducatives et l'insertion sociale, voire professionnelle des patients.

En Amérique du Nord (tout comme dans le Canton de Vaud), de nombreuses structures résidentielles se sont créées au moment de la désinstitutionnalisation, organisées en modèle conceptuel appelé le continuum résidentiel, au terme duquel les acquisitions successives dans des encadrements de plus en plus légers débouchent sur un logement indépendant (VIDON, 1995). Une des critiques faites à ce concept porte sur le fait que les problèmes d'hébergement des malades psychiatriques sont moins liés à leur incapacité qu'aux facteurs économiques et sociaux (pauvreté, discrimination).

L'hébergement thérapeutique tel qu'il est pratiqué en France, en appartements thérapeutiques, articule plusieurs fonctions décrites par VIDON (1995) :

- La fonction éducative ou réadaptative → autonomisation et émancipation sociale par l'éducation à la médication, à l'hygiène, aux tâches de la vie quotidienne, à la gestion du temps, à la réalité sociale et à l'entretien d'un équilibre relationnel.
- La fonction d'hébergement → favoriser l'émancipation et la réhabilitation par la normalisation des conditions de vie, l'intimité, l'autonomie.
- La fonction de transition → intermédiaire entre l'hôpital et la « vie normale », permettant l'abandon progressif de la dépendance à l'égard de l'institution.
- La fonction psychothérapeutique → travail de « déchronicisation », en luttant contre « la force et l'énergie déployés par les psychotiques pour recréer l'asile partout où il se trouve » (p.303).

Les logements thérapeutiques, où les soignants ne font que passer selon une formule préétablie, se complètent naturellement du recours aux institutions ambulatoires du secteur. Les **contre-indications** concernent notamment les conduites addictives, les troubles du comportement ou toute conduite violente ou agressive, ou encore un apragmatisme important. Les **indications** concernent particulièrement les patients stabilisés mais incapables d'affronter seuls la vie civile et de s'adapter à l'absence des soignants, en majorité selon VIDON des schizophrènes ou délirants chroniques. La durée de séjours en appartement thérapeutique devrait être limitée, afin de bien marquer la notion de passage. Des densités en personnel différentes permettent de s'adapter en fonction de l'autonomie des usagers. Les trop rares études évaluatives concluent généralement à des effets positifs de ce type de prise en charge sur la qualité de vie et la réinsertion des patients.

Un des problèmes auquel se heurte la réhabilitation, du moins en Europe occidentale, est le cloisonnement entre sanitaire et social, qui existe sur le plan législatif et du financement, mais surtout dans la conception même du patient psychiatrique chronique. « Toutefois, dans bien des cas, il apparaît que le statut du patient psychiatrique peut dériver, de part et d'autre, soit vers celui de malade mental maintenu à l'hôpital ou dans un établissement d'accueil

⁴⁰ Il s'agit de structures non-résidentielles mais situées à proximité du logement des patients.

résidentiel similaire soit vers celui d'un handicapé psychique socialement invalide » (GRASSET, 1988, p.50). Pourtant, cette distinction est rarement pertinente, comme le soulignent BONNET et MULDWORF (in Vidon, 1995, p.156), « puisque dans tous les hôpitaux psychiatriques sont admis des personnes au statut de handicapé et dans tous les établissements médico-sociaux nombreux sont ceux qui ont besoin de soins ». Ces auteurs préconisent donc l'attribution d'une enveloppe financière globale recouvrant toutes les dépenses en rapport avec la santé mentale, tout en soulignant les risques de dérive d'un système globalisant : en décourageant les initiatives créatrices, en plaçant les usagers dans une logique de bénéficiaires et non plus de partenaires, et en professionnalisant à tel point la santé mentale qu'elle se coupe de la cité. Ils concluent (p.161) en écrivant : « Quelles que soient les perspectives envisagées dans l'évolution du couple sanitaire-social [...] d'autres formes de solidarité devront se dégager pour compenser les limites de la solidarité publique et de ses appareils d'Etat ».

La réhabilitation trouve surtout ses limites dans les obstacles sociaux (faible pouvoir d'achat, précarité sociale, absence de réseau familial, difficultés d'une insertion professionnelle due au chômage et aux exigences particulières de notre société, découragement face à l'effort de longue haleine impliqué par la réhabilitation, etc.). Les obstacles liés à la pathologie (désorganisation psychique, différence irréductible, découragement face à l'état d'équilibre toujours menacé) persistent, bien que de façon générale on observe en ce qui concerne les psychoses fonctionnelles des évolutions cliniques et une capacité de changement impensables avant l'avènement de la pharmacothérapie (GARRABE et KAPSAMBELIS, 1992 ; GRASSET et BOVET, 1993).

L'évaluation des pratiques de réhabilitation est fondée sur une triade, selon KOVESH et CARIA (in Vidon, 1995, p.420) :

- Identification de la population-cible, compliquée par l'hétérogénéité symptomatique et fonctionnelle existant au sein d'un groupe diagnostique.
- La description des interventions (outre le cadre et la philosophie, il s'agit de décrire les buts précis et les moyens mis en oeuvre pour les atteindre).
- L'évaluation des résultats de l'intervention, pour laquelle il faut trouver des indicateurs pertinents. « [...] il devient de plus en plus évident que des critères de type nombre de réhospitalisations ou durée de séjours sont inappropriés car excessivement dépendants de décisions gérées par des politiques de soins et d'autres contraintes, mais il faut que ces variables soient suffisamment standardisées » (p.422). Il faut en outre mesurer toutes les dimensions des résultats, et cela sur une longue période.

En résumé, la fermeture progressive des hôpitaux psychiatriques, la mise sur le marché des neuroleptiques et le retour dans la communauté sont à l'origine de changements bénéfiques pour les malades mentaux, et de la création d'une nouvelle culture de soins. Cependant, ce développement également s'assortit de diverses difficultés qui, actuellement, sont loin d'être toutes résolues. Ces difficultés ont trait aux problèmes d'intégration sociale et professionnelle de ces personnes peu armées à affronter la société moderne, et au défi thérapeutique que constitue leur réhabilitation. Elles se situent également sur le plan de la politique de santé mentale, qui doit faire face aux difficultés dans la gestion, la planification et le contrôle d'un réseau de soins désormais diversifié et éclaté. Enfin, à tous les niveaux, ces difficultés s'expriment en termes économiques, à une époque marquée par la nécessité de maîtriser les coûts de la santé et par des choix parfois peu cohérents par rapport à une véritable politique sociale.

Voyons maintenant comment ce virage a été négocié dans le contexte socio-économique du canton de Vaud, tant sur le plan de la politique hospitalière que sur celui du développement concomitant du réseau d'établissements d'hébergement.

B.1.d. Développement du champ psychiatrique intermédiaire dans le canton de Vaud.

Le canton de Vaud peut se targuer d'avoir créé en 1810 (ou 1811, selon certains auteurs) le premier établissement psychiatrique de Suisse, le Champ-de-l'Air. Il devait accueillir les malades mentaux auparavant placés dans les annexes insalubres des hospices généraux de La Mercerie à Lausanne. Si l'on en croit MÜLLER (1997), il s'agissait même d'une des toutes premières initiatives de ce genre en Europe. Cet asile hébergeait en 1838 une centaine de malades, puis disposa de 160 places depuis 1857, avec un quartier pour les convalescents et l'autre pour les malades en traitement. Pour la petite histoire, rapportons les propos de Lunier, cité par MÜLLER : « [...] les diverses catégories de malades s'y trouvent enchevêtrées et confondues sans ordre et sans classement possible. Je n'ai donc point été étonné d'apprendre que l'Etat de Vaud, l'une des plus éclairés de la Confédération, avait décidé l'érection d'un nouvel établissement pour 350 malades à Romanel, à trois kilomètres de Lausanne. » L'asile de Cery vit donc le jour en 1873. Il se transforma en 1948 en « hôpital psychiatrique de Cery », parallèlement à la création d'une unité ambulatoire, la policlinique psychiatrique de Lausanne. En 1942, une première spécialisation s'opérait avec l'ouverture de l'Office médico-pédagogique vaudois (qui deviendra plus tard le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent), tandis que le service de psychogériatrie se distinguait dès 1963 de la psychiatrie adulte (GRASSET, 1988).

Le processus de sectorisation (le premier en Suisse) fut amorcé en 1964, puis formalisé en 1966⁴¹ par le Plan hospitalier et des zones sanitaires, aboutissant à la structure actuelle en quatre secteurs dépendant chacun d'un hôpital psychiatrique (Cery au Centre, qui abrite le secteur universitaire cantonal, Bellevue au Nord, Prangins à l'Ouest et Nant à l'Est). Les centres de soins ambulatoires se développèrent dans les secteurs périphériques, tandis que le secteur Centre, développait son dispositif hospitalo-ambulatoire et créait diverses formes de structures intermédiaires pour permettre la réhabilitation professionnelle et sociale des patients psychiatriques. Parmi ces structures, des logements communautaires protégés, un centre de réadaptation professionnelle et des ateliers protégés spécialisés dans le domaine de la réhabilitation psychosociale. L'ouverture du premier foyer protégé lausannois eut lieu en 1966, puis le premier appartement protégé associé à ce foyer fut créé en 1973 (GRASSET et AL., in Vidon, 1992). « [...] C'est l'avènement du travail en équipe pluridisciplinaire et de la collaboration inter-institutionnelle en réseau » et la montée en force des professions paramédicales (GRASSET, 1988, p.48). Ce développement important et relativement luxueux par rapport à ce qui s'est produit dans d'autres régions de Suisse ou du monde, a été rendu possible par la période de haute conjoncture économique.

L'introduction de l'Assurance Invalidité en 1959⁴² a considérablement contribué à favoriser cet essor de la psychiatrie sociale, par le biais des centres de réadaptation professionnelle et des ateliers protégés conformes au but premier de cette assurance, à savoir rétablir la capacité de gain des personnes touchées par l'invalidité. Les rentes d'invalidité octroyées par l'AI en seconde intention ont provoqué pour les patients rentiers un glissement statutaire de malade à handicapé (GRASSET, 1988).

Le souci de maîtrise des coûts apparut avec la première crise d'après-guerre, au milieu des années 70, signifiant la fin des dépenses sans plafond. Le premier pas vers une politique de réseau fut amorcé en 1987 par l'adoption au Grand conseil du programme de maintien à domicile. Le Conseil d'Etat a décidé en 1992 de promouvoir les réseaux de soins coordonnés,

⁴¹ Les éléments de précision au sujet du développement sanitaire sont issus du « rapport NOPS, nouvelles orientations de la politique sanitaire », 1997.

⁴² Toutes les précisions concernant l'AI proviennent de GUILLOD, ZENGER et RUCKSTUHL, 1999.

basés sur l'adhésion volontaire des institutions de toute la chaîne des services de soins d'une zone sanitaire⁴³. Les restrictions budgétaires se sont particulièrement fait sentir avec l'introduction en 1993 d'OrCHidée I, qui a entraîné la fermeture de lits hospitaliers (à Cery, le nombre de lits est passé de 210 lits en 1990 à 120 en 1995, ce qui correspond proportionnellement à la plus forte diminution du canton), et a suscité le développement des structures intermédiaires résidentielles psychiatriques. Le processus s'est poursuivi par l'entrée en vigueur en 1996 de la LAmal, dont l'une des innovations fut la limite fixant à 50% au maximum (l'Etat devant couvrir la différence) la participation de l'assurance obligatoire au financement de l'hospitalisation, accompagnée du retrait de sa participation aux frais résultant des surcapacités (art. 49 LAmal). La durée d'hospitalisation moyenne n'a pas cessé de chuter depuis, ce qui a des conséquences graves dans le domaine de la psychiatrie, comme nous le verrons plus tard. En revanche, les soins ambulatoires sont entièrement financés par l'assurance maladie, ce qui encourage l'Etat à se désengager au détriment des caisses-maladies, en appliquant une politique volontariste de transferts des activités hospitalières vers le secteur ambulatoire.

L'hôpital psychiatrique, dans ce contexte comme partout ailleurs, s'est spécialisé dans l'accueil des cas les plus lourds, tout en représentant un maillon de la chaîne des soins du secteur, où plusieurs structures médicales et sociales doivent intervenir, l'équipe hospitalière étant partie prenante de la prise en charge, en assurant théoriquement la cohérence et la continuité du traitement.

L'hôpital psychiatrique renforce sa mission de soins aigus, et tend à devenir un « plateau technique », avec une diminution constante des durées moyennes de séjours qui a des répercussions importantes sur le réseau intermédiaire. La restructuration du Département Universitaire de Psychiatrie Adulte, en avril 1998, consiste en une spécialisation des unités de soins, et en la fermeture des dernières unités de longue durée, signifiant la sortie d'un certain nombre de patients qu'il a souvent fallu reloger dans les établissements résidentiels. En décembre 1999, le chef de département de la santé et de l'action sociale annonce la mise en place des BRIOS (bureau d'information et d'orientation), qui visent à améliorer la coordination de la prise en charge des institutions de soins. A l'heure actuelle, cette mesure ne s'est guère développée que dans le secteur Nord, et encore sans que tous les établissements résidentiels psychiatriques y collaborent, puisque les établissements subventionnés par l'OFAS en sont en principe exclus. Les assistants sociaux chargés, au sein du dispositif hospitalo-ambulatoire, des procédures de placements post-hospitaliers, semblent très réticents à ce qu'ils perçoivent comme une mesure administrative peu propice à s'adapter aux besoins spécifiques de la psychiatrie, qui exigent selon eux l'instauration d'une relation individuelle et privilégiée avec les patients⁴⁴.

A l'heure actuelle, la psychiatrie vaudoise fonctionne sur la collaboration des dispositifs hospitaliers et ambulatoires (poli-cliniques, centres de consultations, hôpitaux de jour ou centres psycho-sociaux) des secteurs avec les établissements d'accueil résidentiel intermédiaires. Cette collaboration n'est formalisée que dans certains réseaux de soins, et les établissements psychiatriques intégrés à un réseau sont à l'heure actuelle minoritaires. Cette situation engendre des difficultés de transmission des informations et de continuité des soins.

⁴³ Dans la pratique, les réseaux se constituèrent parfois en regroupant plusieurs zones d'une région, et leur degré d'achèvement et de fonctionnement diffère beaucoup en fonction des dynamiques régionales. Au sein de ces réseaux, une place plus ou moins importante est accordée à la psychiatrie.

⁴⁴ Cette dernière remarque est issue des résultats de la recherche. La crainte des assistants sociaux est notamment motivée par le précédent constitué par le BOUM (bureau d'orientation des urgences médico-sociales), instauré notamment pour faciliter la liaison entre les hôpitaux et les établissements médico-sociaux, et qui souffre d'une réputation de machine administrative froide.

De plus en plus souvent, un contrat de prestations qui fixe la collaboration et ses modalités est établi entre une institution résidentielle et un service du dispositif hospitalo-ambulatoire. C'est dans ces cas-là que les rapports entre l'hôpital et les établissements d'accueil sont considérés comme les plus satisfaisants et efficaces, dans la mesure où le contrat fixe notamment les modalités de réhospitalisations facilitées, pierre d'achoppement essentielle d'un système caractérisé, nous le verrons, par l'engorgement des hôpitaux psychiatriques, qui ont par suite tendance à laisser aux établissements la responsabilité de la gestion des crises. « L'hôpital est parfois accusé de soigner son image de marque en écartant les patients dérangeants et tous ceux qui sont éjectés du système par manque de désir ou de capacité à collaborer. Les lieux qui héritent de ces patients se demandent jusqu'où ils doivent essayer les plâtres d'un changement de cap « médical » et, s'ils acceptent de le faire, ils demandent plus de partenariat et de prise en compte de leurs attentes par exemple en terme d'hospitalisation, dans les situations inextricables auxquelles ils se trouvent confrontés »⁴⁵.

B.2. CONTEXTE ET CONTENU DU PROGRAMME DE RECHERCHE

Les institutions dépendant pour la majorité d'entre elles des deniers publics (cantonaux ou fédéraux), l'Etat de Vaud doit pouvoir programmer ses investissements, et s'assurer dans la mesure du possible que le développement du réseau institutionnel est judicieux. Or les particularités des établissements administrés ne sont pas suffisamment décrites par les indices administratifs à disposition. Comme le relève d'ailleurs GILLIAND (1980), on sait ce qu'on investit dans le système de santé et à peu près ce qui en sort mais on ne sait pas ce qui se passe à l'intérieur (boîte noire). De plus les établissements du réseau intermédiaire sont gérés et surveillés par 3 services différents du Département de la santé et de l'action sociale⁴⁶. Enfin, la psychiatrie extra-hospitalière, qui semble souffrir d'un défaut chronique de reconnaissance, ne dispose à l'heure actuelle d'aucun cadre juridique et normatif particulier. C'est ainsi que les établissements du réseau intermédiaire sont répartis en 2 camps principaux⁴⁷ :

- L'un **sanitaire** (représenté par les Etablissements Médico-Sociaux, ou EMS), dépend essentiellement de la Loi sur l'Assurance Maladie (LAMAL)(et des subventions cantonales qui permettent de limiter l'augmentation des primes d'assurances en fiscalisant⁴⁸ une partie des coûts de prise en charge). Cette partie du réseau est soumise par défaut aux normes prévalant en gériatrie et psychogériatrie, et dépend sur le plan administratif du Service de la santé publique (SSP) et du Service des Assurances Sociales et de l'Hébergement (SASH).
- L'autre **socio-éducatif** (composé des Foyers Socio-Educatifs, ou FSE), dépendant de la Loi sur l'Assurance Invalidité (LAI) par l'intermédiaire de l'Office Fédéral des Assurances Sociales (OFAS) qui édicte les règlements et attribue les subventions. Cette partie du réseau se rattache au cadre légal mis en place pour le handicap mental, et dépend sur le plan administratif du Service de Prévoyance et d'Aides Sociales (SPAS).

⁴⁵ Commentaire issu d'un document interne de l'hôpital de Cery, résultats d'une enquête menée en mai 2000 par l'équipe médico-sociale de l'unité Minkowski (patients psychotiques) auprès de 31 établissements dans lesquels ils placent des patients.

⁴⁶ Rappelons ici qu'il s'agit du Service de la santé Publique, du Service de prévoyance et d'aides sociales et du Service des assurances sociales et de l'hébergement.

⁴⁷ Il y a par ailleurs des établissements atypiques et des pensions pour patients psychiatriques, dont les résidents AI dépendent des subventions complémentaires du SPAS, et les résidents AVS des subventions complémentaires du SASH.

⁴⁸ Cette fiscalisation consiste à financer une partie du coût des soins par un prélèvement direct sur le revenu fiscal de l'Etat (subventions attribuées par le SASH en fonction du budget institutionnel).

Le mandat d'étude attribué à l'unité de réhabilitation par les trois services administratifs concernés s'inscrit dans un contexte de politique sanitaire caractérisé par la nécessité de maîtriser d'une part les coûts sanitaires, et d'autre part les conséquences de diverses irrégularités dans la gestion de certains établissements. Menée selon les principes de la recherche-action, la recherche conjugue deux objectifs complémentaires, scientifique et pragmatique :

L'objectif scientifique se caractérise par le but d'améliorer les connaissances au sujet du processus de thérapie institutionnelle destiné à répondre aux problèmes médico-psycho-sociaux posés par l'évolution chronique de certaines maladies mentales. Cela en réunissant les données qui permettent de définir ce processus sur les plans de la psychopathologie en cause, de la pratique clinique qui permet de la traiter et des relations inter institutionnelles dans lesquelles s'inscrit cette pratique.

L'objectif situé sur le plan pragmatique vise à contribuer à la résolution des problèmes de politique sanitaire et de gestion administrative posés par le réseau institutionnel intermédiaire étudié, dans le contexte socio-économique actuel. Dans cette perspective, l'étude a cherché à réunir des informations pertinentes pour l'évaluation de la demande et de l'offre.

Pour résumer la demande des mandants, on peut la situer sur trois niveaux :

1. Il s'agissait tout d'abord de recueillir des informations objectives sur le réseau d'établissements intermédiaires et sa clientèle, soit des éléments quantitatifs et qualitatifs précisant le volume et le genre de la demande et de l'offre. Ces informations devaient permettre d'évaluer l'adaptation de l'offre à la demande, et devaient notamment contribuer, en ce qui concerne l'évolution de la demande, à établir la planification du réseau à l'horizon 2010⁴⁹.
2. Une perspective « officieuse » (ou du moins ne figurant pas telle quelle dans les termes du contrat) mais dont l'importance ne cessa de croître au cours du processus de recherche, était de réunir les éléments nécessaires à une réflexion sur la pertinence de rassembler tous les établissements intermédiaires psychiatriques sous la responsabilité d'un même service, afin notamment de permettre à terme une meilleure gestion du réseau.
3. Plus globalement, et cela surtout sur la suggestion de la direction de recherche, ce mandat se concevait comme la première phase de l'élaboration d'un système d'information visant, dans un deuxième temps, à améliorer son fonctionnement et à réunir de façon plus permanente les données nécessaires aux décisions de planification et de gestion relatives à la psychiatrie intermédiaire.

La conduite de la recherche fut organisée sur la base d'une collaboration active et régulière des chercheurs avec les représentants des mandants (une personne de chaque service concerné), qui ensemble constituaient le comité de pilotage (COPIL). Des rencontres mensuelles de deux heures et un échange fréquent de courrier et de téléphones garantirent le respect des termes du mandat et contribuèrent considérablement à moduler l'action des chercheurs. Des éléments nouveaux liés à la recherche (projets émergents, contraintes temporelles liées à la planification budgétaire) furent introduits à l'occasion de ces réunions, au cours desquelles l'expertise des chercheurs (qui avaient alors un rôle de consultants informels) fut parfois requise sur différents points (problèmes particuliers d'un établissement, discussion des normes architecturales à introduire, etc.).

⁴⁹ Il s'agissait en l'occurrence d'une demande émise plus particulièrement par la Santé publique et concernant la planification de la partie sanitaire (EMS) du réseau.

Les services mandants se déclarèrent dans l'ensemble très satisfaits des résultats de recherche, notamment de ceux en rapport avec les points 1. et 2. décrits plus haut. A l'heure où je rédige ces lignes, les trois services ont engagé un processus de réflexion et d'opérationnalisation administrative sur la base des éléments fournis sur les similarités et les complémentarités des établissements sanitaires d'une part, et des établissements OFASo-compatibles d'autre part. En ce qui concerne le troisième point, en revanche, la poursuite de la mise au point d'un système d'information permanent dépend de la volonté des services concernés de changer les pratiques d'évaluations ponctuelles pratiquées jusqu'à maintenant. Dans ce sens, la création d'un réseau intermédiaire psychiatrique unifié pourrait avoir comme conséquence de persuader le service qui en héritera de prendre des mesures à plus long terme.

B.3. SITUATION DE CE MEMOIRE DANS LE PROGRAMME DE RECHERCHE

Afin d'aborder plus en détail que je ne l'ai fait dans le préambule l'angle sous lequel j'ai choisi de revisiter les données de la recherche, je dois tout d'abord revenir de façon plus détaillée et ciblée sur certains aspects de la démarche de recherche et de sa genèse. Nonobstant les redondances qu'il impose et dont je m'excuse auprès du lecteur, ce procédé servira à mieux situer la problématique de ce travail de diplôme.

B.3.a. Contexte de la problématique et choix du thème

Au cours des diverses phases du programme de recherche, nous avons été fréquemment confrontés à la relative rigidité du cadre juridico-administratif dans lequel s'insérait le mandat. L'approche des mandants consiste généralement à collecter des informations décrivant l'état du réseau et servant au contrôle de la correspondance de ces informations avec les dispositions réglementaires. Ces collectes de données sont habituellement organisées ponctuellement, dans le but de résoudre des problèmes de conduite ou de planification : « y a-t-il suffisamment ou trop d'établissements, que faire des projets émergents, comment évaluer l'offre et la demande ? ». Or cette démarche, bien que permettant de prendre certaines décisions ponctuelles, offre du réseau une vision statique et figée et oblige en outre les services concernés à reproduire régulièrement des enquêtes du même genre, sans même que les données à considérer soient définies une fois pour toutes. Ce constat est à l'origine de notre souci, encouragé par les mandants, de développer une mise en perspective plus dynamique et moins normative du réseau étudié, ainsi que de commencer à délimiter les paramètres qui pourraient constituer une base de données reproductible ou mieux encore mise à jour en permanence, et favorisant une évaluation dynamique et prospective du réseau intermédiaire.

Cette démarche, si on la ramène à ses objectifs à long terme de contrôle, de gestion et d'amélioration du réseau, ne peut se satisfaire d'une approche limitée aux établissements du réseau intermédiaire lui-même. Le fonctionnement des établissements n'est en effet pas un phénomène isolé et procède d'un ensemble plus vaste, incluant les hôpitaux des secteurs ainsi que l'ensemble du dispositif de santé mentale vaudois. La démarche scientifique proposée aux mandants contribue à situer le problème, au-delà d'un cadre figé et ponctuel, dans une démarche écosystémique qui rétablit le déterminisme circulaire et évolutif de l'adaptation réciproque de la demande et de l'offre, dans le contexte général du système fonctionnel constitué par l'appareil institutionnel investigué.

Il s'agissait de trouver une démarche qui permette de sortir de la linéarité du processus évaluatif juridico-administratif par bilan ponctuel. Sur le plan méthodologique, nous avons utilisé un procédé qui s'inspire de l'histoire de l'art pour le transposer dans le domaine d'étude en question. Ce procédé est celui du catalogue raisonné, qui consiste à projeter le catalogue des œuvres d'un artiste dans la dynamique évolutive de sa créativité et dans le

contexte socioculturel et esthétique de l'époque où elle se manifeste. Par conséquent, ce procédé dépasse le figement linéaire du catalogue chronologique des œuvres pour mettre la création de ces œuvres en perspective sur les plans historique, socioculturel et contextuel.

Transposé dans le domaine qui nous intéresse, le procédé du catalogue raisonné devient par analogie celui de l'inventaire raisonné, qui dépasse l'énumération et la description des établissements intermédiaires et le dénombrement des personnes bénéficiant de leur activité, pour mettre toutes ces données en perspective sur les divers plans qui entrent en ligne de compte, à savoir :

- le plan historique (histoire de l'évolution de la psychiatrie intermédiaire pendant la période observée),
- la perspective contextuelle (politique sanitaire en matière de santé mentale, contingences économiques),
- le plan fonctionnel (relations des institutions hospitalières et des établissements intermédiaires, mécanismes d'adaptation réciproque).

Dans ce travail, je vais situer dans l'introduction les données générales des deux premiers plans pour me concentrer essentiellement par la suite sur le plan fonctionnel qui est celui où s'articule la dynamique de l'évolution de la demande et de l'ajustement de l'offre à cette évolution, ce qui va amener à resituer les données, non seulement sur le plan quantitatif mais aussi sur le plan qualitatif.

B.3.b. Objectifs de ce travail

Premièrement, je vais reprendre la question de base du mandat de recherche, à savoir l'évaluation quantitative et qualitative de l'offre et de la demande, afin de voir dans quelle mesure, sur la base des données à disposition, il est possible de se prononcer avec précision sur la concordance de l'offre et de la demande.

Parmi les résultats, j'ai par ailleurs choisi d'exploiter surtout les aspects relatifs à une évaluation fonctionnelle, systémique et prospective du réseau, en dégagant des indicateurs de fonctionnement et d'évolution, selon le cheminement suivant :

- ⇒ Une évaluation méthodique et standardisée des aspects quantitatifs et qualitatifs permet d'établir un inventaire raisonné du réseau institutionnel étudié, qui est ainsi appréhendé dans le système plus vaste dont il procède.
- ⇒ La mise en perspective découlant de l'inventaire raisonné permet de mettre en évidence la dynamique évolutive du réseau étudié sur les plans de son histoire, de sa structure et de son adaptation au jeu de l'offre et de la demande.
- ⇒ La dynamique évolutive du réseau intermédiaire peut servir à repérer des indices de stabilité/précarité, qui mettent en relation cette dynamique évolutive avec le fonctionnement des institutions étudiées.
- ⇒ Les indices de stabilité/précarité peuvent permettre de prévoir l'évolution ultérieure des besoins.

De façon concomitante, je vais essayer d'élargir la réflexion portée sur le champ psychiatrique intermédiaire local en y soulignant la présence de différents phénomènes présentés dans l'introduction théorique. Puisque ce travail s'intègre dans le point de départ d'une démarche prospective, la littérature me servira en outre à étayer différentes propositions concernant les améliorations possibles à apporter aux différents niveaux du système.

MATERIEL ET METHODE

C.1. METHODE DE RECHERCHE

Il est important de souligner que cette recherche n'a pas été menée selon un schéma méthodologique classique. Rappelons que nous devons répondre à des questions plus ou moins précises exprimées par les services mandants, auxquelles s'ajoutaient, de la part des chercheurs, un certain nombre d'interrogations relevant d'une pratique clinique hospitalière et institutionnelle. Le programme de recherche est donc fondé sur les principes de «recherche-action », dont j'emprunte une définition à BOUVETTE (1984, p.30) :

La recherche-action est une forme particulière de la connaissance qui peut s'avérer importante, autant sur le plan théorique que pratique. Il s'agit d'une sorte de dialectique de la connaissance et de l'action dont la finalité est la création de connaissances nouvelles qui deviendront provocatrices de changement. En ce sens, la recherche-action a pour objet le « réel concret » qu'elle cherche à influencer et à modifier.

En quoi peut-on prétendre que la recherche-action, dont les champs d'application traditionnels sont l'industrie et l'agriculture, a influencé notre démarche ?

Tout d'abord , l'objectif du programme de recherche était, nous l'avons vu, de créer des connaissances nouvelles dans les domaines scientifiques et pragmatiques, en étudiant le problème sous l'angle le plus large possible afin de ne négliger, dans la mesure du possible, aucune dimension importante.

Par ailleurs, BOUVETTE écrit que « la finalité même de ce genre de recherche [...] consiste à fournir des réflexions théoriques et pratiques utiles à l'intervention » (1984, p.37). Une recherche-action comporte une phase finale, au cours de laquelle, après avoir « construit des descriptions et des théories au sein même du contexte pratique, ils les testent au travers d'expériences qui portent la double charge de tester les hypothèses et d'apporter les changements souhaitables à la situation » (ARGYRIS et SCHÖN, 1991, p.86, traduction libre). Or c'est précisément dans ce cadre que se situe la partie « officieuse » déjà évoquée de la demande des mandants, qui était d'obtenir des données permettant d'examiner l'opportunité de réunir la gestion du réseau intermédiaire sous l'égide d'un service unique, simplifiant ainsi sa conduite et réalisant des économies d'échelle dans l'organisation administrative.

En outre, la nature du questionnement n'a cessé d'évoluer en fonction des informations obtenues de part et d'autre, dans une dynamique d'apprentissage et d'adaptation permanents, ce que WHYTE (1991) oppose de façon un peu caricaturale au modèle de recherche standard, dans lequel les chercheurs, une fois leurs hypothèses posées, ne recommencent à réfléchir que pour interroger les données recueillies.

Les principes de la recherche-action ont incité les chercheurs à entretenir une étroite collaboration avec les commanditaires de l'étude (rencontres mensuelles de pilotage de la recherche avec les représentants du mandant), d'une part, et avec les acteurs engagés dans la réalisation des placements (groupe de référence constitué par les intervenants médico-sociaux concernés), d'autre part. Ces diverses interactions ont fréquemment contribué à nuancer ou à corriger les objectifs de recherches préalablement discutés, sans toutefois que la problématique de base soit fondamentalement modifiée.

De façon générale, rappelons qu'il s'agit d'une recherche évaluative⁵⁰, au sens où WEISS (1972) l'entend, c'est-à-dire que contrairement à la recherche fondamentale elle est orientée vers une utilisation pratique des réponses qu'elle apporte dans le cadre d'une prise de décision. REYNOLDS et THORNICROFT (1999) soulignent la difficulté de réunir les informations nécessaires à une évaluation solide des besoins d'une population. Dans ce cas, deux approches sont possibles : planifier la saisie d'informations précises puis procéder à une évaluation sur cette base, ou pratiquer une estimation approximative en se fondant sur les données existantes, puis, à la faveur des résultats obtenus, de prévoir une collecte de données plus utilisables, afin d'améliorer l'évaluation ultérieure des besoins. C'est selon cette dernière approche que nous avons procédé, dans la perspective d'établir les bases d'une évaluation plus performante.

Notre ambition était de fournir une image détaillée de la demande et de l'offre. Comme il n'existait aucune étude préalable sérieuse pouvant servir de plate-forme de départ, notre démarche, de type descriptif, a essentiellement consisté à réunir le plus d'informations possible. L'ampleur et le genre des données recueillies ont limité leur analyse à un traitement simple, essentiellement basé sur des répartitions proportionnelles. Je donnerai davantage de précisions sur les modes de recensement et de traitement sous « C.3. Déroulement de la recherche », ou sous la forme de commentaires dans le chapitre « D. Présentation des résultats ».

J'ai choisi de ne faire qu'une présentation très succincte de l'aspect méthodologique. Dans la mesure où les données utilisées sont critiquables, comme nous le verrons, il me semblait plus constructif de procéder à leur critique approfondie, dans la perspective de proposer (dans la « Discussion des résultats ») une amélioration ultérieure de leur paramétrage et de leur recueil. J'ai estimé plus utile (et gratifiant) de me focaliser sur l'exploitation du potentiel informatif de ces données, qui permet de mettre en relief les tendances, les points forts et les difficultés des institutions décrites.

C.2. CHAMP D'OBSERVATION ET POPULATION-CIBLE

Rappelons tout d'abord que la **population-cible** définie par le mandat est celle des patients psychiatriques chroniques adultes (18 à 65 ans) qui, souffrant d'un handicap psychique relativement invalidant, nécessitent une prise en charge résidentielle extra-hospitalière.

Le **champ d'investigation** de l'étude s'étend à tout le territoire vaudois :

- En ce qui concerne le champ d'investigation de la demande, il est constitué par l'ensemble du dispositif public vaudois (hospitalier et ambulatoire) à vocation psychiatrique adulte, ainsi que par certaines institutions cantonales concernées par la prise en charge de patients psychiatriques dans le cadre d'une mission principale différente (Office du Tuteur Général, Service pénitentiaire, Société vaudoise de patronage).
- En ce qui concerne le champ d'observation de l'offre, il est constitué par 43 établissements d'accueil résidentiel extrahospitalier privés d'intérêt public, faisant partie du réseau intermédiaire vaudois. Les dispositifs institutionnels relevant de la pédopsychiatrie ou de la psychogériatrie n'entrent pas dans le champ d'investigation, pas plus que le réseau d'établissements destinés à la prise en charge spécifique des

⁵⁰ Pour le détail au sujet de l'évaluation, afin d'éviter les redondances inutiles, je prie le lecteur de bien vouloir se reporter au passage qui lui est consacrée dans le sous-chapitre B.1.b, sous « problèmes liés à la planification et à la gestion du réseau ».

alcooliques ou des toxicomanes en dehors du champ de la psychiatrie clinique proprement dite⁵¹.

C.3. DEROULEMENT DE LA RECHERCHE

L'agencement précis des phases de la recherche figurait dans le contrat et ne fit pas l'objet de modifications importantes. Nous avons commencé par l'étude de la demande afin de répondre à la demande des mandants, qui devaient étayer la planification du développement du réseau institutionnel étudié.

C.3.a. Etude de la demande.

La préparation de l'étude de la demande a nécessité le recours à des « consultants »⁵² choisis pour les informations qu'ils pouvaient fournir sur le réseau intermédiaire, les procédures de placement et les données existantes. Le questionnaire standardisé en cours d'élaboration leur fut régulièrement soumis, s'inspirant de leurs critiques constructives autant que de nos hypothèses de base.

Données quantitatives

Dès le début l'idée a été d'obtenir un état précis de la situation cantonale et de parvenir à un recensement exhaustif des placements effectués, afin non seulement d'avoir une estimation la plus précise possible de leur volume, mais afin aussi de pouvoir en tirer quelques hypothèses quant à son évolution probable. Or les procédures de placement ne font pas l'objet d'un répertoire centralisé, ce qui rend leur recensement problématique, et nous a contraint à recourir à **deux sources principales d'informations** :

- ⇒ Les assistants sociaux des institutions publiques psychiatriques, qui sont généralement chargés de la recherche d'un établissement et des formalités de placement, sont les seuls à connaître la destination précise des patients, et disposent d'une bonne connaissance du réseau intermédiaire. Nous avons donc rencontré 46 assistants sociaux⁵³ (17 du secteur Centre, 4 du secteur Nord, 5 du secteur Ouest, 6 du secteur Est, 11 De l'Office du Tuteur Général, 1 du Service pénitentiaire, 1 de la Société vaudoise de patronage). Certaines des institutions avaient délégué une seule personne (service pénitentiaire et SVP), tandis que d'autres étaient représentées par tous leurs assistants sociaux (l'OTG et les secteurs psychiatriques). Toutes se sont arrangées pour qu'une liste la plus complète possible des placements effectués nous soit communiquée. Les répertoires fournis par leurs soins nous ont permis d'établir un inventaire complet des établissements ayant accueilli des patients pendant la période de référence.
- ⇒ Les données médico-administratives mises à disposition par les hôpitaux des secteurs sont très complètes, puisque y figurent tous les mouvements (entrées et sorties) des patients hospitalisés, ainsi que des données socio-démographiques (date de naissance, sexe, état-civil, etc.) et les diagnostics. En ce qui concerne la destination des sorties, on trouve les catégories « domicile », « hôpital somatique », « décès », etc. En ce qui

⁵¹ Dans le domaine de l'approche thérapeutique de la toxico-dépendance, certaines institutions spécialisées travaillent sur le plan socio-éducatif en dehors du contexte institutionnel de la psychiatrie clinique, ce qui ne signifie pas que ces institutions ne collaborent pas avec les institutions psychiatriques publiques, ni que ces dernières ne s'occupent pas de la toxico-dépendance.

⁵² En particulier des assistants sociaux et l'administrateur du DUPA, ainsi que, pour certains aspects, les représentants des mandants.

⁵³ A noter que tous les secteurs sont dotés d'un système de consultation ambulatoire (polyclinique ou Centre psycho-social) dont les assistants sociaux font partie de cette liste.

concerne les placements, seuls 53% des établissements-cibles y figurent sous leur nom (les autres étant simplement qualifiés de la mention « placement »). L'administrateur du DUPA nous a transmis les données concernant les secteurs Centre, Nord et Ouest (système de saisie commun OPALE), et les a complétés à notre demande d'un marqueur permettant l'identification rapide des 1^{ères} hospitalisations par rapport aux réhospitalisations des mêmes patients pendant la période catamnétique. Les données de la Fondation de Nant nous ont par contre été communiquées sans ce marqueur.

Une **période catamnétique** de 7 semestres (1^{er} janvier 97 au 30 juin 2000) fut définie, qui permettait à la fois de tenir compte de la possibilité pour les assistants sociaux consultés de répertorier de mémoire les placements effectués par leurs soins, et de bénéficier d'un certain recul temporel afin de déterminer les tendances évolutives. La même période fut retenue en ce qui concerne les données médico-administratives, afin de pouvoir comparer les deux groupes de données. Cependant, un semestre supplémentaire de DMA pour les 4 secteurs (juillet-décembre 2000) fut ajouté à la période catamnétique pour affiner la régression linéaire, utilisée pour esquisser une évolution hypothétique de la demande.

Données qualitatives

Parallèlement à la récolte d'informations chiffrées, une enquête d'opinion fut menée à l'aide d'un questionnaire standardisé⁵⁴ élaboré pour l'occasion⁵⁵. Ce questionnaire de 10 pages comprend des questions fermées et des questions ouvertes. Après que son contenu et sa forme ont été testés par le groupe de consultants, les deux chercheurs se sont rendus ensemble aux premiers entretiens afin de garantir une utilisation homogène du questionnaire. Celui-ci fut soumis aux 46 intervenants médico-sociaux au cours d'entretiens individuels sur leur lieu de travail (durée moyenne d'environ 3 heures).

Les questions posées couvrent plusieurs domaines assez différents :

- Les patients (nombre, pathologie, indication du placement, patients difficiles à placer).
- Les institutions (suffisance de l'offre, connaissance du réseau, qualités indispensables des institutions, manques particuliers du réseau).
- Les procédures de placement et de suivi des patients.
- L'intérêt pour la recherche, ses suites, et pour les informations qu'elle réunit.

C.3.b. Etude de l'offre

Le champ d'investigation de l'offre est constitué par le réseau vaudois d'établissements d'accueil résidentiel extrahospitalier privés d'intérêt public. Les intervenants médico-sociaux consultés pour l'analyse de la demande nous avaient signalé une centaine de destinations pour les placements effectués durant la période catamnétique. Parmi elles, un certain nombre d'établissements à mission non psychiatrique (EMS gériatriques ou psychogériatriques, institutions privées) ou situés hors-canton ne reçoivent qu'exceptionnellement des patients psychiatriques vaudois. En définitive, 43 établissements parmi les plus sollicités, d'une part, et dépendant des services mandants, d'autre part, furent retenus par le COPIL comme cible de l'étude de l'offre.

Comme pour la première partie de la recherche, la préparation de l'étude de l'offre a nécessité le recours aux représentants des mandants ainsi qu'à des « consultants »⁵⁶, qui contribuèrent

⁵⁴ Cf. annexe 1.

⁵⁵ L'élaboration de ce questionnaire s'est notamment inspirée de l'article de PATTON (1990).

⁵⁶ Certains assistants sociaux du DUPA, ainsi que le responsable des soins de plusieurs EMS.

largement à définir le cadre et l'utilité des questions du questionnaire standardisé⁵⁷ de 15 pages, élaboré à cette occasion. Cette fois, étant donné le temps exigé pour la passation du questionnaire (plus de 3 heures d'entretien en moyenne) et les délais contraignants, l'équipe de recherche au complet bénéficia de l'aide d'une assistante sociale de l'unité de réhabilitation (soit quatre chercheurs en tout pour visiter les 43 établissements ciblés). Là encore, une participation conjointe des deux chercheurs principalement dédiés à cette tâche fut organisée pour les premières passations, ainsi que des séances de « formation » pour les deux autres, afin de réduire les biais éventuels qui auraient pu être provoqués par la relative ambiguïté de certaines questions.

Le contenu des questions posées fut déterminé selon deux critères :

- Tout d'abord par notre souci de répondre le plus complètement possible aux exigences des mandats, qui consistait d'abord à obtenir des informations sur l'adaptation de l'offre à la demande, en termes quantitatifs et qualitatifs (→ **planification du réseau**). Il s'agissait de plus d'établir un portrait détaillé des deux principales catégories d'établissement (EMS et FSE) et de recenser leurs différences et leurs similarités, afin de permettre aux services concernés de soutenir d'éventuelles modifications administratives (→ **gestion du réseau**).
- Il s'agissait également, du point de vue des chercheurs, d'améliorer les connaissances concernant les établissements d'accueil, au sujet desquels, de leur propre aveu, les assistants sociaux chargés des placements ne possédaient pas suffisamment d'informations.

Données quantitatives.

Les données quantitatives recueillies concernent principalement la capacité d'accueil des établissements investigués, ainsi que le nombre effectif des patients hébergés. Ces données, nous le verrons, sont affectées d'une source de biais importante dans la mesure où la mission multiple ou indéterminée de certains établissements ne nous permettaient pas de tenir compte simplement de la capacité d'accueil totale, pas plus qu'elles ne nous permettaient de connaître la proportion exacte de lits consacrés à la mission de psychiatrie adulte. Nous avons donc dû « éliminer » les patients ayant dépassé 65 ans afin d'avoir une estimation plus précise du nombre de patients psychiatriques adultes.

Nous n'avons pas pu nous procurer de données complètes facilement exploitables sur les durées de séjour institutionnel, qui nous auraient permis d'examiner avec plus de précision les perspectives d'évolution future du réseau. Seuls quelques établissements disposaient de telles données, sous la forme d'un registre informatisé des entrées et des sorties de résidents. Dans la majorité des cas, de tels registres n'existent que sous la forme de carnets manuscrits, dont l'utilisation était impossible dans le contexte du programme de recherche : Le décryptage systématique de ces carnets était difficilement compatible avec le budget-temps dont nous disposions. D'autre part, il n'aurait pas été possible pour tous les établissements, puisque certains responsables ont refusé au titre de la confidentialité des données (le nom des patients figure dans ces registres). Il a donc fallu se contenter des réponses à la question « combien avez-vous actuellement de patients présents depuis plus de 18 mois / depuis moins de 18 mois et plus de 3 mois / depuis moins de trois mois ». La référence à ces données, qui sont du reste incomplètes, permet au mieux de suggérer une tendance générale.

Les questions posées dans le questionnaire couvrent plusieurs domaines :

- Le statut de l'institution.

⁵⁷ Cf. annexe 2.

- Ses perspectives de développement.
- Ses capacités (dotation en personnel et politique de formation continue, capacité d'accueil, accès éventuel à des appartements protégés, etc.).
- Les caractéristiques de l'institution (prestations offertes, règlement, élaboration du programme, type de placement).
- La clientèle de l'établissement (nombre, âge, critères de sélection et d'exclusion, pathologies⁵⁸, handicap psychosocial).
- Les aspects d'admission, de transfert et de suivi des patients.
- La disponibilité, le taux d'occupation, la situation précise au 15 avril 2000.
- L'information et l'orientation des résidents, les collaborations au sein du réseau.
- Les coûts d'hébergement (ces items se sont révélés peu utilisables et ne seront pas traités).

Parallèlement à ces saisies standardisées de données, de nombreuses informations ont été glanées tout au long de la recherche auprès de diverses organisations impliquées dans le domaine de la santé mentale, comme le GRAAP (Groupe d'Accueil et d'Action en Psychiatrie, association de patients et de proches, très active dans le domaine du droit des patients au sein des hôpitaux ou des établissements intermédiaires ainsi que dans le développement des systèmes d'occupation protégée et d'entraide) ou les Centre Médico-Sociaux (parfois chargés de l'aide à domicile des patients psychiatriques vivant seuls ou en appartements protégés). Ces informations n'ont pas fait l'objet d'un traitement systématique, mais peuvent apparaître dans certains commentaires généraux.

⁵⁸ Ces données sur la pathologies n'ont finalement pas été utilisées. D'une part, elles portaient sur l'ensemble des résidents d'un établissement, et d'autre part, les référents interrogés ne semblaient pas tous familiers avec le vocabulaire psychopathologique. De surcroît, les banques de données médico-administratives à disposition étaient infiniment plus précises et fiables.

D. PRESENTATION DES RESULTATS

Les résultats présentés dans ce chapitre ont été choisis parmi ceux du programme de recherche dans le but d'établir une revue des points directement ou indirectement en rapport avec la prise en charge des patients psychiatriques, et permettant de dresser un portrait dynamique, systémique et évolutif du réseau intermédiaire résidentiel.

D.1. ANALYSE DE LA DEMANDE

Il s'agit de l'estimation quantitative et qualitative des besoins en possibilités de placement institutionnel extrahospitalier de type résidentiel.

Du point de vue des mandants, rappelons-le, cette étape devait notamment aboutir à une évaluation précise du volume de la demande et de son évolution probable. Il s'agissait en outre de mieux décrire les besoins de la population concernée par les placements résidentiels, ce qui impliquait également de procéder à un examen systématique des données épidémiologiques à disposition.

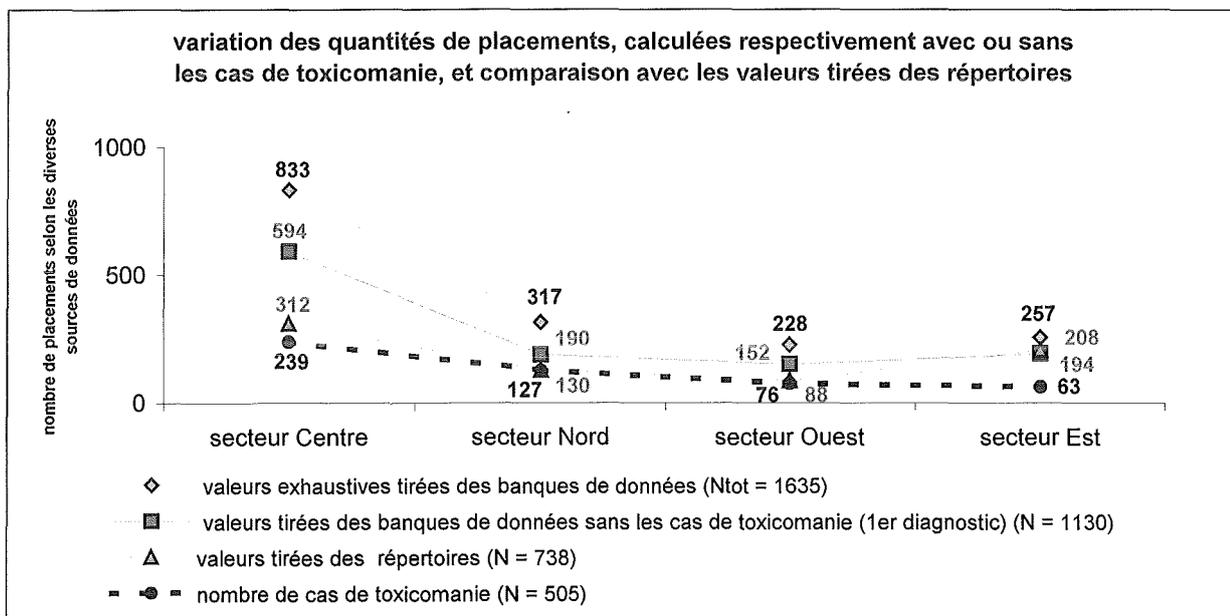
D.1.a. Analyse quantitative de la demande

Le traitement des répertoires a essentiellement consisté à compter les placements en s'assurant dans la mesure du possible qu'ils ne comprenaient pas de redondance. Une liste de tous les établissements mentionnés par les assistants sociaux fut établie.

Le traitement des données médico-administrative (ci après « DMA ») consista à dénombrer les placements par année puis par secteur. Une analyse plus fine des diagnostics répertoriés ainsi que des données socio-démographiques fut effectuée par la suite.

Volume de la demande

La première difficulté rencontrée fut la différence importante entre le dénombrement issu des répertoires et ceux des DMA [Graph.1].



Graphique 1

On constate que les chiffres articulés dans les répertoires (▲) sont systématiquement plus modestes que ceux des DMA (◆). Il y a sans doute plusieurs explications à cela :

- Il faut tout d'abord mentionner que les **données des répertoires** telles qu'elles sont présentées ici sont amputées des cas signalés par les institutions cantonales à vocation

psychiatrique secondaire ou accessoire (soit 256, pour un total de 994), qui ne pouvaient pas être directement attribués aux secteurs du fait de leur caractère cantonal.

- Le biais principal est probablement constitué par les inévitables oublis imputables à la méthode de recensement artisanale. Il est malheureusement difficile d'évaluer la proportion de ces oublis, dont on peut seulement estimer qu'elle est beaucoup moins importante pour le secteur EST, qui a procédé à un dénombrement des cas sur la base d'une liste informatique préalablement « désanonymisée », et sous la responsabilité du médecin-chef responsable du service de réhabilitation. C'est d'ailleurs dans cette zone que les chiffres des répertoires diffèrent le moins des DMA (elles en représentent 81%, pour une moyenne cantonale de 45%).
- Enfin, la dernière source de biais correspond aux redondances possibles concernant les placements mentionnés à la fois par les assistants sociaux des hôpitaux et par ceux de l'Office du Tuteur Général. Un examen attentif des données a permis de supprimer quelques redondances, mais le souci éthique de certains intervenants a fait que nous ne disposions pas toujours de l'identité des patients concernés, et donc pas non plus de la possibilité d'identifier tous les doublons. Il est certain que des consignes plus claires au sujet des exigences du répertoire auraient permis d'éviter ce problème, et qu'il faut souligner là une erreur de jeunesse.

En ce qui concerne les DMA, les fiches portant la mention d'une sortie vers un placement (ce qui nous intéressait), présentent un biais de sélection, dans la mesure où elles incluent un certain nombre de patients toxicomanes, qui ne faisaient pas partie de notre population-cible. Ce groupe de patients put être isolé sur le critère d'un diagnostic principal de toxicomanie, et le volume des patients retenus (□) fut réduit de 31%. Cependant, cette somme est encore soumise à un biais, puisqu'elle recouvre toutes les hospitalisations débouchant sur un placement, soit parfois plusieurs pour le même patient. Or le fait d'isoler les hospitalisations itératives (à l'aide du marquage des premières hospitalisations [Graph.4 infra]) ne permet en général pas de savoir si elles débouchent sur un retour dans le même établissement, ou sur un nouveau placement.

Les problèmes posés par la qualité paramétriques des données quantitatives recueillies ne sont donc pas entièrement imputables à la méthode de saisie. Toutes ces sources d'imprécision pourraient certes être réduites et les résultats y gagner en précision. Toutefois elles permettent, en l'état, de définir une valeur moyenne [Tab.1] qui doit approcher de façon plausible le volume réel des placements effectués :

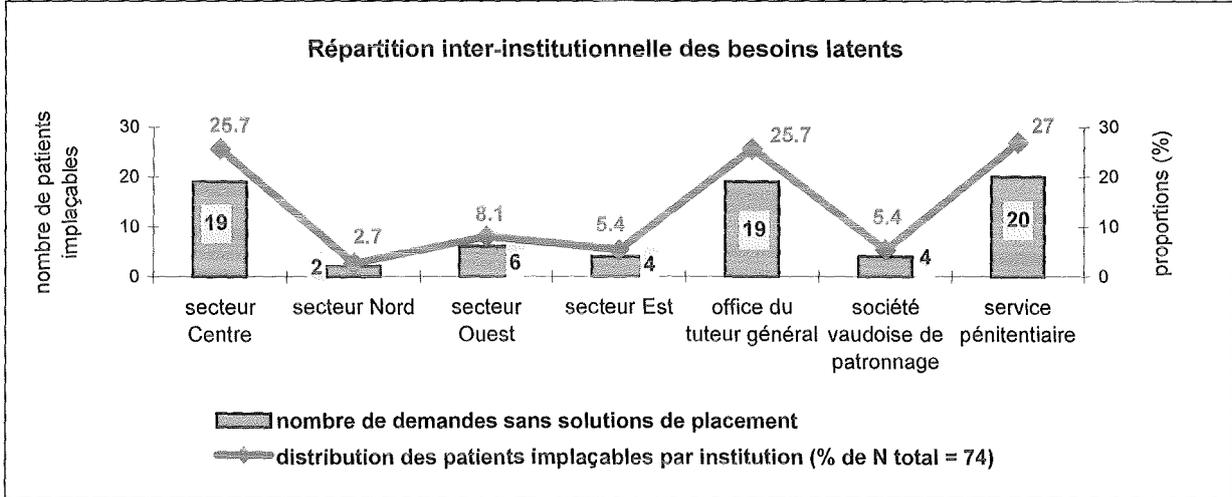
| <i>QUANTITE GLOBALE DE PLACEMENTS (effectués du 1^{er} janvier 1997 au 30 juin 2000) ET MOYENNE ANNUELLE POUR L'ENSEMBLE DU CANTON</i> | | |
|--|----------------------------|-----------------------------|
| <i>SOURCE D'INFORMATION</i> | <i>QUANTITE TOTALE</i> | <i>MOYENNE ANNUELLE</i> |
| <i>A → banques de données médico-administratives avec les cas de toxicomanie)</i> | <i>1635</i> | <i>467</i> |
| ↓ | | |
| <i>B → banques de données médico-administratives (sans les cas de toxicomanie)</i> | <i>1130</i> | <i>323</i> |
| <i>C → répertoires produits par les intervenants médico-sociaux référents</i> | <i>994</i> | <i>284</i> |
| <i>Moyenne entre B et C</i> | <i>1062</i> | <i>304</i> |

Tableau 1

Les intervenants médico-sociaux des institutions psychiatriques publiques et des institutions cantonales à vocation psychiatrique secondaire ou accessoire effectuent, en moyenne annuelle, approximativement 304 placements dans les établissements d'accueil du réseau institutionnel. Cette quantité de placements correspond aux besoins couverts.

Evaluation des besoins latents

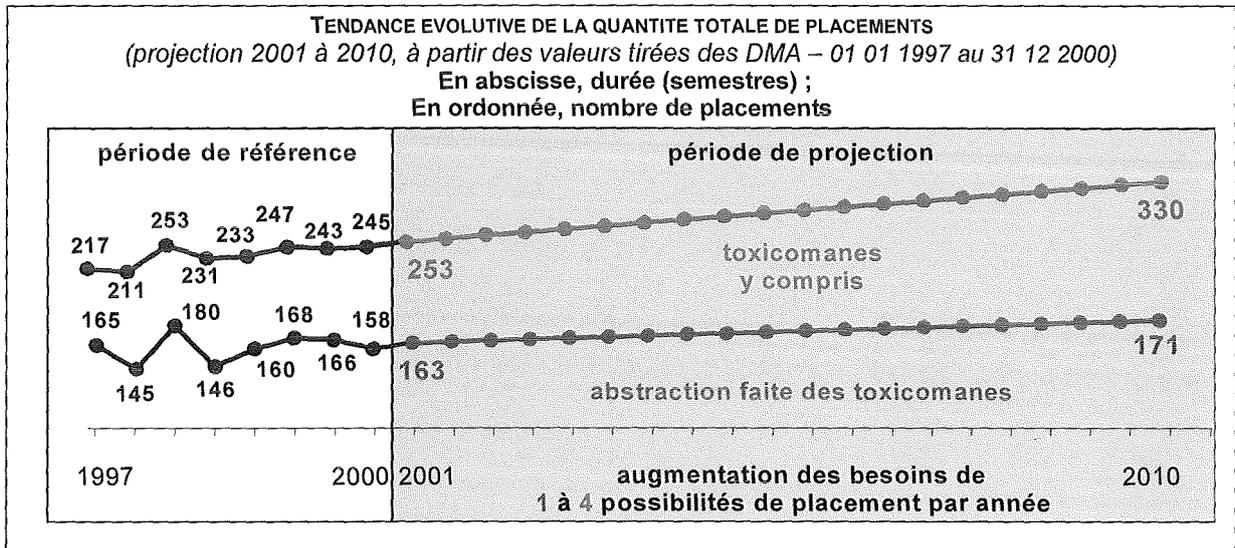
Le questionnaire demandait aux assistants sociaux de signaler les personnes pour lesquelles, quelle qu'en soit la raison, une possibilité de placement ne pouvait être trouvée au moment de l'enquête, afin de permettre une estimation des besoins latents [Graph.2]. Au sujet de ce total de 74, nous ne connaissons ni son degré de précision et d'exhaustivité, ni la façon dont il évolue dans le temps, puisqu'il s'agissait d'une mesure ponctuelle⁵⁹.



Graphique 2

Evolution diachronique des besoins couverts

Les DMA permettent de déterminer la variation semestrielle de la quantité globale de tous les placements effectués depuis les hôpitaux des 4 secteurs psychiatriques, du 01.01.1997 au 31.12.2000 (ce qui rallonge d'un semestre la période de référence) [Graph.3].



Graphique 3

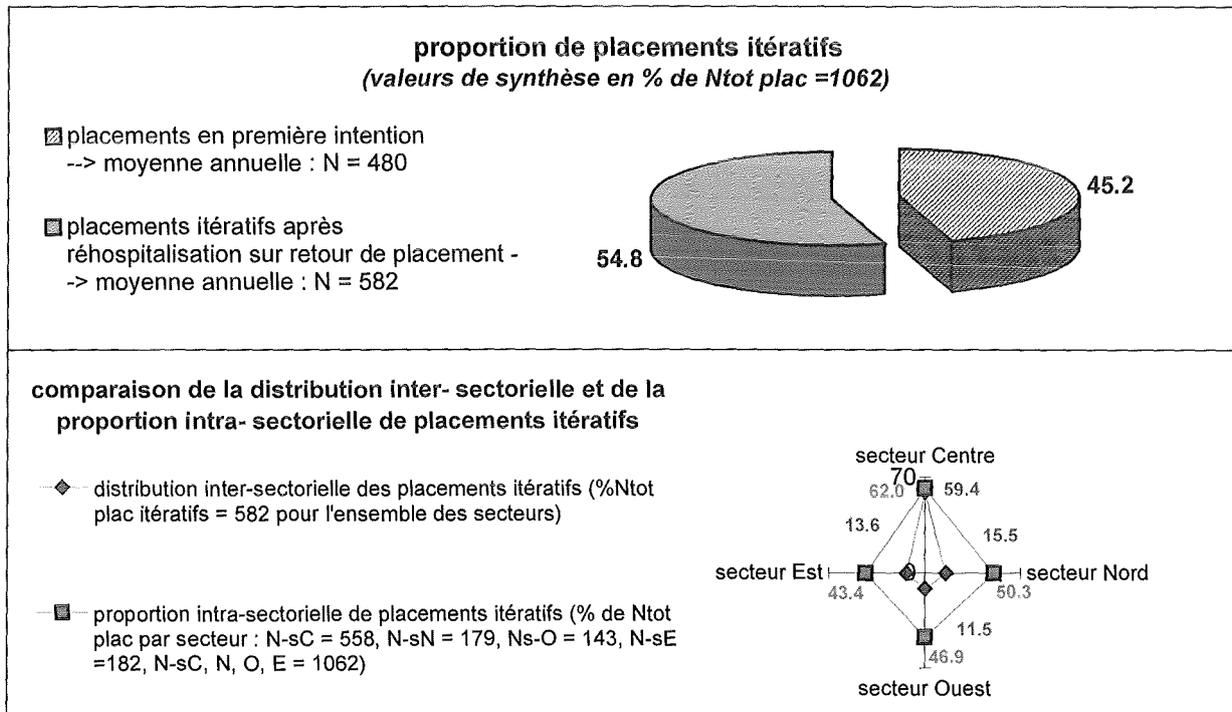
Sur cette base, le procédé de la régression linéaire donne des valeurs hypothétiques se projetant de 6 mois en 6 mois jusqu'en fin 2010. Comme une partie des toxicomanes relèvent de placements dans des foyers socio-éducatifs spécialisés dans le domaine de la toxicodépendance qui sortent de notre champ d'investigation, mais cela tout en présentant une co-morbidité psychopathologique suffisamment importante pour nécessiter une

⁵⁹ La question posée était : « Combien avez-vous **actuellement** de patients non-plaçables, hospitalisés ou non ? »

hospitalisation en milieu psychiatrique, les projections ont été calculées avec ou sans les placements de toxicomanes. Les projections suggèrent une progression des besoins variant respectivement de 4 à 1 possibilités de placement supplémentaires par année. Etant donné que certains des toxicomanes hospitalisés sont tout de même placés dans le réseau institutionnel étudié, la prévision d'augmentation se situe entre 1 et 13% pour les 10 ans à venir. Pour les raisons mentionnées plus haut, les besoins latents ne sont malheureusement pas intégrés dans ce scénario hypothétique d'évolution des besoins.

Evaluation des hospitalisations itératives

Après avoir rapidement abordé la question du volume et de l'évolution de la demande, il s'agit maintenant d'évoquer un facteur qui, nous le verrons plus tard, est important en terme de fonctionnement du réseau, à savoir une estimation de nombre de placements itératifs, obtenu par le biais des DMA. Par placements itératifs sont entendus les placements effectués à partir de l'hôpital pour un patient qui a déjà, au moins une fois pendant la période de référence, bénéficié d'une telle mesure. Nous ne savons pas si les placements itératifs ont la même destination que le premier placement ou une destination différente.

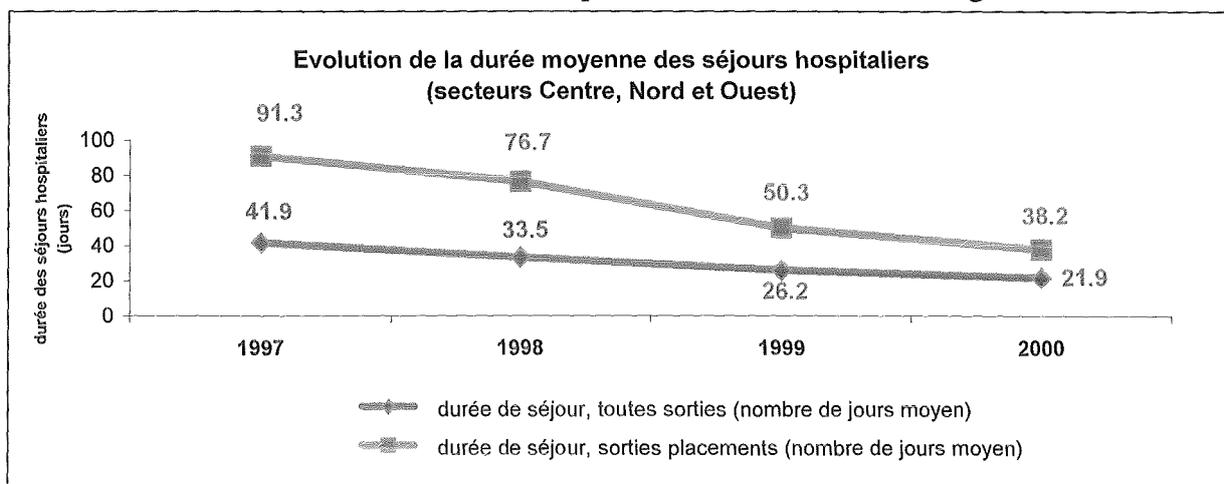


Graphique 4

Le phénomène des placements itératifs concerne le 54.8% de l'ensemble des placements effectués du 1^{er} janvier 1997 au 30 juin 2000. La proportion d'hospitalisations multiples sur retour de placement signale un « syndrome de la porte tournante » entre les hôpitaux psychiatriques et les établissements d'accueil. Rappelons que ce phénomène est habituellement décrit entre l'hôpital et le domicile, et qu'il constitue précisément une indication de placement pour les patients qu'il touche. Il sévit particulièrement dans le secteur Centre où la proportion intra-sectorielle de placements itératifs atteint 62%.

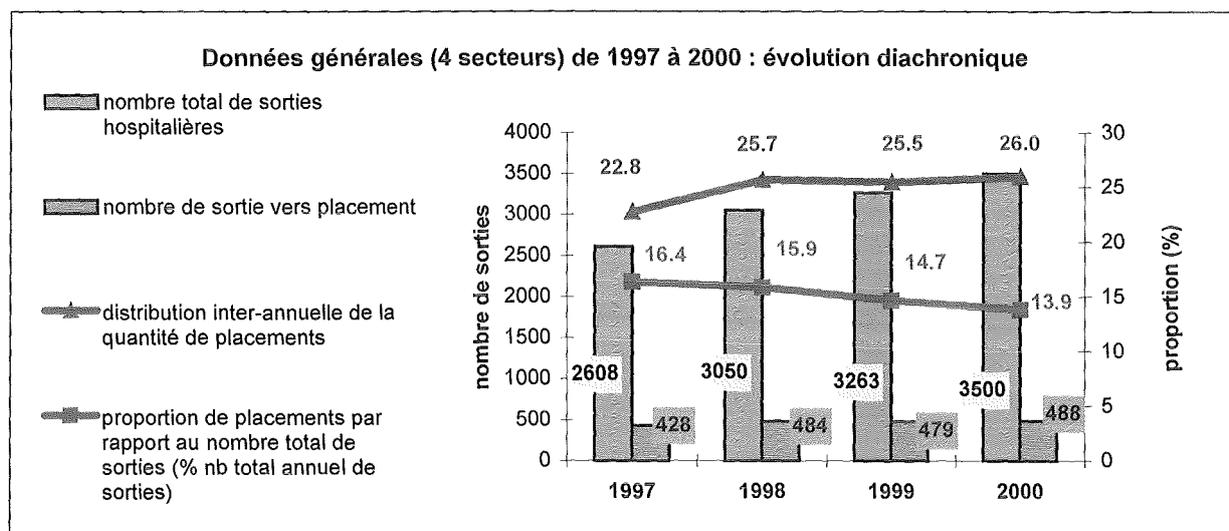
Le phénomène des placements itératifs est par ailleurs à mettre en relation avec la diminution des durées d'hospitalisation [graph. 5] et l'augmentation des admissions hospitalières [graph.6], dans la mesure où les patients sont insuffisamment stabilisés par leur bref séjour à l'hôpital, d'une part, et dans la mesure où le nombre croissant d'admissions entraîne une surcharge de travail pour les équipes hospitalières, qui s'accompagne d'une forte pression sur

la sortie des patients, et donc d'une préparation et d'une orientation des placements moins favorables à une installation « sereine » des patients dans leur lieu d'hébergement.



Graphique 5

On constate [graph.6] que le nombre d'hospitalisations psychiatriques (tout-venant) croît de façon importante au cours de la période de référence. C'est également, quoique dans une moindre mesure, le cas des placements effectués à partir de l'hôpital. Il y a donc une diminution de la proportion du nombre de placements par rapport au nombre d'hospitalisations.



Graphique 6

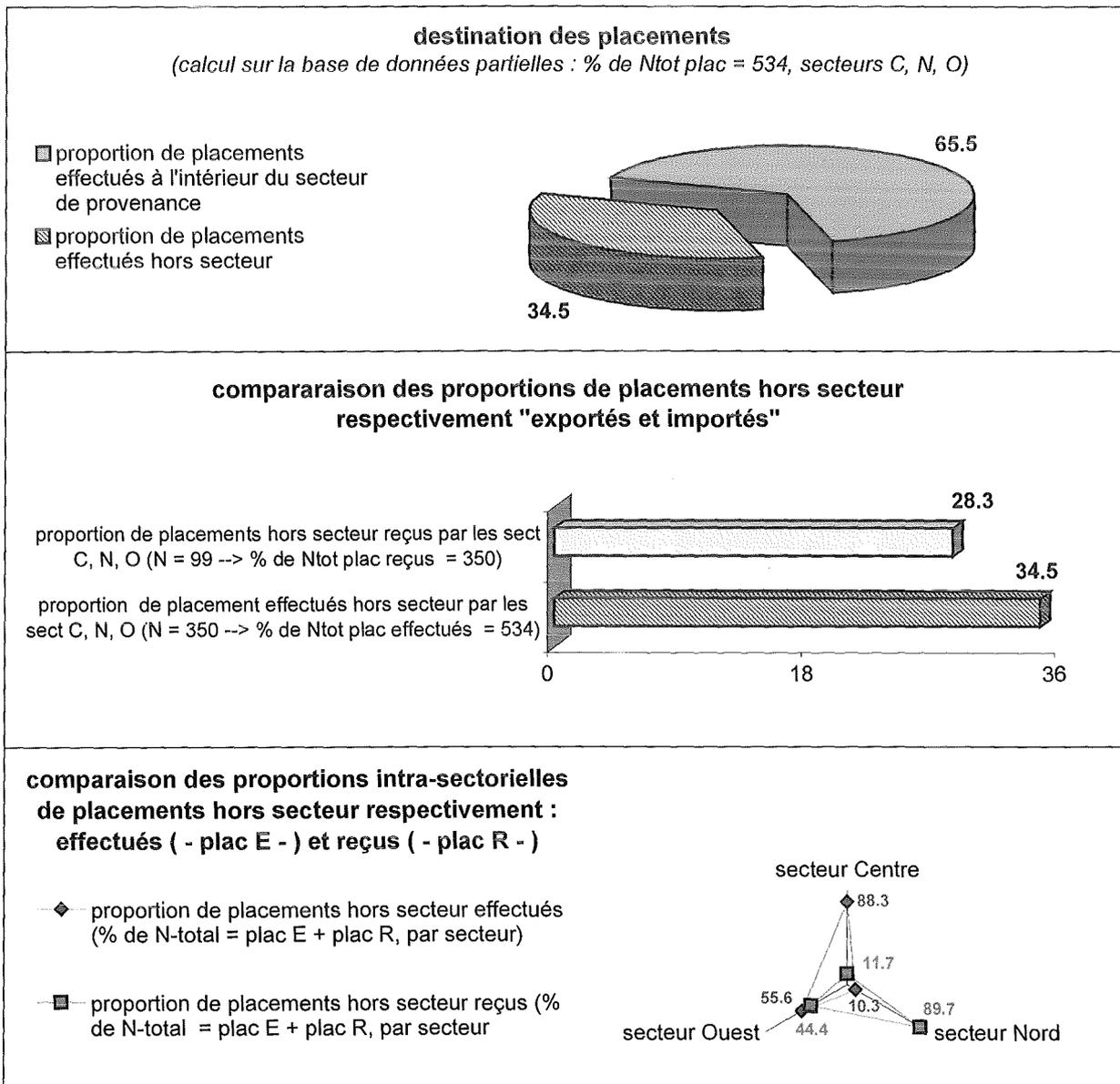
| Durée de séjour hospitalier moyenne avant placement (jours) | SECTEUR CENTRE | SECTEUR NORD | SECTEUR OUEST |
|---|----------------|--------------|---------------|
| 1997 | 71.1 | 51.9 | 207.8 |
| 1998 | 50.9 | 64.5 | 189.5 |
| 1999 | 46.1 | 43.2 | 76.4 |
| 2000 | 31.5 | 45.1 | 53.1 |

Ce tableau montre, sur la base de données partielles puisqu'il manque le secteur EST, que la diminution de la durée moyenne des séjours hospitaliers avant placements affecte tous les secteurs pour lesquels ces données existent. Le secteur CENTRE se signale par une durée de séjour particulièrement courte à la fin de la période de référence, ce qui souligne sa situation difficile et explique sa forte proportion d'hospitalisations itératives sur retour de placement.

La diminution la plus frappante reste celle du secteur OUEST, dont l'importance des durées de séjour moyennes en 1997 et 1998 s'explique par l'existence de quelques patients placés après avoir effectué à l'hôpital des séjours de plusieurs années.

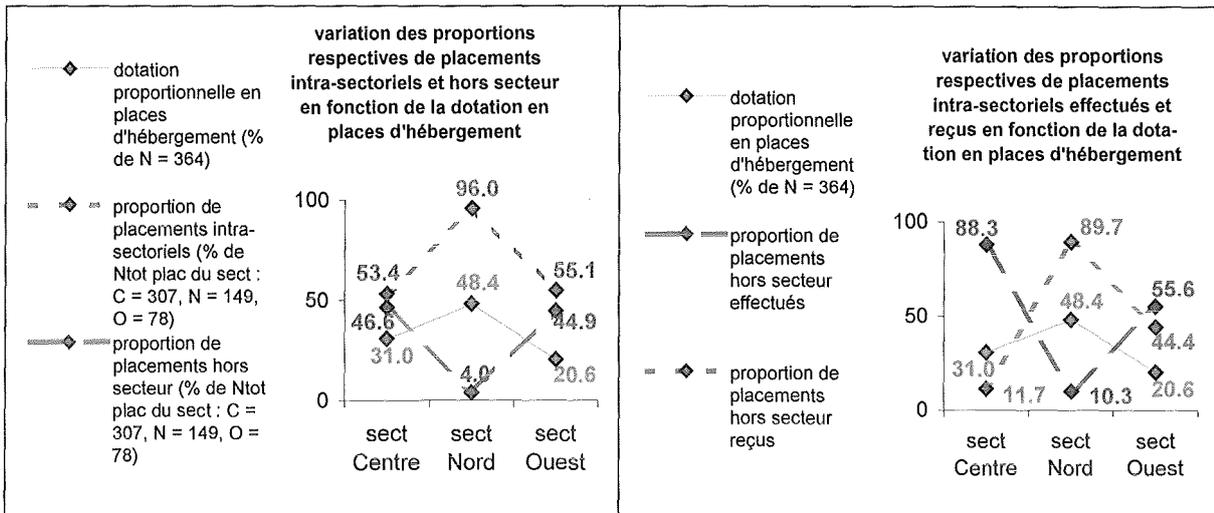
Dispersion des placements

En ce qui concerne la destination des placements, les imprécisions paramétriques déjà évoquées des DMA ont restreint les données utilisables à un collectif de 534 placements effectués par les secteurs CENTRE, NORD et OUEST. Dans les limites de la représentativité du collectif étudié, on observe qu'environ un tiers (34,5%) des placements sont effectués en dehors du secteur de provenance. Par ailleurs, l'exportation hors secteur des placements s'accompagne, logiquement, d'une importation de certains placements en provenance des secteurs voisins [graph.7].



Graphique 7

La comparaison des proportions intra-sectorielles de placements hors secteur, respectivement « effectués » et « reçus », met en évidence la dynamique des échanges inter-sectoriels qui caractérise le phénomène d'import-export en question.



Graphique 8

Pendant qu'ils « exportent » une proportion relativement importante (secteur CENTRE 88.3% et OUEST 55.6%), ou tout au moins non négligeable (secteur NORD 10.3%), des placements qu'ils effectuent, les secteurs « importent » également des placements venus d'ailleurs dans une proportion plus (secteur NORD 89.7%) ou moins (secteur OUEST 44.4% et secteur CENTRE 11,7%) importante.

On observe une relation entre la dotation des secteurs en places d'hébergement dans les établissements d'accueil qu'ils contiennent et leur tendance à effectuer ou à recevoir des placements hors secteurs. Dans les limites de leur représentativité, les données partielles sur lesquelles nous fondons notre constatation donnent des indices suggérant non seulement que la tendance à effectuer des placements hors secteur est inversement proportionnelle à la dotation intrinsèque en places d'hébergement, mais encore que la tendance à recevoir des placements hors secteurs venus d'ailleurs, au contraire, est directement proportionnelle à cette même dotation. Nous pouvons logiquement nous attendre à un tel phénomène, qui attire notre attention sur l'importance de la répartition intersectorielle des établissements d'accueil et de leur disponibilité.

Conclusions de l'analyse quantitative de la demande

| TYPE DE BESOIN | NOMBRE | PROPORTION |
|--|--------|------------|
| besoins couverts durant la période de référence | 1062 | 93,5 % |
| besoins latents | 74 | 6,5 % |
| total (volume global de la demande) | 1136 | 100,0 % |
| moyenne annuelle de la demande globale de possibilités de placements | 325 | 28,6 % |
| rapport de la demande annuelle moyenne globale à la population générale correspondante | | 0,08 % |

Tableau 2

D.1.b. Analyse qualitative de la demande

Les questions fermées du questionnaire, soit dichotomiques soit catégorielles, firent l'objet d'une analyse descriptive simple (pourcentages). Les questions ouvertes et les commentaires furent regroupés et simplifiés en réponses-type, afin d'obtenir des tendances.

Je ne vais pas détailler tous les résultats de l'analyse qualitative de la demande, mais présenter ici un résumé de ces données, en me limitant à celles qui soulignent des aspects importants du fonctionnement du réseau intermédiaire résidentiel, ou de la direction qu'il devrait prendre, selon ces professionnels confrontés quotidiennement aux problèmes occasionnés par les placements.

Disponibilités des établissements du réseau :

| OPINION QU'IL Y A UN MANQUE DE DISPONIBILITE MOYEN OU IMPORTANT | PROPORTION DES REFERENTS |
|---|--------------------------|
| dans les établissements médico-sociaux | 40.5 |
| dans les foyers socio-éducatifs | 73.8 |
| dans les pensions pour patients psychiatriques | 60.5 |
| OPINIONS SUR LA SUFFISANCE/INSUFFISANCE GLOBALE DU RESEAU | PROPORTION DES REFERENTS |
| Le réseau institutionnel est globalement suffisant | 52.3 |
| Le réseau institutionnel est globalement insuffisant | 47.7 |
| OPINIONS SUR L'EVOLUTION DE LA DISPONIBILITE DU RESEAU | PROPORTION DES REFERENTS |
| Amélioration de la disponibilité du réseau durant la période considérée | 19.1 |
| Pas de changement notable durant la période considérée | 45.2 |
| Péjoration de la disponibilité du réseau durant la période considérée | 35.7 |

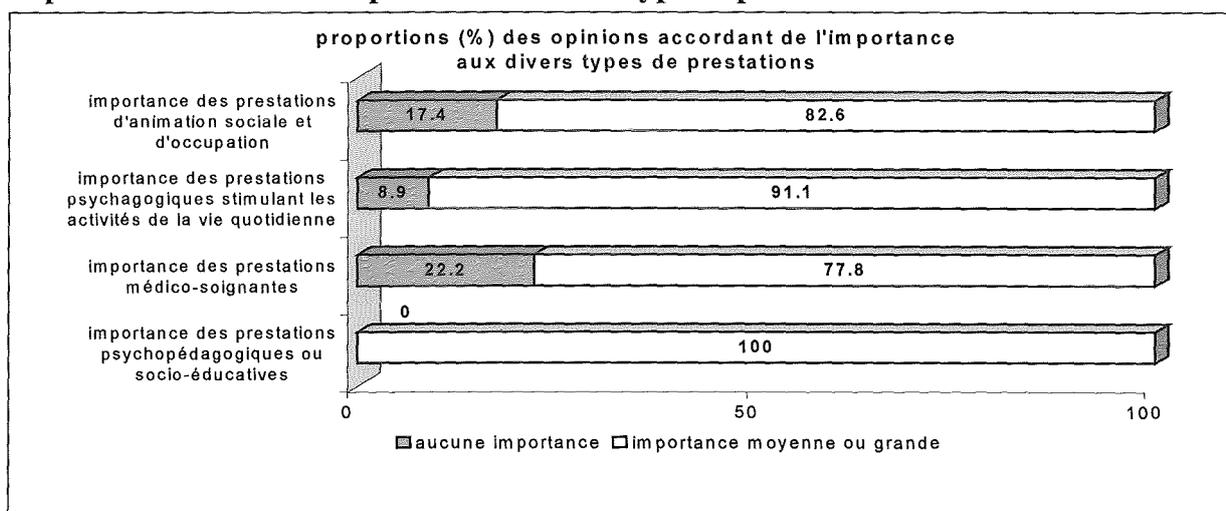
Tableau 3

Types de manque de disponibilité au sein de réseau :

L'analyse plus détaillée du contenu des opinions montre que les manques de disponibilité évoqués sont de types différents :

- Manque de type localisé : absence d'établissements d'accueil spécialisés dans la prise en charge de patients psychiatriques de toutes sortes (EMS, FSE ou PPP) à certains endroits (vallée de Joux, région de Vallorbe).
- Manque de type catégoriel régional : disponibilité insuffisante en milieu urbain, surtout dans les établissements d'accueil d'orientation réhabilitative affirmée (dans la région de la Côte et dans la région lausannoise).
- Manque de type catégoriel cantonal : il manque de possibilités de placements dans des établissements d'accueil spécialement organisés pour l'encadrement institutionnel des patients gravement perturbés (des patients souffrant de co-morbidité (association d'une maladie mentale évolutive ou d'un trouble majeur de la personnalité avec la toxicomanie), et des patients ayant un statut médico-légal (c'est-à-dire présentant une intrication de psychopathologie et de délinquance, notamment de délinquance sexuelle).

Opinions concernant l'importance de divers type de prestations :



Graphique 2

On observe que l'intérêt pour l'ensemble des prestations est très important. Ce constat concorde avec l'importance soulignée par l'immense majorité des intervenants médico-

sociaux pour la **dotation** et la **formation** du personnel des établissements d'accueil (plus de 95% les considèrent importants ou très important).

La comparaison de l'importance proportionnelle respectivement accordée aux diverses formes de prestations met en évidence la prédominance des attentes concernant les prestations psychopédagogiques ou socio-éducatives et la psychopédagogie stimulant les activités de la vie quotidienne. L'intérêt pour les prestations médico-soignantes se situe au dernier rang des préoccupations des intervenants médico-sociaux. Ce n'est pas l'importance de ces prestations qui est remise en cause, mais parfois la nécessité de leur présence dans l'établissement d'hébergement. Cette constatation suggère que, dans le contexte du processus de placement, l'objectif de réhabilitation psychosociale passe au premier plan aux yeux des intervenants médico-sociaux chargés des placements.

Attentes concernant les conditions d'hébergement :

Les préoccupations concernant la possibilité de disposer d'une chambre individuelle (91%) et celles qui concernent le respect de l'autonomie (96%) se rejoignent. L'importance pour les patients de pouvoir bénéficier d'un espace d'intimité et d'une indépendance relative est fortement soulignée par les intervenants qui reçoivent quotidiennement des demandes dans ce sens au moment de chercher un placement. Toutefois, s'agissant du respect de l'autonomie, les référents ont précisé qu'il ne devait pas se développer au détriment de la rigueur de l'encadrement institutionnel.

Attentes concernant les conditions d'encadrement institutionnel :

Les intervenants médico-sociaux qui réalisent les placements insistent avec unanimité (100%) sur l'importance de la chaleur humaine susceptible de caractériser l'ambiance institutionnelle proposée par les établissements d'accueil. Ils ont exprimé l'importance de la manifestation immédiate de cette qualité d'approche relationnelle, déjà lors des premiers contacts entre le patient et son futur établissement d'accueil, dans la mesure où cette dimension facilite la collaboration du patient.

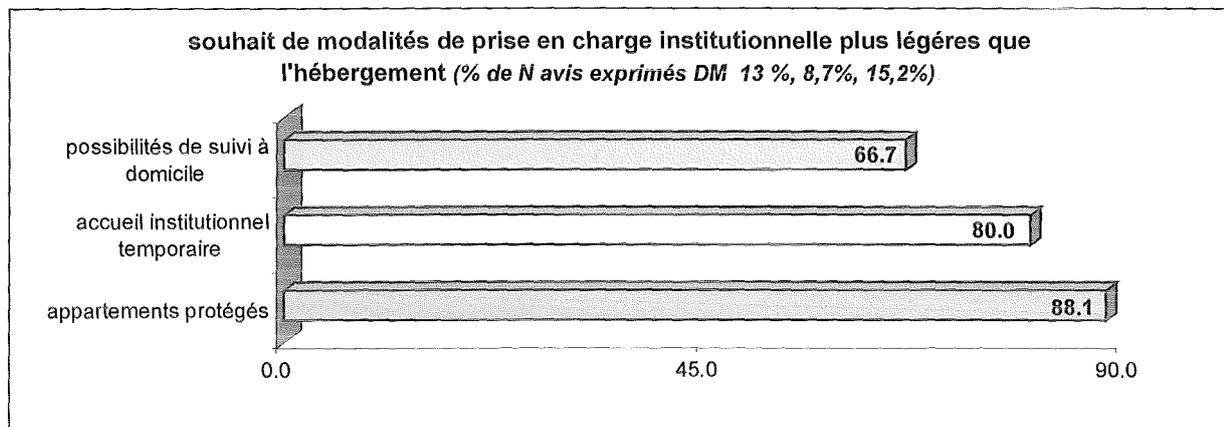
Par ailleurs, 98% des intervenants interrogés soulignent l'importance de la tolérance de l'institution vis à vis des symptômes résiduels, et la même proportion appuie l'importance de la collaboration de l'établissement avec le réseau social naturel et la famille du patient.

Appréciation de la procédure aboutissant au placement :

Lors de la réalisation des placements, les principales difficultés sont en rapport avec la nécessité de devoir trouver des solutions à relativement brève échéance, ce qui limite le choix aux établissements d'accueil qui ont une disponibilité accessible à court terme. Les intervenants médico-sociaux référents situent donc les difficultés en rapport avec les délais au premier rang de leurs préoccupations, puisque ces difficultés apparaissent, selon eux, dans près de la moitié des cas (47.5%). Il en résulte logiquement des difficultés à tenir compte des désirs des patients dans une proportion des cas qui s'avère importante (40.3%). On constate toutefois que les difficultés à satisfaire les besoins spécifiques des patients apparaissent dans une moindre mesure (29% des cas). S'agissant des difficultés rencontrées dans la réalisation des placements, il faut toutefois tenir compte du fait que la représentativité des opinions émises est relativement faible ; en effet, la proportion des référents qui ne se sont pas prononcés précisément à ce sujet varie de 30.4% à 47.8% selon les items, alors que le pourcentage de données manquantes ne dépasse pas 2.2% pour le reste de l'enquête d'opinion. Quoi qu'il en soit, de manière générale, **lorsqu'ils peuvent disposer du temps nécessaire pour les réaliser**, les référents estiment que les placements s'effectuent dans d'assez bonnes conditions.

En ce qui concerne les placements difficiles à réaliser, comme on pouvait s'y attendre, ce sont principalement les cas de statut médico-légal, les cas des patients gravement perturbés par une co-morbidité ou les cas de placement à fin d'assistance qui sont évoqués.

Souhaits de développement d'autres formes de prise en charge :



Graphique 10

L'analyse du contenu des opinions exprimées par les référents fait apparaître l'expectative d'une évolution du réseau institutionnel étudié vers un dispositif plus ouvert, davantage orienté vers la réinsertion des patients psychiatriques chroniques dans un domicile intégré dans la communauté sociale naturelle.

Les données qualitatives sont naturellement entachée de la subjectivité des intervenants soumis au questionnaire. Cela se reflète par exemple dans les réflexions sur les établissements du réseau, clairement influencés par la qualité de leurs liens avec ces institutions. Cependant, les données ainsi obtenues, ainsi que les commentaires qui les accompagnent, ont permis de réunir de précieuses informations sur les attentes des assistants sociaux et sur « l'ambiance » qui prévaut au sein des secteurs. Ainsi, les assistants sociaux du secteur Centre nous ont paru les plus véhéments à dénoncer les carences et les failles du système, notamment la pression exercée sur la sortie rapide des patients hospitalisés et la difficulté qui en résulte à trouver un placement adéquat. Ces résultats sont congruents avec les données quantitatives qui témoignent d'une situation particulièrement aiguë dans ce secteur (réduction rapide des durées de séjours et du nombre de lits hospitaliers, syndrome de la porte tournante, etc.). Dans le secteur Ouest, en revanche, les assistants sociaux étaient plus sereins et se sentaient moins déçus par la qualité de leurs placements, notamment parce qu'ils pouvaient négocier sans trop de difficulté avec les autorités médicales la prolongation d'une hospitalisation dans l'attente d'un placement prévu. La forte pression exprimée par les assistants sociaux du secteur Est reflète sans doute autant les relations plutôt tendues entre l'hôpital et certains établissements du secteur qu'un gros problème de disponibilité. Cette possibilité est étayée par le fait que l'hôpital de Nantes dispose d'une unité résidentielle pouvant admettre certains patients pour les stabiliser avant un placement.

La tendance générale qui émerge des opinions des assistants sociaux consiste d'une part à demander des possibilités d'accueil favorisant la réhabilitation psycho-sociale et l'émancipation progressive des patients (urbains, pas forcément médicalisés mais bénéficiant d'un personnel à la fois bien formé et chaleureux), et d'autre part des établissements offrant un cadre plus strict et/ou spécialisé, voire fermé, pour les patients comorbides, délinquants ou récalcitrants.

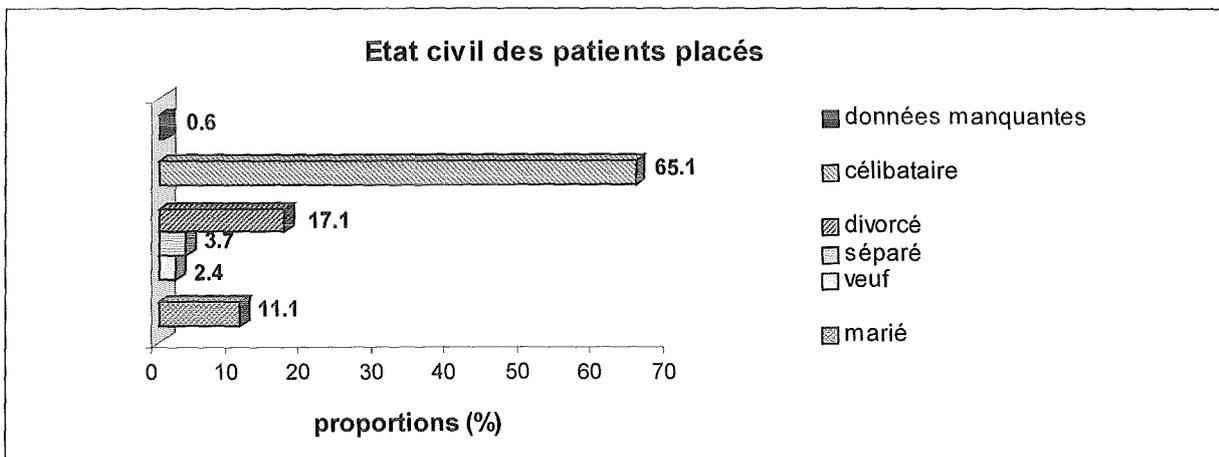
D.2. EVALUATION DE LA POPULATION-CIBLE

Les résultats⁶⁰ présentés ici sont issus des DMA⁶¹, et servent deux objectifs distincts quoique complémentaires :

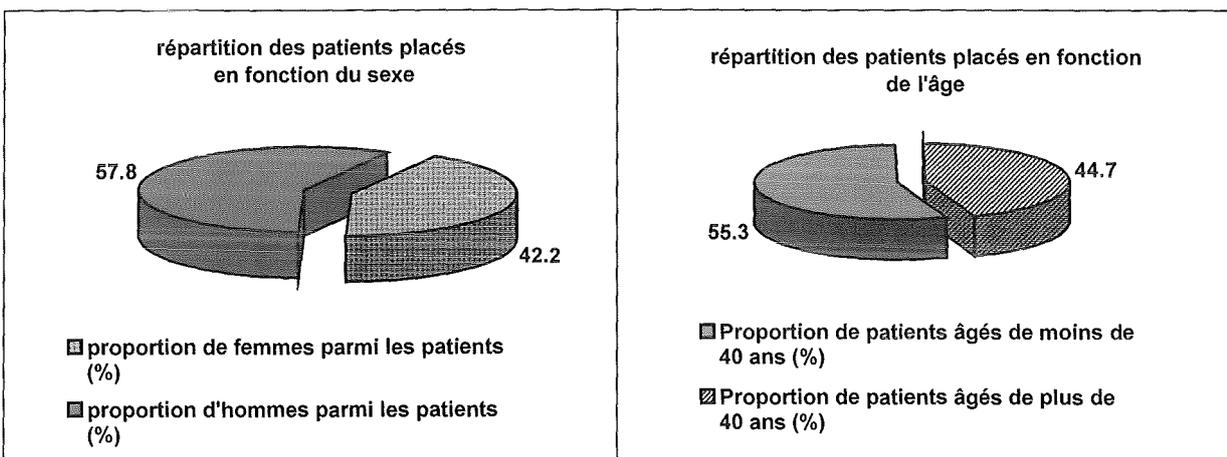
- ⇒ Une étude épidémiologique systématique des troubles psychiques affectant la population étudiée, et conduisant à un placement dans un établissement du réseau intermédiaire. Ces résultats, surtout dans la perspective de l'examen ultérieur de leur évolution dans le temps, peuvent contribuer à affiner la planification du réseau.
- ⇒ De ces données épidémiologiques peuvent se déduire, selon les connaissances actuelles en matière de réhabilitation, une description relativement précise des besoins de prise en charge des patients concernés, sur les plans du cadre de vie et du contenu des programmes thérapeutiques (compris dans son acception la plus large).

Ces données seront parfois complétées d'informations ad hoc issues des questionnaires concernant la demande.

D.2.a. Caractéristiques socio-démographiques



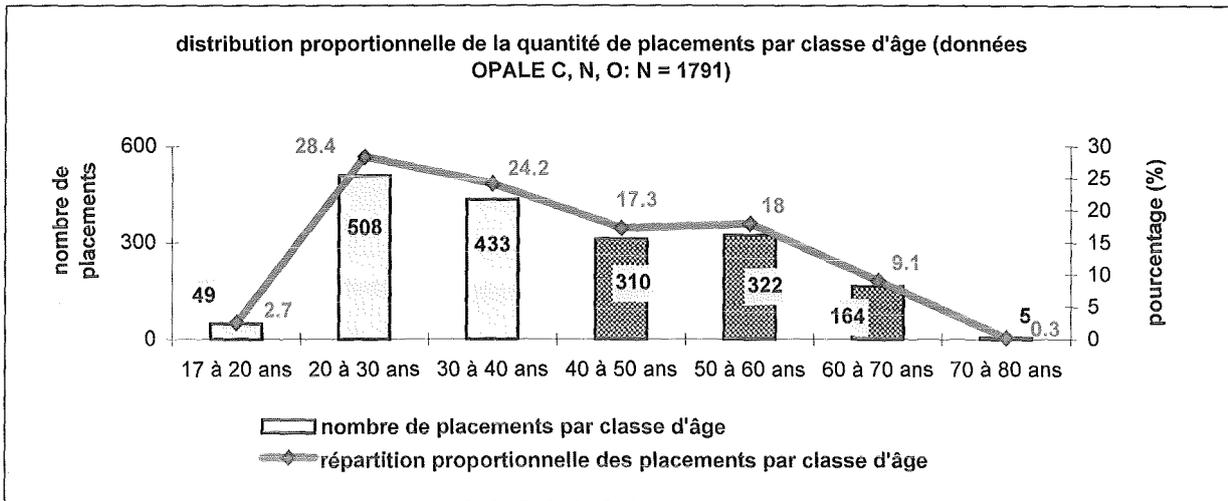
Graphique 11



Graphique 12

⁶⁰ Je tiens à préciser que cette partie est constituée d'un choix de données entièrement traitées par le Dr Grasset. Il me semblait important de les adjoindre à mon travail, dans la mesure où elles sont essentielles à la compréhension des besoins auxquels il s'agit de répondre par un placement résidentiel extrahospitalier.

⁶¹ Recensement des diagnostics de tous les patients ayant été placés depuis les hôpitaux psychiatriques du canton pendant la période de référence.

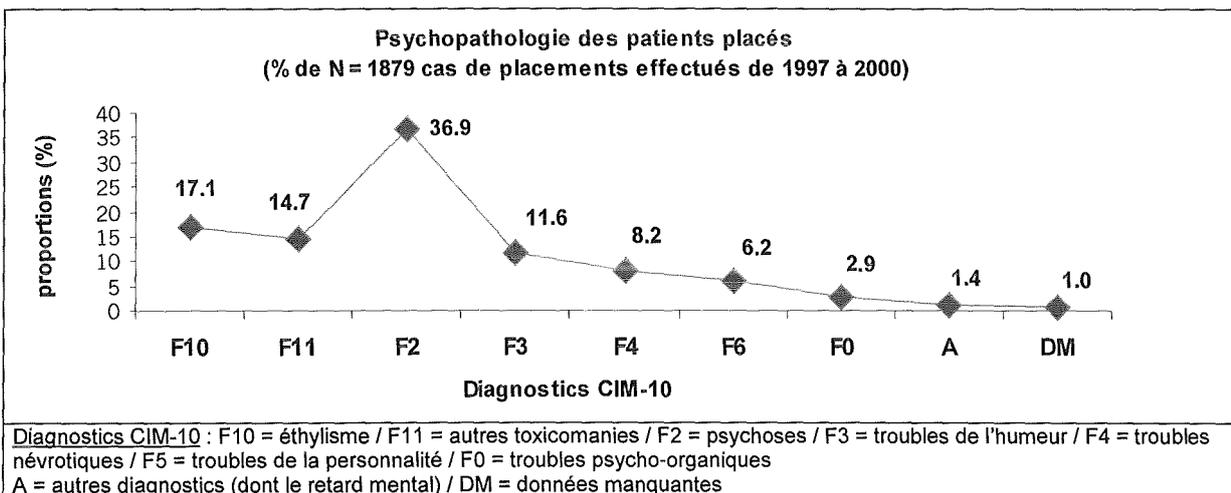


Graphique 13

La population-cible, en terme socio-démographique, est donc souvent isolée socialement (seuls 11% des patients placés sont mariés), plutôt masculine et plutôt jeune. Notons que la population considérée a normalement de 18 à 65 ans, et que les quelques patients plus âgés ont vraisemblablement été placés dans des établissements gériatriques ou psychogériatriques. Il y a cependant un biais concernant ces données, puisqu'elles sont issues de l'ensemble des DMA, et qu'elles comprennent donc les hospitalisations multiples. Or il semble, selon la littérature internationale, que les jeunes aient plus tendance aux admissions récurrentes.

L'âge et le diagnostic, contrairement au sexe⁶², sont considérés par les intervenants médico-sociaux référents comme des critères importants dans la décision de l'orientation d'un placement. Dans de nombreux cas, ces professionnels estiment que les jeunes patients ne devraient pas être mis dans des établissements d'accueil dont les autres résidents ont une moyenne d'âge élevée, afin de ne pas les exposer à un rythme peu propice à la réhabilitation, et parfois favorable à l'institutionnalisme.

D.2.b. Pathologie en cause



Graphique 14

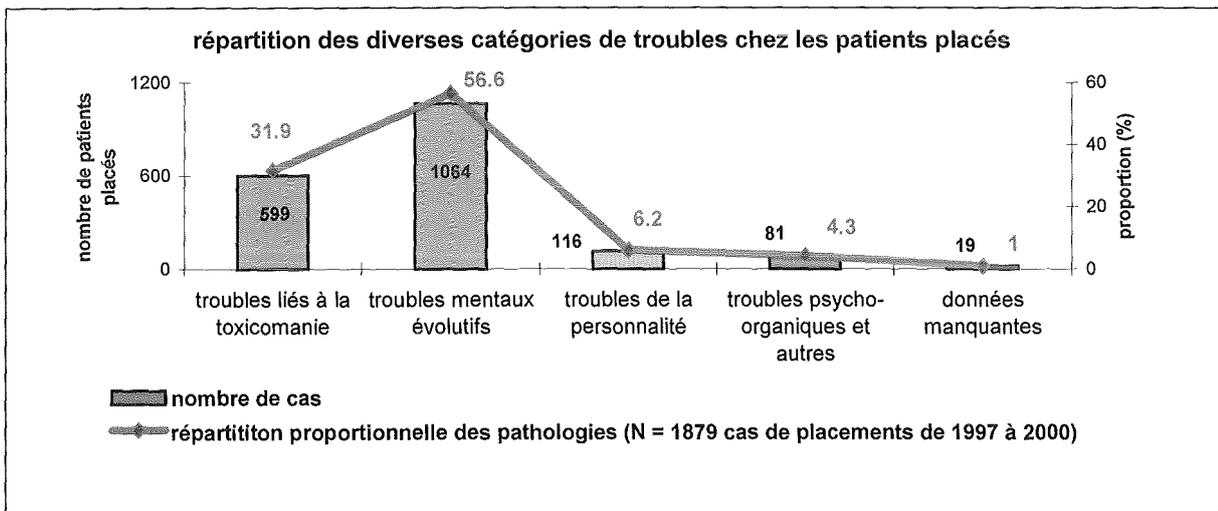
⁶² La mixité du groupe des résidents hébergés dans un établissement d'accueil est généralement considéré comme un utile facteur d'intégration sociale.

On observe une grande variété dans les diagnostics désignant les troubles dont souffrent les patients placés. Pour simplifier la description de la pathologie en cause, il est possible de rassembler les principaux diagnostics en trois grandes catégories :

| CATEGORIES DE TROUBLES PSYCHIQUES | CARACTERISTIQUES |
|---|---|
| troubles liés à une maladie mentale évolutive <ul style="list-style-type: none"> ▪ troubles psychotiques ▪ troubles de l'humeur ▪ troubles névrotiques | ⇒ affection psychiatrique caractérisée par une évolution malade nécessitant un traitement spécifique pour la réduction de symptômes particuliers → les symptômes psychotiques sont principalement le délire, les hallucinations, l'incohérence de la pensée → les symptômes des troubles de l'humeur sont principalement la mélancolie dépressive ou l'exaltation euphorique → les symptômes d'un trouble névrotique majeur sont principalement l'anxiété, la phobie ou les obsessions et les compulsions. |
| troubles liés à une personnalité pathologique | ⇒ affection correspondant à une perturbation caractérielle qui entretient → une instabilité psychoaffective et des troubles relationnels durables liés à l'intolérance à la frustration et à l'impulsivité. → association fréquente à l'addiction |
| toxicomanies <ul style="list-style-type: none"> ▪ éthylisme ▪ autres formes d'addiction | ⇒ affection résultant d'un syndrome de dépendance aux diverses formes de drogue → assuétude, conduites addictives |

Tableau 4

On distingue encore une dernière catégorie rassemblant les troubles psycho-organiques (affection en relation avec une lésion [traumatique, tumorale, dégénérative, infectieuse ou toxique] du système nerveux central), d'une part, et d'autres diagnostics comme la débilité mentale, d'autre part ; dans cette dernière catégorie de troubles, les symptômes sont principalement liés à une déficience de la mémoire et des aptitudes intellectuelles.

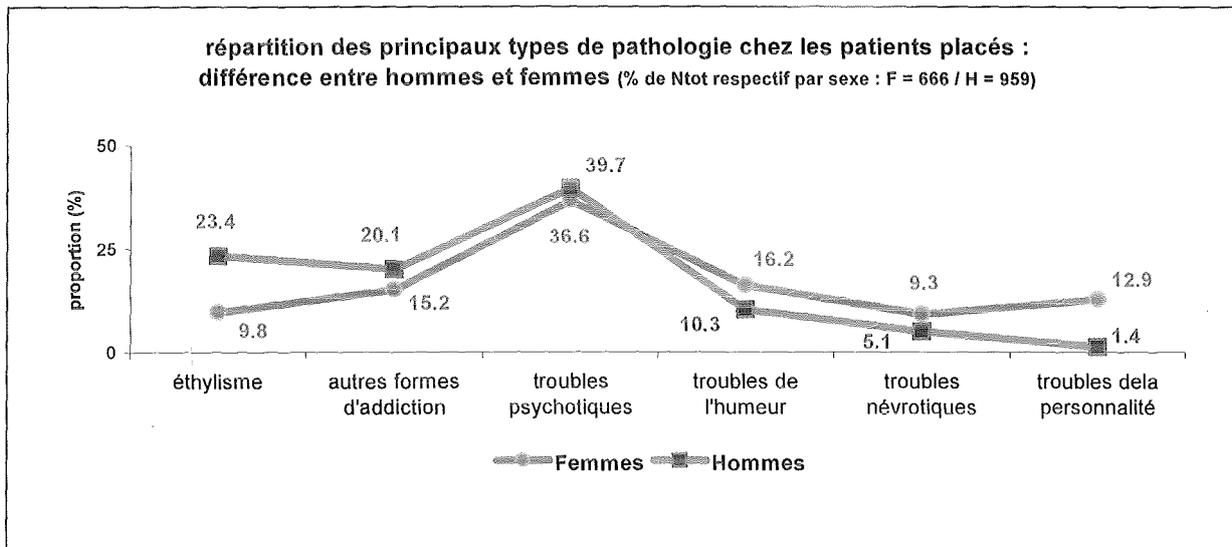


Graphique 14 bis

Les troubles mentaux évolutifs (56.6% des cas) sont nettement majoritaires, et notamment représentés par les troubles psychotiques (36.9% des cas [cf. graph.14]).

Les troubles de la personnalité ne représentent qu'une faible proportion des diagnostics principaux (6.2%), mais il faut tenir compte du fait qu'ils sont très fréquemment associés (comme diagnostic secondaire) à la toxicomanie, laquelle correspond à une proportion

relativement élevée des troubles diagnostiqués (31.9% des cas). En examinant la répartition proportionnelle des différents types de troubles dans les deux principales catégories de la pathologie en cause, on observe une prédominance des troubles psychotiques (65.1%) parmi les troubles mentaux évolutifs et une prédominance de l'éthylisme (53.8 %) parmi les troubles liés à la toxicomanie. Bien que les toxicomanes relèvent en principe d'une prise en charge dans des établissements socio-éducatifs spécialisés dans le domaine de la toxicodépendance, ceux qui présentent une comorbidité psychopathologique suffisamment importante pour nécessiter une hospitalisation en milieu psychiatrique s'adressent tout de même assez fréquemment au réseau institutionnel étudié.



Graphique 15

Dans la population cible, on observe que la toxicomanie (principalement l'éthylisme) prédomine chez les hommes, alors que les troubles de l'humeur, les troubles névrotiques et les troubles de la personnalité prédominent chez les femmes. En ce qui concerne les troubles psychotiques, la proportion masculine est relativement proche de la proportion féminine, ce qui n'est pas étonnant car il est connu que ce genre de trouble est à peu près aussi fréquent chez les femmes que chez les hommes.

D.2.c. Le syndrome résiduel

Au moment du placement, en raison du raccourcissement des hospitalisations, la stabilisation de l'état psychique des patients est encore précaire. Les symptômes de la phase aiguë de leur affection sont apaisés mais, la plupart du temps, les patients présentent encore des symptômes plus ou moins fluctuants, qui constituent ce que l'on appelle le « syndrome résiduel ».

Les informations et les estimations obtenues des intervenants médico-sociaux référents permettent d'évaluer les manifestations du syndrome résiduel, telles qu'elles se présentent dans la population cible. De manière générale, le syndrome résiduel est constitué de deux types de symptômes : les symptômes florides et les symptômes déficitaires (cf. tab.5).

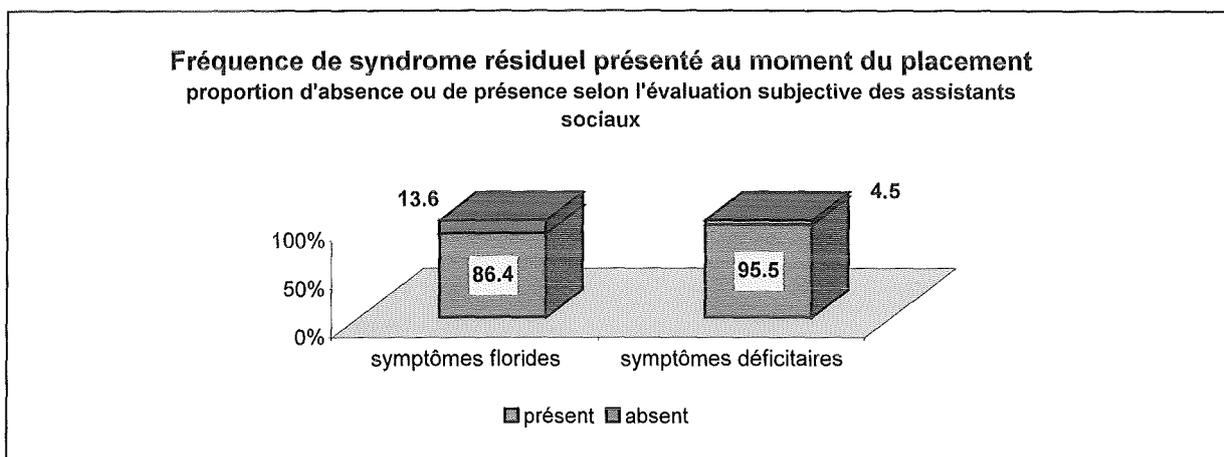
Syndrome déficitaire dans les troubles mentaux évolutifs :

| PRINCIPAUX SYMPTOMES FLORIDES ET DEFICITAIRES EN FONCTION DU TYPE DE TROUBLE MENTAL EVOLUTIF | | |
|--|--|---|
| type de trouble | symptômes florides | symptômes déficitaires |
| troubles psychotiques | <ul style="list-style-type: none"> ▪ délire ▪ hallucinations ▪ incohérence et désorganisation du comportement | <ul style="list-style-type: none"> ▪ apragmatisme ▪ retrait social ▪ appauvrissement du discours ▪ émoussement affectif |

| PRINCIPAUX SYMPTÔMES FLORIDES ET DÉFICITAIRES EN FONCTION DU TYPE DE TROUBLE MENTAL ÉVOLUTIF - SUITE | | |
|--|---|--|
| type de trouble | symptômes florides | symptômes déficitaires |
| troubles de l'humeur mode dépressif | <ul style="list-style-type: none"> ▪ idéation mélancolique ▪ agitation anxieuse, tristesse ▪ velléités suicidaires | <ul style="list-style-type: none"> ▪ inhibition dépressive, pessimisme ▪ repli sur soi, mutisme ▪ ralentissement psychomoteur |
| troubles de l'humeur mode maniaque | <ul style="list-style-type: none"> ▪ logorrhée, euphorie, exaltation ▪ mégalomanie ▪ fuite des idées, hyperactivité désordonnée | <ul style="list-style-type: none"> ▪ insomnie ▪ absence d'autocontrôle ▪ dispersion, manque de concentration |
| troubles névrotiques | <ul style="list-style-type: none"> ▪ angoisse, conduites d'évitement ▪ phobies diverses ▪ obsessions, compulsions, rituels de contrôle | <ul style="list-style-type: none"> ▪ désorganisation ▪ inhibition craintive ▪ manque de confiance en soi |

Tableau 5

On constate que les deux composantes du syndrome résiduel se manifestent l'une et l'autre dans la grande majorité des cas [graph.16]. On observe toutefois une certaine fluctuance dans la fréquence d'apparition des symptômes.



Graphique 16

En ce qui concerne les conséquences sur le plan psychosocial, 68% des intervenants interrogés considèrent que le syndrome floride apparaît fréquemment (48%) ou très fréquemment (21%) et 84% estiment que le syndrome déficitaire apparaît fréquemment (45%) ou très fréquemment (39%). Le syndrome déficitaire semble donc prédominer légèrement dans les manifestations résiduelles, si l'on en croit l'analyse de ces données sommaires.

| TROUBLE MENTAL ÉVOLUTIF – INCIDENCES DU SYNDROME RÉSIDUEL SUR LE PLAN PSYCHOSOCIAL | |
|---|---|
| <p>conséquences des symptômes florides</p> <ul style="list-style-type: none"> → altération du contact avec la réalité → inadéquation du comportement → projectivité ou interprétativité délirante ou subdélirante dans la relation avec autrui → stigmatisation → inaptitude à l'activité professionnelle | <p>conséquences des symptômes déficitaires</p> <ul style="list-style-type: none"> → perturbation relationnelle → dépendance par rapport à l'entourage → désinsertion sociale → désavantage majeur sur le plan de l'« employabilité » professionnelle |

Tableau 6

Syndrome déficitaire dans les troubles de la personnalité :

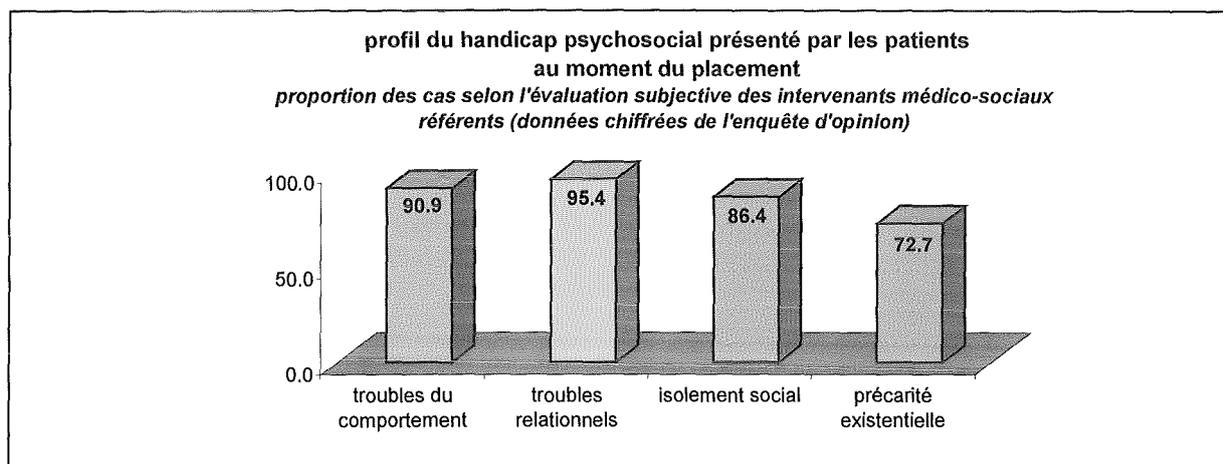
Dans ce cas, la persistance des troubles se manifeste sous la forme d'une réactivité psychique facilement exacerbée et de tendances comportementales prévalantes.

| DESCRIPTION DES PRINCIPALES MANIFESTATIONS DES TROUBLES MAJEURS DE LA PERSONNALITE | |
|--|--|
| réactivité psychique et tendances comportementales | conséquences psychosociales |
| <ul style="list-style-type: none"> • labilité émotionnelle • angoisse exacerbée au moindre stress relationnel • désarroi abandonnique si l'entourage ne répond pas rapidement aux attentes • intolérance à la frustration provoquant une réaction de révolte en cas de contrariété ou de déception • passage à l'acte impulsif pour tenter d'obtenir des satisfactions immédiates • projectivité défensive tendant à situer chez autrui la responsabilité ou la cause des difficultés • irritabilité en cas de confrontation à des limites • propension à se situer sous la dépendance de l'entourage • propension à l'addiction éthylique, médicamenteuse, aux opiacés ou à la cocaïne | <ul style="list-style-type: none"> → perturbation des conduites sociales par de fréquents débordements émotionnels → fréquents problèmes relationnels avec autrui → instabilité dans l'investissement psychoaffectif des relations avec l'entourage significatif → déficience des possibilités d'adaptation aux règles habituelles de la vie sociale → déficience de l'aptitude à supporter de façon adéquate les contraintes de l'activité professionnelle |

Tableau 7

D.2.d. Le handicap psychosocial

La vulnérabilité psychoaffective liée à la pathologie en cause, de même que la persistance de symptômes résiduels plus ou moins fréquents, provoquent un handicap important sur le plan psychosocial. Les informations et les estimations obtenues des intervenants médico-sociaux référents permettent d'évaluer les manifestations de ce handicap, tel qu'il se présente dans la population cible.



Graphique 17

| ESTIMATION DE LA FREQUENCE DES ELEMENTS DU HANDICAP PSYCHOSOCIAL | | | | |
|--|-------------|-------|-----------|----------------|
| % des avis pour chaque fréquence | Inexistants | Rares | Fréquents | Très fréquents |
| Troubles du comportement | 9.1 | 25.0 | 43.2 | 22.7 |
| Troubles relationnels | 4.6 | 31.8 | 29.5 | 34.1 |
| Isolement social | 13.6 | 13.6 | 38.7 | 34.1 |
| Précarité existentielle | 27.3 | 50.0 | 20.4 | 2.3 |

Tableau 8

Les résultats présentés dans cette partie sont issus pour une des réponses au questionnaire en ce qui concerne le syndrome résiduel et le handicap psychosocial. Ces dernières sont évidemment entachées de subjectivité, mais elles rendent l'impression de professionnels qui en général disposent d'une certaine « culture clinique », et qui, confrontés quotidiennement avec les difficultés liées aux placements, bénéficient d'une bonne expertise de la situation.

Ces résultats sont d'autre part issus des DMA, pour les données socio-démographiques et diagnostiques. En terme méthodologique, le mode de traitement des données n'est pas d'une rigueur parfaite dans la mesure où les analyses ont été effectuées à divers moments de la recherche et sur des collectifs de données de taille différentes (7 ou 8 semestres, avec ou sans le secteur Est). Cependant, toutes les données concernent uniquement les patients placés, et l'utilisation de proportions relativise ce biais. En revanche, ces données incluent les placements itératifs, ce qui constitue une source de biais puisque le diagnostic du même patient est comptabilisé autant de fois qu'il est hospitalisé.

Compte tenu de ces sources de biais, les résultats obtenus peuvent se résumer de la manière suivante : La population-cible est constituée d'une majorité (55.3%) de patients de moins de 40 ans (parmi lesquels une majorité de moins de 30 ans). Il s'agit en majorité d'hommes (57.8%) et de patients isolés socialement (seuls 11.1% d'entre eux sont mariés), bien que l'on puisse supposer parmi les 88.3% des « célibataires-veufs-séparés-divorcés » une certaine proportion de personnes vivant en union libre. Ces patients sont pour 56.6% affectés de troubles mentaux évolutifs (36.9% de psychoses) et pour 31.9% de troubles liés à la toxicomanie ou à l'alcoolisme. Les troubles de la personnalité sont nettement moins représentés mais fréquemment assortis de comorbidités toxicomaniaques, et généralement assez difficile à placer dans la mesure où les établissements redoutent leurs tendances comportementales (le syndrome résiduel des patients psychotique, en particulier déficitaire, semble moins problématique à gérer). Selon l'opinion de la majorité des assistants sociaux, le syndrome résiduel (surtout déficitaire) et un handicap psychosocial, caractérisé notamment par les troubles du comportement et les difficultés relationnelles, sont fréquents au moment du placement.

D.3. EVALUATION DE L'OFFRE

L'évaluation de l'offre avait notamment pour but de dresser un inventaire détaillé du réseau d'établissements d'accueil résidentiel extrahospitalier privés d'intérêt public. Il s'agissait, du point de vue des mandants, d'examiner les deux catégories principales d'établissements (EMS et FSE) et de comparer leurs similarités et leurs différences, de façon à pouvoir disposer d'une base de réflexion utile à la prise d'une décision quant à la gestion du réseau.

Du point de vue des chercheurs, l'enquête devait se compléter d'une évaluation plus fonctionnelle, et servir à acquérir et à diffuser de meilleures connaissances concernant les établissements auxquels nos patients sont régulièrement confiés. Ces connaissances portaient aussi bien sur l'environnement des établissements que sur les modalités de prise en charge.

Du point de vue de ma démarche personnelle, les données choisies reflètent les particularités des modes de prises en charge offertes par le réseau, et apportent des informations au sujet de la dynamique d'adaptation de l'offre à la demande, et des perspectives d'évolution de ce réseau.

D.3.a. Evaluation quantitative de l'offre.

Sur le plan quantitatif, la capacité d'accueil du réseau institutionnel étudié est différente selon que l'on considère tous les lits recensés dans les établissements investigués ou que l'on ne tienne compte que des lits strictement dévolus à la mission psychiatrique, compte tenu du fait que certains établissements intègrent également des missions différentes⁶³.

| ENSEMBLE DU RESEAU | CAPACITE D'ACCUEIL |
|--|----------------------------------|
| ▪ nombre d'établissements d'accueil : | 43 |
| ▪ nombre total de places d'hébergement à disposition : | 1037 |
| ▪ nombre de lits psychiatriques | 810 |
| ENSEMBLE DU RESEAU | OCCUPATION DU RESEAU AU 15 AVRIL |
| ▪ nombre de résidents hébergés : | 927 |
| ▪ nombre de places disponibles : | 110 |
| ▪ taux d'occupation : | 89,4 % |
| ▪ nombre de résidents non vaudois : | 118 → 12,7 % |

Tableau 9

Le recensement des lits psychiatriques dans les établissements à mission double ou multiple⁶⁴ correspond à leur occupation effective au moment de l'enquête par des patients psychiatriques. Sur le total de 1037 lits recensés, 227 sont occupés par des personnes « non psychiatriques ». Rien ne permet de garantir que, dans les établissements à mission multiple, l'attribution de 146 lits à des patients psychiatriques sera maintenue dans le futur⁶⁵. Nous verrons [tab.10] comment ces lits se répartissent entre les différentes catégories d'établissement, en fonction de leur mission. Rappelons que les différentes catégories

⁶³ La mission de psychiatrie adulte se complète d'une mission de gériatrie, psychogériatrie ou accueil tout venant.

⁶⁴ Signalons que 2 établissements à mission indéterminée (1 FSE et 1 Autre) n'accueillaient au moment de l'enquête que des résidents psychiatriques.

⁶⁵ Au moment de la rédaction, nous savons qu'un des établissements, en cours de restructuration, va diminuer le nombre total de ses lits de 84 à 60, mais les consacrer tous à une mission unique de psychiatrie, adulte et âgée. Le nombre définitif de ces lits n'augmentera que de 4 le nombre de lits déjà consacrés à cette mission.

d'établissement sont : les établissements médico-sociaux (EMS), les foyers socio-éducatifs (FSE), les pensions pour patients psychiatriques (PPP) et les établissements hors catégorie (Autres). Les missions, quand elles ne sont pas « simples » (mission de psychiatrie adulte : 74.4% des établissements étudiés), peuvent être gériatrique ou psychogériatrique, ou encore indéterminées (convalescence, jeunes adultes en difficultés, accueil tout venant). Elles sont alors qualifiées de « multiples » (25.6% des établissements étudiés).

Classement par catégorie d'établissements et par mission :

| CATEGORIE D'ETABLISSEMENTS | NOMBRE D'ETAB. PAR MISSION | | NOMBRE DE LITS PAR CATEGORIE D'ETABLISSEMENT | | PROPORTION DE LITS PAR CATEGORIE D'ETAB. | |
|----------------------------|----------------------------|----------|--|-----------|--|-----------|
| | SIMPLE (PSY) | MULTIPLE | TOTAL | LITS PSYS | % N = 1037 | % N = 810 |
| EMS (N = 20) | 16 | 4 | 508 | 426 | 49.0 | 52.6 |
| FSE (N = 12) | 10 | 2 | 229 | 206 | 22.1 | 25.4 |
| PPP (N = 5) | 3 | 3 | 101 | 80 | 9.7 | 9.9 |
| Autre (N = 6) | 3 | 2 | 199 | 98 | 19.2 | 12.1 |
| TOTAL (N = 43) | 32 | 11 | 1037 | 810 | 100 | 100 |

Tableau 10

La taille des établissements étudiés en fonction de la catégorie :

La taille des établissements varie fortement (de 7 à 98 lits⁶⁶). Dans ce cas, toutes les missions sont considérées, puisque les établissements à missions multiples ne font pas de séparation organisationnelle (locaux, personnel) entre les résidents psychiatriques et les autres. On peut voir [Tab.11] que les foyers socio-éducatifs sont en général de taille plus modeste (cette catégorie présente également moins de dispersion dans la taille des établissements, ce qui s'explique probablement par les normes imposées par l'OFAS).

| | EMS | FSE | PPP | AUTRES | TOTAL |
|---|------|-----|------|--------|-------|
| Nombre moyen de lits par établissement | 25 | 19 | 20 | 33 | 24 |
| Ecart à la moyenne des lits par établissement | 10.4 | 7.8 | 12.3 | 21.6 | 11.5 |

Tableau 11

Par la suite, seule la capacité d'accueil spécifiquement attribuée à la mission psychiatrique adulte entrera en ligne de compte, sauf en ce qui concerne le nombre moyen de lits par établissement, pour les raisons déjà évoquées.

Classement par type d'établissements :

Les établissements investigués se distinguent également par leur insertion dans un environnement urbain (et suburbain), villageois ou rural (cette appellation caractérisant les établissements isolés dans la campagne). Cette insertion est relevante dans la mesure où elle implique l'existence ou non de facilités de rencontres sociales, de loisirs extra-institutionnels, ou d'un accès autonome à une occupation protégée, par exemple.

| TYPE D'ETABLISSEMENT | URBAIN | VILLAGEOIS | RURAL |
|--|--------|------------|-------|
| Nombre d'établissement (N = 43) | 21 | 15 | 7 |
| Proportion d'établissement (% N = 43) | 48.8 | 34.9 | 16.3 |
| Nombre de lits psys par types d'étab. (N = 810) | 367 | 249 | 194 |
| Proportion des lits psys par type d'étab (% N = 810) | 45.3 | 30.7 | 24.0 |

⁶⁶ L'établissement comptant 98 lits n'en comporte que 5 qui sont attribués à des patients psychiatriques, le reste de la capacité étant dévolu à des étudiants étrangers de passage. Cet établissement ne devrait pas figurer dans notre cible, mais il dépend administrativement du SPAS, qui a tenu à ce que nous l'investiguions.

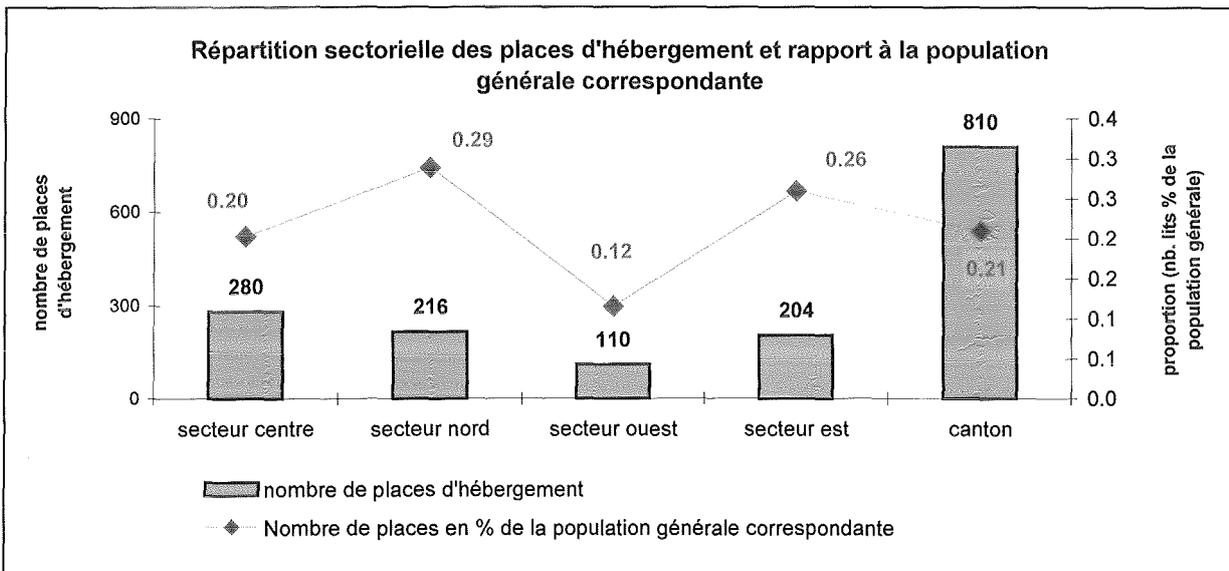
| TAILLE DES ETABLISSEMENTS EN FONCTION DU TYPE | URBAIN | VILLAGEOIS | RURAL |
|---|--------|------------|-------|
| Nombre total de lits par type d'établissement (N = 1037) | 510 | 298 | 229 |
| Nombre de lits moyen par type d'étab. (Mgen = 24) | 24 | 20 | 33 |
| Ecart à la moyenne par type d'étab (σ gen = 11.5) | 12.6 | 7.3 | 15.6 |

Tableau 12

Soulignons que 4 des 7 établissements ruraux prennent en charge une population de patients affectés en majorité de comorbidité (troubles psychiatriques associée à la toxicomanie ou à l'alcoolisme) ou assortis de mesures pénales, et exigeant une surveillance particulière. L'isolement géographique est en l'occurrence considérée comme un atout empêchant dans une bonne mesure les rechutes de consommation ou la délinquance.

Répartition sectorielle des lits psychiatriques :

Il est intéressant de s'arrêter à la répartition sectorielle de la capacité d'accueil, et de la mettre en relation avec la population générale correspondante⁶⁷. On constate [graph.18] que les 810 places d'hébergement que le réseau institutionnel étudié attribue à la psychiatrie adulte sont inégalement réparties entre les secteurs. La sous-dotation du secteur OUEST est confirmée par le rapport à la population générale. Cette constatation confirme les carences signalées par les intervenants médico-sociaux consultés pour l'évaluation de la demande. De surcroît, ces résultats ne montrent pas que l'un des établissements de ce secteur réserve 13 lits sur ses 14 à des patients qui proviennent du système psychiatrique genevois.



Graphique 18

Données particulières concernant l'orientation réhabilitative :

Qu'en est-il maintenant des modes de prises en charge des patients psychiatriques chroniques dans le réseau intermédiaire étudié ? C'est précisément-là une information importante qui manque trop souvent aux intervenants qui effectuent les recherches en vue d'un placement, en particulier quand ils ne connaissent pas personnellement l'établissement. A l'exception de certains établissements bien connus qui « affichent » assez clairement leur programme, la plupart n'offrent guère de précisions à ce sujet. Pour permettre néanmoins de distinguer les établissements véritablement « thérapeutiques » des « lieux de vie », il a fallu se livrer à des

⁶⁷ Ces données, obtenues auprès du SCRIS, sont issues de la moyenne des années 1997, 1998 et 1999 pour chaque secteur. Elles concernent la population adulte (18 à 65 ans).

recoupements sur la base des données chiffrées et verbales issues du questionnaire⁶⁸. Nous sommes ainsi parvenus à établir 4 catégories d'établissements, pas forcément très homogènes, mais qui permettent néanmoins de synthétiser les diverses informations dont nous disposons sur les établissements. Néanmoins, en ce qui concerne le traitement des résultats, et cela notamment pour atténuer l'aspect subjectif⁶⁹ de ce classement, nous ne considérons que 2 méta-catégories⁷⁰. Sur le plan fonctionnel, l'investigation approfondie du réseau institutionnel étudié permet donc de distinguer deux orientations particulières⁷¹, quels que soient la catégorie ou le type d'institution :

L'orientation réhabilitative affirmée, qui se manifeste par :

- ◆ un encadrement institutionnel caractérisé par une prédominance des fonctions centrifuges,
- ◆ une ouverture délibérée vers la communauté sociale naturelle,
- ◆ la stimulation de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne,
- ◆ le développement d'issues autonomisantes vers des appartements protégés ou vers un accompagnement à domicile dans un logement indépendant.

L'orientation réhabilitative modérée, qui se manifeste par :

- ◆ un encadrement institutionnel centré sur les fonctions centripètes de la convivialité dans le cadre de l'établissement,
- ◆ une ouverture moins affirmée sur la communauté sociale naturelle,
- ◆ une attention particulière aux besoins de dépendance et de protection des patients psychiatriques chroniques gravement handicapés sur le plan psycho-social.

Voyons comment la capacité d'accueil du réseau se répartit en fonction de l'orientation réhabilitative des établissements :

| ORIENTATIONS DES ETABLISSEMENTS | ORIENTATION REHAB. AFFIRMEE | ORIENTATION REHAB. MODEREE |
|---|-----------------------------|----------------------------|
| Nombre d'établissement (N = 43) | 25 | 18 |
| Proportion d'établissement (% N = 43) | 58.1 | 41.9 |
| Nombre de lits psys par types d'étab. (N = 810) | 445 | 365 |
| Proportion des lits psys par type d'étab (% N = 810) | 54.9 | 45.1 |
| TAILLE DES ETABLISSEMENTS EN FONCTION DE L'ORIENTATION | RÉHAB. AFFIRMÉE | RÉHAB. MODEREE |
| Nombre total de lits par type d'établissement (N = 1037) | 454 | 583 |
| Nombre de lits moyen par type d'étab. (Mgen = 24) | 18 | 32 |
| Ecart à la moyenne par type d'étab (σ gen = 11.5) | 6.2 | 17.1 |

Tableau 13

⁶⁸ Pour plus de précisions au sujet des critères utilisés, cf. annexe 3

⁶⁹ Je tiens à préciser que cette classification a été soumise à quelques personnes connaissant le réseau, qui m'ont d'ailleurs suggéré quelques « glissement » d'une classe à l'autre. En apparence, aucune erreur grossière n'a donc été commise.

⁷⁰ Les catégories « 1 » et « 2 » sont groupées sous le terme « orientation réhabilitative affirmée », tandis que les catégories « 3 » et « 4 » composent l'« orientation réhabilitative modérée ».

⁷¹ Ces deux orientations peuvent coexister dans un même établissement, en raison de la nécessité de s'adapter aux besoins, aux désirs et aux possibilités de résidents dont la gravité du handicap psychique varie de cas en cas.

Comparaison des orientations réhabilitatives affirmée et modérée

De manière générale⁷², sur le plan de la capacité d'accueil, les établissements privilégiant l'orientation réhabilitative affirmée sont souvent de plus petite taille que ceux dont l'orientation est principalement modérée. Cette constatation est assez logique, car l'orientation réhabilitative affirmée demande des modalités d'encadrement institutionnel plus individualisées en fonction des besoins, des motivations et du potentiel évolutif particulier de chacun des résidents.

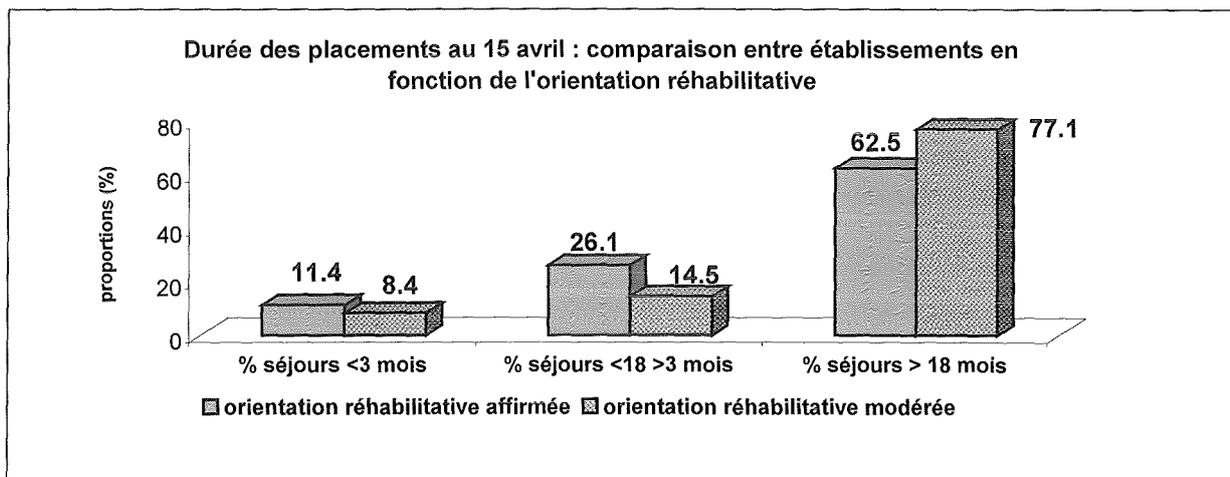
Durée de séjour

Nous n'avons malheureusement pas pu réunir des informations systématiques sur la durée de séjours des résidents dans les établissements du réseau intermédiaire. Il s'agit pourtant là d'un facteur capital pour évaluer l'occupation future du réseau, et donc les besoins en places supplémentaires. Nous savons en effet que sur le nombre de placements à la sortie de l'hôpital, certains durent à peine quelques jours (erreur d'orientation, échec de l'installation dans le placement), et d'autres deviennent permanents, tant le handicap psychosocial des patients est sévère. J'ai essayé de voir, sur la base d'informations partielles et d'une précision très grossière, si l'on pouvait différencier les durées de séjours en fonction de l'orientation réhabilitative.

Ces données sont issues des réponses au questionnaire sur l'offre, dont une question portait sur le nombre de résidents présents dans chaque établissement le 15 avril 2001, et sur la longueur du séjour institutionnel déjà effectué à cette date. Rappelons qu'en tout, 927 patients (psychiatriques ou autre, nous ne pouvons malheureusement pas les différencier) étaient hébergés à cette date. Cependant, les données manquantes ramènent le nombre de résidents dont on connaît la durée du séjour préalable à 828, soit 89% du total. C'est à ce collectif partiel que correspondent les données [Tab.14] et leur illustration graphique [Graph.19] :

| | nb. lits | nb lits occupés 15 avril | % des placements > 18 mois | % des placements <18 >3 mois | % des placements <3 mois | Taux d'occupation (% des lits occupés par rapport au nb. lits) |
|-------------------------------------|----------|-----------------------------|----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|--|
| Orientation réhabilitative affirmée | 437 | 421 | 62.5 | 26.1 | 11.4 | 96.3 |
| Orientation réhabilitative modérée | 422 | 407 | 77.1 | 14.5 | 8.4 | 96.4 |

Tableau 14



Graphique 19

⁷² Pour plus de détails concernant la répartition des orientations en fonction de la catégorie d'établissements, cf. annexe 4.

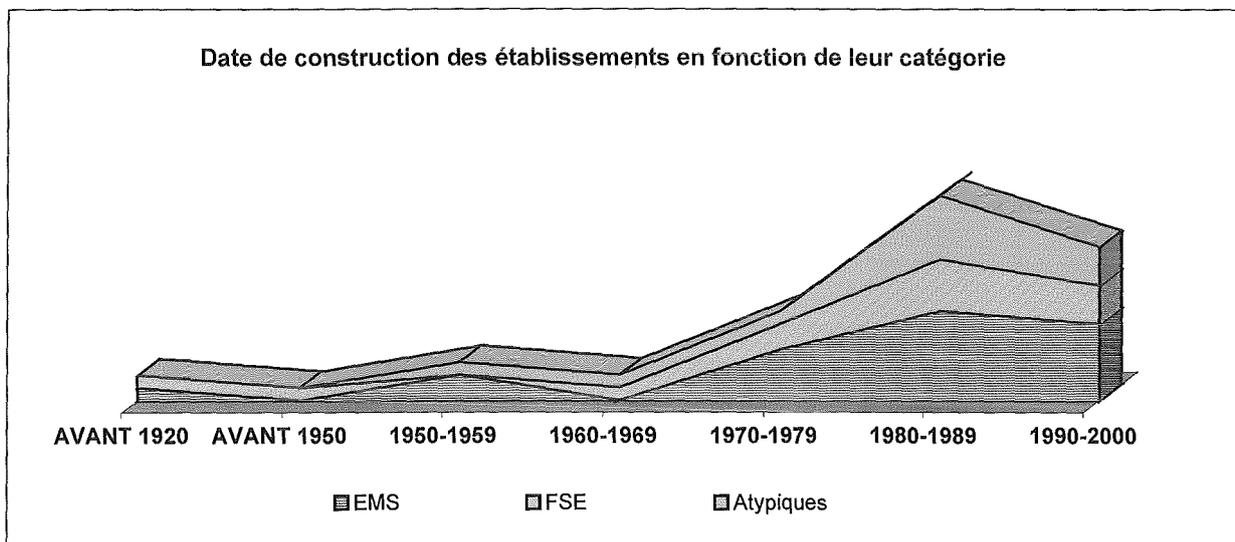
On constate que les durées de séjours semblent légèrement plus courtes en moyenne dans les établissements d'orientation réhabilitative affirmée. Cependant, la conclusion essentielle qu'il me semble devoir tirer de cette tentative est qu'il faut absolument développer un système qui permette de façon précise de connaître la durée de séjour moyenne dans chaque établissement du réseau.

D.3.b. Evaluation qualitative de l'offre

Développement historique du réseau institutionnel considéré :

Parmi les établissements étudiés, 2 se sont ouverts déjà avant 1920. Puis jusqu'en 1950, un seul établissement s'ouvrit. 12 ouvrirent leurs portes entre 1950 et 1980, après quoi le développement explosa, avec l'ouverture de 16 des établissements dans les années 80, et de 12 entre 1990 et 2000. Notre expérience du réseau nous a porté à croire que l'orientation actuelle de certains établissements était liée à leur parcours. Nous donnerons en exemple le cas d'un établissement ouvert dans les années 1950 dans une région rurale dans le but de recueillir certains alcooliques de la région (souvent d'anciens valets de ferme isolés socialement). Un demi-siècle plus tard, cet établissement est amené à devoir ajuster et spécialiser sa prise en charge, qui n'a pas suffisamment évolué au cours du temps et ne correspond plus aux besoins de la clientèle actuelle, souffrant essentiellement de troubles de la personnalité associés à une dépendance alcoolique.

Nous allons examiner comment le réseau a évolué au cours du temps, en fonction des catégories d'établissements [graph.20]. L'analyse des représentations graphiques ne doit pas occulter le fait que ces projections dans le passé sont basées sur des données actuelles. Les établissements les plus anciens n'avaient évidemment pas la même vocation à leur ouverture qu'actuellement, et nous n'avons guère de renseignements sur leur parcours exact. Précisons que les graphiques ci-après ne représentent pas des données cumulatives, mais les dates de création des établissements étudiés.

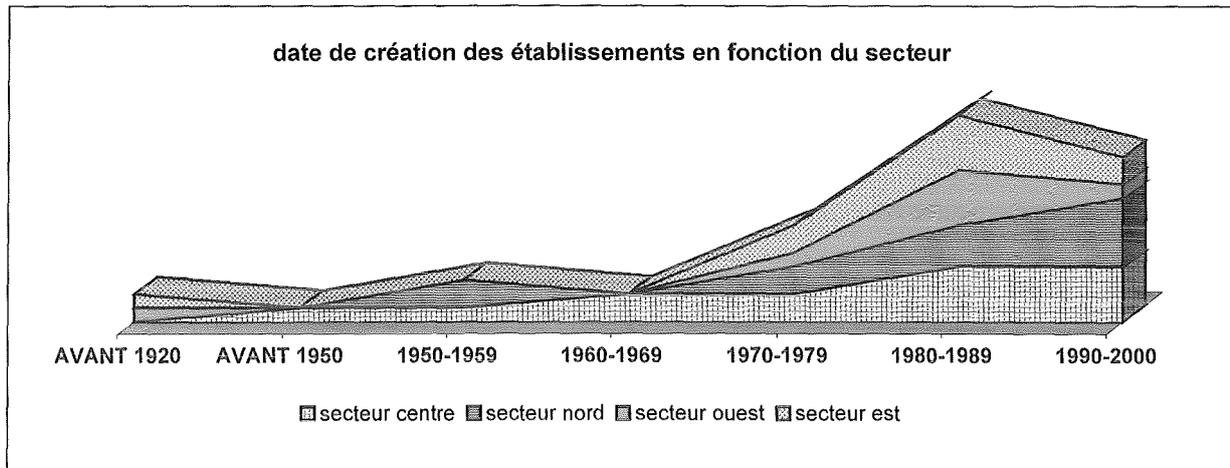


Graphique 20

On remarque la croissance rapide du réseau depuis la fin des années 70, avec un pic particulier à la fin des années 80.

L'examen des dates de création en fonction du type (pas de graphique) nous apprend que les 2 premiers établissements construits étaient villageois, et que la création d'établissement ruraux, développée entre 170 et 1989, ne s'est poursuivie que par la création d'1 établissement dans les années 90 (un établissement d'orientation réhabilitative affirmée, accueillant des patients souffrant essentiellement de troubles de la personnalité, souvent accompagnés d'une

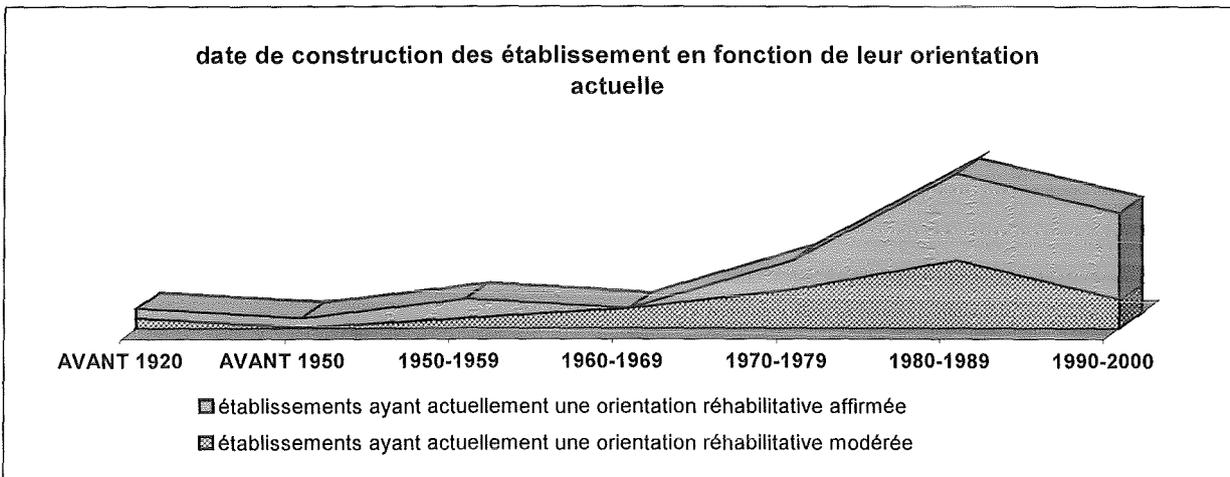
comorbidité toxicomaniaque, et pour lesquels un éloignement de la scène toxicomane lausannoise est indiqué).



Graphique 21

Le graphique 21 nous permet de constater que le secteur CENTRE est celui qui a bénéficié du développement le plus constant, et que la dernière décennie du XX^{ème} siècle a légèrement favorisé le secteur NORD.

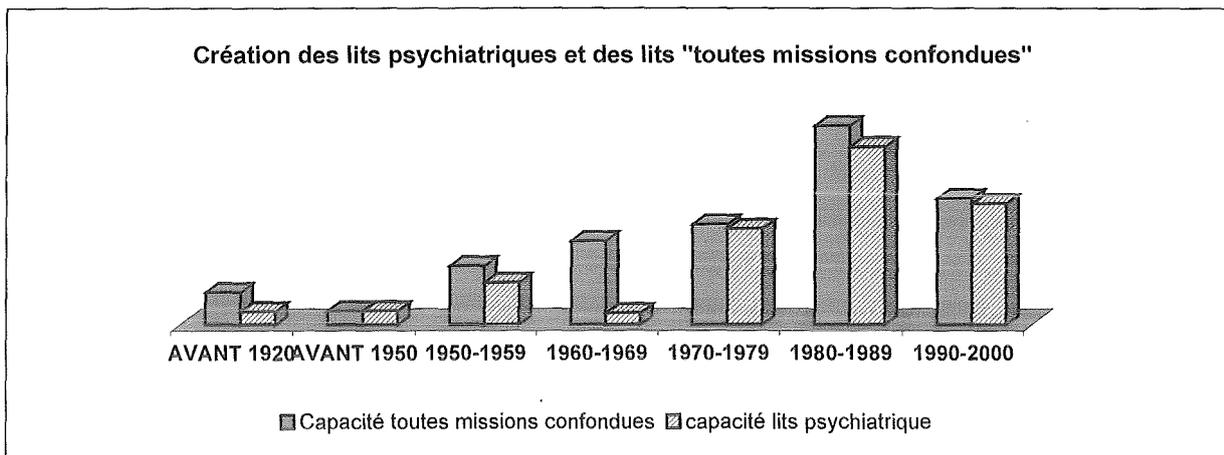
En revanche, les secteurs OUEST et EST ont connu un essor moins important à la même période, ceci d'autant plus que ces données ne reflètent pas la fermeture à cette période de 2 établissements à l'OUEST et d'un à l'EST.



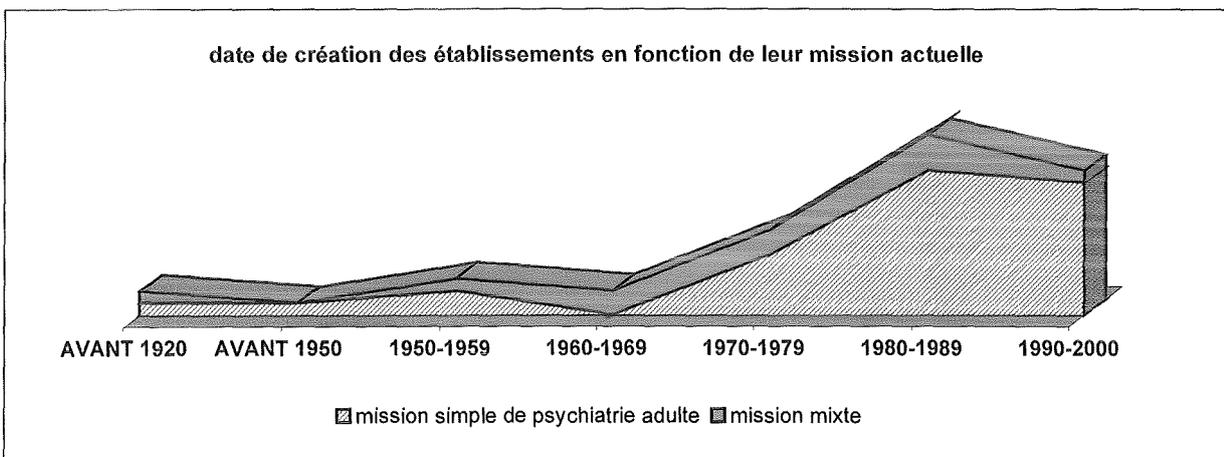
Graphique 22

Le fort développement des années 80 correspond également avec l'essor d'établissements qui, s'ils n'étaient pas déjà d'orientation réhabilitative affirmée à leur création, se sont arrangés pour le devenir au cours de leur évolution récente [graph.22]

La représentation de la création des établissements selon leurs deux types de capacités (tous lits – lits psychiatriques) [graph.23] nous indique que les établissements les plus anciens ont actuellement en moyenne une assez forte proportion de lits non-psychiatriques. Ces deux graphiques [23 ; 24] nous indiquent enfin que les établissements créés dans les années 60 ont actuellement plusieurs missions (et donc une majorité de lits non-psychiatriques). On y voit également confirmé le fait que les établissements fondés lors de la dernière décennie sont surtout à mission unique de psychiatrie, ce qui est cohérent avec la tendance à favoriser l'orientation réhabilitative affirmée.



Graphique 23



Graphique 24

Dotation en personnel :

Les données obtenues par l'entremise des questionnaires permettent de décrire la dotation en personnel pour chaque catégorie d'établissement (restant entendu que cette description globale ne rend aucun compte des différences parfois importantes entre institutions de même catégorie). Les données obtenues ne permettant pas de différencier l'affectation du personnel aux diverses missions cohabitant au sein de certains établissements, elles se basent sur le nombre total de lits dénombrés dans le réseau institutionnel étudié.

Données générales :

| EPT ⁷³ brut / (nombre de lits) | EMS (508) | FSE (229) | PPP (101) | Autres (199) | Total (1037) |
|--|-------------|-------------|-------------|--------------|--------------|
| Personnel à vocation soignante diplômé | 0.15 | 0.03 | 0.03 | 0.07 | 0.09 |
| Personnel à vocation soignante non diplômé | 0.12 | 0.00 | 0.04 | 0.00 | 0.06 |
| Pers. à vocation ergo-sociothérapeutique diplômé | 0.02 | 0.19 | 0.00 | 0.09 | 0.07 |
| Pers. à voc. ergo-sociothérapeutique non diplômé | 0.05 | 0.05 | 0.03 | 0.04 | 0.05 |
| Pers. à fonction d'encadrement complémentaire | 0.09 | 0.11 | 0.03 | 0.06 | 0.08 |
| Personnel à fonction de gestion et d'entretien | 0.19 | 0.20 | 0.23 | 0.11 | 0.18 |
| DOTATION TOTALE | 0.63 | 0.57 | 0.36 | 0.37 | 0.53 |

Tableau 15

⁷³ EPT signifie « équivalent plein temps ». Autrement dit, cet indice décrit le temps de travail effectué, et non pas le nombre de personnes employées.

On constate que la dotation en personnel est, logiquement, plus importante dans les deux principales catégories d'établissements (EMS et FSE) que dans les catégories secondaires ne bénéficiant d'aucun statut particulier (PPP et Autres) et donc moins subventionnées. Signalons à ce propos que 2 établissements de la catégorie « Autres » dépendent de la Fondation de Nant, et disposent à ce titre d'une dotation relativement forte notamment en personnel infirmier (9 EPT d'infirmiers sur les 13 que totalisent les institutions de la catégorie). Les 4 autres établissements de cette catégorie sont donc fortement sous-dotés par rapport à l'ensemble.

Interdisciplinarité

Dans le domaine de la psychiatrie adulte, la dotation la plus intéressante est celle qui concerne le « personnel de prise en charge » des patients. Pour faciliter les comparaisons en donnant une représentation synthétique, les diverses identités professionnelles ont été regroupées en deux catégories, correspondant à deux fonctions complémentaires :

- **Le personnel à vocation médico-soignante** réunit les infirmiers diplômés, les infirmiers assistants et les aides soignants⁷⁴. La fonction médico-soignante est principalement orientée vers la maîtrise des symptômes psychopathologiques, par l'administration de la médication psychotrope, la psychagogie ou la psychopédagogie clinique, et l'accompagnement à visée psychothérapique.
- **Le personnel à vocation ergo-sociothérapique** réunit les éducateurs, les assistants sociaux, les ergothérapeutes et les animateurs⁷⁵. La fonction ergo-sociothérapique est principalement orientée vers l'action socio-éducative visant à réduire la marginalisation, par l'occupation en groupe, l'animation sociale et l'accompagnement favorisant la réinsertion dans la communauté.

En définitive, ces deux fonctions se rejoignent de manière synergique dans la collaboration interdisciplinaire caractérisant l'encadrement institutionnel à visée sociothérapique et réhabilitative. Cependant, ces deux groupes de personnel, que l'on peut réunir sous l'appellation « personnel de prise en charge » sont représentés de façon différente dans les diverses catégories d'établissements :

Dotation en personnel de prise en charge en fonction de la catégorie d'établissement :

| (EPT / nb de lits) | EMS | FSE | PPP | AUTRES |
|---------------------------------------|------|------|------|--------|
| Pers. à vocation médico-soignante | 0.26 | 0.03 | 0.07 | 0.07 |
| Pers. à vocation ergo-sociothérapique | 0.08 | 0.23 | 0.03 | 0.12 |
| Total personnel de prise en charge | 0.34 | 0.26 | 0.10 | 0.19 |

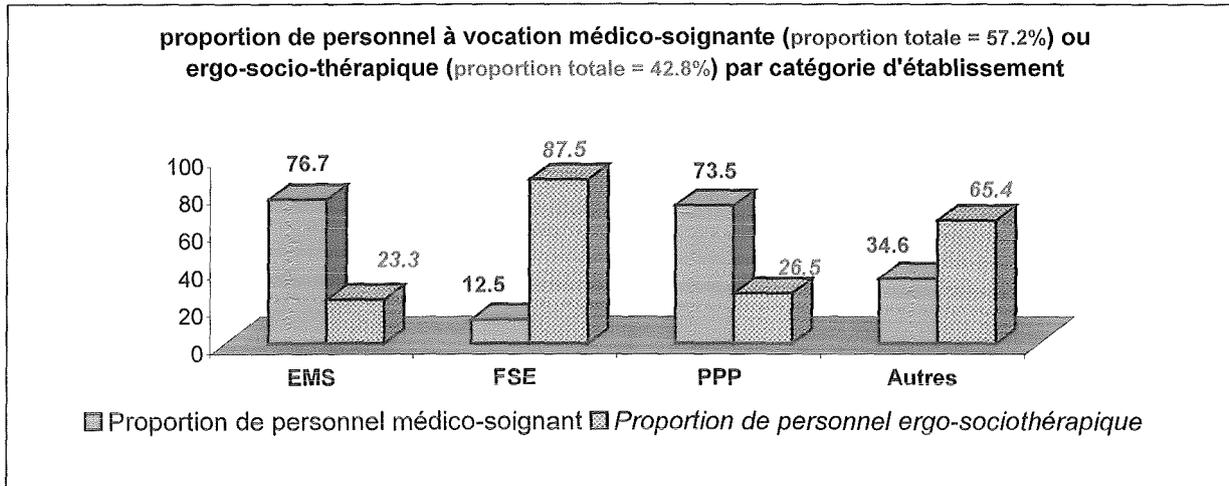
Tableau 16

Nous constatons que le rapport EPT/nombre de lits est plus important dans les EMS, et que les PPP sont nettement sous-dotées en personnel de prise en charge (deux en sont même totalement dépourvues ce qui est cohérent avec leur vocation globale de lieux de vie). Rappelons toutefois que ça n'empêche pas 3 d'entre elles (dont une il est vrai qui mériterait davantage, au vu de son fonctionnement, d'être incluse dans les FSE) de se classer dans l'orientation réhabilitative affirmée, en favorisant l'émancipation voire la réintégration professionnelle des résidents qu'elles hébergent.

⁷⁴ J'ai choisi de préférer la lisibilité au respect de l'égalité des genres. Mes lectrices(teurs) féministes voudront bien me pardonner cette entorse au code...

⁷⁵ Même remarque...pardon !!

Voyons comment les deux catégories de personnel de prise en charge se répartissent proportionnellement dans les diverses catégories d'établissement [graph.25].



Graphique 25

Comme on pouvait s'y attendre en fonction des différences de statut institutionnel, les dotations en personnel à vocation médico-soignante et en personnel à vocation ergo-sociothérapique diffèrent de façon inversement proportionnelle entre les EMS (où la fonction médico-soignante prédomine) et les FSE (où la fonction ergo-sociothérapique prédomine). La représentation graphique permet en outre de voir que les PPP ont une répartition du personnel de prise en charge qui ressemble d'assez près à celui des EMS, alors que les établissements atypiques (Autres) présentent une distribution moins polarisée, cohérente avec la grande diversité des établissements de cette catégorie (qui contient notamment les deux unités résidentielles de la Fondation de Nant, dont le personnel infirmier est important, d'une part, et des établissements d'accueil « tout-venant » employant surtout des éducateurs, d'autre part).

Résultats des analyses complémentaires⁷⁶ :

La comparaison des écarts de chaque catégorie à la moyenne de tous les établissements tend à confirmer la sous dotation relative des PPP, ainsi que la faible importance proportionnelle des ressources en personnel médico-soignant dans les FSE et les Autres.

On constate que les établissements à mission multiple se distinguent par une plus forte dotation proportionnelle en personnel médico-soignant, qui se justifie probablement par l'importance des soins requis par les patients de gériatrie et/ou de psychogériatrie. Les établissements à vocation indéterminée, en revanche, sont de manière générale moins bien équipés en personnel de prise en charge, notamment médico-soignant.

La comparaison en fonction de l'orientation met en évidence le rôle particulier du personnel à vocation ergo-sociothérapique dans les institutions d'accueil : il est d'avantage représenté dans les établissements à vocation réhabilitative affirmée où la prise en charge des patients est fondée sur une dynamique centrifuge et l'utilisation de techniques psychopédagogiques. En revanche, il est plus faiblement représenté dans les établissements à vocation réhabilitative modérée caractérisés par des modalités d'encadrement centripètes et moins stimulantes.

Formation du personnel

Le personnel de prise en charge (personnel médico-soignant et personnel à vocation ergo-sociothérapique) est composé de personnes diplômées et non diplômées. Il est intéressant de voir comment se répartissent ces groupes dans les catégories d'établissements, puisque le

⁷⁶ Pour les graphiques concernant cette analyse, cf. annexe 5.

niveau de formation du personnel de prise en charge donne un indice des connaissances spécialisées dans le domaine de la psychiatrie ou de la socio-éducation [tab.17]. Relativisons toutefois cet indice en précisant que les infirmiers diplômés ne sont pas forcément formés en psychiatrie, puisqu'il y a d'énormes difficultés de recrutement dans ce domaine particulier, pour lequel aucune filière de formation de base n'existe plus en ce moment dans le canton. Néanmoins, il existe pour les infirmiers en soins généraux des formations continues, qui semblent assez encouragées dans l'ensemble des établissements. De même en ce qui concerne le personnel à vocation ergo-sociothérapique, rien ne garantit qu'il dispose d'une formation spécifique à la psychiatrie.

| Niveau de formation du personnel (EPT / nb lits) | EMS | FSE | PPP | Autres | ENSEMBLE |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Personnel à vocation soignante diplômé | 0,15 | 0,03 | 0,03 | 0,07 | 0,09 |
| Personnel à vocation soignante non diplômé | 0,12 | 0,00 | 0,04 | 0,00 | 0,06 |
| Personnel à vocation ergo-sociothérapique diplômé | 0,02 | 0,19 | 0,00 | 0,09 | 0,07 |
| Personnel à vocation ergo-sociothérapique non diplômé | 0,05 | 0,05 | 0,03 | 0,04 | 0,05 |
| Total personnel diplômé | 0,17 | 0,21 | 0,03 | 0,15 | 0,16 |
| Total personnel non diplômé | 0,17 | 0,05 | 0,07 | 0,04 | 0,11 |
| Total personnel de prise en charge | 0,34 | 0,27 | 0,10 | 0,19 | 0,27 |

Tableau 17

Résultats des analyses complémentaires⁷⁷ :

La présence de personnel non diplômé dans les EMS s'explique surtout par le personnel de soin non diplômé, que l'on ne retrouve par ailleurs que dans les PPP. Cette dernière catégorie d'établissement, que l'on savait relativement peu dotée globalement, se signale plus particulièrement par la faible représentation de personnel diplômé. Les FSE au contraire se distinguent par une plus forte présence de personnel diplômé.

Les établissements à mission multiple occupent en moyenne passablement de personnel non diplômé, dont une bonne partie est représentée par le personnel de soin non diplômé nécessaire à la prise en compte des besoins de la clientèle gériatrique et/ou psychogériatrique. Les établissements à mission indéterminée⁷⁸, qui accueillent, à côté de quelques patients psychiatriques, une clientèle tout-venant, se caractérisent par une sous-dotatation relative du personnel de prise en charge, diplômé ou non.

Enfin, c'est sans surprise que l'on constate une forte représentation de personnel diplômé dans les établissements d'orientation réhabilitative affirmée, et une forte représentation de personnel non-diplômé dans les établissements d'orientation réhabilitative modérée, puisque la formation du personnel était précisément un des critères permettant de distinguer l'orientation des établissements.

Formations en psychothérapie :

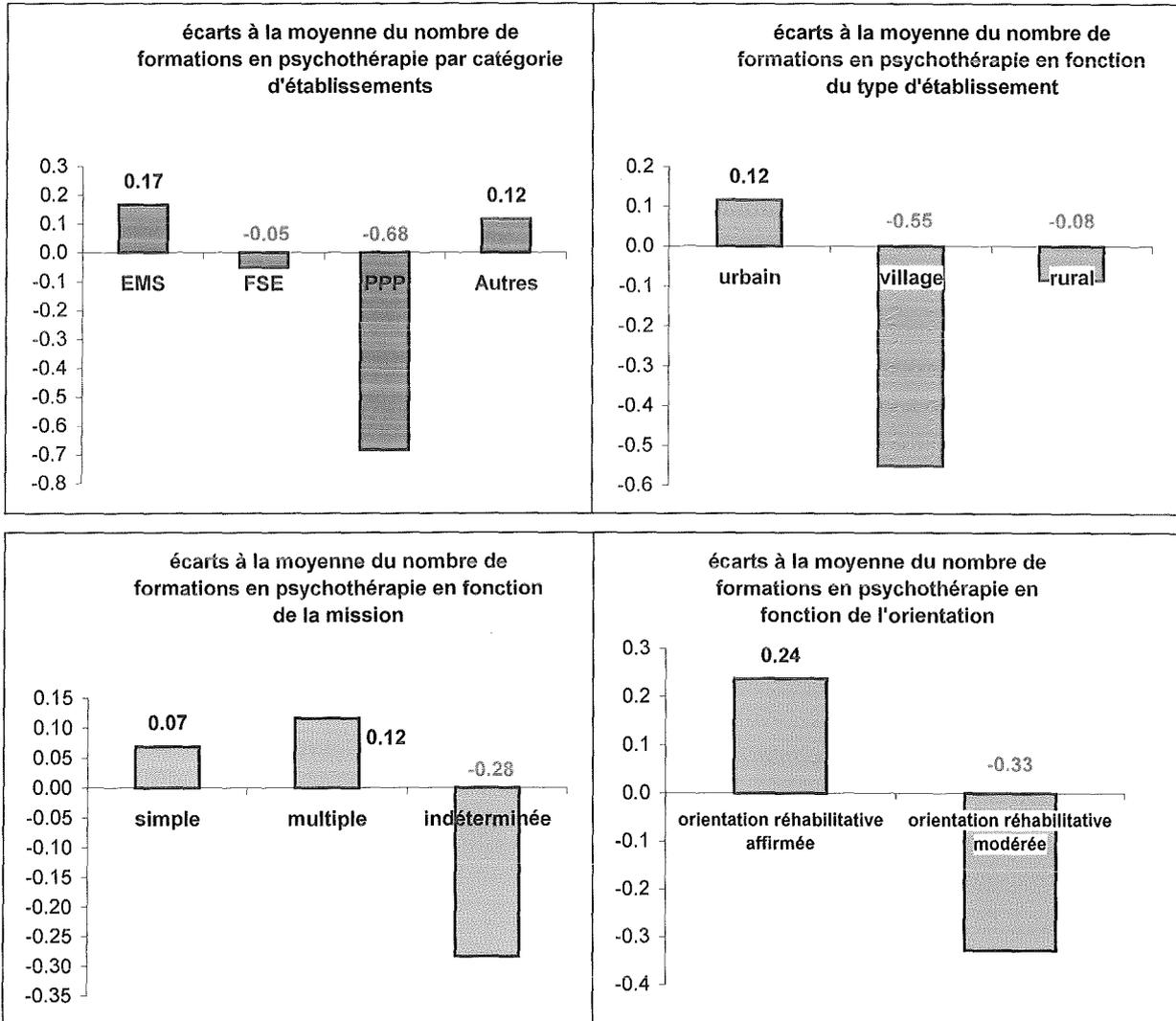
La plupart des établissements visités (62.8%) ont parmi leur personnel une personne au moins qui est au bénéfice d'une formation en psychothérapie, achevée (ou en cours au moment de l'enquête). Sur l'ensemble du réseau institutionnel, les formations enregistrées sont au nombre de 38 :

L'orientation cognitivo-comportementale, particulièrement impliquée dans le développement de la psychopédagogie utilisée en réhabilitation psychosociale, représente 36.8% de ces formations. La formation d'orientation systémique attire la même proportion (36.8%) de

⁷⁷ Pour les graphiques concernant cette analyse, cf. annexe 6.

⁷⁸ Cette mission n'est habituellement pas distinguée des missions multiples.

personnes, tandis que l'orientation psychodynamique, d'une part, et les autres types de formation (Gestalt, relaxation, hypnose ericksonienne, etc.), d'autre part, représentent chacune 13.2% des formations effectuées.



Graphique 26

L'analyse des écarts à la moyenne montre que le personnel disposant d'une formation en psychothérapie est mieux représenté dans les EMS, dans les établissements à mission simples et aussi dans les établissements à mission multiple (lesquels sont principalement des EMS). En effet, il se trouve que le personnel infirmier, qui constitue 55.3% de toutes les personnes au bénéfice d'une formation en psychothérapie, est d'avantage employé dans les EMS ou les établissements à mission multiples. Les éducateurs ne représentent que 13.2% des personnes formées en psychothérapie au sein des établissements visités, mais cette proportion est vraisemblablement en train d'évoluer.

Les établissements à mission indéterminée ont moins de personnes formées en psychothérapie au sein de leur personnel, cohérent avec leurs modalités d'accueil tout-venant.

Critères de sélection des établissements⁷⁹

Les **critères d'exclusion** les plus fréquemment mentionnés par les porte-parole des institutions visitées sont la toxicomanie (23%), et dans une moindre mesure (14%)

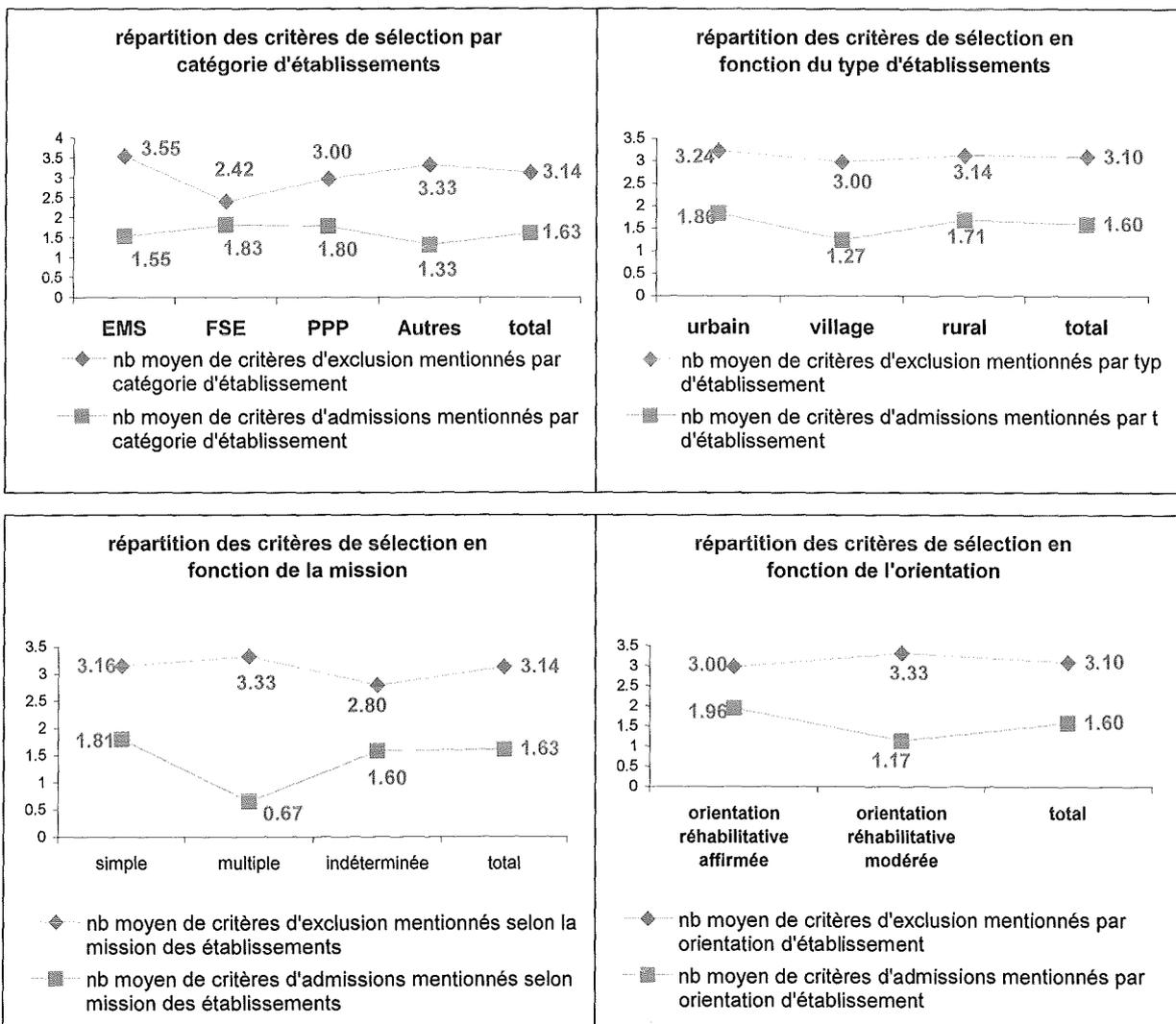
⁷⁹ Pour plus de détails concernant ces critères de sélection, cf. annexe 7.

l'alcoolisme. En effet, les patients toxico-dépendants nécessitent une prise en charge particulière, à défaut de laquelle leur présence dans une institution constitue fréquemment une cause de troubles entre les résidents.

Cependant, nous l'avons vu, la problématique toxicomaniaque affecte, par le biais d'une comorbidité, une proportion assez importante des patients hospitalisés dans les hôpitaux psychiatriques. Or, au terme du séjour hospitalier, ces patients sont souvent susceptibles d'avoir besoin d'un placement résidentiel extra-hospitalier. Ce constat souligne la nécessité d'encourager les établissements désirant favoriser la formation de leur personnel pour ce genre de prise en charge spécialisée, d'autant que 23.3% des référents des établissements concernés signalent une augmentation de la comorbidité toxicomaniaque parmi les demandes de placements qu'ils reçoivent.

Signalons en outre que des troubles liés à la psychopathologie des patients (agressivité, instabilité de l'état psychique et risque suicidaire) représentent 23.7% des critères d'exclusion, alors même que les durées d'hospitalisation sont réduites et les pressions sur les placements considérables. Relevons d'ailleurs à ce propos que, lorsqu'ils sont interrogés au sujet de l'évolution des demandes qu'on leur présente, 62.8% de tous les établissements mentionnent que les résidents qu'ils reçoivent sont généralement mal stabilisés.

Les **critères d'admission**, quant à eux, concernent surtout les garanties de financement et une autonomie suffisante des patients qui sollicitent une place d'hébergement.



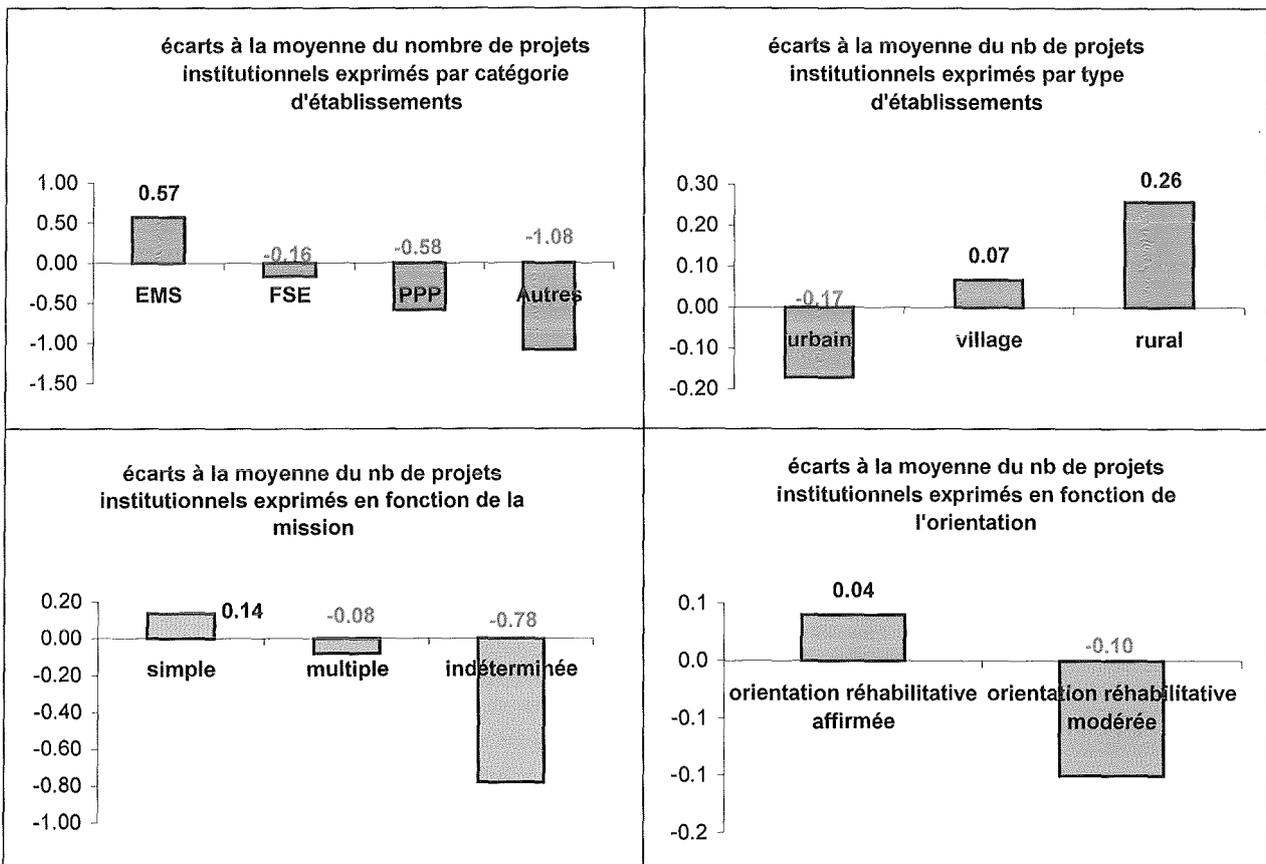
Graphique 27

Il faut rappeler que le mode d'obtention de ces critères (question ouverte) ne garantit aucunement l'exhaustivité des réponses. On peut néanmoins imaginer que le nombre des réponses données exprime le désir plus ou moins important, de la part des établissements, d'opérer une sélection des résidents qu'ils admettent. Une autre hypothèse pourrait porter sur le fait que le degré de définition de la mission institutionnelle est plus ou moins précis en fonction de l'établissement. Les EMS expriment davantage de critères d'exclusion que toutes les autres catégories d'établissements, tandis que les FSE se signalent par leur tendance plus forte à émettre des critères d'admission. Les établissements à mission indéterminée expriment moins de critères d'exclusion, ce qui s'explique aussi bien par leur vocation d'accueil tout-venant que par la définition forcément moins claire de cette mission.

En ce qui concerne les critères d'admission, en revanche, les établissements qui en expriment le plus sont les établissements à mission simple et les établissements d'orientation réhabilitative affirmée, qui se caractérisent par des objectifs institutionnels plus clairs, ainsi que les établissements urbains, dont l'environnement suscite diverses exigences (protection du voisinage, problème de proximité des lieux de regroupement des toxicomanes).

Projets institutionnels⁸⁰

La plupart des établissements visités souhaitent modifier l'une ou l'autre de leurs caractéristiques : rénovation des locaux, changement de bâtiment, augmentation de la capacité d'accueil, modification de la clientèle-cible ou du type de prise en charge, création d'appartements protégés et d'une infrastructure de suivi à domicile, création ou extension d'un accueil temporaire psychiatrique, etc.



Graphique 28

⁸⁰ Pour plus de détails concernant les projets ou souhaits de développement, cf. annexe 8.

Les transformations architecturales (quelle que soit leur importance) concernent 40% des EMS visités et 17% des FSE.

La création d'appartements protégés est souhaitée par 42% des FSE et 20% des EMS. Cela s'accompagne généralement de la volonté de réorganiser l'équipe en vue d'assurer le suivi à domicile ou de renforcer la collaboration avec le CMS local.

Enfin, le développement d'accueils temporaires de jour concerne essentiellement les EMS (30% d'entre eux). La nécessité d'adapter ces accueils de jour aux spécificités de la prise en charge psychiatrique est unanimement exprimée, cela dans le sens de privilégier le versant réhabilitatif et « centrifuge », par opposition aux UAT gériatriques qui représentent en quelque sorte un cadre d'habituance progressive à la vie institutionnelle.

De manière générale, les souhaits d'évolution témoignent pour la plupart d'une volonté de s'adapter à la demande. Il s'agit notamment, en effet, de projets orientés vers la réhabilitation (par exemple création ou extension d'ateliers ou de possibilités d'occupations dans la communauté sociale), de projets concernant la prise en charge de patients ayant un statut médico-légal ou de projets d'adaptation des modes de prises en charge aux co-morbidités.

La comparaison des écarts à la moyenne permet de constater que les EMS réunissent davantage de projets institutionnels que toutes les autres catégories d'établissements. On constate la même tendance dans les établissements à mission simple et dans les établissements d'orientation réhabilitative affirmée.

Appartements protégés⁸¹

Précisons, pour commencer, que tous les résidents de l'un des « établissements » sont logés en réalité dans des appartements protégés. Cependant, étant donné que le fonctionnement de cet établissement particulier incite tous les usagers à passer la journée dans le cadre de l'institution (FSE), nous avons choisi de considérer jusqu'ici ces 27 places comme des lits institutionnels. Nous ne les comptabiliserons donc pas dans ce chapitre.

L'importance du besoin en appartements protégés est largement soulignée par les intervenants médico-sociaux qui effectuent les placements, comme nous l'avons vu lors de la première partie de notre étude. L'expression de ce besoin particulier est en outre largement reprise par les établissements d'hébergement, puisqu'un nombre croissant d'entre eux s'associent des appartements ou souhaitent le faire. C'est d'ailleurs une tendance qu'il faut soutenir, dans la mesure où le suivi en appartement protégé constitue une étape favorable du processus de réhabilitation. Pour évaluer comment se détermine la tendance à favoriser des issues autonomisantes en fin de placement, examinons comment se répartissent, d'une part, les établissements proposant des appartements protégés et d'autre part les usagers bénéficiant d'un accompagnement dans ce type de logement.

comparaison par secteur :

| Répartition des appartements protégés et des usagers | Nb. d'établissement avec AP | % nb. d'établissements du même secteur | Usagers en AP (total = 155) | % usagers en AP |
|--|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------|
| Secteur Centre | 5 | 35.7 | 38 | 24.5 |
| Secteur Nord | 8 | 72.7 | 57 | 36.8 |
| Secteur Ouest | 6 | 75 | 35 | 22.6 |
| Secteur Est | 6 | 60 | 25 | 16.1 |

Tableau 18

⁸¹ Pour plus de détails concernant les appartements protégés, cf. annexe 9.

Si l'on s'attache à la répartition sectorielle, le Secteur OUEST est celui dont la plus forte proportion d'établissements (75%, toutes catégories confondues) s'est associée des appartements protégés. Une telle situation procède sans doute partiellement d'un mécanisme d'adaptation des établissements à la relative rareté de l'offre en lits institutionnels dans ce secteur :

| secteur | CENTRE | NORD | OUEST | EST | Moyenne cantonale |
|---|---------|--------|--------|--------|-------------------|
| population générale (18-65 ans) | 137'681 | 74'540 | 94'871 | 78'458 | 96'387.5 |
| Nb. places AP | 38 | 57 | 35 | 25 | 38.8 |
| Places AP en % popul. générale correspondante | 0.028 | 0.076 | 0.037 | 0.032 | 0.043 |
| Nb. lits psychiatriques | 280 | 216 | 110 | 204 | 202.5 |
| Lits psy % pop. totale | 0.20 | 0.29 | 0.12 | 0.26 | 0.22 |
| Nb. personnes/lit psy. | 491.7 | 345.1 | 862.5 | 384.6 | 521 |

Tableau 19

On constate en effet que, rapporté à la population adulte totale du secteur, le nombre d'utilisateurs en appartements protégés classe le secteur OUEST en meilleure position que les secteurs CENTRE et Est, alors que sa dotation en lits psychiatriques est proportionnellement la plus faible. Le secteur NORD quant à lui se signale par la meilleure dotation en appartements protégés, tout comme il dispose proportionnellement de la plus forte capacité d'accueil du canton.

comparaison par catégorie d'établissements :

| Répartition des appartements protégés et des usagers | Nb. d'établissement avec AP | % nb. d'établissements de même catégorie | Usagers en AP (total = 155) | % usagers en AP |
|--|-----------------------------|--|-----------------------------|-----------------|
| EMS | 12 | 60 | 97 | 62.6 |
| FSE | 7 | 58.3 | 28 | 18.1 |
| PPP | 3 | 60 | 19 | 12.3 |
| Autres | 2 | 33.3 | 11 | 7.1 |

Tableau 20

En terme de répartition dans les différentes catégories d'établissements, on constate que les EMS prennent en charge une bonne majorité (62.6%) des usagers en appartements protégés, suivis d'assez loin par les FSE (18.1%).

Cette répartition appelle un commentaire important sur le fait que l'appellation « appartement protégé » désigne toutes sortes de réalités différentes.

En effet, il semble qu'un certain nombre (impossible à déterminer) d'appartements protégés correspondent plutôt à des « lits hors les murs », dans la mesure où leurs usagers bénéficient de l'intégralité des prestations quotidiennes habituelles de l'établissement d'accueil auquel leur logement est associé. Or il s'agit là d'une situation plus particulière aux EMS, et qui pourrait sans doute expliquer une partie de leur forte proportion d'utilisateurs en appartements protégés.

Outre ce phénomène inquantifiable de « lits hors les murs », il apparaît que, globalement, les rapports des usagers en appartements protégés avec l'établissement de base sont loin d'être toujours comparables. En effet, nous avons découvert presque autant de formules différentes qu'il y a d'établissements avec appartements protégés. Ce constat n'étonne guère, dans la mesure où le statut exact des appartements protégés, et par voie de conséquence leur

financement ou les besoins en dotation qui correspondent au suivi à domicile, sont encore mal précisés.

Or cette nécessaire clarification n'est pas chose aisée, d'autant plus que les impératifs administratifs et réglementaires (élaboration de normes afin de faciliter la gestion du réseau, maîtrise des coûts) se heurtent aux besoins des établissements (davantage de souplesse dans le financement et une dotation en personnel adaptée à ce mode de prise en charge post-institutionnelle). D'ailleurs les questions portant sur les appartements protégés ont été diversement interprétées par les référents des établissements, et nous avons dû à plusieurs reprises préciser que nous entendions par là, au minimum, des structures topographiquement indépendantes. Certains établissements disposent de studios d'émancipation in situ, une formule intéressante au demeurant mais restant trop intriquée au fonctionnement institutionnel pour être considérée comme faisant partie des appartements protégés.

Prenons quelques exemple de ce qui peut exister comme disparités organisationnelles au sein du réseau d'appartements protégés :

- Le bail à loyer des appartements est, selon les cas, pris soit par l'établissement soit par le résidant. Certains de ces appartements appartiennent à l'institution dont ils dépendent et les résidants parvenus à un stade d'autonomisation et d'émancipation suffisant doivent les quitter pour trouver un appartement individuel sur le marché du logement. D'autres appartements sont au contraire attribués aux résidants, qui reprennent le bail à leur nom dès que leur processus d'autonomisation le permet, l'établissement se chargeant de trouver un autre appartement pour le résidant suivant.
- L'encadrement des usagers en appartements protégés varie d'un établissement à l'autre. Lorsqu'il est relativement ferme, la formule peut se révéler utile dans les cas où l'usager nécessite une surveillance particulière en raison de ses tendances comportementales ou de son statut médico-légal.
- Certains établissements ont mis au point des formules d'émancipation progressive qui permettent aux résidants de bénéficier dans un premier temps d'un encadrement relativement intensif au sein de l'institution durant la journée, avec retour dans l'appartement le soir, puis de passer à un régime d'indépendance accrue où l'encadrement n'est plus représenté que par des visites ponctuelles de l'équipe institutionnelle.

E. SYNTHÈSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

Les objectifs de ce chapitre sont :

Premièrement de tirer un portrait fonctionnel et dynamique de la situation du réseau intermédiaire résidentiel vaudois, dans le contexte plus vaste du système public vaudois de santé mentale, en soulignant principalement ce qui est en rapport avec l'adaptation réciproque de l'offre et de la demande, ainsi que les indices de stabilité/précarité qui caractérisent le système dans sa globalité.

Deuxièmement, sur la base de la littérature explorée, de suggérer dans une perspective prospective des pistes évolutives possibles, ainsi que de commenter différentes interventions qui pourraient à terme améliorer le fonctionnement, mais aussi l'évaluation du réseau, et par là même sa gestion et sa planification.

Finalement de donner lieu à quelques commentaires à propos de différents problèmes rencontrés au cours du programme de recherche.

E.1. SYNTHÈSE ET DISCUSSION DES RESULTATS

E.1.a. Correspondance quantitative de l'offre et de la demande

Les résultats en rapport avec **l'évaluation quantitative de la demande** nous ont permis de satisfaire à l'attente des mandants. La valeur de synthèse (1062) proposée pour le volume de la demande au cours de la période de référence représente l'essentiel de la demande exprimée, qui est de 304 placements par année en moyenne. La droite de régression linéaire, issue de l'analyse de l'évolution semestrielle de la demande au cours de la période de référence, prédit un accroissement plausible de la demande d'ici à la fin de la décennie (environ 1 lit de plus chaque année, 4 si l'on compte les toxicomanes).

Les résultats concernant **l'évaluation quantitative de l'offre** nous ont également permis, combinés aux éléments qualitatifs, de répondre à l'attente des mandants, en leur fournissant des informations rigoureuses leur permettant d'étayer une modification importante dans la gestion administrative du réseau.

Cependant, les résultats quantitatifs obtenus ne me satisfont pas entièrement sur le plan scientifique. Notre objectif était de compiler des données quantitatives complètes sur la demande et l'offre. Or nous n'avons, de mon point de vue, pas atteint cet objectif, comme je le montrerai en critiquant les données quantitatives récoltées au sujet de la demande et de l'offre.

De plus, je suis convaincue qu'une analyse quantitative de la demande, même plus précise que la nôtre, ne suffit pas à prédire l'évolution des besoins. L'aspect **qualitatif** de la demande et de l'offre sont des éléments déterminants en ce qui concerne l'évaluation des besoins, leur tendance évolutive, et l'adaptation de l'offre à cette tendance. C'est pourquoi ils prendront une place centrale dans ma description du réseau et du système dont il fait partie.

Critique des données quantitatives

J'ai déjà parlé des imprécisions paramétriques qui caractérisent les deux sources de données (DMA et répertoire) à disposition pour définir la demande. La marge d'erreur des répertoires étant impossible à évaluer, ils ne constituent pas une source quantitative très fiable. Plus précises, les DMA sont cependant très affaiblies par le manque de précisions des données concernant la destination des placements. Les fiches des patients toxicomanes en 1^{er} diagnostic qui figurent dans les DMA brutes peuvent aisément être isolées, réduisant le nombre de placements à un volume plus proche de celui qui concerne spécifiquement les patients psychiatriques. Toutefois ce procédé entraîne le risque de négliger les patients

toxicomanes à la problématique psychiatrique suffisamment importante pour justifier des placements occasionnels dans les établissements de notre cible. En examinant plus attentivement les données, on constate encore d'autres imprécisions :

| DEMANDE - REPRESENTATIVITE DES DONNEES MEDICO-ADMINISTRATIVES | |
|---|---|
| Sur-représentativité des données | Sous-représentativité des données |
| Inclusion des patients handicapés mentaux, qui ne font pas partie du champ d'observation (5 établissements socio-éducatifs spécialisés sont mentionnés dans les répertoires). | Les DMA ne prennent en compte que les placements effectués depuis l'hôpital. Outre les placements en provenance des structures ambulatoires ou cantonales, qui ne sont pas comptés dans les DMA, on ne peut exclure l'existence de certains placements effectués directement par les CMS, les familles ou la justice de paix. |
| <p>En conclusion, si l'on déduit les données concernant les patients souffrant d'un diagnostic principal de toxicomanie avec comorbidité psychiatrique, les DMA ne couvrent</p> <p>➔ qu'approximativement la demande couverte. Il vaudrait la peine, à l'avenir, de définir plus finement le champ d'observation au moment de la saisie des données, et de s'assurer auprès des établissements d'accueil de la provenance de leurs résidents.</p> | |

Tableau 21

Malgré la maigre fiabilité des données issues des répertoires, au vu de leur production artisanale, ceux-ci ont eu le mérite précieux de nous fournir une liste complète des établissements où un placement au moins a été effectué pendant la période de référence. Cette liste permet notamment d'observer qu'un certain nombre de placements se font dans des établissements hors-canton, ou encore dans des EMS à vocation gériatriques ou psychogériatrique. Nous aurons l'occasion de revenir sur ce problème particulier des placements ayant trouvé une issue peu satisfaisante du point de vue de la prise en charge des patients.

Parmi les 120 établissements de destination mentionnés dans les répertoires, les représentants des mandants ont désigné 43 établissements que nous devions visiter. Il s'agissait des établissements subventionnés à vocation unique ou partielle de psychiatrie adulte. Nous verrons [tab.22] que ce crible particulier ne permet pas de se faire une idée exacte des ressources cantonales en matière d'hébergement psychiatrique intermédiaire. En ce qui concerne l'offre, les données quantitatives étaient elles aussi affectées, rappelons-le, d'un facteur d'imprécision majeur, puisque nous avons vu qu'une proportion importante des lits offerts par le réseau étudié (21.9%) étaient dévolus à des missions autres que la psychiatrie adulte. Les lits occupés par des patients psychiatriques au moment de l'enquête ont pu être isolés, en soustrayant du total les places occupées par des patients d'âge AVS quand il n'était pas possible aux responsables d'établissements de préciser l'attribution de leurs lits.

| OFFRE - REPRESENTATIVITE DES ETABLISSEMENTS ETUDIES | |
|--|--|
| Sur-représentativité des données | Sous-représentativité des données |
| <p>Certains des établissements investigués se trouvent à la limite de notre champ d'investigation :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 FSE est entièrement consacrée à la problématique très particulière de l'autisme (10 lits), qui relève davantage du handicap mental. ▪ 1 établissement d'accueil tout venant (98 lits) ne compte que 5 places occupées par des patients psychiatriques, dans un encadrement inapproprié. Son investigation est justifiée par les subventions que lui accorde l'un des services mandants. ▪ 1 des EMS à mission multiple ne compte qu'un seul résident psychiatrique au milieu de résidents âgés ; son inclusion dans l'enquête est due uniquement | <p>Deux établissements à mission psychiatrique n'ont pas été investigués (l'un en cours de restructuration et l'autre peu disposé à collaborer).</p> <p>Quelques structures d'accueil privées, utilisées à l'occasion comme lieu de placement par les assistants sociaux des secteurs (comme en témoignent les répertoires), n'ont pas été incluses dans l'enquête parce que n'étant pas administrées par les services mandants.</p> <p>Un des établissements réhabilitatifs affirmés du secteur Ouest consacre la quasi-totalité de ses lits (13/14) à des patients en provenance du système psychiatrique genevois</p> |

| | |
|---|--|
| à son statut administratif. ▪ 1 unité hospitalière résidentielle, faisant partie du service de réhabilitation de la Fondation de Nant. | provenance du système psychiatrique genevois |
| En conclusion, il est difficile d'estimer avec précision les ressources réelles du canton en matière d'hébergement psychiatrique intermédiaire. Il faudrait, afin de faciliter une future évaluation, définir clairement les limites de la question. S'agit-il de tenir compte uniquement de la psychiatrie intermédiaire subventionnée, et dans ce cas faut-il inclure d'autres établissements subventionnés ? Ou s'agit-il de s'intéresser à la totalité des ressources qui permettent de répondre <u>adéquatement</u> aux besoins résidentiels extra-hospitaliers des patients psychiatriques chroniques dans le canton ? | |

Tableau 22

On constate donc que les données décrivant la demande et l'offre sont affectées d'un problème de représentativité, et qu'elles ne recouvrent pas exactement les mêmes champs. A ces problèmes s'ajoute le fait qu'il n'a pas été possible d'examiner la durée moyenne de séjours des patients dans les établissements d'accueil, ce qui signifie que nous n'avons pas d'indications sur l'utilisation ultérieure du réseau intermédiaire résidentiel et les places qu'il pourra libérer en réponse à la demande. De surcroît, l'estimation des besoins latents correspond à une mesure ponctuelle, qui ne permet pas de prédire leur évolution avec précision.

Il me semble donc difficile, sur la base exclusive des données quantitatives à disposition, de répondre avec précision à la question de la correspondance de l'offre à la demande. C'est la raison pour laquelle il faut se contenter de la valeur de synthèse issue de deux sources entachées de biais (DMA et répertoires) comme une approximation plausible de la demande exprimée, soit 1062 placements effectués pendant la période de référence. Quant à l'évaluation quantitative de l'offre, on peut en conclure qu'elle mesure avec une bonne exactitude le domaine investigué, mais que ce domaine n'est pas exactement équivalent à l'offre réelle en hébergement psychiatrique intermédiaire.

En ce qui concerne la concordance de l'offre et de la demande, de nombreux indices nous permettent de penser qu'il n'y a pas assez de possibilités de prise en charge psychiatrique extra-hospitalière dans le réseau :

- ⇒ Les besoins latents (74 patients implaçables) signalés ponctuellement au moment de l'enquête.
- ⇒ Les placements effectués dans des établissements hors canton (les répertoires en signalent 9 ayant accueilli au moins 1 patient pendant la période de référence).
- ⇒ Les placements effectués dans des établissements à vocation gériatrique ou psychogériatriques (les répertoires signalent 41 destinations de placements de ce type, et une analyse grossière des DMA⁸² signale une somme minimale de 57 placements effectués dans de tels établissements pendant la période de référence). Cette situation est d'ailleurs largement dénoncée par les assistants sociaux et certains directeurs d'établissements.
- ⇒ La fermeture récente de 3 établissements d'hébergement au moins, alors qu'à ma connaissance 1 seul établissement s'est converti à la psychiatrie adulte (âgée, en l'occurrence).

⁸² En l'occurrence il ne s'agit que des secteurs centre, nord et ouest, et seulement des établissements bénéficiant d'un code (ce qui est d'ailleurs assez systématiquement le cas pour les EMS gériatriques).

- ⇒ L'augmentation globale des placements effectués pendant la période de référence, alors que les possibilités de placements ont vraisemblablement diminué (voir remarque précédente).
- ⇒ L'opinion de plus de 47% des assistants sociaux qui estiment la capacité du réseau insuffisante, alors que plus de 35% d'entre eux perçoivent une péjoration de cette capacité au cours de la période de référence. Cette opinion est bien entendu subjective, et exprime probablement en partie la pression constante à laquelle ils sont soumis de la part de l'hôpital, qui doit libérer des lits.

Malgré l'imprécision des données à disposition, pour tenter de définir la correspondance de l'offre à la demande, on peut tenter une approximation sur la base de la valeur de synthèse (demande), d'une part, et sur la base des places d'hébergement psychiatriques recensées (offre), d'autre part :

| ESTIMATION DE LA CORRESPONDANCE DE LA DEMANDE ET DE L'OFFRE | |
|--|--|
| Besoins latents (patients implaçables en 2000) | 74 (6.5%) |
| Places d'hébergement obtenues | 1062 |
| Places d'hébergement psychiatrique adulte du réseau institutionnel étudié | 810 |
| <i>Proportion des besoins couverts par la disponibilité psychiatrique adulte du réseau institutionnel étudié</i> | <i>76.3% (71.3%)</i> |
| Placements effectués ailleurs (1062 – 810) | <ul style="list-style-type: none"> → EMS psychogériatriques ou gériatriques → FSE spécialisées dans la toxicodépendance → FSE spécialisées dans le handicap mental → Etablissements d'accueil hors-canton → Etablissements psychiatriques non visités 252 |
| Besoins non couverts par la disponibilité psychiatrique adulte | 326 |
| Total des besoins (couverts ou non) en places d'hébergement | <u>1136</u> |
| <i>Proportion des besoins non couverts par la disponibilité psychiatrique adulte du réseau institutionnel étudié</i> | <i><u>28.7%</u></i> |

Tableau 23

Parmi les placements effectués ailleurs que dans le réseau institutionnel étudié, certains besoins particuliers peuvent être remplis de façon adéquate (FSE spécialisés dans le handicap mental ou la toxicodépendance (patients comorbides), établissements psychiatriques non visités).

En revanche, les placements dans les EMS gériatriques ne correspondent pas à une solution appropriée (des patients psychiatriques sont parfois placés dès la quarantaine, faute d'une autre solution, dans un cadre de vie peu propice à la réhabilitation), pas plus que les placements hors-canton, qui éloignent les patients de leur communauté sociale et familiale naturelle et posent des problèmes de continuité des soins. Dans une moindre mesure, c'est également le cas des 34.5% de placements effectués hors du secteur de provenance, bien que ces « exportations » répondent pour certaines à des besoins spécifiques (établissements « sécurisés », par exemple, qui n'existent pas dans tous les secteurs).

Quant aux besoins non couverts, ils sont préoccupants puisqu'ils concernent des patients gravement perturbés (souffrant d'une comorbidité associant une affection psychopathologique à la toxicomanie ou présentant un problème médico-légal associant la psychopathologie à la délinquance), qui sont maintenu dans une situation existentielle précaire par des solutions de fortune (logement chez des proches, dans des hôtels ou des accueils temporaires comme le Sleep-in). En ce qui concerne ces besoins, dont l'essentiel est signalé par le secteur Centre, l'office du tuteur général et le service pénitentiaire, signalons qu'ils sont rendus plus délicats

encore par le manque croissant de possibilités d'accueil temporaires, comme en offrait par exemple la Résidence de l'Armée du Salut avant de s'aligner aux normes de l'OFAS en réservant une proportion croissante de ses lits à une clientèle AI, pour une prise en charge de moyen ou long terme.

Pour conclure cette estimation de la correspondance de l'offre et de la demande, il convient d'insister sur le facteur d'imprécision important des informations à disposition, et de n'accorder à cette approximation qu'une valeur indicative, dont la tendance au moins est confirmée par les commentaires des intervenants du réseau. Néanmoins, la critique attentive des données permet de suggérer des moyens d'en améliorer la qualité et de réduire ces imprécisions lors d'une évaluation ultérieure :

- ⇒ En obtenant que les DMA soient complétées de l'identification précise de tous les placements. Cette source de données ainsi modifiée serait suffisante pour estimer les placements en provenance de l'hôpital, sans nécessiter le recours à des répertoires établis par les assistants sociaux.
- ⇒ En améliorant le repérage des hospitalisations itératives sur retour de placement, notamment en signalant le rang des hospitalisations pour chaque patient (1^{ère} réhospitalisation, 2^{ème} réhospitalisation, etc..).
- ⇒ En précisant plus finement les critères de sélection de la population-cible (quels patients comorbides garder dans la cible...).
- ⇒ En améliorant la représentativité de la demande (prise en compte plus systématique des demandes provenant des structures ambulatoires, des CMS, des familles), par exemple en s'assurant auprès des établissements d'hébergement de la provenance exacte de leurs patients.
- ⇒ En améliorant la représentativité de l'offre prise en compte, par l'inclusion de tous les établissements à mission psychiatrique (si possible également ceux qui ne sont pas subventionnés, puisqu'ils répondent, qu'on le veuille ou non, à une partie des besoins).
- ⇒ En insistant sur le recueil de données concernant la durée moyenne de séjour des patients dans chaque institution. Ce recueil pourrait être grandement facilité par l'informatisation des registres de mouvements des résidents, mais en leur absence il faudrait tout de même se donner les moyens d'exploiter les informations existantes et insister auprès des responsables d'institutions pour qu'ils nous donnent accès à leurs registres.
- ⇒ Sur un plan administratif, il faudrait stabiliser l'offre en places d'hébergement psychiatriques, par la définition précise de la capacité de chacune des missions pouvant cohabiter au sein d'un établissement. En effet, sans cette mesure, rien ne garantit que les 146 lits actuellement occupés par des patients psychiatriques dans les établissements à mission multiple ne seront pas à l'avenir dévolus aux autres missions (on sait que le vieillissement de la population entraîne une demande importante de places en gériatrie, par exemple).

En attendant une évaluation quantitative plus précise de l'offre et de la demande, voyons maintenant comment les autres informations quantitatives et qualitatives nous permettent de décrire les tendances évolutives du réseau institutionnel étudié, dans le système global de la prise en charge des patients psychiatriques chroniques.

E.1.b. Tendances évolutives de l'offre et de la demande

Le développement du réseau résidentiel intermédiaire s'est plus ou moins calqué sur l'évolution de la politique hospitalière. Le réseau étudié a amorcé une croissance rapide à partir du moment où les premières mesures de contrôle des coûts ont été instaurées, à la fin des années 70, entraînant une réduction des lits hospitaliers et des durées de séjour. Depuis, avec la modification de la LAMal et le programme d'économie OrCHidée, l'hôpital a hérité une mission de gestion de crise et une fonction de plateau technique, s'accompagnant d'une diminution constante des durées de séjours hospitaliers. Cette modification fonctionnelle, qui est décrite dans tous les pays occidentaux, entraîne une importante délégation des soins de l'hôpital aux établissements résidentiels du réseau intermédiaire, qui se sont progressivement équipés dans le sens de répondre à cette demande.

Le réseau institutionnel étudié se compose de 43 établissements, qui accueillent une clientèle de personnes souffrant en majorité de **troubles mentaux évolutifs** (en particulier de troubles psychotiques [36.9%]), et de **troubles de la personnalité**. Ces derniers sont plus rares (6.2%), mais ils sont en revanche fréquemment associés avec des troubles liés à la toxicomanie, qui représentent 31.9% des diagnostics principaux de patients placés. Selon la littérature, les patients schizophrènes, surtout jeunes, souffrent également souvent de troubles liés à la toxicomanie. Les patients nécessitant un placement sont notamment des hommes, plutôt jeunes⁸³, isolés socialement, mais appartiennent aussi dans une proportion importante (44.7%) à une classe d'âge plus avancée. L'importance numérique des jeunes patients souligne l'importance de répondre à leurs besoins spécifiques, qui ne sont pas les mêmes que ceux des patients vieillissants, chroniques et institutionnalisés de longue date. Les besoins ont donc évolués depuis la création du réseau intermédiaire résidentiel, qui servit dans un premier temps de substitut résidentiel aux internements psychiatriques de long terme, et qui actuellement doit s'adapter à d'autres types de demandes. En quoi consiste plus précisément cette adaptation ?

On constate un glissement progressif des établissements du réseau vers une polarisation : d'une part on trouve une majorité d'établissements **d'orientation réhabilitative affirmée**, destinés principalement à répondre aux besoins plus « pointus » de patients encore jeunes, pour lesquels on peut espérer atteindre une meilleure (ré)acquisition de compétences, une intégration sociale et l'émancipation de l'établissement d'accueil. D'autre part on trouve des établissements **d'orientation réhabilitative modérée**, pour les patients qui avancent en âge en conservant un handicap psychosocial relativement important, et dont le potentiel évolutif est plus faible. Ces établissements se conçoivent (idéalement), dans les cas les plus favorables, comme des plates-formes « vers un ailleurs possible » (appartement protégé, par exemple, ou structure d'encadrement plus léger) et dans d'autres cas, pour les patients très invalidés, comme des lieux de vie. La coexistence d'établissements privilégiant l'une ou l'autre de ces deux orientations est nécessaire à l'équilibre fonctionnel du réseau institutionnel.

74.4% des établissements du réseau étudié ont une mission institutionnelle simple de psychiatrie adulte, ce qui représente 80% de la capacité d'accueil spécifique à la psychiatrie adulte. En revanche, le plus souvent pour des raisons historiques, ou en raison de la demande régionale, plus du quart des établissements d'accueil (25.6%) ont une mission multiple ou indéterminée (20% de la capacité d'accueil spécifique à la psychiatrie adulte). Dans les

⁸³ Rappelons que les données épidémiologiques à disposition présentent certainement un biais, dans la mesure où toutes les hospitalisations (premières et itératives) sont prises en compte. Or il semble que les jeunes patients présentent de manière générale plus d'hospitalisations itératives. Cependant, la littérature confirme une tendance au rajeunissement des patients psychiatriques.

établissements à mission multiple, l'encadrement s'aligne souvent sur les besoins des personnes âgées, centré sur la convivialité centripète et une animation hypostimulante, qui favorise chez les patients psychiatriques une dépendance institutionnelle, et probablement des durées de séjour plus longues, si l'on en croit les résultats obtenus. De façon générale, les établissements à missions mixtes n'offrent pas une prise en charge très spécifique aux patients psychiatriques. La tendance récente du développement des établissements est orientée davantage vers les établissements à mission simple et à orientation réhabilitative affirmée, qui répondent mieux à la spécificité des besoins manifestés par les jeunes patients et ceux qui, vieillissant, présentent néanmoins des ressources mobilisables.

En quoi consistent ces besoins, qui diffèrent selon l'âge, mais aussi selon la pathologie ?

En ce qui concerne les patients atteints de **troubles mentaux évolutifs**, en particulier les psychotiques, il s'agit notamment d'administrer une pharmacothérapie spécifique et de stimuler les compétences, sociales et pratiques. Les attentes exprimées par les assistants-sociaux portent notamment sur la gestion du syndrome résiduel et la réduction du handicap psychosocial. A l'exception des structures d'hébergement légères et peu spécialisées, la plupart des établissements accueillent ce type de patients, pour la prise en charge desquels la difficulté majeure consiste à gérer les symptômes florides.

En cas de **troubles de la personnalité**, les besoins sont essentiellement de nature sociothérapique, fondée sur une approche relationnelle spécialisée permettant de faire face de manière adéquate aux débordements émotionnels et à l'impulsivité des personnalités pathologiques. La médication est secondaire et occasionnelle. L'aspect le plus important de l'expectative des assistants-sociaux dans ce cas est que la réactivité psychoaffective et les tendances comportementales prévalentes soient contenues et maîtrisées par des modalités d'encadrement institutionnel suffisamment ferme. Un certain nombre d'établissement évitent d'accueillir ces patients, qui se mélangent relativement mal aux autres résidents du fait de leurs troubles du comportement et de leurs tendances addictives fréquentes.

Quant aux patients psychiatriques affectés de **troubles liés à une toxicomanie**, ils requièrent une approche sociothérapique spécialisée, et dans certains cas l'administration de méthadone ou d'une médication psychotrope. Les attentes des assistants sociaux portent sur un encadrement ferme, orienté autant vers la réhabilitation psychosociale (surtout s'il s'agit de patients jeunes), que vers la maîtrise de l'addiction. Ce genre d'encadrement spécialisé manque dans le réseau, où la toxicomanie reste souvent un critère d'exclusion pour les établissements psychiatriques adultes, tandis que les foyers socio-éducatifs spécialisés dans les dépendances refusent en principe les patients psychiatriques.

De manière générale, quelle que soit l'indication du placement, l'expectative des intervenants médico-sociaux est que le syndrome résiduel des patients soit accepté et progressivement maîtrisé par l'encadrement institutionnel des établissements d'accueil, à la faveur de la continuité des soins que cet encadrement est sensé intégrer de manière adéquate, afin d'éviter de trop fréquentes réhospitalisations. L'accent est mis sur l'importance d'un espace d'intimité (chambres individuelles), qui correspond du reste avec les directives des nouvelles orientations de la santé. Il s'agit idéalement de trouver un mode d'encadrement institutionnel adapté à la lourdeur du handicap psychosocial des patients qu'ils leur proposent, et disposant de moyens suffisants pour favoriser l'atténuation de ce handicap au cours de l'évolution ultérieure, voire pour permettre d'atteindre des objectifs de réhabilitation psychosociale plus ou moins ambitieux.

On observe un phénomène de sous-spécialisation des établissements, surtout à mission simple de psychiatrie adulte, qui ont une tendance à se concentrer sur la prise en charge d'un type particulier de patients, afin de faciliter les rapports entre résidents et de favoriser une spécialisation de la prise en charge. Ces établissements ont en général une définition plus

précise de leur population-cible (en terme d'âge et de pathologie) et des limites institutionnelles (critères d'exclusion). Certains établissements mettent à profit un cadre (rural ou villageois) à priori moins propice à l'émancipation des résidants pour proposer un mode d'encadrement particulier (encadrement sécurisé, prise en charge des addictions, notamment), ce qui répond à un besoin cantonal plutôt que régional. Ces spécialisations témoignent d'une adaptation dynamique à la demande, dont on trouve un autre exemple dans la création d'appartements protégés, qui correspondent à une forte demande des placeurs, des directeurs d'établissements et des patients eux-même. Ces structures permettent en effet de favoriser l'émancipation progressive des patients dont les ressources ne justifient plus le maintien en établissement, mais qui ne peuvent pas passer directement à une indépendance complète.

La réponse aux besoins spécifiques de la population de patients susceptibles de bénéficier d'une réhabilitation implique une dotation en personnel spécialisé et pluridisciplinaire. Ce personnel doit être en mesure de gérer une prise en charge complexe, dont le but est de développer compétences sociales et aptitudes relationnelles, et si possible d'instaurer ou de restaurer une intégration professionnelle, au moins partielle et protégée. Cette pluridisciplinarité se base sur la polyvalence et la complémentarité du personnel soignant et du personnel socio-éducatif, représentés dans des proportions diverses. Il me semble à cet égard que le fossé entre le médical et le social n'est pas aussi marqué que dans certaines régions (Québec, France), du moins dans les établissements investigués. La tendance récente, surtout chez le personnel infirmier, est à un effort de formation continue, notamment dans le domaine des thérapies cognitivo-comportementales, qui fondent la psychagogie clinique mise en œuvre de plus en plus fréquemment⁸⁴, sous la forme par exemple de modules inspirés de Liberman.

On constate donc que le réseau institutionnel étudié tend à s'adapter à l'évolution qualitative de la demande, notamment les établissements d'orientation réhabilitative affirmée, qui se signalent par de plus fréquents projets de développement. Le réseau institutionnel étudié est loin d'être figé, il témoigne au contraire dans l'ensemble d'une capacité plastique et dynamique de bon augure. Cependant, cette adaptation n'est pas parfaite, et s'accompagne d'un certain nombre de difficultés, que nous aborderons dans les « indices de précarité du réseau ».

Sur la base des observations issue de cette lecture des résultats, il semble que diverses mesures pourraient favoriser une anticipation plus précise de l'évolution des besoins :

- ⇒ En poursuivant l'étude épidémiologique des patients placés, afin d'avoir une mise à jour de l'évolution des besoins liés aux placements.
- ⇒ En limitant cette étude épidémiologique au premier placement de chaque patient, afin d'éviter des redondances biaisant les résultats.
- ⇒ En complétant cette étude de l'analyse des diagnostics secondaires, afin notamment de parvenir à une meilleure définition des besoins liés aux troubles toxicomaniaques. De nombreux jeunes patients semblent en effet affectés d'une comorbidité toxicomaniaque, dont la prise en charge conjointe est indispensable à la réussite du traitement.
- ⇒ En effectuant une analyse poussée des diagnostics les plus fréquemment associés avec les placements itératifs, afin d'avoir une estimation du risque de réhospitalisation en fonction de la pathologie. Sur un plan clinique, cela permettrait également d'orienter la prise en charge en fonction du risque estimé.

⁸⁴ Y compris d'ailleurs dans les hôpitaux de Cery et de Prangins.

- ⇒ En poursuivant également l'évaluation des besoins liés aux mesures pénales concernant les patients psychiatriques.
- ⇒ En guettant l'émergence de besoins nouveaux afin que le réseau puisse se préparer à y répondre aussi tôt que possible.

E.1.c. Indices de précarité du réseau

Pour mieux comprendre les difficultés en rapport avec la prise en charge des patients psychiatriques chroniques dans le réseau intermédiaire résidentiel, il s'agit de situer les différents éléments dans une perspective systémique. A cet effet, j'ai modélisé les éléments du système ainsi que les interactions et les influences réciproques qui s'y manifestent [Cf. annexes, transparent 1 : « modélisation des éléments influençant le système intermédiaire »]. Cette représentation illustre bien le fait que le fonctionnement et l'efficacité du réseau intermédiaire résidentiel dépendent non seulement de facteurs « internes », comme la dotation, la formation du personnel et les modalités thérapeutiques retenues, mais aussi de facteurs « externes » liés à la situation hospitalière et à l'orientation des placements.

Considéré dans sa globalité, le système montre quelques importants indices de précarité :

- Le premier de ces indices a déjà été largement évoqué, puisqu'il concerne l'incapacité du réseau à absorber tous les besoins. Il s'agit d'une part des besoins latents, concernant des patients gravement perturbés et récalcitrants pour lesquels n'existe simplement pas de solution à l'heure actuelle. Ces patients soumis à des solutions de fortune peu stabilisantes contribuent sans doute à l'engorgement des hôpitaux psychiatriques. En revanche, bien que ne disposant pas d'une prise en charge adéquate, ces patients ne disparaissent pas totalement dans la nature (contrairement à ce que l'on observe en Amérique de Nord ou en Angleterre) puisqu'ils gardent généralement un contact avec leur tuteur, ne serait-ce que pour toucher une aide financière. Il s'agit d'autre part des besoins pour lesquels une solution peu adéquate est trouvée, notamment sous la forme d'un placement dans des établissements gériatriques ou psychogériatriques. De plus, parmi les lits psychiatriques proposés par le réseau institutionnel étudié, 146 ne correspondent qu'à une attribution opportuniste, dont rien ne garantit qu'elle sera maintenue dans le futur.
- Le réseau institutionnel étudié, ainsi que l'opinion des intervenants chargés des placements, révèlent des manques de disponibilité dans certaines régions (Vallorbe) ; des manques de disponibilité spécifiques de type réhabilitatif (la Côte, l'agglomération lausannoise). Ils témoignent également d'une carence cantonale en matière de prise en charge des patients comorbides toxicomanes et des patients présentant un statut médico-légal. Dans ce dernier cas, lorsqu'une solution adéquate (encadrement strict) n'est pas disponible, les patients se retrouvent souvent incarcérés. Les problèmes liés à la toxicomanie semblent prendre de plus en plus d'importance, et ils affectent peu ou prou toutes les pathologies mentales. J'ai déjà évoqué la fréquence de la comorbidité chez les personnes atteintes de troubles de la personnalité. Mais les schizophrènes sont également touchés par les abus de drogues et d'alcool, puisque Caton et coll., cités par HUGUELET et GONZALEZ (1994) relèvent un taux de prévalence de 50% de ce type de comorbidité chez ces patients.
- Avec la nouvelle orientation des soins, qui correspond à la situation qui prévaut dans les pays occidentaux, l'hôpital est devenu une « plate forme technique », un lieu de crise dont l'objectif principal est la gestion des symptômes et la régulation de la médication. La durée moyenne d'hospitalisation, comme nous l'avons vu, est en train de diminuer rapidement. En raison d'une part de la baisse de qualité de la prise en charge hospitalière « non-technique », qui laisse les patients livrés à eux-mêmes et à leurs tendances

régressives⁸⁵, et d'autre part du raccourcissement des hospitalisations, les patients sont transférés dans les établissements d'accueil à un stade de leur évolution où la stabilisation de leur état est encore précaire. Par conséquent, la tolérance de l'institution vis-à-vis des symptômes résiduels est considérée comme importante ou très importante par la majorité des intervenants médico-sociaux, surtout en début de placement, afin d'éviter des réhospitalisations trop fréquentes. Par ailleurs il manque de solutions d'accueil rapide, qui pourraient servir de cadre temporaire à l'organisation d'un placement approprié quand celle-ci ne peut pas se faire à l'hôpital. La Résidence de l'Armée du Salut était jusqu'à récemment utilisée à cette fin, mais les exigences de l'OFAS ont imposé une orientation socio-éducative qui implique de plus en plus de séjours de moyen ou de long terme.

- La dispersion de 34.5% des placements hors de leurs secteurs de provenance, accompagné d'un phénomène inverse d'importation des placements (28.3% des placements intra-sectoriels) témoigne probablement, dans la plupart des cas, de la nécessité pour les assistants sociaux des secteurs de profiter de la place la plus rapidement disponible. Dans certains cas, cependant, il s'agit d'une orientation délibérée vers un établissement offrant une réponse spécifique aux besoins du patient concerné. Dans d'autre cas, ce phénomène correspond sans doute au placement de patients dans leur secteur d'origine, alors qu'ils ont été hospitalisés dans un autre secteur⁸⁶. Il est connu que la dispersion des placements atteint des proportions du même ordre de grandeur en gériatrie ou en psychogériatrie et en ce qui concerne le handicap mental. Cependant, dans le domaine de la psychiatrie adulte, ce phénomène pose un problème particulier car il crée des difficultés de collaboration entre les institutions de la psychiatrie publique d'un secteur et les établissements d'accueil situés dans une autre partie du canton. La qualité du processus de placement est menacée, puisqu'elle repose notamment sur la visite préalable de l'établissement par le patient et sur les entretiens de réseau, réunissant des membres des équipes de prise en charge hospitalière et intermédiaire. De même, la cohérence et la continuité des soins, qui favorisent l'installation du patient dans son nouveau cadre de vie, sont rendus compliqués par la distance.
- De manière générale, les relations entre le dispositif psychiatrique public et les établissements du réseau intermédiaire se caractérisent par des difficultés de communication. De nombreux responsables d'établissements se sont plaint de la lenteur avec laquelle les informations concernant un nouveau résident leur parvenaient. Ils évoquent aussi, dans certains cas, la dissimulation d'informations importantes pour la prise en charge du patient (suicidalité, addiction, pyromanie, exhibitionnisme), en l'imputant à l'impérieuse nécessité de « sortir » les patients de l'hôpital surchargé. D'autre part, ils se plaignent du manque de disponibilité des équipes hospitalières en ce qui concerne l'aide à la gestion des crises ou l'appui à une réhospitalisation brève. Du côté des services sociaux de l'hôpital, les plaintes concernent le manque d'information au sujet des spécificités et des disponibilités des établissements d'accueil. Du côté de l'hôpital⁸⁷, les plaintes concernent les limites trop rapidement atteintes des établissements en matière de gestion des crises. Cette problématique souligne un certain flou dans l'attribution des responsabilités entre le versant hospitalier et le versant résidentiel intermédiaire.

⁸⁵ Ce commentaire n'est pas suggéré par nos données, mais exprime les récriminations des patients eux-mêmes et du personnel soignant, qui se plaint depuis longtemps d'une sous-dotatoin.

⁸⁶ L'engorgement des hôpitaux psychiatriques, notamment au centre, requiert parfois le transfert des urgences dans d'autres secteurs moins pleins.

⁸⁷ Il s'agit dans ce cas encore de commentaires perçus « dans les couloirs ».

- La proportion des hospitalisations multiples sur retour de placement concerne 54.8% de l'ensemble des placements effectués pendant la période de référence. Ce phénomène de *revolving door* entre les hôpitaux psychiatriques et les établissements d'accueil provoque une surcharge de l'activité hospitalière qui affecte particulièrement le secteur Centre (62% de placements itératifs), où les durées de séjours hospitaliers sont les plus brèves (d'environ 3 semaines à l'heure où je rédige, ce qui signifie que les hospitalisations continuent à s'écourter). La littérature signale que ce phénomène (habituellement décrit entre l'hôpital et le domicile) accompagne toutes les maladies chroniques, mais les conséquences observables dans le système psychiatrique n'en sont pas moins graves. La réduction des séjours hospitaliers (combiné avec la diminution du nombre de lits et avec l'augmentation des admissions) a pour conséquence à la fois une pression importante sur des solutions de placements rapides et une stabilisation insuffisante des patients.
- L'évaluation qualitative met en évidence, notamment dans les établissements à mission multiples ou d'orientation réhabilitative modérée, des facteurs d'institutionnalisme résidentiel. Il s'agit notamment des modalités d'encadrement hypostimulant et centripète, qui entraînent les patients à s'installer dans ce que tout désigne comme un lieu de vie confortable, rassurant et peu exigeant. La taille en moyenne plus importante de ce type d'établissement incite à une organisation institutionnelle propice à la dépendance et à l'involution des patients. Cette tendance à la régression sécurisante est dénoncée dans la littérature comme un facteur d'institutionnalisme. Les durées de séjours étant rarement fixées contractuellement, rien ne s'oppose à ce que certains patients occupent la place *ad aeternam*, supprimant ainsi des disponibilités dans le réseau. On peut en outre risquer l'hypothèse que certains établissements ont tout à gagner à maintenir de la sorte une cohorte de « bons patients », qui leur épargnent les crises trop graves et garantissent la pleine et constante occupation des lits.
- Une prise en charge adéquate des patients psychiatriques nécessite une dotation assez importante en personnel bien formé. Or les établissements comme les hôpitaux ont actuellement les plus grandes peines à embaucher du personnel infirmier en soins généraux, pour ne rien dire des infirmiers en psychiatrie. Cette situation de pénurie avait d'ailleurs été prédite par GILLIAND et AL. (1991). Elle est d'autant plus préoccupante qu'il n'existe en ce moment aucune filière vaudoise de formation de base dans ce domaine. De surcroît, de l'avis des responsables d'établissements, les conditions de travail (horaires, salaire) ne suffisent pas à attirer du personnel qualifié dans un domaine encore peu reconnu socialement. Nos observations sur le terrain révèlent qu'un nombre important d'infirmiers sont des pendulaires français⁸⁸.

Le passage en revue des indices de précarités permet deux constats : Premièrement, on voit se reproduire sur le plan local une bonne part des phénomènes décrits par la littérature au sujet des conséquences de la désinstitutionnalisation. Deuxièmement, ces indices permettent d'imaginer l'évolution du réseau, et de suggérer des pistes pour résoudre certains problèmes.

E.2. PERSPECTIVES D'AVENIR

Les divers indices de stabilité (adaptation de l'offre à la demande) qui caractérisent le réseau résidentiel intermédiaire donnent l'image générale d'un fonctionnement globalement satisfaisant par rapport à ce qui se passe dans certains pays occidentaux, dans la mesure où

⁸⁸ Pour la petite histoire, le responsable d'une institution située à Leysin m'a dit qu'il était un des seuls parmi ses collègues à ne pas rencontrer de trop grands problèmes d'embauche, grâce à l'attrait touristique de cette région aux yeux des infirmiers étrangers.

une majorité des besoins sont pris en compte. Les établissements du réseau font pour la majorité d'entre eux preuve d'un esprit entreprenant et d'un désir de coller au plus près à l'évolution des besoins. On peut donc penser que, dans les limites d'action tolérées par les services de contrôle et de subventionnement, ils devraient continuer à s'adapter de façon souple et dynamique. De surcroît, les établissements semblent mettre de plus en plus l'accent sur la formation du personnel et sur la pluridisciplinarité, bien que les choses puissent être encore améliorées.

REYNOLDS et THORNICROFT (1999) citent une étude de Lelliot et al. qui liste les différents problèmes dénoncés par les enquêtes dans le domaine de la santé mentale. Les problèmes de communication entre les structures de soins, les problèmes liés au suivi des patients après leur décharge hospitalière ainsi que les problèmes liés à l'adéquation et l'allocation des ressources extra-hospitalières sont les thèmes les plus fréquemment mentionnés. La situation du réseau vaudois n'est donc pas exceptionnelle. Néanmoins, les indices de précarité qui le caractérisent signalent un risque de péjoration des conditions de prise en charge des patients psychiatriques si rien n'est entrepris pour améliorer le fonctionnement et l'efficacité du réseau.

Les principaux problèmes identifiés sont en rapport avec **l'engorgement des hôpitaux**, d'une part, et **l'insuffisance des disponibilités du réseau résidentiel intermédiaire**, d'autre part. Rien ne permet de penser que les besoins de la population vont diminuer ces prochaines années, au contraire. On sait en effet que les patients psychiatriques sont particulièrement vulnérables aux conditions environnementales, notamment socio-économiques, mais il est difficile de mesurer l'impact exact de ces facteurs sur l'évolution des besoins. Si rien n'est fait pour contrecarrer cette tendance, il y a un risque majeur de marginalisation des patients pour lesquels une solution adéquate ne peut être trouvée, comme en témoigne la littérature. Ce risque est d'autant plus alarmant que les restrictions budgétaires menacent fortement la qualité des conditions de travail des représentants de l'office du tuteur général, qui sont les principaux garants des patients problématiques et sans insertion sociale. Ils n'ont simplement plus le temps de s'inquiéter des patients qui ne font pas un tapage suffisant pour justifier une mesure d'hospitalisation.

D'autre part, nos résultats semblent aller dans le sens de la littérature internationale en ce qui concerne l'accroissement des problèmes de **comorbidité toxicomaniaque** et d'abus de substances chez les patients psychiatriques. Ce problème, bien que trouvant un écho dans la volonté d'adaptation d'un certain nombre d'établissements, risque de se poser de façon de plus en plus aiguë s'il n'est pas considéré dans sa globalité. Les limites assez floues entre l'univers socio-éducatif spécialisé dans les dépendances et le réseau psychiatrique risquent d'éclater encore plus avec les conséquences probables du désinvestissement prévu de l'OFAS par rapport aux problèmes de dépendance. La comorbidité toxicomaniaque pose en outre le problème des rechutes (et donc de l'engorgement hospitalier) provoquées par les abus de substance, dont elles sont un facteur important. De toute évidence, ce constat suggère la nécessité d'améliorer aussi bien à l'hôpital que dans les établissements intermédiaires l'éducation des patients en ce qui concerne les risques relatifs à l'abus de substance.

Une problématique que nous avons peu explorée dans le cadre de la recherche mais qui se dessine en filigrane dans nos résultats se pose en terme de prise en charge des **patients pénaux**, dont les actes de délinquances sont souvent en rapport avec la pathologie psychiatrique. C'est un problème qu'il s'agirait de prendre en compte soigneusement, si l'on ne veut pas assister aux dérives souvent dénoncées ailleurs, dans lesquelles la prison remplace un traitement psychiatrique. Par ailleurs, la tendance inverse, dans laquelle l'hôpital psychiatrique se dessine comme un lieu de placement pour les délinquants existe aussi. C'est là un problème de société sur lequel il faudrait se pencher.

Les difficultés de **communication et d'échange d'information** entre les professionnels chargés des étapes successives (ou parallèles) des traitements, qui entraînent au minimum une perte considérable d'énergie et de temps, pourraient être réduites par la systématisation de l'usage des fiches de transmission médico-sociales et le respect des délais de réception, d'une part, et surtout par la généralisation des contrats de prestations particuliers passés entre les hôpitaux et les établissements du réseau. Ces contrats peuvent régler non seulement la collaboration et la continuité des soins, mais peuvent également, selon les cas, prévoir des heures de supervision et de soutien d'équipe. Ils ont enfin un rôle évident à jouer dans la circulation des informations. De façon plus générale, tous les professionnels réclament une prise en compte (et le défraiement) du temps de liaison et d'entretien de réseau dans l'organisation des tâches. Ce temps est absolument nécessaire en psychiatrie, et il représente un investissement probablement intéressant en terme d'efficacité et de satisfaction des patients.

Pour lutter contre le **syndrome de la porte tournante**, il faudrait idéalement reconsidérer la durée des séjours hospitaliers, qui semble avoir atteint un seuil critique. VIDON (1995, pp.105) insiste sur l'importance de la perception des limites imposées par une déshospitalisation réussie : « la place de l'hospitalisation temps plein doit être clairement définie et sa durée doit être « aussi longue que nécessaire » en fonction de chaque cas ». La longueur idéale de l'hospitalisation pour chaque patient ne se détermine pas uniquement par des critères cliniques, mais aussi par ses facultés sociales et la qualité du réseau de soins qui l'attend à sa sortie. Je rappelle à ce propos le commentaire de MECHANIC sur le fait que la meilleure efficacité à long terme du traitement est obtenue lorsque le temps d'hospitalisation et la dotation en personnel permettent une organisation sérieuse de la post-cure. Cependant, rien ne permet d'espérer qu'une augmentation de la durée de séjour admise ou une amélioration de la dotation en personnel pourraient être envisagées par la politique de santé. A défaut d'améliorer les conditions de prise en charge hospitalière des patients chroniques, voyons quelles sont les perspectives d'intervention au niveau du réseau intermédiaire résidentiel lui-même.

La situation économique de l'Etat a passablement changé ces vingt dernières années. Les structures d'hébergement résidentiel intermédiaire, qui représentent une prise en charge relativement « luxueuse », ont été particulièrement développées par rapport aux autres pays occidentaux⁸⁹. Cependant, ce système montre actuellement ses limites, sur le plan financier d'une part, et sur le plan de l'efficacité d'autre part. Des investissements devront inévitablement être consentis pour améliorer le fonctionnement du réseau ; ils ne seront plus forcément focalisés sur la création de nouveaux établissements, mais consisteront plutôt en l'adaptation de la dotation en personnel. Cette nécessité était déjà évoquée il y a plus de 20 ans par GILLIAND : « L'orientation qualitative du système de santé nécessite des personnels qualifiés plus nombreux. La priorité implicite accordée aux « murs pendant le troisième quart de siècle doit passer à une priorité explicite aux investissements en personnels » (1980, p.23).

Pour toutes ces raisons, le développement ultérieur du réseau passe probablement par la mise en place de mesures souples, qui présentent le double avantage d'être (probablement) moins coûteuses et de permettre une adaptation plus rapide à l'évolution constante des besoins.

Ces mesures sont de deux ordres :

- Optimisation de l'utilisation des structures existantes.
- Développement des possibilités d'issues autonomisantes.

⁸⁹ Ceux-ci ont davantage mis l'accent sur la prise en charge communautaire ambulatoire des patients chroniques. J'ai toutefois signalé le modèle de continuum résidentiel établi localement en Amérique du Nord.

Premièrement il s'agit d'optimiser **l'utilisation du réseau intermédiaire résidentiel** en permettant une meilleure circulation des patients entre les différents établissements, en fonction de l'évolution de leurs besoins particuliers. Nous avons vu que les établissements tendent à adopter une orientation réhabilitative affirmée ou modérée, en fonction du type de patients qu'ils accueillent ou d'autres facteurs institutionnels (niveau de formation du personnel, etc.). Il faudrait idéalement que les établissements d'orientation réhabilitative affirmée accueillent exclusivement des patients disposant d'un potentiel évolutif en rapport avec les prestations offertes. Les durées de séjours devraient y être limitées par contrats individuels, et des évaluations régulières devraient confirmer l'indication et l'efficacité d'un tel placement. Il s'agit également de favoriser et d'améliorer dans toute la mesure du possible la prise en charge précoce des jeunes patients toujours plus nombreux, afin d'empêcher une péjoration trop importante de leurs ressources par la mise en place d'un encadrement approprié.

Quant aux établissements d'orientation réhabilitative modérée, ils devraient idéalement n'accueillir qu'une population de patients dont le handicap et les ressources ne permettent pas des objectifs de réhabilitation intensive. La durée de séjour devrait également être définie initialement (quitte à être prolongée après examen de la situation), et une évaluation régulière de l'état du patient devrait justifier le maintien d'une mesure résidentielle, ceci afin de lutter contre les facteurs d'institutionnalisme évoqués et la sur consommation en lits intermédiaires qu'ils génèrent. Il s'agit d'éviter de maintenir les patients psychotiques dans une « dépendance infinie », d'autant plus pernicieuse qu'elle n'a plus lieu dans les hôpitaux, mais dans des aménagements en apparence ouverts sur la communauté (GARRABE et KAPSAMBELIS, 1992). La conférence de consensus sur les stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques (1997) met également en garde contre « l'apparition de formes de néo-chronicisation » (p.325).

Une utilisation plus « rentable » des établissements du réseau implique notamment une **définition claire du cahier des charges et de la nature des prestations** de chaque établissement. L'orientation des placements, dans la mesure où elle n'est pas uniquement déterminée par l'urgence et le critère de « la place libre », en serait facilitée, ainsi que le travail des établissements eux-mêmes. Cependant, il faut dans l'intérêt de l'équilibre du réseau, veiller à **maintenir une bonne diversité** entre les établissements, notamment pour éviter que se reproduise trop le syndrome de la patate chaude, et que certains patients difficiles ne soient encore davantage exclus des établissements trop spécialisés et exigeants. J'emprunterai à MÜLLER sa conclusion (1982, p. 226) : c'est la diversité inhérente aux troubles psychiques « qui nous oblige à être constamment polyvalents, non seulement dans le cadre de l'intervention thérapeutique, mais également dans nos projets pour les institutions qui devront être créés. A la diversité des troubles psychiques doit correspondre une diversité des moyens thérapeutiques ». Cette notion est d'autant plus importante à préserver que la tendance gestionnaire de plus en plus forte en matière de santé mentale privilégie surtout la normalisation et l'homogénéisation.

Quelle que soit l'orientation des établissements, le **développement de possibilités d'issues autonomisantes** est capital. Il correspond, nous l'avons vu, à une attente générale des professionnels comme des patients eux-mêmes. REYNOLDS et THORNICROFT (1999) précisent que seuls les patients affectés de pathologies résistantes au traitement, et qui restent très handicapés, autrement dit les personnes qui autrefois auraient été hospitalisés à long terme, devraient bénéficier d'une prise en charge résidentielle extra-hospitalière. Sans aller jusque là, je pense qu'il faut pour tous les autres patients considérer l'option résidentielle comme un tremplin vers d'autres formes de prises en charge plus légères : appartements protégés, accueil psychiatrique de jour, etc. Un certain nombre de patients qui sont actuellement hébergés dans le réseau pourraient bénéficier de telles mesures, et libérer autant de lits pour l'accueil de

nouveaux patients. Cette formule permet à la fois d'aller dans le sens de la réhabilitation et de la réintégration sociale des patients et de libérer des lits, tout en restant souple et peu onéreuse dans sa mise en place (les appartements loués pour les patients peuvent être remis sur le marché s'ils ne correspondent plus à un besoin). Elle implique cependant la formation spécialisée des équipes affectées au suivi extra-institutionnel des patients, ainsi que l'adaptation de la dotation ou des horaires du personnel.

Si les structures d'encadrement des logements protégés étaient adéquates, rien n'interdirait que des patients, au sortir d'une hospitalisation (de durée raisonnable, s'entend) puissent être placés directement dans un appartement protégé et bénéficier d'un soutien actif, pragmatique et thérapeutique, dans le réseau, selon le concept de satellisation décrit par VIDON.

La formule **d'autonomisation progressive à partir de l'établissement d'accueil** semble favorable dans la mesure où il n'occasionne pas de changement radical dans les personnes de références. Si l'on se réfère à ce qu'en dit VIDON (1995), les appartements thérapeutiques constituent un bon moyen de resocialiser et de réhabiliter progressivement les patients psychiatriques, à condition toutefois que les structures ambulatoires et le suivi à domicile soit à la hauteur. Ils permettent d'adapter les prestations en fonction de l'évolution du patient. La conférence de consensus sur les stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques (1997) recommande du reste la séparation claire des lieux de vie et des lieux de soins, et souligne « le besoin, dans le cadre des prises en charge au long cours, de moments de rupture et d'une nécessaire discontinuité pour éviter aux patients de nouvelles dépendances » (p.325). De manière générale, il s'agit « d'éviter que l'institution ne perde son rôle de structure de transition [intermédiaire], en devenant principalement un lieu de vie pour un groupe de patients hyperadaptés à l'établissement » (GRASSET et AL., in Vidon, 1992).

Dans tous les cas, qu'il s'agisse d'établissements résidentiels ou d'appartements protégés, la **qualité de la prise en charge** apparaît comme un élément essentiel. Or l'amélioration de cette qualité passe par l'adaptation des prises en charges aux besoins présents ou émergents. Il s'agit notamment, je l'ai dit, de porter l'accent sur l'éducation des patients et de leur entourage (si possible) aux conséquences occasionnées par l'abus de substances ou l'arrêt de la médication, dont le risque est augmenté au moment de l'autonomisation. Il s'agit également de tout mettre en œuvre pour compenser le manque de compétences sociales qui caractérise l'immense majorité des patients psychiatriques. Il s'agit de surcroît de mener des actions concertées et intégrées pour améliorer les deux versants du préjudice, aussi bien au niveau pathologique que sur le plan de ses conséquences sociales : stigmatisation et rejet (RECHTMAN). Il s'agit enfin d'éduquer et d'accompagner les patients à la (ré)acquisition des diverses compétences pragmatiques, organisationnelles et professionnelles.

Il s'agit en résumé de pratiquer une réhabilitation psychosociale adaptée au plus près des besoins particulier d'un patient, et procédant à des ajustements fréquents. Dans cette mesure, il me semble que les outils pratiques et théoriques proposés par le **courant cognitivo-comportemental**, qui ne cessent d'ailleurs de gagner des adeptes, réunissent un bon nombre des exigences mentionnées ci-dessus. Les thérapies cognitivo-comportementales favorisent également une prise en charge « systémique », sous la forme de thérapies familiales qui peuvent se révéler fort utiles pour réduire le stress (auquel les schizophrènes, notamment, sont particulièrement vulnérables, et qui augmente leur risque de rechutes) et faciliter l'insertion sociale des patients. Enfin, *last but not least*, les techniques cognitivo-comportementales n'exigent pas une formation interminable des équipes, et surtout elles permettent une mesure plus exacte des processus et des résultats visés, et par-là même de l'efficacité des traitements. Ce plaidoyer doit cependant être tempéré par le rappel de la nécessité de maintenir une certaine diversité de pratique et une créativité au sein du réseau.

Ces mesures permettraient en théorie d'améliorer la situation du réseau : une meilleure orientation des placements et une qualité de prise en charge améliorée contribueraient certainement à réduire l'importance du *revolving door syndrom*⁹⁰ et l'encombrement du réseau institutionnel. Cependant elles ne sont pas simples à mettre en œuvre et, outre l'investissement en personnel, supposent un effort particulier de gestion et de coordination des traitements au sein du réseau :

- ⇒ Coordination entre les établissements, afin de favoriser la circulation des patients d'un établissement à un autre, en fonction de son évolution.
- ⇒ Coordination des prestations offertes à un patient, continuité des soins.

Le système de sectorisation française se révèle à cet égard un exemple intéressant. J'ai déjà évoqué dans l'introduction la relative rareté des malades qui échappent aux soins, grâce à la responsabilité des équipes psychiatriques par rapport au devenir de tous les patients de la file active après leur sortie de l'hôpital (VIDON, 1995 ; KOVÉSS, 1996). La sectorisation semble de surcroît favoriser l'efficacité de la coordination des soins, ce qui se reporte sur une diminution non seulement des durées hospitalières (de 247 à 57 jours en vingt ans, ce qui est, il est vrai, passablement plus que dans le canton actuellement...), mais aussi du volume total des hospitalisations psychiatriques.

Les mesures évoquées nécessitent l'utilisation d'instruments de mesure permettant **l'évaluation** de l'efficacité ou de l'adéquation des modes de prise en charge, d'une part, et apportant une base de référence valide aux décisions d'orientation, d'autre part. Il ne faut pas sous-estimer la difficulté d'introduire de façon systématique dans le fonctionnement d'une institution une procédure d'évaluation des résultats. SLADE et AL. (1999) soulignent que les équipes sont d'autant plus réticentes que du temps spécifique est rarement réservé à l'évaluation. C'est la raison pour laquelle ces auteurs soulignent l'importance de ce qu'ils considèrent comme une qualité psychométrique : la faisabilité⁹¹ de l'évaluation. Par ailleurs, on devrait pouvoir compter sur le professionnalisme des cliniciens, pour lesquels, selon HOLLOWAY (2002), l'intérêt pour les résultats de leurs interventions est tout simplement une question d'éthique.

Ces mesures sont également sous-tendues par la nécessité de réunir de façon utilisable et rationnelle les informations concernant le parcours institutionnel, la pathologie, le handicap et les besoins spécifiques de chaque patient. Les registres de cas présentent différents avantages, bien que présentant un risque potentiel de dérives éthiques liées à la protection des données. Selon KOVÉSS (1996), ils constituent un progrès important pour l'épidémiologie, et pour la planification sanitaire. En terme de planification, ils permettent un accès plus direct à l'évaluation des besoins. Sur le plan clinique, ils améliorent la vision globale de l'évolution d'un patient et de son parcours institutionnel. Nous avons vu que la mise en place de tels systèmes est au programme de plusieurs pays, dont l'Angleterre, et qu'il a été introduit avec la sectorisation en France (utilisation de fiches patients qui recensent tous les traitements hospitaliers et extra-hospitalier de chaque patient du secteur).

L'Etat de Vaud, dans ses « nouvelles orientations de la politique sanitaire » (1997), prévoit la mise en place progressive d'un système d'information centré sur les réseaux de soins,

⁹⁰ « [...] le nombre de réadmissions [occasionnées par le revolving door syndrom] diminue lorsqu'il existe un soutien de qualité en extra-hospitalier » (VIDON, 1995, p.94). D'autre part, la conférence de consensus sur les stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques (1997) signale à ce propos l'effet sur la réduction globale des admissions des **interventions de crise** proposées par une équipe, 24h sur 24.

⁹¹ Définie rappelons-le par la brièveté, la simplicité d'utilisation, la clarté, l'acceptabilité (des objectifs de l'évaluation, notamment), l'accessibilité (coût, copies) et la valeur (qui leur est attribuée par l'équipe et les patients).

permettant notamment d'améliorer la communication entre les intervenants et d'éviter la redondance des examens. Cette mesure est notamment justifiée par le fait qu'il n'existe pas de réflexion d'ensemble sur le parcours optimal de chaque patient, et que les orientations de soins se révèlent peu efficaces. L'évaluation du réseau serait facilitée par la mise en œuvre d'un **observatoire médico-psycho-social** permettant la constitution d'un système d'information continue. « Au lieu des multiples sources de collecte de renseignements partiels et fréquemment mal traités, il conviendrait - pour un même coût - de créer un observatoire de la santé. La connaissance au service de la décision en serait grandement améliorée » (GILLIAND et AL., 1991, p.191).

Dans le Canton de Vaud, sur le plan administratif, la réunification de tous les établissements d'accueil sous l'égide d'un service unique, qui devrait en principe être décidée prochainement, devrait créer une occasion unique d'élaborer un cadre juridico-administratif spécifique à la psychiatrie, qui manque clairement à l'heure actuelle. Ce cadre devrait permettre de sortir des ambiguïtés dues à l'emprunt de certaines normes à la gériatrie ou au handicap mental, et de fixer les particularités des besoins en matière de psychiatrie, notamment en influençant la reconnaissance du temps d'échange et de liaison.

Cette mesure administrative devrait contribuer à faciliter le contrôle et la planification du réseau résidentiel intermédiaire, à condition de s'en donner les moyens. Il s'agit notamment d'éviter d'entretenir le fossé existant entre les différentes formes complémentaires de prises en charge des patients psychiatriques : hospitalo-ambulatoire, intermédiaire résidentiel et intermédiaire ambulatoire (accueil de jour psychiatrique, CMS et services d'aides à domicile). L'inclusion de ces structures dans une évaluation ultérieure permettrait de tenir compte de toutes les ressources disponibles. La création d'un observatoire médico-psycho-social psychiatrique pourrait également trouver sa place dans le cours de cette réorganisation.

En ce qui concerne les changements qu'il faudrait apporter au réseau intermédiaire résidentiel, ils impliquent évidemment une étude complémentaire poussée. Quant à la mise en œuvre de ces changements, qu'ils soient à l'échelle du réseau ou d'un service particulier, elle doit pour être réussie réunir certaines exigences, parmi lesquelles, selon l'expérience de REYNOLDS et THORNICROFT (1999) : des buts clairs, la prise en compte des facteurs environnementaux et l'appréciation des faiblesses et des forces caractérisant le système. Un changement effectif exige en outre selon les mêmes auteurs l'élaboration d'un plan stratégique, auquel doivent participer des représentants des différents services touchés par les modifications. Il convient d'avoir une vision globale des problèmes à améliorer et de se donner le temps nécessaire pour ce faire, ainsi que d'établir un ordre de priorités.

Commentaires à propos du programme de recherche

Le cadre particulier de ce travail personnel, qui vient conclure le processus de longue haleine du programme de recherche, m'a semblé une occasion de réunir diverses réflexions à ce propos.

Selon PINEAULT et DAVELUY (1995⁹²), la pertinence d'une évaluation repose notamment sur sa concordance temporelle par rapport aux contraintes décisionnelles qui sont à l'origine de la demande. Dans ce sens, la recherche s'est révélée pertinente en regard des attentes et des besoins des mandants, tant en ce qui concerne la planification (→ 2010), malgré les limites déjà évoquées, qu'en ce qui concerne la gestion (prise de décision de réunir les établissements d'accueil). REYNOLDS et THORNICROFT soulignent le fait que les évaluations sont souvent

⁹² Leur ouvrage très complet sur les concepts, méthodes et stratégies dans la planification de la santé, bien que je m'y réfère peu, est un guide fort utile, tout comme le livre de REYNOLDS et THORNICROFT « managing mental health services ».

commandées en réaction à des difficultés particulières, et il me semble que dans une certaine mesure cette recherche évaluative s'inscrit aussi dans ce cadre. Les services mandants sont de plus en plus souvent confrontés à des demandes de développement des établissements, et un aspect implicite de leur demande était aussi de disposer d'un cadre de réflexion pour la conduite du réseau.

Les méthodes évaluatives représentent selon WEISS (1972) un compromis entre un idéal et le faisable, imposé par les contraintes temporelles et budgétaires. J'ai eu cette impression à maintes reprises au cours de la mise en œuvre du programme de recherche. Cependant, bien que soumis à ces contraintes, nous avons pu nous « payer le luxe » de prolonger dans certains cas le recueil et les analyses au-delà des limites minimales imposées par les mandants. Les connaissances et la perspective globale ainsi acquises devraient, nous l'espérons, contribuer à orienter quelque peu les décisions qui seront prises à l'avenir en matière de développement du réseau intermédiaire. Selon moi, ce développement devrait également inclure les structures non-résidentielles, qui sont complémentaires des établissements d'accueil, en particulier pour ce qui concerne les issues autonomisantes.

Cependant, il ne faut pas nier le fait que, selon toute vraisemblance, les mandants ne retiendront de cette étude que les aspects compatibles avec une vision administrative et gestionnaire, que je considère personnellement comme passablement réductrice. Je garde en mémoire les discussions animées, au sein du COPIL, au sujet des appartements protégés associés aux établissements, particulièrement les établissements médico-sociaux. Ces discussions ne portaient pas sur l'utilité de ces structures dans le processus de réhabilitation des patients, mais sur leur statut administratif et leur pertinence légale. Dans le même ordre d'idée, la survie de certains établissements qui ne répondent pas aux normes architecturales des EMS, basées sur les besoins des personnes âgées, est parfois menacée pour une question d'ascenseur impossible à construire, alors que les patients psychiatriques adultes ne sont pas des invalides. Un des établissements étudié a dû renoncer à utiliser une chambre (par ailleurs coquette et fonctionnelle, je l'ai visitée) parce que la surface au sol était inférieure d'un mètre carré aux normes en vigueur. Nombreux sont les exemples qui traduisent une certaine incompatibilité entre une vision strictement normative et l'intérêt des patients psychiatriques.

Je reconnais parfaitement le besoin d'un cadre juridique et d'une vérification de l'utilisation de l'argent du contribuable, et je défendrai même la nécessité impérieuse d'instaurer un contrôle (une évaluation) de la qualité et de l'efficacité des interventions. Mais la rigidité administrative engendre un risque majeur de désinvestissement des équipes et des directions d'établissements, découragées par l'échec de tel projet de développement ou par la communication difficile avec les organes de décision. Or, comme le souligne d'ailleurs la littérature, l'avenir de la prise en charge des patients psychiatriques se trouve notamment dans les initiatives innovantes et dans une adaptation permanente aux nouveaux besoins induits par les changements de la société. Une vision trop figée du devenir des établissements risque fort de renforcer leur effet chronifiant, par l'immobilisme des équipes et la prévisibilité des prises en charge. Je formulerais donc, en guise de conclusion à ce commentaire, mon espoir idéaliste de voir les services mandants porter une curiosité suffisante aux aspects qualitatifs du programme de recherche, et éviter de continuer à imposer un cadre sans consulter les intervenants du terrain et sans tenir compte du système dans lequel s'insèrent les établissements administrés et leur dynamique évolutive. ELDEN et LEVIN (1991) considèrent qu'une recherche-action doit consister en un dialogue cogénératif aboutissant au partage d'un modèle explicatif. C'est une des conséquences que nous pouvons souhaiter au programme de recherche.

La notion de dialogue cogénératif s'est manifestée tout au long du programme de recherche, tant dans le partage du point de vue des mandants que dans celui des intervenants interrogés.

Elle s'est également manifestée entre les chercheurs, qui ont dû ajuster constamment leur propre vision des choses en négociant une voie commune ou en faisant des concessions. Cet échange est infiniment précieux à mon avis, et permet de tamponner les subjectivités respectives. Il peut néanmoins se révéler frustrant à l'occasion, et dans ce sens ce travail personnel m'a permis d'exprimer certaines opinions qui n'auraient pas eu leur place dans un rapport de recherche.

Les principes de la recherche-action s'inspirent du principe d'Heisenberg, qui postule une interaction entre système observant et système observé (COLE, 1991), et place « les effets d'interaction au cœur des dispositifs de recherche »⁹³. L'appartenance des chercheurs à l'hôpital psychiatrique a très certainement influencé la façon dont ils ont été perçus par les personnes interviewées. On peut en voir un exemple dans les réflexions sur le fait que « pour une fois, les enquêtes n'étaient pas menées par les technocrates de l'administration », et que « peut-être, enfin, quelque chose va changer ». Cette même appartenance, au moment où nous visitons les établissements du réseau intermédiaire, a sans doute contribué à une certaine prolixité sur l'impact de la politique hospitalière dans la qualité des placements effectués, dans la mesure où nous étions parfois perçus comme « ceux qui pourront dire ». Ces aspects posent évidemment la question de l'objectivité des commentaires ainsi obtenus. Cependant les données, nous l'avons vu, nous ont fournis de multiples indices corroborant ces dires.

⁹³ Citation empruntée à Segrestin D. Dictionnaire de la sociologie, Larousse, Paris, 1995, p. 191.

F. CONCLUSION

Les données descriptives qui ont fondé l'évaluation quantitative de la demande et de l'offre ont permis d'établir une approximation plausible de leur volume respectif (quantité de besoins exprimés et quantité de possibilités de placements), bien que la qualité des données à disposition n'ait pu donner lieu à une estimation vraiment précise de ces volumes. Les données qualitatives ont permis de décrire de façon assez détaillée la nature des besoins, marqués notamment par la forte proportion de maladies mentales évolutives et de comorbidités, dans une population « jeunissante » et présentant un important syndrome résiduel. Elles ont également fondé une description des 43 établissements du réseau institutionnel étudié en fonction de leurs caractéristiques (catégorie, orientation, localisation, dotation en personnel, etc.).

L'étude des données a également permis de contextualiser les champs de l'offre et de la demande. Le réseau résidentiel étudié se caractérise par sa fonction « intermédiaire », qui le situe entre l'hôpital psychiatrique et le logement individuel. Cette fonction le définit comme faisant partie d'un système incluant également le dispositif hospitalo-ambulatoire public vaudois. Ce système lui-même s'inscrit dans un contexte sanitaire psychiatrique marqué par une politique de déshospitalisation et des contraintes budgétaires qui se répercutent sur le fonctionnement de ses institutions, et par suite sur les conditions de prises en charge des patients qui les occupent. Le cadre de définition du champ de la psychiatrie adulte est caractérisé à la fois par une certaine hétérogénéité de population et par l'absence de normes propres. Les relations entre l'hôpital et les établissements intermédiaires révèlent des difficultés de communication et une certaine ambiguïté quant à leurs responsabilités respectives dans la gestion des crises évolutives des patients, puisque la fonction hospitalière est de plus en plus technique et entraîne une délégation des soins importante.

La mise en perspective historique a permis de mettre en évidence une dynamique évolutive du réseau étudié. Celui-ci s'est développé en répondant aux conséquences de la politique hospitalière, en intégrant les nouvelles connaissances en matière de prise en charge des patients psychiatriques chroniques, et en profitant des diverses formules asséculo-logiques qui permettaient de financer la création de nouveaux établissements. L'évolution récente du réseau étudié témoigne de la même capacité d'adaptation et d'une volonté de répondre au plus près à l'évolution des besoins, qui se traduit notamment par le rajeunissement des patients et par une augmentation des comorbidités. La description de la dynamique évolutive a permis de montrer, dans les limites de représentativité des données, que le réseau des établissements constituant l'offre s'adapte à la demande de manière globalement satisfaisante.

La dynamique évolutive du réseau a permis de dégager des indices de stabilité, dans le sens notamment d'une plasticité adaptative (un nombre croissant d'établissement se spécialise dans la prise en charge pointue des patients psychiatriques adultes, en diversifiant leurs spécificités) combinée avec un know-how en ajustement permanent (le recours aux méthodes de réhabilitation cognitivo-comportementales et aux thérapies systémiques trouvent un écho toujours plus important, par exemple). Cependant, la dynamique évolutive du réseau et du système dans son ensemble a permis d'identifier divers indices de précarité, qui recourent d'assez près les constats dont témoigne la littérature internationale. Parmi ceux-ci, l'évaluation des besoins exprimés mais non couverts, l'augmentation des admissions et la diminution des durées de séjours dans les hôpitaux psychiatriques, les hospitalisations multiples sur retour de placement et le phénomène de revolving door, ainsi que des réponses insuffisantes aux problèmes de comorbidité. Enfin, divers facteurs d'institutionnalisme (qui s'est ainsi déplacé de l'hôpital à l'institution intermédiaire) sont repérés dans le

fonctionnement de certains établissements étudiés (durées de séjours indéterminées, mélange des missions institutionnelles, faible dotation en personnel).

La mise en évidence de ces indices de précarité et de stabilité permet-elle de prédire l'avenir ? La démarche empruntée ne peut certes pas prétendre à la rigueur scientifique, mais je pense néanmoins que les données de la littérature et les données de toute sorte récoltées sur le terrain convergent sur certains risques de dérapages. Je pense surtout comme GILLIAND que « L'avenir est moins à deviner qu'à construire »⁹⁴. C'est la raison pour laquelle j'ai souvent évoqué les méthodes d'évaluation, qui me semblent pouvoir contribuer à construire l'avenir dans le sens d'une amélioration des prises en charge, en maintenant en permanence un esprit dynamique, innovateur et adaptatif.

Le bilan personnel que je peux tirer de ce travail de diplôme se rapporte premièrement à la nécessité pour moi, si je veux poursuivre des recherches de qualité à l'avenir, de combler mes lacunes scientifiques et méthodologiques. A cet égard, ce premier grand programme de recherche m'aura appris l'importance d'une démarche rigoureuse, à laquelle je ne suis pas naturellement encline. Néanmoins, la place assez modeste finalement accordée à la méthodologie dans ce travail personnel est le produit de différents facteurs : Tout d'abord, je l'avoue, une certaine lassitude à replonger dans les interminables bricolages méthodologiques imposés par la qualité insuffisante des données quantitatives à disposition, qui s'est traduite par une minimisation, voire un évitement de ces aspects, au profit de suggestions sur la manière d'améliorer cette qualité à l'avenir. Mais ce choix est également issu de ma conviction que la plus-value de cette recherche descriptive réside surtout dans la mise en perspective qualitative, fonctionnelle et dynamique des données.

Ce travail de diplôme se présente comme un survol de différentes dimensions historiques, idéologiques, politiques et méthodiques relatives à la prise en charge des patients psychiatriques adultes. A cet égard il mérite certainement le qualificatif de « touche à tout », et l'on pourra lui reprocher d'effleurer les thèmes sans y plonger vraiment. Cette caractéristique trouve son origine dans la grande curiosité que j'ai éprouvée à découvrir des dimensions parfois complètement nouvelles pour moi, et par le besoin que j'ai ressenti de les contextualiser, ce qui me permettra par la suite de me focaliser avec plus de rigueur (et de méthode) sur l'une ou l'autre problématique.

Au terme de ce travail, durant lequel j'ai été confrontée, en théorie ou en pratique, à tous les niveaux d'interventions définis par REYNOLDS et THORNICROFT, je vois se confirmer mes options de base : les aspects gestionnaire et administratif des processus (niveau 1) qui aboutissent à la prise en charge des patients m'attirent moins que les niveaux plus locaux (niveau 2) ou individuels (niveau 3) et l'articulation avec la psychothérapie. Cependant il ne me semble pas possible d'en ignorer ou d'en négliger les méthodes et les enjeux, tant ils ont d'influence sur le devenir des patients psychiatriques. Sur un plan plus général, ce travail de diplôme, tout comme l'étude qui l'a précédée, ont définitivement forgé mon intérêt pour la recherche, particulièrement dans le domaine de la chronicité psychiatrique, et mon désir de poursuivre dans cette voie.

FIN

⁹⁴ GILLIAND, 1980, p.17.