

LA SANTÉ PSYCHIQUE EN VALAIS

PROBLÈMES ET BESOINS EN SANTÉ MENTALE : PERCEPTION DES PROFESSIONNELS MÉDICAUX ET PSYCHO-SOCIAUX EN VALAIS

Rapport de recherche

PROGRAMME VALAISAN DE RECHERCHE EN SANTÉ MENTALE

Eric Bonvin, directeur de programme
Reinhard Waeber, répondant Haut-Valais

DIRECTION SCIENTIFIQUE

Raymond Massé

REDACTION

Raymond Massé
Liliane Michlig
Susie Riva

Février 2011

Hôpital du Valais (RSV-GNW)
Institutions Psychiatriques du Valais Romand
Service de gestion des Evaluations,
Développement et Recherche
Rte de Morgins 10 – 1870 Monthey
www.sifor.org

TABLE DES MATIERES

PREFACE	5
VORWORT ZUM FORSCHUNGSPROGRAMM IM OBERWALLIS.....	6
INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE 1 : NOTION DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET DÉMARCHE D'IDENTIFICATION DES BESOINS AUPRÈS DES PROFESSIONNELS	10
1.1 Promotion de la santé mentale	10
1.2 La démarche en identification des besoins (<i>need assessment strategies</i>)	12
1.3 Une approche de recherche fondée sur la participation et la consultation.....	14
CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE	16
2.1 Échantillon et stratégie d'échantillonnage.....	16
2.2 Le processus de collecte des données	17
2.3 L'analyse des données.....	17
2.4 Ateliers de validation des conclusions	18
CHAPITRE 3. LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE ET LES BESOINS PERCUS SELON LA PERCEPTION QU'EN ONT LES PERSONNES RESSOURCES	19
3.1 Les problèmes de santé identifiés par les professionnels	20
3.1.1 Les problèmes de santé mentale	20
3.1.2 Problèmes liés à la toxicomanie et aux dépendances	26
3.1.3 Les violences et les abus sexuels	28
3.2 Le discours des professionnels sur les causes sociales des problèmes de santé	33
3.2.1 La fragilisation des liens familiaux	34
3.2.2 La perte des repères sociaux et éthiques.....	36
3.2.3 Crise économique et stress au travail.....	38
3.2.4 Stigmatisation et discrimination sociale face à la maladie et la sexualité.....	40
CHAPITRE 4 : IDENTIFICATION DES BESOINS EN SERVICE, AU PLAN DE LA SANTÉ MENTALE ET DE LA TOXICOMANIE, TELS QUE DÉDUITS DES PROBLÈMES ABORDÉS AU CHAPITRE PRÉCÉDENT ET SELON LES PERCEPTIONS DES PERSONNES RESSOURCES	43

4.1 Les besoins de la population identifiés par les professionnels.....	43
4.1.1 Le besoin d'écoute	43
4.2 Les besoins institutionnels selon les professionnels valaisans	50
4.3 Les Besoins des montagnards.....	53
4.4 Problèmes et besoins spécifiques à la population migrante et aux réfugiés.....	55
CHAPITRE 5 : LES BESOINS DES PROFESSIONNELS	58
5.1 Les besoins en termes d'accès aux psychiatres et en termes de supervision.....	58
5.2 Les professionnels ont besoin de temps pour pratiquer une meilleure prise en charge	61
5.3 Besoin de se protéger contre l'épuisement professionnel	64
5.4 Les besoins en termes de coordination des services : les défis d'une approche collaborative.....	65
5.5 Besoins de formations	67
CHAPITRE 6. ADÉQUATION DE L'ACCÈS AUX RESSOURCES INSTITUTIONNELLES	73
6.1 Quelles sont les ressources institutionnelles qui font actuellement le plus défaut pour répondre aux divers besoins des clientèles en matière de toxicomanie et de santé mentale ?	73
6.1.1 Le champ de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie	73
6.1.2 Les institutions, hôpitaux, et EMS pour les personnes âgées.....	76
6.1.3 Les institutions non médicales	77
6.1.4 Le cas des services d'urgence.....	80
6.1.5 Rapport de confiance et communication	81
6.1.6 Les médecins cadres	81
6.2 Perceptions quant à l'adéquation des mécanismes de collaboration interinstitutionnelle. Quel est actuellement l'état de la collaboration entre les institutions ?.....	82
6.3 Exemples d'expériences novatrices de collaboration.....	84
6.4 Exemples : Création de nouveaux services	89
CHAPITRE 7. LES PROBLÈMES POLITIQUES, LES BARRIÈRES À L'ACCÈS AUX RESSOURCES ET L'IMPACT DE LA LOI.....	92
7.1 L'impact des politiques et autres barrières	92
7.2 Barrières diverses relevant de politiques de soins.....	93
7.3 Impact de la loi	95
CHAPITRE 8. DES ACTIONS À ENTREPRENDRE.....	100

CHAPITRE 9. FAITS SAILLANTS ET PISTES POUR L’ACTION	108
9.1 Problèmes de santé mentale identifiés	108
9.2 Les besoins des personnes en souffrance identifiés par les intervenants	111
9.3 Les besoins des professionnels pour améliorer leur pratique	113
9.4 Les barrières qui bloquent un accès maximal aux ressources institutionnelles	115
GLOSSAIRE.....	120
RÉFÉRENCES	121
ANNEXE #1 : SCHÉMA D’ENTREVUE UTILISÉ AUPRÈS DES PROFESSIONNELS VALAISANS.....	123
ANNEXE # 2 : INTERVIEWSCHEMA	125

PREFACE

En raison de l'hypercomplexité qui caractérise l'organisation et la planification de la santé mentale, ce domaine du système sanitaire souffre d'un manque avéré d'instruments et, à fortiori, de données permettant de l'évaluer comme de le gérer. En Suisse, et compte tenu des enjeux qui s'inscrivent dans la perspective des réformes consécutives aux modalités d'application de la loi sur l'assurance maladie (Lamal), les instances professionnelles faîtières comme la Conférence des Directrices et Directeurs des affaires sanitaires (CDS), ont opté pour un processus de développement progressif, par développement de compétences mutuelles entre les cantons et les institutions, de modèles et d'instruments répondant particulièrement aux spécificités du champ de la santé mentale et de la psychiatrie. En étroite collaboration avec le service de la Santé publique et l'Observatoire valaisan de la santé, les Institutions Psychiatriques de l'Hôpital du Valais (RSV-GNW) se sont attelées depuis 2007 à la mise en œuvre d'un programme ambitieux de recherche sur la santé mentale et les soins de la souffrance psychique en Valais. Après avoir procédé, sous la supervision du Prof. Raymond Massé, à une première série d'analyses épidémiologiques inédites sur les données des enquêtes suisses de santé 2002 et 2007 en lien avec la santé mentale des valaisans, notre groupe de recherche a poursuivi un nouveau volet de recherche sur les besoins en santé mentale perçus par les professionnels du réseau socio-sanitaire valaisan. Par leurs expériences et leurs observations acquises au cours de leur pratique quotidienne, ces professionnels ont une connaissance fine et approfondie de ce domaine sanitaire et représentent dès lors une ressource d'informations inestimable pour les acteurs de la planification sanitaire. Ces données qui pourraient paraître être partiales si elles étaient prises isolément, entrent cependant en synergie positive avec les données épidémiologiques obtenues directement auprès de la population et potentialisent ainsi la valeur globale du programme de recherche sur la santé mentale et les soins de la souffrance psychique en Valais. C'est donc compris dans l'ensemble de la complexité de ce programme qu'il s'agit d'apprécier la présente recherche, telle une brique insérée à l'édifice dans son ensemble.

La réalisation de cette recherche a déjà conduit à des interactions particulièrement enrichissantes entre les différents acteurs du réseau socio-sanitaire valaisan concerné. Leur participation à la journée du 22 septembre 2010 leur a non seulement permis de valider la fidélité des informations récoltées mais également et surtout d'amorcer une consultation commune en vue de légitimer cette recherche comme porteuse d'un message constructif à l'intention des autorités cantonales de planification afin de leur permettre de répondre au mieux aux besoins de la population du canton du Valais en matière de santé mentale et de soin de la souffrance psychique. Cette prise de position des participants à la présente étude représente pour les responsables de ce programme de recherche l'indicateur le plus éloquent de l'atteinte de leur objectif prioritaire : offrir un instrument de planification spécialement conçu pour répondre aux enjeux de la santé mentale dans notre canton.

Eric Bonvin

VORWORT ZUM FORSCHUNGSPROGRAMM IM OBERWALLIS

Ergänzend zu dem für den ganzen Kanton relevanten und in diesem Bericht beschriebenen Forschungsdesign stellt sich für das Oberwallis folgende Frage: Welche Forschung benötigt das Oberwallis bezüglich der psychischen Gesundheit und Krankheit und für eine angemessene Psychiatrie- und Psychotherapieversorgung?

Im Anschluss an die erste vor allem epidemiologische Untersuchung betreffend der psychischen Gesundheit im Wallis, die von Prof. Massé in den Jahren 2002-2007 durchgeführt wurde, folgt hiermit die zweite empirische Forschungsstudie, die durch direkte Befragungen relevanter Bezugspersonen im medizinischen und psycho-sozialen Feld des Kantons Wallis erhoben wurde. Das Psychiatriezentrum Oberwallis (PZO) übernahm die Leitung und Koordination der Befragungen und Auswertungen für das Oberwallis. Speziell wurden in direkten Interviews Probleme und Bedürfnisse betreffend der psychischen Gesundheit und Krankheit im Oberwallis erkundet. Die Ergebnisse sind in den vorliegenden Gesamtbericht integriert. Die bis anhin im Wallis durchgeführten Forschungen sind in ihrer Art empirisch-quantitative Studien und geben eine interessante aktuelle Gesamtschau über den Stand der psychischen Gesundheit der Bevölkerung im Unter- und Oberwallis (Vogelperspektive).

Wie hält es aber die Forschung im Bereich der psychischen Gesundheit und Krankheit im Einzelfall?

Das Einzelfallverstehen in der direkten Begegnung mit dem Patienten und seinem Umfeld steht am PZO im Vordergrund jeder therapeutischen Intervention (Froschperspektive). Entsprechend finden am PZO qualitative Einzelfallstudien und die Therapie-Evaluationsforschung in zunehmendem Mass Einzug in die klinische Alltagspraxis und in die Präventionsarbeit (z.B. Oberwalliser Projekt „Netzwerk Krise und Suizid“). Ein Forschungsschwerpunkt liegt in den wöchentlich durchgeführten interdisziplinären Einzelfallanalysen, die zukünftig videounterstützt wissenschaftlich ausgewertet werden. Zusätzlich wird im Rahmen der Qualitätssicherung die Therapie- und Pflegearbeit der Mitarbeitenden und die Patientenzufriedenheit am PZO wissenschaftlich fortlaufend evaluiert.

Empirische, quantitativ verfahrenende Forschung und qualitative Einzelfallforschung ergänzen sich und stehen in direkter Wechselbeziehung zur klinischen Arbeit. Am PZO besteht ein personeller und organisatorischer Rahmen, der es ermöglicht, die Ueberwindung der „Kluft“ zwischen Theorie und Praxis in die Tat umzusetzen. Die Erforschung der psychischen Gesundheit und Krankheit im Oberwallis orientiert sich deshalb nach folgendem Leitsatz:

„Praxisorientierte Forschung und forschungsorientierte Praxis“.

INTRODUCTION

En 2006, sous l'impulsion de la Commission cantonale de promotion de la santé, les responsables des trois institutions psychiatriques les plus importantes du Valais, à savoir les Institutions Psychiatriques du Valais Romand (IPVR), le Psychiatrische Zentrum Oberwallis (PZO) et Le Centre Valaisan Pour l'Enfant et l'Adolescent (CVPEA), se sont entendus sur l'importance de lancer «une démarche concertée visant à concevoir, puis à appliquer un programme de promotion de la santé mentale et de la prévention des souffrances psychiques en Valais» (Bonvin, 2006). Ce projet reposait sur des bilans des données disponibles quant à l'état de santé mentale des Valaisans dont le rapport sur la «Santé mentale et soins de la souffrance psychique» (Bonvin, 2005a) et le rapport préliminaire du Groupe de réflexion et de planification des IPVR et du Réseau Santé Valais (RSV) publié en 2005¹. Les principales sources d'information étaient alors les enquêtes et les statistiques produites par l'Observatoire Valaisan de la Santé (OVS) dans le cadre des rapports sur la santé des valaisans, Ex. : OVS, 2004), les enquêtes sur la santé des jeunes (2002) la santé des écoliers valaisans (2000)² et les statistiques des hôpitaux psychiatriques. Il est apparu alors que ces données, pour pertinentes qu'elles soient, laissaient certains volets mal documentés. On en arrivait à faire les constats suivants :

- a) Bien que des données épidémiologiques existent au niveau de la Suisse sur l'état de la santé mentale, en particulier grâce aux Enquêtes Suisses de Santé, peu de données permettent d'identifier les spécificités de l'état de la santé mentale chez les valaisans ;
- b) S'il existe des indicateurs épidémiologiques (bien qu'imparfaits) qui permettent d'estimer la prévalence des principaux problèmes de santé mentale, peu de données existent quant aux représentations sociales de la santé mentale, de la détresse psychologique, des professionnels de la santé ou des institutions de soins et de prévention ;
- c) Les besoins spécifiques en Valais en matière de soins de la souffrance psychique et de promotion de la santé mentale sont donc mal connus ;
- d) Très peu de données existent sur les perceptions qu'ont les divers intervenants sur le terrain des besoins prioritaires en matière de soins et de services.

Pour combler, au moins partiellement, ces lacunes, les responsables de la santé mentale en Valais ont donc proposé un vaste programme de recherche dont le but est «de permettre au canton du Valais de disposer d'une infrastructure, d'une méthodologie et de données lui permettant de concevoir et d'appliquer des programmes de promotion de la santé et de prévention des souffrances psychiques, infrastructure qui serait spécifiquement ajustée aux

¹ Santé mentale et soins de la souffrance psychique en Valais. Etat des lieux – évaluation – recommandations. Rapport préliminaire du Groupe de réflexion et de planification des Institutions Psychiatriques du Valais Romand et du Réseau Santé Valais. Bonvin E. Réseau Santé Valais – 7 septembre 2005. Document accessible sur le site www.sifor.org .

² Enquête sur la santé des écoliers valaisans. Ligue Valaisanne contre la toxicomanie. – 2000, LVT, Sion.

spécificités de sa population et des différents groupes qui la composent, tout en étant coordonnés aux différents programmes nationaux, voire internationaux qui poursuivent le même but» (Bonvin, 2006). En particulier, cette démarche s'inscrit dans la préoccupation montrée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour une nouvelle santé publique dédiée à la promotion de la santé mentale (WHO, 2005). Il fut convenu que ce programme de recherche adoptera une démarche de type «recherche-action» qui mobilisera les expertises des divers partenaires institutionnels, professionnels et communautaires. Ce programme de recherche comporte trois volets :

- 1) L'analyse détaillée des données épidémiologiques déjà disponibles à travers les Enquêtes Suisses de Santé (ESS 2002 ; ESS 2007) ;
- 2) Une enquête sur la perception qu'ont les professionnels de la santé et les professionnels communautaires des problèmes et des besoins en matière de santé mentale (dont le présent rapport présente les résultats) ;
- 3) Une enquête (à venir) sur les «idiomes de détresse» soit la perception qu'ont les valaisans, en population générale, de la santé mentale et de ses déterminants.

Ce programme de recherche-action s'est amorcé en 2007 avec la mise en œuvre du premier volet à caractère épidémiologique. En collaboration avec l'Observatoire Valaisan de la Santé, l'objectif fut d'analyser les données relatives à la santé mentale produites à travers les Enquêtes Suisses de Santé (ESS) de 2002 et de 2007. Deux rapports de recherche ont été rendus publics en 2009³, chacun comportant une liste de constats utiles pour la planification. Le présent rapport présente les résultats de l'enquête relative au second volet, soit celui visant à acquérir une connaissance approfondie des perceptions qu'ont les intervenants professionnels et communautaires des besoins en santé mentale.

En fait, il est largement reconnu par les spécialistes de la santé publique et de la promotion de la santé qu'il existe deux grandes stratégies pour identifier les besoins de la population en matière de promotion de la santé, soit le monitoring épidémiologique des indicateurs de santé et la connaissance directe qu'en ont les professionnels de la santé et les intervenants sociaux qui côtoient, au quotidien, les individus des populations les plus vulnérables. Une stratégie efficace en promotion et prévention de la santé mentale passe donc par une telle phase complémentaire d'identification des besoins selon le point de vue des intervenants et institutions impliqués, mais aussi selon le point de vue de la population qui exprime ces besoins. Les résultats présentés dans le présent rapport, et découlant d'entrevues réalisées auprès de 116 professionnels valaisans, vise à acquérir une telle connaissance approfondie des perceptions qu'ont les intervenants professionnels et communautaires des besoins en santé mentale et de la consommation des substances. S'inscrivant dans une démarche globale de **recherche-action**, et reposant sur des méthodologies essentiellement qualitatives, cette

³ « La santé psychique en Valais. Analyse des données de l'ESS 2007 et comparaison avec les données de l'ESS 2002, Réseau Valais santé, 2009, www.sifor.org ». « La santé psychique en Valais. Prévalence et risques relatifs associés à divers indicateurs de la santé psychique et psychosociale à partir des données de l'ESS 2002 » Réseau Valais Santé, (2009)

enquête permettra de compléter le portrait des besoins ressentis, au quotidien, en matière de complémentarité des services et de promotion de la santé mentale et des toxicomanies chez les intervenants professionnels et communautaires en Valais concernés par ces problématiques.

Structure du rapport

Le présent rapport commencera, au premier chapitre, par un retour sur la justification théorique de recourir à une démarche d'analyse de perception des professionnels de la santé et des professionnels psychosociaux, besoins comme composante importante d'un processus d'identification des besoins utile pour la planification des services de santé. Suivra une présentation de la méthodologie utilisée pour atteindre les objectifs visés. La suite du rapport présentera, en sept chapitres séparés, les résultats de l'analyse des discours des 80 professionnels rencontrés et interviewés, en suivant globalement le plan du schéma d'entrevue utilisé pour documenter la perception des problèmes de santé mentale, des besoins des professionnels et des difficultés dans la collaboration interprofessionnelle et interinstitutionnelle.

CHAPITRE 1 : NOTION DE PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET DÉMARCHE D'IDENTIFICATION DES BESOINS AUPRÈS DES PROFESSIONNELS

Le présent rapport s'inscrit dans le cadre d'une démarche multi méthodes, qualitatives et quantitatives, épidémiologiques et de recherche action, afin de soutenir un processus de planification des services en promotion de la santé mentale. Au même titre que le sont les indicateurs épidémiologiques classiques visant à estimer la prévalence des problèmes de santé mentale en population générale, une démarche fondée sur l'identification des besoins par les professionnels de première ligne offre une série d'indicateurs qualitatifs permettant d'estimer l'importance de divers problèmes de santé, de divers problèmes rencontrés dans les pratiques professionnelles et des divers besoins en services, en formation ou en collaboration qui en découlent. Or qu'entendons-nous par promotion de la santé mentale et par démarche d'identification des besoins ? Quelles sont les retombées possibles de la démarche consultative et participative retenue ici ? Nous répondons ici à ces questions.

1.1 Promotion de la santé mentale

La promotion de la santé mentale et la lutte contre la toxicomanie représentent des priorités dans l'agenda de la santé publique de la majorité des pays européens. Comme le souligne l'OMS dans son rapport sur la santé du monde (2001), elle est une composante essentielle du bien-être des êtres humains. Suite à cette prise de conscience, globalement acceptée par la majorité des pays, on a assisté au cours des dernières années à la naissance de nombreux programmes de promotion de la santé mentale et de lutte contre les dépendances. La santé mentale y est présentée comme l'expression d'interactions complexes entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (déterminants) mais aussi d'un délicat équilibre entre cultures locales et changements rapides dans la société. Les pratiques toxicomaniaques ou au sens plus large, liées à la consommation «pathologique des substances psychoactives», constituent pour leur part autant d'idiomes d'expression de la détresse existentielle que des causes directes de son aggravation et des barrières à une utilisation adéquate des services de prévention et de soins disponibles. L'analyse des interactions entre détresse psychologique, souffrance existentielle et dépendance toxicomaniaque se retrouve au cœur des préoccupations des professionnels de la santé et psychosociaux en Valais comme nous le verrons plus loin dans ce rapport.

Par définition, la promotion de la santé mentale passe par des interventions qui sont en amont des problèmes. Elle englobe la prévention dans la mesure où il s'agit d'une prévention primaire s'attaquant aux causes profondes, sociales, économiques ou politiques de la souffrance psychique. Comme «discipline», elle repose, entre autres, sur l'évolution récente des études sur les déterminants de la santé, en particulier le bilan qu'en a fait l'OMS et sa Commission des déterminants sociaux de la santé (CSDH) en 2008. Cette dernière insiste sur les effets tantôt positifs, tantôt négatifs (lorsque absents) de facteurs tels que le revenu suffisant, le soutien social, la formation, la participation au marché du travail, l'environnement social de qualité, l'environnement physique, les comportements sains, l'environnement culturel, le développement sain dans la petite enfance et le genre. Le modèle

intégré des divers ordres de déterminants (qui inspira la Suisse et les auteurs du rapport sur «La santé en suisse. Rapport national sur la santé 2008»⁴ confirme que c'est d'abord la qualité des conditions de vie, plus que le système de soins, qui est le déterminant majeur de l'espérance de vie en santé. Il devient alors évident que la promotion de la santé passe par le renforcement des ressources personnelles (*empowerment*) et l'offre de plus de possibilités d'autodétermination et d'autonomie, mais aussi et surtout par l'amélioration des conditions de vie en collectivité et la création d'environnements de vie plus favorables à la santé (i.e., lutte contre la pauvreté, la sous-scolarisation, le sous-emploi). La promotion s'impose alors comme un défi politique interpellant une politique multifactorielle de la santé.⁵

De même, les modèles conceptuels de la promotion de la santé mentale couvrent généralement deux grandes problématiques :

a) La définition positive de la «santé» mentale qui déborde de la généralité voulant qu'elle ne concerne pas que l'absence de maladie pour cibler une série de critères et de marqueurs liés tant aux conditions de l'environnement social qu'aux capacités individuelles, de même que :

b) Une intégration des facteurs de protection de la santé (ex. saines habitudes de vie, participation sociale) et des facteurs de risques jugés «génériques» (qui ont des impacts sur plusieurs types de problèmes de santé mentale).

Une revue critique des modèles existants a conduit une équipe québécoise à proposer un tel modèle global qui intègre la promotion de cinq facteurs positifs et la diminution des effets de cinq facteurs négatifs.⁶ Ainsi, la promotion de la santé mentale passerait par la maximisation des effets des facteurs positifs que sont de saines ressources personnelles de base (compétences et attitudes habilitant l'individu à faire face aux stress et défis de la vie), une bonne estime de soi, un soutien social adéquat pour répondre aux besoins d'aide, de réconfort et de soins, une bonne intégration sociale (implication et participation active) et un environnement socio-économique et communautaire sain. En complément, la santé mentale repose sur la minimisation des impacts de facteurs négatifs tels des caractéristiques biologiques négatives, le stress, les inégalités économiques, l'exclusion sociale et des conditions environnementales défavorables (ex. conditions de vie, organisation communautaire). Ce modèle illustre de façon convaincante l'intégration conceptuelle des déterminants de la santé mentale. Il a le mérite de synthétiser les principaux acquis des dernières décennies en matière d'expérience en promotion de la santé, en prévention et en épidémiologie socioculturelle.

Le présent rapport vise à identifier certains besoins et problèmes de santé mentale perçus par les professionnels, mais il permet aussi d'identifier des interventions que les valaisans

⁴ Meyer, K., (dir.), (2008), La santé en suisse. Rapport national sur la santé 2008. Editions Médecine & Hygiène.

⁵ Idem

⁶ D'Amours, G. ; J. ; Desjardins, N. Laverdure, J., Massé, R. 2008. « Un modèle pour orienter les actions de promotion de la santé mentale et de prévention de troubles mentaux », Promotion and Education, supp(1) : 54-59.

pourraient collectivement mettre en place pour une promotion de la santé mentale. On parle alors de développer des ‘facteurs de robustesse’ et des ‘conditions sociales favorables’ au développement du bien-être individuel et collectif. Si la prévention primaire met l’accent sur les facteurs de risque (comportements, habitudes individuelles, composantes de l’environnement, etc.), la promotion de la santé met d’abord l’accent sur les déterminants sociaux, économiques, politiques de la santé.

Des bilans des recherches réalisées dans le champ de la promotion en santé mentale conduisent aussi certains⁷ à défendre l’importance de la recherche-action dans ce champ, option qui fut retenue dans l’ensemble de la démarche de recherche en Valais. C’est une telle approche qui fut mobilisée dans le cadre d’une démarche d’identification des besoins.

1.2 La démarche en identification des besoins (*need assessment strategies*)

L’identification des besoins est une étape préliminaire incontournable dans la gestion et la planification des soins, de la prévention et de la promotion de la santé. Par identification des besoins, nous entendons «un processus planifié visant à recueillir les informations pertinentes pour servir des objectifs collectifs»⁸ et ce, par le biais d’entrevues réalisées auprès des professionnels de la santé et du domaine psychosocial qui sont, au quotidien, en contact direct avec les personnes vulnérables. En fait, il est reconnu que «la plupart des programmes de promotion de la santé qui ne réussissent pas à atteindre leurs objectifs sont construits sur des suppositions erronées quant à ce que la population a besoin, veut et est prête à faire pour l’obtenir»⁹ Les exemples de recherche en identification des besoins dans le cadre de la promotion de la santé sont nombreux, allant des études de besoins dans des communautés éloignées du Canada à l’analyse des besoins à New York après les attentats de septembre 2001¹⁰ (CDC, 2002) (voir le bilan dressé par Gilmore et Campbell).¹¹

Cette approche en identification des besoins passe par deux grandes formes de stratégies de recherche. La première réfère aux enquêtes épidémiologiques réalisées auprès de la population générale ou auprès de populations particulièrement vulnérables; les besoins sont alors identifiés à partir des principaux problèmes de santé définis à travers des indicateurs épidémiologiques et à partir d’une étude de corrélation entre la prévalence de ces problèmes et les statistiques d’utilisation des services de santé disponibles aux personnes atteintes. Une attention particulière est aussi parfois accordée aux «facteurs de protection», comme

⁷ Fond-Harmant, L. 2008. Le développement de la recherche-action européenne en promotion de la santé mentale : Pourquoi ? Comment ? Promotion and Education, Vol. 15 Supp (1) : 64-70.

⁸ Gilmore, M. and Campbell, D., (1996). Need assessment strategies for health education and health promotion », Madison, WI : Brown & Benchmark Publishers.

⁹ Bensky, J. et Hietbrink R., (1994) « Getting down to business ». Worksite health, 1:26.

¹⁰ CDC, Centers for disease control. (2002). Community Needs assessment of Lower Manhattan Residents following the World Trade Center Attacks. www.cdc.gov/mmwr.

¹¹ Gilmore M. and Campbell, D. (1996). Need assessment strategies for health education and health promotion”, Madison, WI: Brown & Benchmark Publishers.

composante de l'un des «aspects humains de la santé mentale». ¹²(Ce sont les méthodes et les approches de l'épidémiologie socioculturelle qui sont alors mobilisées pour l'étude de besoins en promotion de la santé mentale¹³ alors que la promotion de la santé mentale devient une partie intégrante du mandat de la nouvelle santé publique¹⁴. Si le nombre d'individus atteints dépasse le nombre de soins offerts par les professionnels et les institutions, on peut en déduire une pénurie de ressources et, de là, des besoins spécifiques en ressources. Cette approche, tout à fait incontournable, en demeure toutefois insuffisante pour plusieurs raisons : 1) les données épidémiologiques disponibles ne couvrent pas l'ensemble des problèmes de santé; 2) plusieurs problèmes ne sont que partiellement rapportés par les répondants dans les enquêtes en population générale ; 3) il est très difficile d'établir une corrélation éclairante entre les besoins et les services à partir des données épidémiologiques et administratives. De plus, il est reconnu que la promotion de la santé appelle une complémentarité entre méthodes quantitatives et qualitatives, entre l'épidémiologie et les sciences sociales tout comme elle s'impose pour la mesure des manifestations de la détresse et du bien-être psychologique¹⁵ ou encore dans l'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention et de promotion de la santé¹⁶.

C'est la raison pour laquelle les démarches d'identification des besoins en santé publique et en santé communautaire¹⁷ intègrent une seconde stratégie de recherche fondée sur l'analyse de la perception qu'ont les divers acteurs socio-sanitaires des besoins de la population¹⁸ stratégie qui s'inscrit de plain-pied dans le modèle socio-écologique de promotion de la santé mentale proposé par l'Organisation Mondiale de la Santé¹⁹. Ces acteurs sont autant les responsables d'associations de personnes souffrant de problèmes de santé, les groupes d'intervention communautaires, les professionnels de la santé (médecins, psychiatres,

¹² Santé Canada (2006) « Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada », Agence de santé publique du Canada et Société pour les troubles de l'humeur du Canada. Ottawa.

¹³ CDC, Centers for disease control and prevention (2005). The Role of Public Health in Mental Health Promotion. www.cdc.gov/MMWR.

¹⁴ World Health Organization, (2004). Promoting mental health : concepts, emerging evidence, practice. Summary Report. Geneva.

¹⁵ Massé, R., (2000). Qualitative and Quantitative analysis of idioms of distress : complementarity or incommensurability of ethnosematic, content and confirmatory factor analyses. *Qualitative Health Research*, May 2000, (vol. 10 (3) pp. 411-423).

¹⁶ Massé, R. 1993, Réflexions anthropologiques sur la fétichisation des méthodes en évaluation, dans : Judith Légaré et Andrée Demers (dir.), *L'évaluation sociale : Savoirs, éthique, méthodes*, pp. 209-238, Editions du Méridien, Montréal.

¹⁷ Pineault, R. et Daveluy C. (1995). *La Planification de la santé : Concepts, méthodes et stratégies*. Editions Nouvelles, Montréal.

¹⁸ Santé Canada, (2003), *Trousse d'outils pour la promotion de la santé mentale*. Public Health agency of Canada, Mental Health promotion unit. www.cmha.ca/mh toolkit.

¹⁹ WHO, (2005) « Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence and Practice » Department of Mental Health and Substance Abuse, 149-152.

psychologues) ou les intervenants sociaux (travailleurs sociaux, organisateurs communautaires, instituteurs en milieu scolaire, etc.). Cette stratégie postule que les citoyens et les professionnels qui sont en contact quotidien avec les personnes souffrantes ont les compétences professionnelles pour être en mesure de déduire des besoins à partir des problèmes de santé ressentis et rapportés à un tiers^{20 21}. Le présent rapport donne donc la parole à un échantillon de ces acteurs du champ médical et psychosocial afin de compléter le portrait des problèmes et des besoins en matière de santé mentale et de promotion de la santé.

1.3 Une approche de recherche fondée sur la participation et la consultation

La recherche vise bien sûr à atteindre les objectifs visés et à répondre aux questions de recherche. Toutefois, toute recherche qui repose sur des entrevues en profondeur avec des professionnels, sur leurs besoins en tant que praticiens et sur les problèmes en termes de complémentarité des services et des institutions ne peut qu'avoir des impacts indirects positifs. On peut penser que l'ensemble du processus de consultation individuelle :

- 1) Alimente un processus de réflexion critique sur les pratiques professionnelles et le fonctionnement des institutions. Si les entrevues sont guidées par un questionnaire, ces espaces de dialogue permettent à chaque professionnel interviewé de réfléchir sur sa pratique et sur le système de prise en charge des problèmes de santé mentale et de toxicomanie en Valais ;
- 2) Augmente la cohérence de la réflexion critique. Les entrevues deviennent des espaces de réflexion contribuant à la capacité du professionnel d'imaginer comment il ou elle pourrait mieux travailler et d'identifier les ressources nécessaires pour offrir des services de qualité. L'enquête devient indirectement un lieu d'expression où les personnes parlent de leurs pratiques en lien avec la santé mentale, en décrivant les besoins, la qualité des collaborations et les actions à entreprendre pour améliorer les prises en charge. L'effort de conceptualisation et de verbalisation contribue à renforcer leur capacité à visualiser leur pratique et l'organisation de leur travail d'une manière optimale. Une dynamique générative découle donc de la rencontre entre le répondant et le chercheur. Les entrevues ont un effet sur les actions dans le réseau socio sanitaire car les nouvelles possibilités d'interaction et de coordination dans le réseau sont communiquées et renforcées à travers le dialogue.
- 3) Ces espaces de dialogue ont donc un effet de transformation des démarches de planification inhérent à tout processus de recherche-action. Les entrevues contribuent au développement d'une dynamique communicationnelle et relationnelle et d'un processus de réflexivité dans le réseau de soins en Valais. Une telle approche est susceptible de renforcer le processus décisionnel pour les futures planifications en santé mentale. En même temps, l'interface entre les hôpitaux et les acteurs sur le

²⁰ Massé, R. (1995). Culture et Santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé. Gaëtan Morin éditeurs. Montréal.

²¹ Callon, M., Lascoumes, P. et Barthe Y. (2001), « Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique, Seuil, Paris.

terrain est valorisée par les espaces de réflexivité créés dans le cadre de la recherche. Une compétence d'évaluation est accordée aux professionnels dans les différentes régions ainsi que la compétence de pouvoir mettre en place une stratégie globale de santé publique dans une démarche collaborative.

- 4) Même s'il fut bien précisé aux professionnels rencontrés qu'il ne s'agissait pas d'une démarche d'évaluation du fonctionnement des pratiques professionnelles et institutionnelles, une telle approche incorpore des éléments d'*Appreciative Inquiry* soit d'une réflexion constructive. En renforçant les expériences positives dans les récits des répondants, l'enquête offre une opportunité de réfléchir sur les forces présentes dans le réseau santé-social. Ainsi le réseau peut se construire sur les forces existant dans les organisations et les expériences positives de collaborations coopératives entre les professionnels. Une vision de collaboration coopérative est ainsi générée chez les professionnels qui envisagent de nouvelles coordinations et actions dans le réseau de soins. *L'empowerment* se réalise sur trois niveaux : psychologique individuel, organisationnel et communautaire.
- 5) Le but principal de la recherche est de produire un rapport pour informer les décideurs de la santé publique concernant la santé mentale. Néanmoins, le processus de consultation via les entrevues, de même que l'organisation d'une journée de présentation de notre recherche prévue pour discuter des résultats de la recherche et éventuellement apporter des changements suite aux remarques des participants, instaure une forme de dialogue interprofessionnel et interinstitutionnel. Cette approche de gouvernance participative est novatrice pour la Suisse Romande. Cette méthodologie soutient une stratégie participative pour la mise en place des ressources pour la santé mentale en Valais.

CHAPITRE 2 : MÉTHODOLOGIE

Les objectifs visés par cette enquête peuvent être formulés ainsi :

OBJECTIF GÉNÉRAL

Identifier les besoins de la population valaisanne en matière de soins et de promotion de la santé mentale

OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES

- 1) Identifier les principales formes et sources de souffrance psychique telles que perçues par les professionnels de la santé et les intervenants sociaux à travers les interactions quotidiennes avec leurs clientèles ;
- 2) Identifier les soins, les interventions préventives, les démarches de promotion de la santé qui aux yeux des professionnels et des intervenants sociaux sont insuffisants, inadéquats ou sous-utilisés.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons retenu la stratégie d'échantillonnage, les techniques de collecte de données et les méthodes d'analyse suivantes.

2.1 Échantillon et stratégie d'échantillonnage

Les intervenants, professionnels et psychosociaux impliqués dans le domaine de la santé mentale et de la toxicomanie sont divers. On peut le comprendre si on prend en considération l'ampleur du champ de la santé mentale, les diverses populations concernées (jeunes, adultes, migrants, personne âgées) et la multiplicité des contextes d'intervention (famille, école, travail, institutions de soins). Dans le cadre d'une démarche qui se veut qualitative, et dans les limites des moyens dont nous disposons, nous avons rencontré 116 professionnels valaisans. La stratégie d'échantillonnage est non probabiliste. L'objectif ici n'était pas de rencontrer un échantillon aléatoire représentatif des diverses catégories de professionnels. Une telle approche est pertinente si l'objectif est de comparer (et de vérifier la signification des écarts inter groupes) les positions de diverses catégories de répondants sur une liste finie de thèmes, documentés par le recours à des outils standardisés de collecte de données (ce qui suppose des questionnaires avec choix de réponse prédéfinis). Nous avons plutôt retenu un plan d'échantillonnage soucieux de s'assurer que le plus grand nombre de types de professionnels aient droit de parole et puissent faire part de leur vision des choses. La qualité de l'échantillon s'évalue en fonction de la diversité des catégories de répondants, de la diversité des milieux d'intervention et des populations vulnérables prises en charge par ces professionnels. Pour ce faire, nous avons défini deux grandes catégories de professionnels soit, les professionnels de la santé et les professionnels et intervenants psychosociaux. Il est à noter que certains des intervenants identifiés ci-haut sont des professionnels particulièrement concernés par les besoins de la population en matière de consommation pathologique de substances psycho-actives. Une liste de professionnels fut fournie par la Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies (LVT). Les autres professionnels ont été identifiés par l'équipe de recherche en fonction de leur expertise reconnue et des références faites par d'autres professionnels.

Composition de l'échantillon final

--L'échantillon total comprend 116 répondants dont 80 répondants du Valais central et du Bas-Valais (39 hommes et 41 femmes) et 36 répondants du Haut-Valais (18 hommes et 18 femmes).

--**55 professionnels de la santé** dont des médecins généralistes (13), des médecins spécialistes non psychiatres (5), des psychiatres (11), des psychologues (12), des infirmiers(ères) (9) des pharmaciens (3) et une sage-femme (2).

--**61 professionnels et intervenants psycho-sociaux** dont des médiateurs (10), des assistantes sociales (10), des associations communautaires (16) des professionnels du planning familial (3), des tuteurs (4), des prêtres, pasteurs, religieuses (4), des policiers (4), des conseillères conjugales (2), des juges (2), des avocats (2), des directeurs d'école (2), des intervenants œuvrant dans associations indépendantes (2).

Le projet prend en compte autant les réalités du Haut-Valais que du Valais Romand.

2.2 Le processus de collecte des données

Les entrevues furent réalisées à partir du schéma d'entrevue présenté en annexe 1 et 2. Il s'agit d'une liste de thèmes de discussion qui invite le répondant à donner son avis sur les problèmes de santé rencontrés par la clientèle, les problèmes et les besoins liés à sa pratique professionnelle et les problèmes dans l'interface avec les structures institutionnelles.

Les entrevues furent réalisées par Mme Susie Riva en français et par Mme Liliane Michlig pour la partie germanophone du canton, chercheuses responsabilisées pour la collecte des données et la codification des entrevues. Le répondant était d'abord contacté par téléphone pour solliciter sa participation. Le cadre et les objectifs du projet de recherche lui étaient expliqués de même que le contenu du schéma d'entrevue. Le répondant était informé de l'enregistrement audio de l'entrevue. L'acceptation de l'entrevue était évidemment volontaire sous garantie de l'anonymat total des résultats présentés dans le rapport de recherche. En cas d'acceptation, un rendez-vous était pris pour une entrevue d'une durée moyenne de 60 minutes. Plusieurs entrevues ont largement dépassé cette durée.

2.3 L'analyse des données.

Les entrevues ont toutes été retranscrites verbatim. Ces verbatim ont ensuite été intégrés dans un logiciel d'analyse de données textuelles afin de faciliter une analyse de contenu thématique (Bardin, 1993; Deslauriers, 1991) qui vise à faire émerger les principales catégories de réponses apportées à chacune des questions ouvertes du schéma d'entrevue. Cette codification des données fut réalisée selon une approche mixte conjuguant codes fermés préalables et codage progressif en cours d'analyse (Mucchielli, 1994). Cette codification fut réalisée à l'aide du logiciel d'analyse de données textuelles Nvivo version 8 qui permet de conjuguer une codification hiérarchique et une codification ouverte des réponses à chacune des questions. Les entrevues en français furent codées par Mme Riva. Les entrevues en allemand furent intégrées dans les thématiques existantes par Mme Michlig. La codification des entrevues en allemand ayant été réalisée dans un second temps, nous nous sommes assurés

que la logique et la procédure de codification déjà utilisées, ainsi que la structure hiérarchique des thèmes et sous-thèmes utilisée pour la codification des entrevues en français aient été respectées par la seconde codificatrice pour maximiser la cohérence interne de la codification thématique pour l'ensemble des entrevues.

2.4 Ateliers de validation des conclusions

La stratégie de recherche comportait un second volet visant à valider les faits saillants et les conclusions du rapport auprès des professionnels de santé et des professionnels psychosociaux. Ainsi le 22 septembre 2010, une journée de rencontre fut organisée par l'équipe de recherche à laquelle furent invités l'ensemble des 80 répondants du Valais romand mais aussi plusieurs autres professionnels du Valais qui ne furent pas sollicités dans le cadre de la recherche elle-même. En fait, une telle invitation élargie a permis d'élargir le bassin de professionnels concernés par la validation mais aussi de garantir l'anonymat de ceux ayant répondu aux entretiens de recherche. Au bilan, 70 professionnels ont participé à cette activité de restitution et de validation des résultats de l'enquête. Après une présentation orale de 60 minutes résumant ces résultats, les participants ont été invités à en débattre en ateliers (deux ateliers d'une heure chacun). Chacun des participants avait reçu une semaine à l'avance copie d'une version préliminaire du chapitre résumant les faits saillants de l'enquête. Les ateliers furent filmés afin de permettre une analyse détaillée des contenus des débats.

Globalement, les ateliers ont confirmé le bien-fondé de la grande majorité des conclusions. Considérant que le rapport lui-même a pour but d'analyser le contenu des entretiens de recherche réalisés auprès des 116 répondants, aucun ajout ne fut fait aux divers chapitres du rapport. Toutefois, les débats qui ont eu lieu dans les ateliers ont permis de compléter, de nuancer et de contextualiser certains des faits saillants et certaines des pistes d'action contenus dans la version préliminaire du dernier chapitre de conclusion.

CHAPITRE 3. LES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET DE TOXICOMANIE ET LES BESOINS PERCUS SELON LA PERCEPTION QU'EN ONT LES PERSONNES RESSOURCES

Dans le cadre de la présente enquête, le schéma d'entrevue invitait tant les professionnels médicaux que les professionnels communautaires à identifier les principaux problèmes de santé mentale rencontrés dans leur pratique et dans leur clientèle. Le portrait qui en résulte ne constitue aucunement un portrait de la prévalence et encore moins de l'incidence de ces divers problèmes dans la population valaisanne. Un tel objectif relève d'études épidémiologiques qui débordent du présent cadre de recherche. Toutefois, les réponses apportées à cette question traduisent la perception qu'ont ces acteurs de première ligne des problèmes les plus prévalants ou tout au moins les plus préoccupants pour la société et le système de santé valaisan. Nous en ventilerons la présentation selon trois sous-catégories, soit les problèmes liés à la santé mentale proprement dite, ceux liés à la toxicomanie et aux dépendances et ceux liés à une catégorie moins classique de «problèmes de société», tels les violences ou les abus sexuels. Enfin, les répondants ne se sont pas contentés de nommer les problèmes ; ils ont aussi souhaité proposer des pistes d'explications. Dans la seconde partie de ce chapitre, nous résumerons les perceptions qu'ont les professionnels de facteurs explicatifs liés particulièrement à la fragilisation des liens familiaux, à l'économie et à l'évolution des valeurs. En fait, pour plusieurs la notion même de santé mentale est indissociable de la santé sociale.

La notion de santé mentale

Il ressort des entrevues que les professionnels ont une conception de la notion de «santé mentale» plus large et englobante que celle définie par les seules pathologies et les diagnostics psychiatriques. Pour un répondant, *«La santé mentale appelle une vision aussi plus globale de la prise en charge des gens face aux différentes problématiques de la santé ou des phases de vie»* (Répondant # 71). La plupart s'entend pour reconnaître la complexité des interrelations entre diverses formes de troubles sociaux et mentaux et, de là, la difficulté de définir ce qui relève en propre de la santé mentale. Par exemple, *«très souvent, on est face à des hyper délits, des voies de faits, des agressions physiques qui sont eux-mêmes liés à la consommation ou un autre problème qui n'est pas directement en lien avec la consommation et qui ne peut relever de la simple santé mentale. Parfois le mal être du jeune peut se traduire aussi par un malaise physique qui va lui-même conduire à un malaise d'ordre psychique»* (Répondant # 45). Pour d'autres, c'est la séparation entre le mental et le physique qui n'est pas très claire. *«D'ailleurs le lien entre le mental et le physique est de plus en plus soutenu par les recherches scientifiques. Tout est lié.... au fond, on trouve dans le physique le psychique et dans le psychique le physique»* (Répondant # 8). Tel serait le cas en particulier pour des maladies comme Alzheimer ou les démences qui affectent diverses autres fonctions cognitives et physiques du malade. Certains éprouvent aussi un malaise à considérer comme 'mentaux' des troubles associés au comportement chez les enfants, surtout en bas âge. Dans une perspective de psycho-oncologie, les patients atteints d'un cancer recherchent un accompagnement pour s'adapter à la maladie et préparer la mort. Plusieurs sont déprimés, ont des pensées suicidaires. Mais peut-on considérer qu'ils ont des problèmes de «santé

mentale» ? Or, «dans cette prise en charge, le psychiatre n'est pas dans la posture d'expert et la prescription de médicaments comme des antidépresseurs n'est pas toujours la bonne réponse. Ici la définition de la maladie psychique met en question qu'est-ce qui est normal et qu'est ce qui est pathologique? Il faut éviter de considérer comme pathologique des réactions normales face à la mort» (Répondant # 22). Bref, les frontières entre le mental, le physique et le social apparaissent comme floues en regard de la «santé» mentale.

De même, dans des champs plus spécifiques, des médecins généralistes en Valais (comme partout ailleurs dans le monde d'ailleurs), voient derrière l'omniprésence des troubles dépressifs et anxieux, un sentiment généralisé de «ne pas se sentir à la hauteur de la situation face aux défis sociaux» et une attitude de sur-responsabilisation et d'auto-culpabilisation de ne pas être en mesure de performer dans tous les domaines d'activité, y compris dans la quête d'équilibre dans le couple. Il en va de même pour les diverses formes de violence, y compris les violences conjugales, et les problèmes liés à la santé sexuelle qui sont perçus non seulement comme des déterminants de troubles psychiques, mais aussi comme des manifestations d'un état d'équilibre psychique. Par contre, les problèmes de dépendance à l'alcool et les toxicomanies sont considérés comme faisant clairement partie du champ de la santé mentale.

Bref, les perceptions des professionnels valaisans semblent conformes aux débats contemporains sur l'importance de déborder d'une définition de la santé mentale par la seule présence de troubles ou de maladies. Alors que les répondants sont conscients du rôle-clé des déterminants sociaux, ces perceptions reflètent aussi les difficultés à départager nettement ce qui relève d'une santé sociale d'une santé proprement mentale.

3.1 Les problèmes de santé identifiés par les professionnels

Nous avons posé à chacun des répondants la question suivante : «Quels sont dans vos pratiques professionnelles en Valais les principaux problèmes de santé mentale et de toxicomanie rencontrés par votre clientèle ?». Considérant la diversité de pratique des professionnels interviewés, il n'est pas surprenant que les réponses à cette question aient entraîné des mentions d'une vaste liste de diagnostics psychiatriques, de problèmes psychosociaux et de dépendances. Nous allons ici rapporter les commentaires de certains répondants sur des thématiques qui reviennent plus régulièrement dans les entrevues.

3.1.1 Les problèmes de santé mentale

Les répondants ont fait référence à une vaste liste de problèmes de santé mentale associés à des désordres psychiatriques classiques. Tous sont conscients de l'importance des diverses formes de psychoses, des troubles bipolaires, des phobies sociales ou encore des handicaps mentaux. Ces problèmes sont par ailleurs bien identifiés et leur prévalence mesurée dans les enquêtes épidémiologiques. Toutefois, les répondants reconnaissent que telle n'est pas le cas de la population en général qui serait, quant à elle, mal informée sur les problèmes de santé mentale qui la touchent. Dans cette section, nous mettrons l'accent sur des problèmes principalement associés par les professionnels à des problèmes de société et accessibles à des programmes de promotion de la santé multisectoriels.

Un premier thème récurrent est celui de l'**anxiété** profonde, des phobies sociales ou de l'angoisse qui peuvent devenir des problèmes sévères. Ces problèmes seront mis en lien avec les pressions sociales à la performance dans une société trop exigeante, mais aussi avec une faible estime de soi et le sentiment d'avoir des capacités limitées pour gérer sa vie personnelle. Il ne s'agirait pas simplement d'une anxiété réactionnelle face à des situations stressantes précises, professionnelles ou sociétales. Le plus souvent il s'agit d'une *«problématique anxieuse liée à des situations personnelles ; une anxiété profonde alors que les gens se sentent limités dans leur vie, dans leur cheminement, dans leur évolution»* (Répondant # 29). Aussi la **dépression** est abordée dans plusieurs entrevues, particulièrement en lien avec les conditions de travail mais aussi chez les personnes âgées. Les répondants insistent surtout sur l'angoisse et l'anxiété qui constitueraient les fondements des dépressions. Souvent les répondants associent la dépression à la **solitude** qui toucherait les personnes affligées d'une maladie psychique. *„Das grösste Problem bei den Patienten ist die Einsamkeit. Die Patienten haben oft eine Rückzugstendenz, aber der andere Teil ist sicher auch die Ausgrenzung, die sie erleben“*(35). *„Le plus grand problème est la solitude. Souvent les patients ont tendance à se replier sur eux-mêmes, de l'autre côté ils subissent une exclusion»* (Répondant # 35). Certains notent encore que plusieurs de ces souffrances psychiques sont masquées lors des consultations, derrière des troubles somatiques (ex. troubles psychosomatiques, troubles du sommeil).

Certains rapportent la présence de **troubles de la personnalité**, mais en soulignant que les personnes concernées ne seraient pas conscientes de l'urgence et ne chercheraient pas d'aide professionnelle. Dans ces situations, l'entourage souffre souvent au moins autant que la personne concernée.

„ Ich würde sagen, es kommen häufig nicht die Krankesten Leute zum Psychiater oder Therapeuten, sondern diejenigen, welche wahrscheinlich am meisten leiden. Die Krankesten sind manchmal gar nicht erreichbar. Da meine ich schon auch die Persönlichkeitsstörungen, die sind ja in allen Kategorien drin. Die kann man häufig nicht behandeln, obwohl diese es nötig hätten“ (21).

«A mon avis les personnes les plus malades ne consultent souvent pas de psychiatre ou de thérapeute, ce sont souvent les personnes qui souffrent le plus. Parfois, les personnes les plus concernées ne sont pas atteignables. Dans ce contexte, je pense aussi aux troubles de la personnalité, on en trouve dans toutes les catégories. Souvent on n'arrive pas à les traiter, tout en sachant qu'ils en auraient besoin» (Répondant # 21).

Plusieurs répondants se disent aussi de plus en plus souvent confrontés à une recrudescence de l'**Alzheimer** et des démences, en lien avec un vieillissement de la population.

Ce problème prend des proportions considérables dans le cas de personnes âgées vivant seules à domicile ou ayant un réseau social très restreint. L'un des problèmes spécifiques associé à cette maladie est celui du suivi de la consommation (adéquate) des médicaments, problème qui accroît la pression sur le personnel qui doit assurer le suivi. Un professionnel de la santé souligne :

«Il y a pas mal de personnes âgées qui ont un traitement avec benzodiazépine léger, et puis tout d'un coup on s'aperçoit qu'il y a une décompensation. On observe alors des abus de

benzodiazépine qui aggravent les troubles de la mémoire, du comportement, voire des chutes à domicile. Et c'est souvent à cause d'un mélange de médicaments. On a pas mal d'accidents, entre guillemets, dus à des surconsommations. Concrètement, je les fais venir régulièrement, je leur fait apporter les médicaments, ils viennent avec leur cornet. Et puis on compte ce qu'ils ont pris, et on s'aperçoit que oui, il y a eu des consommations abusives. Alors, à ce moment-là, on demande aux infirmières de surveiller afin de les maintenir longtemps à domicile. Ça, en termes de santé publique, c'est assez important». (Répondant # 6).

Confrontées en consultation médicale, les personnes souvent n'admettent pas leurs difficultés. Les cas légers sont très difficiles à détecter par le médecin ou l'entourage.

„Vergesslichkeit ist so ein Problem. Manche sagen dass sie vergesslich sind, manche wollen dies aber einfach nicht zugeben. Diese sind dann viel schwieriger. Manchmal merke ich es nicht. Während des Gespräches denke ich manchmal, dass das noch einigermaßen im Rahmen ist. Dann ruft dann die Tochter an und sagt, dass ihre Mutter alles vergesse und ich habe nichts gemerkt. Wenn man nicht ganz konkret etwas fragt, merkt man's dann halt manchmal nicht. Die könne gut so erzählen wenn es noch nicht so ausgeprägt ist.» (5).

«Les troubles de la mémoire sont un problème. Il y en a qui l'admettent, d'autres qui ne l'avouent pas, et dans ces cas, c'est beaucoup plus difficile. Parfois je ne le remarque pas. Pendant les consultations parfois je pense que ce n'est pas si grave, que c'est encore dans le cadre de ce qui est normal. Plus tard la fille me téléphone et me raconte que sa mère oublie tout et moi je n'ai rien remarqué. Si on ne le demande pas concrètement parfois on ne le remarque pas. Dans les cas légers les personnes arrivent bien à le cache» (Répondant # 5).

D'autres confirment que les problèmes liés à l'Alzheimer commencent avant l'hospitalisation, dans la communauté, dans la famille des personnes atteintes de démence, mais ce encore plus dans le cas des personnes vivant seules à domicile.

«Face à une dame de plus de 80 ans atteinte d'Alzheimer, les enfants n'arrivaient plus à gérer : elle était d'une violence extrême avec le voisinage. Le voisinage a porté plainte pénale et au tribunal ils ont dit écoutez, grand-maman, on ne va quand même pas vous punir comme ça, il faut trouver une autre solution». On se tourne alors vers la chambre pupillaire. Nous qu'est-ce qu'on peut faire, on pourrait l'interner de force mais c'est très compliqué légalement. Donc, on fait des séances avec la famille, pour leur expliquer que leur maman était malade, que son comportement était normal considérant sa maladie. Finalement, après une autre agression sévère, la dame a dû être hospitalisée mais après plusieurs téléphones. Comment est-ce qu'on fait avec cette dame ? J'ai téléphoné à Malévoz, j'ai téléphoné au centre à Martigny, à plusieurs autres endroits» (Répondant # 59).

Les commentaires vont dans le sens d'une reconnaissance des besoins en amont de ceux soulevés par l'hospitalisation et les soins en institutions. En particulier des besoins d'information et de soutien aux familles des personnes démentes. **Or, les démences ont un impact important sur les familles.** *«La personne malade est devenue dépendante de son entourage. Les démences ont un impact sur les familles, sur les conjoints et sur la qualité de vie. Je pense qu'on est en train de se rendre compte de plus en plus de l'ampleur du problème*

de l'impact sur l'entourage. On doit être attentif de ne pas laisser les gens seuls pour faire face à des choses qui les dépassent justement» (Répondant # 10).

Le burn-out et le stress au travail ont aussi retenu l'attention. Les répondants signalent l'importance des cas de *burn-out*, de dépression et de stress au travail. Ce sont les problèmes psychosociaux qui connaîtraient un développement sérieux au cours des dernières années. Pour certains, il s'agit de *«maladies psycho-sociales qui émergent aujourd'hui et qui sont liées à tous les désordres cognitifs, thymiques, conduites antisociales, dépendances et conduites addictives. On le voit aussi de plus en plus. Je suis presque inquiet [...] Généralement ils (les patients) l'expriment très peu. Donc ils viennent ici, ils pleurent, ils ne savent plus du tout où ils en sont, ce qu'ils veulent faire. Ils sont démotivés par rapport à leur emploi, ils n'ont plus aucun désir, ils ont une perte d'élan vital. (...)*» (Répondant # 5).

Les répondants en appellent à une plus grande attention de la part des employeurs et du système de santé.

«J'ai mal utilisé le terme, c'est des burning que je vois, donc ce sont des personnes qui sont effectivement encore dans leur emploi, qui sont présentes au travail mais qui ne sont plus efficaces, plus productives. Et là encore une fois, c'est la pression ou c'est la situation d'aujourd'hui qui fait qu'on n'ose plus montrer qu'on est faible, on n'ose plus être absent du travail car on a peur pour sa situation, sa position, on a peur du regard et du jugement de l'autre alors qu'on n'a pas supporté la charge de travail qu'on nous a confiée et les gens vraiment vont jusqu'à l'épuisement total» (Répondant # 5).

Sans conduire directement à la dépression, **le stress excessif au travail** génère beaucoup de problèmes.

«J'ai eu dans mes consultations, beaucoup de situations de gens qui étaient en état psychique très grave suite à une longue histoire d'abus. Abus est un mot trop utilisé, quelque part le non-respect ou d'exploitation de surcharge, de travail par l'employeur. Ces personnes là sont tellement blessées que c'est un facteur péjorant par rapport à la guérison. J'ai plusieurs exemples de personnes qui se sont investies beaucoup dans leur emploi, qui ont beaucoup donné au travail, et le jour où il y a impasse, les gens se sentent jetés. Ils ont une blessure qui les pousse à la colère, au chagrin, aux ressentiments et à la dévalorisation, et ce pendant des années» (Répondant #2).

D'autres signalent corrélativement une augmentation des réactions violentes contre le harcèlement moral au travail pouvant conduire à l'extériorisation des conflits des employés contre les employeurs. Plusieurs mentionnent une dégradation du climat social avec une agressivité extériorisée, et ce principalement ces toutes dernières années. Il en résulte des agressions physiques ou verbales que certains craignent de voir *«conduire à des passages à l'acte avec des agressions violentes ou des suicides sur les lieux de travail par exemple''* (Répondant # 5).

Les problèmes de santé mentale au travail émergent donc de manière très importante dans l'enquête.

Les problèmes associés à la **violence** occupent aussi une place importante dans le discours des professionnels. Une première expression de cette violence peut être celle des **querelleurs**, en particulier concernant les expressions violentes de frustrations envers les personnes en mesure d'exercer une autorité (administrative, politique, professionnelle). Un professionnel communautaire mentionne *«Il y a aussi un nombre de cas en augmentation depuis je dirais 5 ans maintenant, ces groupes on les appelle les querelleurs. Ce sont des gens qui, suite aux troubles psychiatriques la plupart du temps, font des menaces. Ils font des menaces contre leur famille mais ils peuvent faire des menaces aussi contre les autorités politiques; ils peuvent faire des menaces contre leurs voisins etc. Ils écrivent du courrier mais ce n'est pas des courriers anonymes. Ils revendiquent une réparation pour une injustice qu'ils ont subie»* (Répondant # 40).

Il peut s'agir de personnes avec des problèmes de santé mentale, mais qui sont en déni général et qui refusent toute aide, et bien sûr, les mesures tutélaires. Ces dernières *«deviennent violentes, généralement verbalement, mais violemment au point où on doit parfois faire appel à des procédures pénales pour les obliger à se faire traiter»* (Répondant # 38).

Certains abordent des problèmes spécifiques aux enfants et aux jeunes tels ceux liés à l'hyperactivité et à la maltraitance. Un premier défi consiste donc à gérer les mythes et les attentes démesurées face à la Ritaline et à la gestion médicale de l'**hyperactivité**. Les parents y voient trop facilement la solution à tous les problèmes de comportement de leurs enfants. Le principal problème associé est celui de la détermination du bon moment pour arrêter la prescription, en fonction de quels critères décider que l'enfant doit essayer de fonctionner sans médication. Et comme il ressort de l'extrait suivant, la décision déborde des seules considérations des performances scolaires.

«Il y a l'idée que si l'enfant arrête la Ritaline, il va avoir de moins bonnes notes, il va être plus distrait ou avoir un comportement moins agréable. Dans le cas de l'un des jeunes, les parents disaient que quand il a recommencé l'école après les vacances, il a commencé à avoir des punitions parce qu'il bavardait, il était dissipé et il a dit moi je ne veux pas continuer comme ça je veux prendre la Ritaline. Quand je prends la Ritaline je ne suis jamais puni donc ce n'est pas simple de refuser de prescrire. A l'adolescence, lorsque le jeune monte le ton, quand il manifeste une opposition face à ses parents, moi j'y vois une crise d'adolescence, un besoin de s'affirmer, de ruer dans les brancards. Le parent lui dit est-ce que tu as pris ta Ritaline ce matin. L'idée est que ce médicament marche tellement bien qu'on le prend pendant des années et que le parent a toujours la crainte qu'en arrêtant les problèmes recommencent » (Répondant # 29).

La **maltraitance** apparaît aussi comme un problème pas nécessairement nouveau mais tout de même sérieux. Un besoin lié à ce problème serait la difficulté de donner une réponse adéquate en cas d'urgence. Si un professionnel psychologue, du Centre pour le Développement et la Thérapie de l'Enfant et de l'Adolescent (CDTEA) ou autres, est devant un cas de maltraitance ou de suicide, qui nécessite une réaction urgente, il doit avoir accès rapidement à un lit d'hôpital. Tout va bien si vous avez de bonnes relations personnelles avec un médecin responsable ou un responsable en placement éducatif. Mais sinon, ça peut être compliqué. Le

besoin se situe au niveau d'une amélioration des structures de référence et de prise en charge pour ces urgences.

«Parce qu'un service d'urgences devrait être 24h/24 et pouvoir intervenir très rapidement. Bon, si des situations nous sont signalées, on essaie de répondre le plus rapidement possible. Mais le plus rapidement possible, ça veut dire c'est peut-être dans les 3 à 4 jours. S'il y a une situation de maltraitance d'urgence où un enfant a besoin d'être protégé ou a besoin d'être sorti du milieu alors là ce que souvent on propose aux gens c'est de l'amener à l'hôpital, de l'amener au service d'urgences à l'hôpital... On dit aussi aux médiateurs scolaires qu'en cas de situations d'urgence, si un enfant est victime de maltraitance ou d'abus sexuel ou un jeune qui pense au suicide, de l'adresser aux services d'urgences hospitaliers [...], mais les délais sont souvent trop longs» (Répondant # 40).

Plusieurs mentionnent l'importance et l'efficacité des lignes d'écoute pour le **suicide**. Les interdits religieux sur le suicide auraient moins d'impact qu'avant. Le problème se retrouverait principalement aux extrémités de la pyramide des âges. Plusieurs ont souligné les défis posés par le suicide chez les jeunes, en particulier en milieu scolaire. D'autres, en particulier les intervenants des lignes d'écoute, rappellent que *«On a un taux extrêmement élevé de suicide chez les personnes âgées dans notre société. Les personnes âgées sont vraiment peu considérées, dévalorisées marginalisées. Sincèrement ça doit être dur parce qu'on n'a pas de structure pour les accueillir au sein de la famille, donc elles sont placées»* (Répondant # 69).

Tout particulièrement dans le cas du suicide, c'est en termes de promotion de la santé mentale, soit dans une approche globale de la gestion du mal-être, que les professionnels abordent ce problème.

«Il y a quand même pas mal de gens qui ont des tendances suicidaires, qui ne sont pas bien dans leur peau. Alors je me dis que plus il y a d'éléments qui existent pour donner sens à la vie, mieux c'est. Je crois qu'on doit améliorer un climat général parce que finalement les maladies entre guillemets se développent dans tel climat et plus que dans un autre. (...) Tout ce qui va aller vers une communication qui soit vraiment humaine, tout ce qui va aller vers des valeurs qui soient vraiment des valeurs d'amour, de fidélité, de vérité, de recherche de la vérité, du plaisir de rencontrer l'autre sera souhaitable. Dans les cas d'urgence ou dans les cas de crise, là c'est encore autre chose, peut-être qu'on ait besoin de quelqu'un qui soit très spécialisé du style psychiatre ou du style psychologue spécialisé dans tel domaine» (Répondant # 55).

Certains professionnels insistent sur le cas particulier des **tentatives de suicide médicamenteux**. Arrivent aux urgences des cas disant qu'ils aimeraient partir, qu'ils ne savent pas pourquoi ils sont là et qu'ils aimeraient juste pouvoir dormir. Or, les intoxications ne permettent pas de bonnes évaluations sur l'état psychique du patient. *«Il y a toutes les détresses affichées sous forme d'abus de médicaments. Ces personnes disent : je voulais dormir, et puis, c'est ma voisine qui a appelé, moi je voulais juste dormir, je voulais mourir. Ces patients disent tous qu'ils ne savent pas pourquoi ils sont aux urgences à l'hôpital. Or il*

est extrêmement difficile d'évaluer le risque suicidaire chez quelqu'un intoxiqué» (Répondant # 18).

Enfin, mentionnons les problèmes de **boulimie et d'anorexie** qui seraient, selon certains, en recrudescence. Mais au-delà du constat de prévalence, l'un des problèmes rencontrés serait le déni de la situation de la part de la jeune fille bien sûr, mais surtout le déni par les parents qui refusent d'initier une consultation. *«Si je prends le cas d'anorexie de il y a quelques années. Je me rappelle d'avoir pris le téléphone et puis demandé aux parents où ils en étaient dans le suivi. Je savais qu'il y avait vaguement un suivi, et puis d'avoir contesté un petit peu le verdict du médecin qui disait que maintenant il n'y avait pas de problème, elle allait s'en sortir. Donc, j'avais déjà une pétition des élèves de la classe qui disait qu'on ne va pas la laisser crever de faim»* (Répondant # 54).

Notons que les souffrances associées avec ces désordres sont présentées comme pouvant avoir une influence importante sur les camarades de classes et tout un établissement qui se sent finalement impliqué.

3.1.2 Problèmes liés à la toxicomanie et aux dépendances

Les dépendances sont souvent mentionnées dans les récits des professionnels comme étant des problèmes de «santé mentale». Si les toxicomanies diverses peuvent être considérées comme des problèmes de société, elles sont fréquemment abordées par les répondants soit comme causes directes soit comme manifestations spécifiques de désordres mentaux. Parmi les problèmes invoqués nous pouvons souligner les points suivants.

La consommation d'alcool serait particulièrement en croissance et représenterait un problème majeur aujourd'hui à tous les âges. Les impacts seraient importants sur la performance au travail. On met alors en cause une culture générale de tolérance face à la consommation abusive d'alcool qui concerne aussi les jeunes. *«C'est un phénomène qu'on observe dans toute la Suisse. La culture du vin, la culture de boire son verre, de boire son apéro et probablement que les parents ne trouvent pas grave entre guillemets qu'un enfant à treize ans fasse un coma éthylique. Personnellement, je trouve très grave»* (Répondant # 72). Les jeunes filles seraient aussi concernées que les jeunes garçons. Un professionnel communautaire parle d'une «masculinisation» progressive du comportement des filles qui *«imitent le langage des garçons, essayent de ressembler aux garçons»*. Il en résulte des problèmes de surconsommation de l'alcool mais aussi l'adoption, par les jeunes femmes, de conduites à risques historiquement associées aux garçons. *«Je vois des filles qui me disent avoir parfois passé la nuit chez quelqu'un ou avec des garçons sans en avoir aucun souvenir, tout simplement parce qu'elles avaient trop consommé d'alcool»* (Répondant # 43). Par contre, pour d'autres, il faut être prudent dans nos jugements face à la consommation d'alcool. *«La consommation d'alcool remplit une fonction ; elle est le régulateur de quelque chose. Souvent les gens boivent de l'alcool comme antidépresseur, comme outil de gestion du stress. Tout dépend bien sûr de la quantité. Mais aussi, dans le contexte viticole valaisan, il faut être prudent pour ne pas pathologiser automatiquement un comportement qui a une forte valeur culturelle»* (Répondant # 30).

La **consommation de substances** fait aussi bien sûr partie du portrait des problèmes de santé. Mais ce sont les interactions avec les problèmes proprement de santé mentale qui sont surtout abordées. Par exemple, on soulignera que si la consommation s'échelonne sur une longue période de temps, la santé mentale peut être gravement atteinte, même chez les jeunes. Certains rapportent des cas de jeunes quasiment détruits par le cannabis et d'autres produits au point où des psychiatres les jugent «irrécupérables». Des professionnels impliqués dans le dossier souhaitent toutefois nuancer la gravité de ce problème en Valais ; comparativement à Genève par exemple, les toxicomanes ici seraient proportionnellement moins nombreux et les ressources en place démontreraient une bonne coordination. D'autres insistent toutefois sur des cas lourds de jeunes qui voient leur vie détruite par les stupéfiants et certains considèrent que l'on a tendance à minimiser l'importance de la consommation de cannabis en milieu scolaire, en termes d'échecs scolaires, mais aussi d'impacts sur la santé mentale des jeunes.

La **consommation de médicaments** augmente, surtout dans les cas de douleurs. Par contre certains répondants notent qu'un problème associé est celui de la non-consommation des médicaments prescrits. Souvent les médicaments (ex. antidépresseurs) seraient tout simplement retournés à la pharmacie, les personnes ne les prennent pas régulièrement.

«Ich habe kürzlich eine Statistik gemacht und war erstaunt, wie viel Schmerzmittel verschrieben werden. Ob diese dann alle auch genommen werden weiss ich nicht. Wenn man auch schaut, wie viele Psychopharmaka zurück gebracht werden zum entsorgen, da ist die Therapietreue schon nicht so rosig. Es kommen sehr viele Medi zurück wo man sieht, dass diese begonnen wurden und nach 2-3 Tabletten wieder abgesetzt. Das ist also immer mit Vorsicht zu geniessen, was verordnet und abgegeben wird und dann auch effektiv konsumiert wird“ (4).

Récemment, j'ai fait une statistique, j'étais étonné du nombre d'analgésiques prescrits. Je ne sais pas si tous ces médicaments sont vraiment consommés. Si on regarde combien de médicaments contre les troubles psychiques sont rendus à la pharmacie, l'observance thérapeutique ne semble pas optimale. Beaucoup de médicaments sont retournés après que la personne ait consommé 2 ou 3 pilules, ensuite elle décroche. Donc, il faut être prudent concernant la relation entre ce qui est prescrit et vendu et ce qui est consommé effectivement» (Répondant # 4)

Les **dépendances aux médicaments**, dont les benzodiazépines, font aussi partie des problèmes fréquemment rencontrés. Ici, on les associe à des angoisses profondes. *«Certaines personnes en consomment au point où le sevrage devient très difficile. Souvent des gens sont prépsychotiques ; c'est plus pour calmer des angoisses, des angoisses importantes qu'ils le font. Et après évidemment il y a l'addiction. Quand on se trouve dans une situation de dépendance, le phénomène tombe sur lui-même» (Répondant # 59).* Ici aussi, les psychopathologies sont souvent en lien avec des comportements à risque, voire des difficultés de socialisation.

Pour un psychiatre, la prévention et la prise en charge des abus d'alcool et de benzodiazépines chez les personnes âgées devraient être des priorités pour la santé publique. Une sensibilisation à cette problématique devrait commencer avec les médecins prescripteurs. *«La surconsommation de médicaments est vraiment un gros problème dans la tranche d'âge âgée,*

mais aussi l'âge de la préretraite, avec notamment des conséquences sur le cerveau qui commencent à se ressentir. La prévention de l'apparition de troubles cognitifs permanents me paraît un enjeu majeur dans ce groupe d'âge, tant chez ceux qui abusent de l'alcool que ceux qui abusent des benzodiazépines. Et comme les médicaments sont prescrits par les médecins, la démarche commence par une sensibilisation aussi des médecins» (Répondant # 10).

Des professionnels mentionnent aussi l'émergence de formes modernes de dépendance, dont les **cyberdépendances** qui demandent une réponse thérapeutique similaire aux autres dépendances, mais qui n'en constituent pas moins de nouveaux défis pour le système de santé. Il s'agit «d'une nouvelle manière d'exprimer des déséquilibres» qui, selon certains, devient accessible aux jeunes comme alternative aux autres formes de dépendances plus traditionnelles. Pour certains jeunes, il s'agirait d'un «pansement à une socialisation déficiente». Une illustration donnée est celle d'un élève cyberdépendant, *«déconnecté de la réalité, en échec scolaire, fin de scolarité, qui ne vivait pas sur notre planète. Il vivait à travers ses jeux en ligne. J'ai fait trois, ou quatre rencontres avec lui. On a beaucoup discuté. On a mis quelque chose en place. On avançait. Mais à la maison, ça ne suivait pas du tout. Les parents ont abandonné et ils ont laissé aller quoi. On a essayé de suivre la situation et moi j'ai signalé le cas à la LVT. Mais la psychologue en question m'avait appelé en disant, mais qu'est-ce que je fais »* (Répondant # 68). Selon certains, ce type de cas serait loin d'être isolé.

Ces problèmes de surconsommation nécessitent une meilleure collaboration des professionnels avec les psychiatres dans la mesure où en toxicomanie, en particulier suite aux sevrages, des problèmes d'ordre psychiatrique peuvent apparaître. Un psychiatre précise :

«Dans le cadre de supervisions avec des praticiens qui connaissaient bien la problématique de la toxicomanie, la difficulté était souvent la présence de psychopathologies chez ces toxicomanes. C'est plus compliqué pour les généralistes de suivre les situations avec des psychopathologies sans supervision. Donc, je les aidais à identifier si c'était une toxicomanie pure (ce qui est rare) ou s'il y a avait par exemple de la dépression. En l'absence de psychopathologie, il faut travailler avec la Ligue contre la toxicomanie, utiliser la méthadone ou d'autres substances, et gérer ça dans le quotidien en évitant de psychiatriser. Il faut plutôt travailler sur les dimensions sociales du problème. Mais quand la toxicomanie débouche sur la maladie, je dirais, c'est là que la psychiatrie peut aider. Et souvent, on se retrouve face à des pathologies psychiatriques comme la dépression, les troubles anxieux, des troubles bipolaires, la psychose qui chevauchent beaucoup de problèmes de toxicomanies» (Répondant # 23).

3.1.3 Les violences et les abus sexuels

Bien que les dépendances, les suicides voire la dépression puissent être considérés comme des problèmes de «santé sociale», deux problèmes majeurs méritent d'autant plus cette qualification, à savoir les violences et les abus sexuels.

En Valais, comme ailleurs en Suisse et dans le monde, la violence s'insinue dans l'ensemble des rapports sociaux, au travail, dans la rue, mais aussi dans la famille. Il y a bien sûr la

violence psychologique, les harcèlements. Mais dans plusieurs cas, la violence se traduit par des lésions physiques importantes. *«La violence bien sûr a toujours existé. Mais actuellement, je pense qu'on va vers une société de plus en plus violente»* (Répondant # 45) Pour certains, cette violence est fréquemment associée à une toxicomanie.

Vivre en société demande des compétences pour la gestion des conflits et le respect du contrat social. Or, c'est la violence qui tend à s'imposer comme mode de communication chez certains jeunes. *«Certains jeunes ont appris à communiquer à travers le langage de la force. Pour eux, le droit et les voies légales ne sont pas considérés. Ils ont l'habitude de régler leur compte par la violence et la confrontation»* (Répondant # 21). Des répondants invoquent le **manque de sanctions dans la loi sur les mineurs** comme cause de l'augmentation de la délinquance. *«Il y a une problématique des délinquants mineurs. C'est Disneyland. On a un groupuscule de jeunes qui consomment des stupéfiants, qui font des vols, qui sont impliqués dans des bastons où ils tapent tout le monde. On constate que tant qu'ils sont mineurs, ils s'en donnent à cœur joie, mais dès qu'ils passent majeurs, cette délinquance s'arrête. Donc, il faut qu'on réfléchisse rapidement à cette problématique en Valais»* (Répondant # 42).

Les professionnels de la santé, les tuteurs et les assistants sociaux ont insisté sur la violence exprimée dans le cadre des rapports cliniques avec les individus violents. Ils réfèrent non seulement au problème que représente la violence dirigée par les malades envers eux-mêmes, mais aussi aux limites de la loi actuelle face à la prévention du passage à l'acte. On évoque la problématique de l'arrimage entre le travail clinique et la prise en charge judiciaire. On mentionne que l'État met en place des **suivis des détenus** pendant leur emprisonnement et pendant la période de réinsertion dans la société pour éviter des récidives. *«Or ces procédures de suivi en lien avec la psychiatrie demandent beaucoup de coordination en particulier au moment de la libération conditionnelle, pour ce qui est de la prise en charge spécifique concernant la violence du détenu»* (Répondant # 48).

Les communes doivent gérer des situations complexes de violences en lien avec des pathologies psychiatriques. Il serait difficile de mettre un cadre sécurisant pour protéger d'éventuelles victimes de violences. Il y a une certaine frustration des élus dans les communes quant à la gestion des situations à risque. **Les bases légales ne permettent pas toujours la prévention d'acte de violence.** Souvent les situations sont connues par les autorités communales qui se sentent démunies face aux options légales à leur disposition.

«Donc on est démunie par rapport à ces gens qui sont «borderline». Un moment tout va bien et un moment tout va mal. Quand on connaît les cas, on sait que ce sont des gens qui peuvent être potentiellement dangereux. C'est difficile à gérer. On ne sait pas si la personne va passer à l'acte ou pas. Ce sont des gens malades. Ils ont encore leur violence et leur sentiment d'être victime. Donc il n'y a que les soins qui peuvent aider la personne. Si on ne peut pas compter sur les institutions, on est bloqué. Parce que les institutions n'ont aucune bases légales sur lesquelles s'appuyer pour dire oui, vous nous l'amenez» (Répondant # 59).

Et la perception d'insécurité dans la population incite les politiques à mettre en place des mesures de surveillance et prises en charge pour prévenir ces situations de violence. Les

conséquences de ces mesures de coercition sont difficiles à évaluer. L'augmentation des crimes violents et des agressions sexuelles ont provoqué une mise en place de lois et une surveillance plus stricte demandant une étroite collaboration avec des compétences psychiatriques. *«Nous sommes en face des questions concernant l'internement à vie pour les personnes dangereuses. J'ai l'impression qu'il y a au niveau collectif, une conscience accrue qui est liée aux questions de dangerosité et de sécurité publique. On en parle de plus en plus»* (Répondant # 48).

Les professionnels sont confrontés aux comportements violents dans les prises en charge. Ils n'arrivent pas à gérer seuls les situations et sont obligés de faire appel à la police pour assumer leurs responsabilités et assurer leur sécurité. Notamment, **les tuteurs doivent trouver des solutions quand il faut amener contre sa volonté une pupille** à l'hôpital psychiatrique. Les équipes mobiles pourraient représenter une solution face à la complexité de ces prises en charge. *«Nous avons commencé à parler d'intervention mobile avec les médecins parce que souvent nous sommes obligés d'aller vers nos pupilles. Mais quand les gens sont trop mal, c'est difficile de les convaincre d'aller aux consultations psychiatriques. On a eu des problèmes où on a pris des gens dans la voiture et ils commençaient à ouvrir les portes et à nous toucher le volant. On a eu des trucs assez horribles. On a décidé qu'on prenait trop de risques. Les gens arrivent à une violence importante, physique où on voit qu'ils décompensent psychologiquement. Dans ces cas, on appelle la police, ils viennent et ils embarquent»* (Répondant # 49).

Les violences à l'école

Souvent la violence ne s'exprime plus de manière ouverte. Elle s'exprime à travers Internet. Cette nouvelle forme de *mobbing* semble impossible à contrôler selon les professionnels impliqués.

„Das was mir am meisten Sorgen macht und nicht nur hier in der Schule ist die psychische Gewalt und vor allem die Gewalt die über Internet läuft. Wo wir nur die Spitze vom Eisberg sehen und darauf reagieren können. Facebook ist auch so ein Thema. Bei den Jüngeren gibt's Netlog das noch viel wichtiger ist. Es gibt Möglichkeiten reinzukommen. Plötzlich sieht man dann, da wird wirklich gemobbt und sehr extrem. Wenn man dann mit den Schülern redet, mit denen die das gemacht haben, die sind sich eigentlich gar nicht bewusst, was sie da gemacht haben“ (18).

Ce qui me préoccupe le plus à l'école et ailleurs est la violence psychique, surtout la violence qui se manifeste à travers Internet. On y voit seulement la pointe de l'iceberg, où on peut réagir. Facebook est un sujet, chez les jeunes Netlog est encore plus important. On peut y accéder et y découvrir du 2 «mobbing», c'est extrême. Si on en parle avec les élèves, ceux qui sont responsables, on constate qu'ils ne se rendent pas compte de ce qu'ils ont fait » (Répondant # 18).

Concernant les migrants se posent des problèmes en ce qui concerne le comportement des élèves masculins envers les élèves de sexe féminin.

„bei uns fängt das jetzt an, dass wir andere Kulturen hier haben, die wirklich anders ist, von der ganzen Einstellung her, dass das schon Probleme schafft. Es geht um das Frauenbild. Wo man wirklich unbedingt sagen muss, jetzt so und so sind Mitschülerinnen zu behandeln und so nicht“ (18)

«Chez nous, il y de plus en plus d'élèves provenant d'une culture différente, avec d'autres attitudes qui posent des problèmes. Il s'agit de l'image de la femme. Là, il nous faut intervenir et clarifier comment traiter les camarades» (Répondant # 18).

Les violences conjugales

Les violences conjugales sont perçues par les professionnels comme étant un problème en augmentation. En dépit des modifications apportées à la loi qui entraînent une poursuite d'office des conjoints violents par les juges, ces situations continuent d'affecter la santé mentale des femmes qui sont le plus souvent les victimes de ces violences conjugales. Mais la violence conjugale est aussi considérée en soi comme un problème de santé sociale. Désormais, la violence conjugale n'est plus considérée comme un problème privé, mais comme un problème public, un enjeu de société. Ce changement de loi influence les attitudes et les pratiques des professionnels.

Les situations de violence sont complexes. Souvent, une forme de manipulation est utilisée par les agresseurs au sein de la famille, entravant l'ouverture des victimes aux interventions de l'extérieur. La prise en charge des enfants dans ces situations pose souvent problème et demande des interventions de l'état pour **mettre en place un cadre de sécurité**, en particulier au bénéfice des femmes et des enfants dans le contexte des droits de visite du conjoint violent. Des compétences spécifiques sont requises pour la gestion de ce type de conflits. La police, les bureaux de l'état comme la LAVI – Loi fédérale sur l'Aide aux Victimes d'Infractions, les institutions et les professionnels de la santé sont tous impliqués dans les différentes phases de prises en charge.

En outre, les femmes battues n'en sont souvent pas à leur première relation violente avec leurs proches. La répétition du schéma de violence est constatée par les professionnels qui travaillent avec les femmes battues. D'où la nécessité d'avoir une **approche psychothérapeutique** dans les prises en charge. *«C'est souvent le deuxième ou troisième mariage avec des enfants de différents pères. Il ne faut surtout pas juger les personnes. Elles sont battues par leur premier mari, et par la suite elles sont battues par leur nouveau copain. Elles entrent dans un cycle de violence (Répondant # 66).*

Un autre problème est celui du déni de violence. En particulier dans les urgences, il faut être attentif quand les blessures indiquent la violence pour faire le relais avec le psychiatre.

«Généralement, la police a déjà donné un numéro de téléphone pour les associations et les choses comme ça aux femmes battues qui arrivent aux urgences. Donc, nous, on fait des photos et on fait une déclaration. Ce n'est pas très élaboré comme médecine. Mais, il y en a beaucoup, beaucoup [...] Ce qui m'embête plus alors, c'est une patiente qui vient pour une plaie au front, qui a des traces de strangulation et qui nie tout. Là, il peut arriver un moment où je dis là elle est en danger et j'interviens. Ca, c'est quelqu'un que j'essaie de garder, et de

montrer au psychiatre. Il faut être attentif pour ne pas passer à côté de ces cas» (Répondant # 18).

Le problème de la violence conjugale serait particulièrement significatif chez les femmes **migrantes** qui osent dénoncer leur mari dans leur pays d'accueil. Ces dernières semblent en mesure désormais, une fois bien informées de leurs droits, de surmonter leurs craintes et de rechercher le soutien des professionnels compétents. Les services de consultations psychiatriques donnent un cadre thérapeutique où ces femmes peuvent trouver des ressources pour sortir des relations violentes.

«Il y a des requérants qui sont venus il y a déjà plusieurs années en Suisse. Ils ont compris que la violence conjugale ne peut pas continuer comme avant chez eux ou ici. Ils ont porté la violence conjugale avec le même bagage qu'ils ont ramené en Suisse. J'ai accompagné plusieurs femmes chez le médecin ou chez les autres institutions qui s'occupent des femmes dans ces situations. Les femmes ont donné plusieurs chances à leur mari. Mais les maris, ils n'ont jamais cru qu'une femme qui a vécu et qui a subi les violences conjugales là-bas, un jour elle relèvera la tête pour dénoncer son mari. Mais, maintenant je vois que les femmes migrantes sont différentes. Elles ne sont pas comme avant, elles osent se défendre» (Répondant # 41).

Les professionnels soulignent que les violences conjugales entraînent un épuisement physique et psychique chez les femmes victimes. *« Il y avait la situation d'une femme pour laquelle son médecin a estimé qu'il fallait qu'elle soit hospitalisée. Cette dame était épuisée psychologiquement. Elle n'arrivait plus à dormir ou à manger suite à des violences. Le problème de l'accès à un lieu de repos sécurisé se pose alors» (Répondant # 67).* Ces femmes ont besoins d'une prise en charge adaptée, ce qui n'est pas toujours facile à organiser avec les ressources à disposition dans le canton du Valais.

De plus en plus, les hommes se retrouveraient aussi victimes de violences exercées par des femmes, un grand «tabou» :

„Das ist ein noch viel grösseres Tabu in dem Sinne. Rein vom Kräfteverhältnis sage ich mal. Wenn ein Mann sagt, dass er dermassen psychische Gewalt erlebt, ich fühle mich so erniedrigt, ich weiss nicht mehr was machen, ist vielleicht noch nachvollziehbarer für viele, aber wenn ein Mann sagt, er werde von der Frau geschlagen, das ist noch heikler, zu dem zu stehen und das zu äussern“ (30).

«Il existe un tabou encore plus grand. Concernant le rapport de force je dis. Si un homme admet qu'il subit de la violence psychique et qu'il se sent humilié et ne sait plus quoi faire, c'est peut-être encore compréhensible pour la majorité des personnes, par contre si un homme raconte qu'il est battu par sa femme, c'est beaucoup plus délicat à admettre et à confier à quelqu'un» (Répondant # 30).

Les abus sexuels

Les abus sexuels constituent une autre forme de violence, associée par les professionnels à des problèmes de santé à la fois sociale et mentale. Ils sont mentionnés par différents

professionnels qui sont appelés à gérer des situations d'urgence. De tels cas d'abus sexuels sont mentionnés de façon récurrente dans les témoignages des médiateurs scolaires. Or, parler des abus sexuels demande beaucoup de courage de la part des victimes, et les jeunes concernés sont évidemment réticents à partager leur souffrance à cause des enjeux et des risques. *«Des abus sexuels, on en a quelques-uns chaque année. C'est toujours difficile pour eux de venir vers nous parce que ça pose beaucoup de problèmes de honte et de courage pour venir nous parler de tout ça.»* (Répondant # 68).

Surtout, les prises en charge officielles ne sont pas toujours satisfaisantes selon les professionnels qui expriment une certaine frustration par rapport à la **longueur des procédures**. Certains se plaignent même de l'incompétence des services officiels. Les services officiels concernés par les abus sexuels ne seraient pas toujours efficaces et prennent trop de temps pour résoudre les problèmes d'urgence, surtout aux yeux des médiateurs scolaires qui sont souvent les premiers à être confrontés à de tels cas chez les étudiants.

«Il y a des situations d'urgence où je trouve que le temps d'attente est trop long. J'ai eu une situation quand j'étais sur le Bas-Valais où j'ai eu deux personnes qui ont vécu la même chose. La 1^{ère} j'ai dû passer par des services officiels, ça a pris 6 mois pour que ça soit réglé. La 2^{ème}, je suis passée par la police et c'était réglé très vite. C'était très frustrant pour les deux cas qui se connaissaient et vivaient la même chose de voir qu'une histoire traînait parce que je suis passée par les organismes officiels et qu'en passant par la police ça allait plus vite» (Répondant # 56).

Les problèmes de santé présentés dans cette section ne résument pas le tableau épidémiologique bien entendu. Ils n'en occupent pas moins une place centrale dans la perception qu'ont les intervenants de première ligne des problèmes sinon les plus prévalants, tout au moins les plus préoccupants, problèmes qui, d'ailleurs diffèrent de ceux qui sont documentés dans les enquêtes sur la santé mentale. Or, les professionnels rencontrés ne se sont pas contentés d'identifier ces problèmes ; ils ont aussi tenu à s'exprimer sur ce qui apparaît à leurs yeux comme les causes sociétales. Nous abordons ce thème dans la prochaine section.

3.2 Le discours des professionnels sur les causes sociales des problèmes de santé

Même si les entrevues ne prévoyaient pas d'aborder directement les causes sociétales de ces problèmes de santé mentale, plusieurs répondants ont spontanément souligné leur ancrage dans un environnement social et économique en pleine mutation, pour discuter de l'influence de la société sur le bien-être psychique de la population. Le discours des professionnels confirme alors la difficulté de départager nettement ce qui relève de la santé sociale de ce qui relève de la santé mentale. Les thèmes abordés sont en lien avec la perte des repères, la fragilisation des liens familiaux, les problèmes de transmission des valeurs de respect et de citoyenneté par la famille mais aussi par le système d'éducation. Il en résulterait une recrudescence de la délinquance, des toxicomanies, des dépressions et de la violence. Pour certains, la perte des repères moraux est à mettre en lien avec une illusion autour du bonheur et les attentes démesurées de l'individu moderne. Nous jetterons ici un coup d'œil rapide sur ce que perçoivent les professionnels de ces origines sociales du mal-être dans la société

moderne. Nous mettrons l'accent sur les facteurs familiaux qui occupent une place importante dans les discours, puis sur une liste de facteurs sociétaux. Les planificateurs d'une politique de promotion de la santé mentale pourront y voir autant de lieux d'intervention prioritaires.

3.2.1 La fragilisation des liens familiaux

L'un des thèmes qui revient de façon récurrente dans les entretiens est celui de la fragilisation des liens familiaux. Cette fragilisation s'exprime dans les tensions intrafamiliales et conjugales. Il en résulte un contexte favorisant l'émergence d'un mal-être psychique.

«Dans ces familles fragilisées, ce n'est pas seulement les enfants psychotiques que l'on voit. On voit des troubles très complexes, des enfants qui ont des difficultés psychiques, qui ont des difficultés de l'attachement, des enfants qui ont des problèmes de dépression en relation avec l'école. Je pense que les familles sont un peu plus en souffrance maintenant qu'il y a 20 ans. C'est vrai que c'est plus difficile d'être adolescents (et aussi d'être parents) aujourd'hui dans un monde où on a plein de stimulation. Sûrement qu'il y a des phénomènes de société mais ils ne sont pas propres au Valais, ils sont globaux» (Répondant # 12).

Bien sûr, on reconnaît l'impact de la monoparentalité sur la précarisation de mères qui se retrouvent à l'aide sociale. Mais on évoque alors moins une dysfonction de ce type de famille qu'une **«rupture dans la transmission du savoir et des compétences»** pour agir comme parent face à la maladie de son enfant. Les parents, les mères en particulier, se retrouveraient de plus en plus fragilisées par un sentiment d'incompétence. Craignant d'être inaptes à gérer les problèmes de santé mineurs des enfants, voire à gérer les crises émotionnelles ou psychologiques. La modernité les conduit à se départir de leur responsabilité en passant rapidement à l'étape de la consultation médicale. Il en résulte non seulement une médicalisation abusive du mal-être des enfants, mais une dépossession des habilités naturelles des parents.

«En disant, il faut tout de suite aller chez le médecin, il n'y a plus cette transmission des compétences de mère à fille qui existait. Alors qu'avant il y avait les mères, les grand-mères, il y avait toute cette lignée de femmes qui transmettaient leurs savoirs, leurs expériences. [...] Mettre la main sur le ventre de son enfant, dormir avec lui une fois parce qu'il est très mal, des gestes infiniment simples, et bien, j'ai remarqué que les mamans quand on leur disait ça elles disaient, oh, on n'ose plus, parce qu'on nous dit qu'alors je ne suis pas une bonne mère. Au moindre symptôme, on doit courir chez le médecin. [...] Or, dans plusieurs cas, il suffit d'avoir juste un appui des autres membres de la famille, surtout la femme, de la mère, de la grand-mère pour rassurer la jeune mère, et c'est vraiment ce qui manque» (Répondant # 8).

Pour un répondant **le système familial défaillant** influence la capacité d'intégration sociale des jeunes. D'où l'importance de prévenir les problèmes de toxicomanies par une **politique familiale** qui consacre des ressources importantes dans les premières années de vie pour soutenir la mère et l'enfant. A travers ce récit, on comprend que la prévention de la toxicomanie commence dès la naissance, et que l'efficacité de la prévention dépendrait d'une politique familiale cohérente.

«Je pense que la toxicomanie est en lien avec un système familial défaillant. Je pense qu'on est maintenant face à une génération de jeunes qui ont des parents qui étaient eux-mêmes incapables de donner des règles, d'être présents, ou des gens livrés à eux-mêmes. Souvent les personnes n'ont même pas le minimum au niveau connaissances scolaires, je dirais suffisant pour faire un apprentissage. Je suis assez pessimiste. Il y aura la moitié des gens qui vont travailler et l'autre moitié qui seront foutus. Je pense qu'on ne fait pas assez de prévention. Je pense qu'il faut agir avant, en période scolaire. La prévention c'est vraiment avant. Seize ans pour moi c'est déjà trop tard. Je ne dis pas qu'il y a peut-être une exception. On investit des centaines de milliers de francs pour des toxicomanes qui ne s'en sortent pas au lieu de les mettre pour les mères qui élèvent seules leurs enfants, qui n'ont pas de quoi vivre» (Répondant # 13).

Les conflits de couple créent des souffrances importantes. Les séparations bouleversent l'organisation familiale et sont souvent accompagnées d'une période de précarité financière. Les conflits vécus au sein de la famille ont une incidence sur la santé mentale des enfants et des jeunes adultes. Les médiateurs scolaires et infirmières scolaires sont souvent confrontés à des situations où l'enfant est abandonné à lui-même. Parfois, c'est l'enfant qui prend le rôle de parent pour une mère ou un père qui souffre de maladies ou problèmes psychosociaux.

Les séparations et divorces amènent souvent des difficultés sur le plan financier. De nombreuses situations viennent à l'attention de l'aide sociale au moment d'une réorganisation familiale. **Le changement relationnel et les difficultés financières sont difficiles à surmonter.** Souvent, les professionnels sentent une souffrance qui dépasse le cadre de leur prise en charge. Dans ces situations, ils essaient d'orienter les personnes vers une aide thérapeutique pour assurer la transition familiale qui est souvent douloureuse.

Dès l'annonce de l'arrivée d'un enfant, la famille doit s'adapter aux changements relationnels et organisationnels. Or, la structure sociale postmoderne isole souvent les couples qui sont obligés de faire face aux transitions parfois difficiles sans le soutien d'un entourage familial ou d'un réseau social adéquat. Or, une professionnalisation de la prise en charge des problèmes freine souvent les initiatives des personnes qui croient ne pas avoir les compétences requises. L'entourage familial ne se sent pas nécessairement bien outillé ni compétent et délègue les problèmes relationnels aux experts de la santé mentale. Il n'en reste pas moins que **les familles ont besoin de soutien professionnel pour affronter les différentes phases de la vie familiale.**

Les jeunes sont touchés par les tensions dans les familles avec des répercussions sur leurs capacités de bien travailler à l'école. Les médiateurs scolaires ont de la peine à séparer ce qui appartient à la famille de ce qui appartient à l'école. Les interventions sont souvent complexes. Parfois les parents recherchent le soutien des médiateurs scolaires pour s'assurer que leur situation familiale ne perturbe pas trop la scolarité de leur enfant. Le rôle du médiateur n'est pas toujours facile à définir. Les situations qui touchent la vie des élèves ne sont pas évidentes. Le médiateur est en première ligne pour désamorcer les tensions qui surgissent dans la vie des élèves. On leur demande de contenir des souffrances importantes, et

en même temps on leur rappelle que leur mission est de faire le relais vers les ressources les plus appropriées. C'est une tâche parfois ambiguë et difficile à cerner.

«J'insiste sur ces familles qui ne vont pas bien, du style j'ai eu un papa qui n'est toujours pas bien parce qu'il a un fils qui s'est suicidé. La fille est à l'école ici, mais l'ambiance est infernale parce que le papa ne va pas bien. La jeune fille pense que c'est à cause du papa que ça ne va pas bien. Elle pense que si le papa allait mieux elle irait mieux. Une autre situation concerne une famille recomposée. Les parents se chicanent quand même. Même que c'est recomposé, normalement ça devrait aller bien. La jeune fille ne supporte plus toute cette tension. Pour nous c'est difficile d'agir sur les jeunes ou la fille qui est là. Normalement on devrait que parler à la fille en fait. Mais comme elle met la faute plus loin, sur la famille, comment est-ce qu'on peut intervenir ? Il y en a qui se laisse grandir par eux-mêmes, qui écoutent ce qu'on leur dit, et qui essaient de s'en sortir le mieux sans qu'on agisse sur les parents. Et d'autres qui aimeraient vraiment qu'on voie les parents où qu'on essaie de faire quelque chose même par un service extérieur comme la LAVI. Je trouve qu'il y a une réelle difficulté quand la famille ne va pas bien. Quand le milieu familial ne va pas bien, par exemple il y a un élève où ils ont des problèmes d'argent vraiment très difficiles. Ou elle n'a pas de chambre la fille, elle dort avec les petits frères et petites sœurs donc pas de bureau non plus. Comment peut-on intervenir là, au niveau des familles, pour que les élèves aillent mieux ? » (Répondant # 51.b).

Les tensions dans les familles se répercutent à l'école. Souvent les parents se sentent dépassés par la situation et sentent avoir peu de contrôle sur leur jeune adolescent. Le débat sur le rôle des écoles dans l'éducation des jeunes est un sujet actuel en Valais comme ailleurs. Faut-il instruire ou éduquer ? Est-ce que c'est possible de faire les deux dans le contexte institutionnel et scolaire ? Instruire et éduquer restent interdépendant. **Le rôle des parents et la mission de l'école continuent d'être débattus.** Les perceptions des professionnels confirment la pertinence de cette problématique. Les familles monoparentales, les familles où les parents sont divorcés et les familles recomposées sont souvent citées dans les récits des professionnels. Il est difficile de ne pas stigmatiser les familles avec des jugements sur leur capacité d'éduquer leurs enfants et leurs choix de vie. Les normes sociales continuent d'avoir une grande influence sur les représentations des professionnels surtout dans le domaine de l'école.

3.2.2 La perte des repères sociaux et éthiques

Dans les discours, c'est moins la structure même de la famille qui est mise en cause (comme par exemple les divorces, les familles reconstituées ou monoparentales) que le rôle d'éducation sociale et civique qu'elle devrait remplir à l'égard des enfants. Les professionnels de la santé soulèvent le problème d'**une perte de capacité de faire sens** dans un monde où les valeurs économiques et l'individualisme ont pris une très grande place. La quête du bonheur crée des frustrations quand il ne semble pas être facilement atteignable. Ainsi, les valeurs purement économiques ne suffisent pas pour structurer la jeunesse. *«La détresse augmente. Si les jeunes n'ont pas un projet de vie ou de l'espoir, ils sont en face de choses très difficiles à accepter avec un monde qui a beaucoup de valeurs économiques mais peut-être moins humaines»* (Répondant # 14). Une société qui focalise sur le bonheur à tout prix ne

reconnait pas les autres facettes de la vie en société telle la responsabilité communautaire, valeur importante pour les générations précédentes.

«Je trouve que finalement on a totalement rétréci la perspective de la vie humaine maintenant, et il y a plus que le bonheur et l'épanouissement personnel qui comptent. Ça veut dire quoi le bonheur ? Je trouve que nos parents avaient des tas d'autres objectifs que cela, ils avaient l'utilité par exemple, se sentir un rôle dans la communauté, être utile dans sa communauté, c'est quelque chose qu'on ne développe quasiment plus» (Répondant # 29).

Sans le respect de l'autre, les liens sociaux se dégradent. *«Je dirais que la base, c'est le respect. Et on est dans une société qui ne nous respecte plus et ça, c'est à tous les niveaux : familial, professionnel, et les conséquences sont graves» (Répondant # 21).* Or, les nouvelles technologies comme Internet ont énormément influencé le comportement violent des jeunes. Tout est accessible 24 heures sur 24 sur Internet, sur les téléphones portables. Les technologies de communication constituent un nouvel environnement social virtuel par lequel transitent des valeurs et des attitudes liées à une banalisation de la violence.

«Et puis, il y a les jeux violents, la violence au cinéma, la violence partout, le sexe partout. Ça conduit certainement les jeunes à avoir une attitude et une approche de la vie complètement différente. [...]. Aujourd'hui, ce qui se passe à quinze ans, c'est que les jeunes ont tout eu, tout expérimenté. Ils ont vu le fond de l'horreur, et voilà, ça conduit à des comportements qui deviennent beaucoup plus inquiétants avec le temps. La société d'aujourd'hui est extraordinaire quand on peut imaginer toute la technologie qui est à notre portée. Mais le revers de la médaille, c'est que ces technologies poussées à l'extrême conduisent parfois des jeunes à adopter des comportements totalement inadéquats» (Répondant # 45).

Les pathologies des jeunes ont évolué avec les changements sociaux et éducatifs. Les attitudes des parents ont transformé le paradigme socio-éducatif, avec une influence directe sur l'expression des pathologies psychiatriques des adolescents. Auparavant, une éducation plus stricte et des règles de société contraignantes avaient des effets préventifs sur les souffrances. Aujourd'hui, le manque de limites et l'incapacité des jeunes à supporter des frustrations créent de nouvelles pathologies. On comprend que les théories de l'éducation et les changements de paradigmes ont directement influencé les situations courantes rencontrées en consultation.

«Il y a 30 ans ce qu'on voyait souvent c'était des troubles du registre névrotique. Ce qu'on appelait névrotique, des enfants qui étaient timides, qui avaient des problèmes d'inhibitions et de folie. Maintenant on voit des enfants qui ont exactement l'inverse, qui sont désinhibés, qui n'acceptent pas le cadre, qui ne mentalisent plus, qui sont agressifs. On rencontre beaucoup de problèmes de discipline, et plus aigus qu'il y a 30 ans. C'est l'évolution sociale et éducative. Les parents sont passés du registre «c'est moi qui commande tu te tais à table et tu fais ce qu'on te dit » à l'enfant qui est quelque chose d'hyper précieux, qu'il ne faut surtout pas brimer. Le résultat c'est que les enfants ne supportent pas les frustrations, qu'ils ne prennent pas les autres en considération (Répondant # 29).

La solitude et l'isolement social sont aussi évoqués, problèmes accentués par un environnement social peu intéressé à entendre parler des difficultés de la vie. Aborder ses difficultés est souvent mal perçu. Le dialogue spontané dans les rencontres est ainsi réduit en simple échange de politesse. De cette manière, le lien social serait fragilisé. Les modèles de communication ont une influence sur le bien-être de la population, et la structure des échanges verbaux contribue à renforcer l'isolement des individus. Être conscient de ses *mots* et ses *maux* est mis en évidence dans ce récit. *«C'est vrai que la solitude, c'est quelque chose qui ressort passablement dans les appels, les gens qui se sentent seuls. Aussi parce qu'on a peu de temps pour écouter les gens qui se sentent seuls. [...] Il suffit de dire «non mais moi ça va pas du tout» et les gens sont tout déconcertés parce que «ça va ?», ce n'est pas une vraie question, c'est juste une formule de politesse, comme on dit il fait beau, il fait mauvais»* (Répondant # 69).

Les défis pour la psychiatrie débordent donc de la seule clinique.

«J'observe que les grands syndromes classiques de la psychiatrie ne posent pas beaucoup de problèmes actuellement. Ce sont les nouvelles entités liées au stress de la vie, liées à la consommation de substances pour rester en éveil, et des substances pour souffler un petit peu. Cette pathologie n'est pas nouvelle mais seulement de plus en plus importante chez des personnes qui ont jusqu'à présent bien fonctionné. Jusqu'au moment où il y a une cassure à quelque part et puis la personne se retrouve quasiment en perte de lien. Liens dans les rapports des uns avec les autres, liens dans les familles, liens dans le travail, liens dans la communauté. Et on demande aux psychiatres de rétablir ces liens. C'est un peu dans ce sens là où je vois la difficulté qui est celle que connaît actuellement la psychiatrie. Il faut aider une personne, mais l'aider à rétablir des liens. Donc soigner en reliant en quelque sorte» (Répondant # 75).

3.2.3 Crise économique et stress au travail

Certains invoquent l'impact de la menace du chômage et de la situation économique, et parallèlement le manque de réceptivité de la société face aux personnes fragilisées psychiquement.

Les pressions du travail ainsi que la difficulté des personnes fragilisées par la maladie psychique de s'insérer dans la vie professionnelle posent des problèmes pour l'avenir. La crise économique rend encore plus difficile la recherche de travail pour ces personnes. La société valaisanne tarde à soutenir plus activement cette réinsertion sociale.

«On revient souvent à ces histoires de travail, la difficulté que l'on a aujourd'hui, parmi les gens qu'on accueille c'est que pour la plupart ils sont à l'AI. Aussi, on accueille de plus en plus de gens qui ne sont pas à l'AI et pour qui obtenir l'AI va être très compliqué. Je ne sais pas comment on va arriver à gérer tout ce flux de personnes relativement jeunes qui ont vécu des hospitalisations, qui n'ont pas de formation et qui dans une période de crise économique ne trouvent pas et ne vont visiblement pas trouver de travail tout de suite» (Répondant # 31).

Les changements organisationnels au travail sont directement mis en lien avec des psychopathologies. La pression économique mondiale sur l'industrie se fait ressentir dans les équipes à qui on demande de plus en plus de productivité. Les personnes les plus fragiles

n'arrivent pas à suivre la cadence des changements et les exigences de production. Il en résulte une augmentation de maladies en lien avec le travail.

«Ces cinq dernières années, les rythmes de changement se sont franchement accentués dans les organisations. Les réorganisations, les restructurations, l'organisation du travail, les réductions de personnel se sont accélérées. [...] On voit effectivement les personnes plus fragiles s'épuiser et éventuellement échouer devant les nouveaux mandats qu'on leur confie. Ça s'exprime de manière parfois violente, verbalement voire physiquement. Ils peuvent s'exprimer aussi par une dépression, par des angoisses, et des troubles de conduite» (Répondant # 5).

Le système économique et **la société de consommation** facilitent la course aux acquisitions. De plus en plus de gens sont endettés avec des conséquences graves touchant leur équilibre psychique et leur autonomie. Souvent, ces personnes se retrouvent sous tutelle suite aux comportements liés à l'endettement. La pratique des crédits contribue à des conduites irresponsables chez certaines personnes face à leurs responsabilités financières. *«Il y a de l'évolution dans les pathologies simplement par rapport au développement des moyens de paiement. Avant, le message était plutôt, on n'achète rien, on achètera quelque chose seulement si on a de l'argent. Aujourd'hui, c'est acheter aujourd'hui et payer demain. [...] Et les gens dont on s'occupe, même avec de bons revenus, cèdent vraiment à la consommation à outrance et s'endettent très vite»* (Répondant # 46).

Les relations entre les parents et les enfants ont changé autant que les relations que les parents ont avec leur travail. L'organisation sociale dans les communes ne suit pas les besoins des familles. Le manque de structures et ressources pour garder les enfants pendant que les parents sont au travail a des répercussions sur la santé des enfants. Le Valais n'a pas encore trouvé un équilibre optimal entre l'organisation familiale et les obligations professionnelles. Au niveau économique, les deux parents sont souvent obligés de travailler. Les professionnels dans les Centres Médico-Sociaux, (CMS) qui sont proches des familles voient un lien entre ces changements de société et la santé des enfants. *«Je trouve que le manque de structures pour la garde des enfants a une répercussion sur la santé des enfants»* (Répondant # 52).

Enfin, la performance jouerait un rôle pathogène important dans notre société. Les défauts ne semblent pas être tolérés, une performance moyenne n'est plus valorisée. Le niveau d'éducation scolaire augmente, de même que la pression et le rythme dans les salles de classes.

„Wir haben sicher eine Gesellschaft, wo die Leistung eine grosse Wertung hat. In dem Sinn in eines, welches durchschnittlich entwickelt ist, da ist bei den Eltern schon eine grosse Angst vorhanden, dass reicht dann vielleicht nicht für einen eventuellen Beruf, oder für ein bestimmtes Studium. Für uns wäre es aber eigentlich noch normal. Aber der Massstab ist, dass alle Sekundarschüler sein müssen. Das ist eine implizite Anforderung und Überforderung. Auch die Reizüberflutung, all die Arbeiten die heute in einer Schule gefordert werden. Wir haben nicht mehr die Zeit etwas zu vertiefen, es gibt Kinder die damit super umgehen, ich würde sagen 80%, aber 20% fallen uns da durch. Nicht weil sie selber eine

Auffälligkeit hätten, sondern weil sie den Leistungen der Welt rundherum nicht genügen können“ (26).

«On se retrouve certainement dans une société où on accorde beaucoup de valeur à la performance. Dans ce sens, une personne au développement moyen fait peur aux parents, car ça ne pourrait pas suffire pour un éventuel travail ou des études dans un certain domaine. Par contre, selon nous on considère cette personne comme normale. La norme c'est que tout le monde doit poursuivre sa scolarité à un niveau supérieur. Ceci est une exigence implicite et même demandée. Aussi le trop-plein de sollicitations, toutes les exigences à l'école. On n'a plus le temps d'approfondir les choses, il y a des enfants qui se débrouillent facilement, environ 80%, mais de l'autre côté 20% sont dépassés. Pas à cause de déficits personnels, mais parce qu'ils ne peuvent pas suffire aux attentes de tout le monde autour d'eux» (Répondant # 26).

3.2.4 Stigmatisation et discrimination sociale face à la maladie et la sexualité.

La société valaisanne est présentée comme étant relativement conservatrice dans ses valeurs. Il en résulte une attitude de rejet, voire des pratiques de stigmatisation de divers problèmes de santé, et de discrimination face à des comportements faisant l'objet de jugements moraux. Or, certains professionnels soulignent ces discriminations et ces jugements négatifs comme un autre facteur sociétal expliquant les détresses.

Tel est le cas de la séropositivité. Les tabous face à la maladie obligent la personne séropositive à mettre en place des stratégies pour sauvegarder sa sphère privée et professionnelle. Les gens ont tendance à réduire la personne à sa maladie. Ce processus d'essentialisation de l'identité conduit à une stigmatisation sociale du sida et des sidéens qui a un impact important sur la santé psychique et alimente une détresse profonde. Par exemple, les personnes séropositives craignent de perdre leurs amis ainsi que leur travail si jamais leur statut de séropositivité devait être connu.

«Soit on ne veut absolument pas que ça se sache et il y a toute la vie à construire sur le secret, oui il y a comme un coming out. Je trouve que c'est un peu comparable à l'homosexualité. À un moment donné, soit on le dit, soit on décide de le garder secret mais ça a beaucoup d'incidences parce que si on veut une aide on doit avouer sa maladie. Alors ça veut dire qu'on doit le dire, quand on demande de l'aide à quelque part, il faut dire qu'on est séropositif. Le Valais étant petit, il y a plein de gens qui peuvent savoir. Donc il y a tout un tas de stratégies à mettre en place pour que ça reste secret ou alors si on décide de le dire la difficulté c'est qu'on est réduit à la séropositivité et le moindre coup de fatigue, tout le monde va dire : «Est-ce que ça va, ce n'est pas ta maladie qui s'empire ?» C'est toujours difficile à gérer, à trouver le juste milieu» (Répondant # 70).

L'homosexualité peut aussi engendrer des discriminations sociales. Les professionnels ont expliqué la difficulté des familles d'accepter l'union homosexuelle. Il semblerait que les lois concernant le PACS, ou le partenariat enregistré, a quand même contribué à une meilleure acceptation des unions homosexuelle dans les familles. *«Depuis je dirais cinq ans, avec les différents systèmes qu'il y a pour consacrer l'union des homosexuels, les familles sont mises devant une nouvelle réalité. Il y a une union qui est là, qui vaut celle d'un mariage. Les gens*

doivent beaucoup faire de travail sur eux-mêmes pour accepter que leurs enfants se marient, mais ce n'est pas un mariage comme on a l'habitude» (Répondant #19).

Communiquer à son entourage son état de santé ou son orientation sexuelle est donc susceptible d'alimenter un rejet social et un jugement négatif qui devient source de détresse. Tel est le cas des homosexuels, des sidéens, des dépressifs en milieu de travail, des personnes victimes de violences, etc. La promotion de la santé mentale, en Valais comme ailleurs, passe par une lutte contre les préjugés et les stigmas sociaux.

En conclusion, l'invocation de ces quelques problèmes de société à la base de divers mal-être psychiques souligne les limites d'une approche médicalisée fondée sur la consommation d'antidépresseurs ou autres médicaments. *«La première des choses, c'est de prendre conscience, dans le domaine de la souffrance, de l'angoisse, de la dépression, qu'il n'y a pas de solution médicamenteuse miracle. Mais ça c'est quelque chose qui est relativement récent parce que je pense qu'on a été influencé, endormi, bercé par des espoirs un peu insensés mais des espoirs de redonner le bonheur à coup de pilule»*. (Répondant # 11). L'espoir que les médicaments et la médecine pourraient remédier à eux seuls aux problèmes de santé mentale est implicitement remis en question par les répondants à travers leur insistance sur les racines sociétales de la détresse psychique. Même si la tâche apparaît des plus complexes, une stratégie de promotion de la santé mentale passera inévitablement par des actions dirigées vers les causes sociales et sociétales de la souffrance psychique.

Les répondants ont exposé en détail les conditions sociales et culturelles qu'ils perçoivent au quotidien comme étant à la source des détresses psychiques. Pour certains, il devient impératif que les instances politiques prennent conscience des impacts de l'organisation sociale et des pressions économiques sur la santé des individus et des familles. Les représentations sociales de la performance et des liens sociaux influencent la manière dont on va vivre sa maladie. Les choix d'éducation au sein de la famille et les sujets enseignés dans les cursus scolaires ont une influence sur la santé psychique. Les professionnels soulignent de façon récurrente l'importance du lien social que les mesures de promotion de la santé devront prendre en compte.

Les démarches *de l'empowerment* sont prescrites dans les textes de l'OMS²² Elles insistent sur l'habilitation des individus à développer et à s'approprier leurs propres ressources personnelles, autant que leurs ressources familiales et communautaires. La capacité qu'aura l'individu à trouver des ressources peut être améliorée par une politique de promotion de la santé qui inclut ces différentes dimensions. Mais *l'empowerment* ne peut pas se limiter aux seuls individus, au risque de les sur-responsabiliser et de les culpabiliser. Il faut aussi augmenter les capacités collectives et communautaires de prise en charge. Un tel *empowerment* des communautés est la contrepartie complémentaire incontournable. Les

²² WHO, "Ministerial Conference on Mental Health, Facing Challenges, Building Solutions, Empowerment and Mental Health Advocacy". Helsinki Finland, 2005.
www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf

perceptions des professionnels en Valais concordent, en fait, avec plusieurs des constats du Rapport sur la Santé Suisse 2008²³ qui affirment ces mêmes thèses.

²³ Meyer, K., (dir.), (2008), La santé en suisse. Rapport national sur la santé 2008. Editions Médecine & Hygiène.

CHAPITRE 4 : IDENTIFICATION DES BESOINS EN SERVICE, AU PLAN DE LA SANTÉ MENTALE ET DE LA TOXICOMANIE, TELS QUE DÉDUITS DES PROBLÈMES ABORDÉS AU CHAPITRE PRÉCÉDENT ET SELON LES PERCEPTIONS DES PERSONNES RESSOURCES

Nous avons demandé aux répondants leurs perceptions des besoins en termes de prestations de services pour faire face aux problèmes de santé mentale. Dans la plupart des cas, ils ont d'abord décrit les besoins de la population et de leur clientèle avant d'identifier leurs besoins professionnels. L'état de la situation en Valais passe par une compréhension des besoins des différentes populations soulevés dans les récits des professionnelles. Les points importants qui ont émergé de nos entrevues sont les suivants :

- Le besoin d'avoir un cadre thérapeutique propice à l'écoute et à l'accompagnement pour faire sens à la vie ;
- Le besoin d'hébergements spécialisés en institutions et de lits hospitaliers régionaux pour les personnes fragilisées ;
- Le besoin de ressources socio-sanitaires pour les villages de montagne ;
- Le besoin de ressources adaptées pour les migrants.

4.1 Les besoins de la population identifiés par les professionnels.

4.1.1 Le besoin d'écoute

Les répondants ont décrit les besoins de la population en identifiant des éléments de base dans la relation thérapeutique comme l'écoute et l'accompagnement. Les professionnels expliquent l'importance de la communication dans leur pratique. Que se soit avec les personnes âgées en Etablissement Médico-Social, (EMS), avec les mères qui consultent chez le pédiatre, les femmes qui accouchent, les personnes qui vont chercher leurs médicaments chez le pharmacien, où les femmes battues, le besoin d'être écouté reste un besoin primordial. La relation thérapeutique se construit dans une relation où l'écoute est perçue comme fondamentale. Le besoin d'écoute est relayé par des professionnels de diverses pratiques. Le travail avec les personnes en EMS demande une écoute particulière surtout avec les patients souffrant de démence. L'écoute des pharmaciens passe à travers une ordonnance médicale et les demandes des patients qui veulent comprendre comment prendre leurs médicaments. Les espaces d'écoute varient et dépendent des contextes thérapeutiques. Les thérapeutes expliquent comment ils ont développé des pratiques attentives aux besoins des patients. De cette manière, ils ont intégré l'écoute dans les soins et les offres thérapeutiques somatiques.

Les personnes en EMS ont besoin d'être écoutées et comprises. Une communication à travers le touché est décrite comme importante, ainsi que la capacité des soignants de vérifier si leurs explications ont bien été comprises.

«Si on se met vraiment à la place de ces personnes âgées, on se met à leur rythme, à écouter les petites choses qu'ils ont à nous dire. Quand ce sont des gens qui sont très avancés dans leur démence, si on prend le temps de capter leur regard, de capter les paroles, de les capter avec le touché, c'est qu'on les respecte. Et il faut prendre aussi le temps de vérifier que les explications données ont été comprises. Car justement, ces gens ont perdu cette rapidité de comprendre» (Répondant # 34).

Souvent la possibilité de s'exprimer dans sa propre langue (y c. dialecte) n'est pas donnée. Ceci pose des problèmes de communication, en particulier lorsque des personnes âgées valaisannes doivent échanger lors d'entretiens cliniques avec des médecins étrangers moins familiers avec les variantes locales du français et de l'allemand parlés.

Il y a des étapes de la vie, comme la période de grossesse, où les femmes ont besoin d'être écoutées. Elles doivent se préparer psychologiquement à devenir mère. L'arrivée d'un enfant transforme les relations dans une famille et une attention particulière est nécessaire pour accompagner les changements générés par une naissance. **Les femmes ont besoin d'être écoutées durant la période de grossesse** afin de faciliter leur apprentissage psychologique de mère en devenir. Les changements physiques ainsi que les petits signes du corps sont des formes de communication pour la sage-femme. «Les femmes ont besoin de temps et elles ont besoin d'espace pour vivre cet événement de la grossesse. Je veux dire que c'est une révolution, dans le psychisme d'une femme, de faire un enfant, de devenir une mère, alors qu'on est la fille de sa mère, on peut devenir la mère de son enfant. Ce n'est pas rien, tout ça psychologiquement. Et notre travail de sage-femme est justement d'écouter et d'accompagner leur processus» (Répondant # 35).

Les besoins d'écoute sont aussi en lien avec les soucis quotidiens relatifs aux bébés et aux jeunes enfants. L'organisation du cabinet médical en pédiatrie offre une écoute active au moment des appels avec l'infirmière, attentive et consciente des besoins qu'ont les mamans d'exprimer leurs petits soucis en lien avec la santé de leurs enfants.

«Souvent, les mamans expriment d'une manière très pratique. Elles vont commencé par dire, «J'ai une question à vous poser, au niveau de l'alimentation des enfants». Je me rends compte très souvent que c'est une manière d'aborder quelque chose qui va plus loin, parce que tout d'un coup, elle va dire, «oui mais il y a un problème avec la nourriture, mais moi, je n'arrive pas à avoir la patience voulue avec l'enfant. Il y a toute une démarche psychologique derrière qui est exprimée, plutôt par des petites questions pratiques. Je pense que c'est là où c'est important de prendre le temps de bien écouter pour savoir ce qu'elles veulent dire derrière. Parce que très souvent il y a autre chose qui suit» (Répondant # 8.b).

Les professionnels ressentent que ce n'est pas nécessairement leur conseil qui est demandé par les personnes en détresse mais plutôt leur écoute. Devant des **crises familiales** violentes, les femmes ont besoin d'être écoutées pour trouver leur chemin. «Il y a beaucoup de femmes qui n'osent pas faire le pas de quitter leur mari. Elles n'ont pas les finances pour partir. Elles ne savent pas quoi faire. J'essaye de donner beaucoup de temps d'écoute» (Répondant # 66).

Une autre forme d'écoute est la prestation offerte par les pharmaciens de proximité. La démarche, consistant à chercher ses médicaments à la pharmacie, fait partie intégrante du processus thérapeutique. **L'écoute des pharmaciens de proximité** soutient le suivi du traitement prescrit par les médecins. *«Je reviens sur le fait de proximité. Je pense que c'est important qu'il y ait un contact qui passe entre le patient et le pharmacien qui lui donne son traitement et qui peut lui proposer le semainier, qui peut lui proposer une aide ou une écoute. C'est important que ça ne soit pas anonyme»* (Répondant # 50).

Les gens ont ainsi besoin d'être soutenus dans les moments difficiles de la vie. Quand il y a des situations de crises, les personnes recherchent de l'aide, mais souvent ils sont réticents à l'idée de demander de l'aide à des psychiatres. Les répondants ont témoigné de l'importance de leurs pratiques d'accompagnement : *«Il y avait une personne âgée qui venait me sonder pour voir si j'étais quelqu'un avec qui on pouvait éventuellement faire un bout de chemin ensemble. Et puis la notion de guide de montagne égale aussi des gens qui nous montrent le chemin, des guides, alors, c'est un peu ça que ces gens cherchent dans les moments difficiles. C'est d'avoir quelqu'un qui aide à passer le passage. C'est un peu simple, ce que je suis en train de dire, mais les patients cherchent quelqu'un qui aide à surmonter des difficultés»* (Répondant # 19).

Plusieurs personnes cherchent une aide mais n'en émettent pas moins des réserves à l'idée de consulter un psychiatre. Les intervenants prennent en charge toute sorte de situations. Ils accompagnent leurs clients avec leurs propres compétences, et ils surveillent l'évolution de la situation. Puis, ils font appel aux psychiatres quand ils ressentent que les prestations de spécialistes sont nécessaires. Mais les personnes déjà investies dans une relation thérapeutique ont souvent de la peine à rechercher une aide auprès de psychiatres, même quand il est indiqué qu'il s'agit de la prise en charge la mieux adaptée.

«Alors ça c'est sûr, il y a des gens qui ne veulent pas aller chez un psychiatre, alors c'est ça aussi la difficulté de notre métier. Quand on est à cheval entre le normal et le pathologique, certaines fois on a vraiment des prises en charge qui sont thérapeutiques par moment, mais les gens ne veulent pas poursuivre. Mais ils restent quand même chez nous parce qu'ils trouvent un certain équilibre. Nous on aimerait en tant que professionnel les orienter parce qu'on trouve que le problème, les symptômes qu'ils présentent, la souffrance qu'ils expriment nécessiterait un traitement, un travail de fond. Mais on ne peut pas forcer les gens à aller chez un autre psychothérapeute s'ils ne veulent pas faire la démarche» (Répondant # 71).

En certaines circonstances, les jeunes ont besoin d'écoute hors école ou famille, par exemple dans le contexte de l'homosexualité :

«Homosexualität bei den Jugendlichen, wo können die hingehen? Sehr oft ist es ja bei den Jungen so, dass zuerst die Mutter da ist, dann die Kindergärtnerin, dann die Primarlehrerin. Wir sind ja alle hetero, einzeln auch Lesben, und da habe ich das Gefühl, man kann auf die Probleme die ein jugendlicher Schwuler hat nicht eingehen können. Die dürfen es nicht zeigen und die haben dann im Prinzip keinen Ansprechpartner. Sonst müssten sie ja dann wieder zu Frauen gehen. Da fehlen uns noch Männer „, (20).

«L'homosexualité chez les jeunes, où est-ce qu'ils peuvent se confier ? Souvent ça se passe

comme ça chez les jeunes. D'abord il y a la mère, plus tard l'institutrice de l'école maternelle puis de l'école primaire. Nous sommes toutes hétéro, quelques-unes lesbiennes, et j'ai l'impression qu'on ne peut pas couvrir les besoins des garçons homosexuels. Ils n'ont pas le droit de le montrer et n'ont personne pour en parler, sauf des femmes. Il nous manque des hommes pour cette tâche» (Répondant # 20).

Pour conclure, la **continuité** au cours du traitement, spécialement chez des patients chroniques, semble importante. Les personnes profitent d'être accompagnées par les mêmes professionnels pendant leur séjour en institution mais aussi après le retour dans la famille ou dans la communauté.

Le rôle des groupes de parole

Les animateurs de groupes de parole expliquent l'importance des espaces sociaux qu'ils ont su créer, permettant aux adultes et aux enfants de se retrouver pour parler de leurs difficultés et développer leur introspection et leur réflexivité. Les personnes ont besoin d'espaces pour communiquer. Celles fragilisées par une maladie psychique ont besoin d'espaces sociaux souples et ouverts sans contraintes. Les professionnels ont donc expliqué la nécessité de créer des espaces sociaux afin de pouvoir mieux communiquer. Le passage suivant le souligne :

«Ici les gens peuvent venir de manière complètement libre. Il n'y a pas d'obligation à venir. Il n'y a pas de prescription à venir. C'est à libre choix. Les gens viennent quand ils veulent dans la mesure où l'espace est ouvert. Il n'y a pas besoin de s'inscrire sauf pour les activités quand il y a besoin de déplacement ou pour les cours. Sinon les gens peuvent venir ici sans ordonnance, sans quoi que ce soit. Il n'y a pas de rapports non plus qui sont faits. C'est vraiment quelque chose qui est différent par rapport à d'autres structures où on demande aux personnes un minimum de présence, d'exigence et de constance, ici on peut accueillir tout le monde» (Répondant # 31.a).

Les groupes de paroles offrent un espace important dans la prévention du suicide. Cette approche de thérapie de groupe répond aux besoins de nombreuses personnes qui retrouvent un réconfort dans un groupe de parole où elles peuvent partager leurs expériences en lien avec le suicide. Le groupe peut ainsi aider à contenir les fortes émotions dans un espace de solidarité et de confidentialité.

«Il y a des gens qui suivent les groupes de parole depuis plus d'une année donc on peut voir l'évolution et le fait qu'ils reviennent mois après mois, ça atteste quand même qu'on répond à un besoin et qu'on leur apporte quand même un réconfort qu'ils ne vont pas trouver ailleurs et là aussi l'anonymat et la confidentialité, à mon avis, c'est une des clés de la réussite» (Répondant # 69).

La société a besoin d'offrir des possibilités pour que les jeunes puissent **faire sens à leur vie**. D'après une hypothèse d'un répondant, une culture fermée sur l'épanouissement personnel contribue au suicide des jeunes. Des valeurs notamment axées sur la compétition et la

consommation ne leurs permettent pas de s'ouvrir aux autres. Ils se trouvent enfermés dans une culture qui produit un certain non-sens²⁴.

«Alors le problème je crois de notre société, c'est ce à quoi on arrive je pense de plus terrible, c'est de voir des gens, surtout des jeunes, qui n'ont pas de sens à la vie et qui arrivent au suicide. Donc des gens qui ont tout pour vivre, j'entends la richesse est là, l'intelligence est là, mais finalement, on ne sait plus pourquoi on vit. Car on a une société qui a promu uniquement la course à l'épanouissement personnel, ce qui est juste, mais un épanouissement personnel qui enferme sur soi-même. Ce qui est terriblement faux. Alors je précise. Si on veut être heureux, bien sûr qu'on doit penser aussi à soi-même, mais si on veut être heureux, on est obligé de pouvoir s'oublier en partie soi-même pour rencontrer l'autre, pour accueillir l'autre ou pour se donner à l'autre. Or, on a parfois des civilisations qui sont des civilisations de course au plaisir ou de course aux honneurs ou de course au pouvoir et le principe est le même dans ce cas» (Répondant # 55).

Besoins en termes de structures légères adaptées

Les besoins des personnes fragilisées augmentent quand la situation implique plus qu'une relation thérapeutique. Certaines personnes ont besoin d'être prises en charge car elles ne peuvent plus vivre seules ou en famille. Il y a des situations où la relation thérapeutique ne suffit pas et où un hébergement adapté est nécessaire pour assurer la sécurité de la personne fragilisée. Pour répondre à ce genre de situations, les répondants ont identifié un besoin en termes **de petites structures adaptées à la spécificité de leur prise en charge**. *«Les institutions sont bien, c'est nécessaire. Mais je pense qu'il y aurait besoin de structures plus légères pour des personnes qui peuvent être suffisamment autonome pour vivre le plus proche de la normale, mais pas suffisamment pour se retrouver seule dans un appartement par exemple» (Répondant # 58).*

Pour les jeunes «patients», les offres hors de l'institution ne couvrent pas leurs besoins spécifiques (soutien pour les devoirs, etc.) :

„Wir haben zum Teil auch sehr junge Patienten, die auch kein passendes Angebot haben. Diese brauchen etwas anderes als die normale Tagesklinik und das gibt es gar kein Angebot. Zum Beispiel ein Lernhilfe oder Unterstützung bei den Hausaufgaben.. „ (35)

«Une partie sont des clients très jeunes qui n'ont pas l'offre qui convient. Il leur faudrait autre chose que l'offre normale de l'hôpital de jour. Par exemple, une aide et du soutien pour faire les devoirs» (Répondant # 35).

Il y a des personnes âgées qui perturbent les grandes organisations institutionnelles ; pour ces personnes, des petites structures sont mieux adaptées. L'idée d'avoir des petites structures proches des villages, dans lesquelles les personnes âgées restent intégrées dans leur communauté, a inspiré le concept des «Stückli». *«Ce sont des personnes qui dans des grandes institutions perturbent trop l'organisation, donc ils sont mieux dans des petites unités. On est*

²⁴ Rapport sur les suicides des jeunes en Valais
http://www.childsrighs.org/html/documents/Publications/jeunes_suicide_VS06.pdf

une petite unité que j'avais créée, inspirée de l'expérience dans les montagnes où il y avait des solidarités très grandes à l'égard des vieux. Dans le canton de Berne il y a une institution à côté de la ferme. C'est une petite maison qu'on appelle le Stückli, où on mettait les vieux qui n'arrivait plus à s'occuper du domaine. C'était l'idée de se dire il faut proche des maisons, ici, faire des espèces de Stückli, des petites unités ou les vieux restent intégré à l'ensemble du village» (Répondant # 19).

On invoque aussi des besoins au niveau des prises en charge spécifiques pour certaines personnes qui sortent de l'hôpital, mais qui ne sont pas aptes à vivre seule et qui ont besoin d'un suivi thérapeutique à long terme. Dans ces cas, les professionnels estiment que des structures sont de plus en plus nécessaires.

Ainsi, pour le repas à midi ou pour pratiquer un sport hors institution, il n'existe pas d'offres pour des personnes fragilisées.

«Mittagstisch für psychisch Kranke ist auch immer wieder ein Wunsch oder Sportangebote. Sobald sie nicht mehr in der Klinik oder in der Tagesklinik sind, ist es schwierig. Viele Menschen würden sich gemeinsame sportliche Aktivität wünschen. In dem Sinne existiert nichts. In den WG's sind zum Teil die Anforderungen zu hoch, es kommt immer wieder vor, dass Menschen aus WG's entlassen werden“ (35).

«Un repas de midi pour les malades psychiques est un désir fréquent, les offres de sport aussi. Une fois qu'ils sortent de l'hôpital ou de l'hôpital de jour, c'est difficile. Beaucoup de personnes souhaiteraient des activités sportives en groupes, ça n'existe pas. Dans les groupes, les exigences sont parfois trop élevées et il arrive souvent que ces personnes soient rejetée» (Répondant # 35).

Un travail adapté comme ressource de vie et structure importante pendant la journée ne se trouve pas aisément. Certaines personnes aimeraient travailler mais sont obligées de rester à la maison. Ceci prolonge leur isolement social et freine la réinsertion sociale.

«Es gibt keine Angebote in der freien Wirtschaft. Es gibt viele Menschen, die gerne 50 % arbeiten möchten, falls man die Anforderungen anpassen könnte. Diese Form von Arbeitsplätzen sind leider nicht im Angebot“ (35).

«Sur le marché du travail il n'y a pas d'offres. Beaucoup de personnes aimeraient travailler à 50% avec des conditions adaptées. Des postes de travail dans ce genre n'existent pas» (Répondant # 35)

Plusieurs institutions s'occupent de personnes avec des problèmes de toxicomanie. Il existe différentes approches ; mais il s'avère que les **exigences par rapport à l'abstinence sont** différentes en fonction de l'institution. Un professionnel a expliqué qu'il pouvait savoir si un client avait envie de s'en sortir en fonction de l'institution dans laquelle celui-ci désirait séjourner lors du jugement.

En outre, se pose la problématique des situations de crise ou d'urgence. Dans ces situations, il faut agir vite pour trouver des ressources professionnelles. Dans ce type de prises en charge, on invoque le besoin de pouvoir créer des **réseaux de compétences** pour encadrer les patients et clients qui traversent une situation de vie difficile. Souvent, il existe une interface entre les

ressources professionnelles et institutionnelles, car dans de nombreux exemples un séjour hospitalier est nécessaire. Un professionnel de la santé doit souvent entrer en contact avec un autre professionnel de santé en milieu hospitalier pour encadrer ensemble la personne en souffrance. La coordination des différentes phases de prises en charge est complexe. Les récits décrivent des prises en charge interdisciplinaires avec des besoins multiples en termes de ressources pour créer des cadres thérapeutiques sécurisants.

Les professionnels parlent d'un **besoin d'avoir accès aux ressources professionnelles en psychothérapies**. Les médecins généralistes éprouvent de la difficulté à trouver des spécialistes pour orienter leurs patients vers des psychiatres. Les psychiatres dans le secteur privé se sentent débordés par les demandes de consultation qu'ils arrivent difficilement à assumer. Un grand nombre d'entre eux ne prennent plus de nouveaux patients ; il en résulte un manque de ressources spécialisées pour les psychothérapies. Les besoins de la population ne sont pas couverts, un psychiatre en privé explique :

«Je pense qu'on est facilement débordé, qu'on ne peut pas répondre toujours, des fois on doit faire des entretiens plus courts parce qu'on manque de disponibilité» (Répondant # 16).

Cependant, les personnes qui sont à l'AI ou les jeunes qui sont face à des difficultés n'ont souvent pas les caisses complémentaires pour pouvoir assurer le financement d'une psychothérapie. De nombreux patients sont suivis par la psychiatrie publique mais la surcharge de travail des psychiatres fait qu'ils ne peuvent pas assurer suffisamment de consultations pour répondre à la demande. De plus, les délais d'attente pour consulter un psychiatre sont trop longs. S'ajoute une certaine difficulté à trouver de l'aide pendant la nuit et les week-ends alors que les situations de crises demandent une prise en charge rapide. Par conséquent, les patients peuvent chercher un complément à cette prise en charge institutionnelle en allant consulter un psychothérapeute privé, mais cette aide est souvent à leur charge. Ce problème est illustré dans la citation suivante :

«Et souvent, il y a un problème s'ils ne sont pas assurés avec des Caisses complémentaires, et qu'il n'y a pas de délégation possible, je les adresse à des gens à l'extérieur qui les prennent, dans deux mois, trois mois. Et souvent le transfert ne se fait pas et ils ne poursuivent pas la thérapie. Il y a toujours la question du remboursement. C'est un véritable écueil en tout cas à mon sens avec tout ces jeunes-là où il faut être très souple. Il faut donner des réponses rapides et pas dans un mois, ou il faut les prendre au téléphone, le jour-même» (Répondant # 37).

De même, les policiers doivent également parfois abandonner des personnes dans des situations où elles mériteraient un accompagnement que leurs interventions ponctuelles ne peuvent pas offrir. Des services 24 heures sur 24 sont nécessaires car de nuit, les situations délicates sont difficiles à gérer sans les ressources professionnelles qui prennent le relais.

«Ce qui se passe le moins bien, c'est lorsque l'on intervient en dehors des heures du bureau au milieu de la nuit. La police doit assurer un service 24 sur 24 donc quand on est appelé on vient. Et puis là souvent on constate que nos partenaires sur le plan social ne répondent pas présents parce que évidemment ils n'ont pas les services 24 sur 24. Et souvent ce qui se passe,

durant une partie de la nuit jusqu'à leur intervention sont des heures délicates, difficiles. C'est difficile parce qu'on doit pallier une absence de leur intervention immédiate. Et pour des cas critiques c'est difficile» (Répondant # 38).

Les expertises psychiatriques font partie du travail de prise en charge quand la maladie ne permet plus à la personne d'assumer un travail à plein temps. A ce moment, les assurances doivent intervenir pour octroyer une aide. Cependant, dans des situations de recours à l'AI, les demandeurs disposent d'un délai très court pour trouver des experts en psychiatrie. Un travail important est nécessaire afin de constituer un dossier avec des experts. *«Les gens qui viennent nous voir, ils ont un délai de trente jours pour faire un recours. Il faut faire assez vite. Alors le problème, c'est vrai que chez les psychiatres indépendants, il n'y a pas de place. Donc la seule possibilité, c'est les IPVR. Et on essaye de les envoyer là, et là ils peuvent avoir un rendez-vous assez rapidement»* (Répondant # 73).

En résumé, les perceptions des professionnels relayent un besoin de **prise en charge interdisciplinaire où les ressources d'autres professionnels puissent rapidement intervenir pour renforcer les compétences dans les situations de crises ou d'urgences**. Actuellement, le réseau ne répond pas assez rapidement aux demandes de prises en charge collaboratives afin de garantir une prise en soins optimale et un cadre de sécurité pour les patients et professionnels impliqués.

4.2 Les besoins institutionnels selon les professionnels valaisans

L'un des premiers besoins mentionnés, au plan institutionnel, est le besoin de lits hospitaliers destinées aux personnes pour lesquelles une hospitalisation en milieu psychiatrique n'est pas la solution la mieux adaptée. Il existe des situations d'entre-deux, entre la psychiatrie et le somatique, qui posent problèmes. On parle alors d'un manque de lits, dans les différentes régions, pour les personnes qui vivent des situations telles qu'un deuil ou une crise, et qui nécessitent une prise en charge hospitalière et non psychiatrique. Ce même débat existe au niveau international où l'on préconise un équilibre entre les différentes offres, entre le communautaire et l'hospitalier.²⁵

«Par exemple quelqu'un qui était déprimé ou qui était en deuil qui n'avait plus de courage, pouvait rester dans un hôpital somatique. Aujourd'hui, on les envoie à Malévoz, alors que ce n'est pas le lieu qui est absolument nécessaire. La personne pouvait tout à fait continuer sa psychothérapie et elle aurait pu être hospitalisée, se reposer dans un lieu séparé de sa famille. Il faut savoir aussi quand une patiente est hospitalisée à Malévoz, elle n'a plus de relations avec son psychothérapeute, pendant le temps de l'hospitalisation. Je trouve que c'est dommage. Je trouve qu'il manque une structure entre la psychiatrie et la somatique. Il manque un lieu où les gens peuvent aller quand ils sont en rupture d'énergie, et puis en rupture de courage de vivre. Ça ne veut pas forcément dire qu'ils sont suicidaires. Mais, ils sont simplement déprimés, tristes, avec plus goût de rien. Et ils ont besoin qu'on s'occupe d'eux» (Répondant # 26).

²⁵ The way forward : WHO recommendations. Fact Sheet : The World Health Report 2001. www.who.int/whr/2001/media_centre/en/whr01_fact_sheet2_en.pdf

Il manque donc des **lits «tièdes»** dans les hôpitaux somatiques pour permettre à des personnes de stabiliser leur situation, surtout quand elles arrivent par le service des urgences et que les cas ne sont pas clairement d'ordre psychiatrique. Parfois quarante-huit heures à l'hôpital somatique permettent la stabilisation de la situation. De telles hospitalisations peuvent permettre une observation et un avis psychiatrique par le psychiatre de liaison.

Une disponibilité de lits hospitaliers dans les différentes régions du Valais avec une certaine souplesse permettrait aux médecins et aux psychothérapeutes de trouver le lieu le mieux adapté pour le patient. Dans certains cas, une hospitalisation à Malévoz coupe le patient de son soutien thérapeutique avec comme conséquence une rupture du lien thérapeutique. Dans d'autres situations, la possibilité de sortir le patient de son milieu permet une stabilisation ou offre une période d'observation pour mieux adapter la prochaine étape de la prise en charge. La coordination et la souplesse entre les différentes possibilités et modalités de prise en charge permettent une approche mieux adaptée aux besoins du patient.

Les patients qui sortent d'une hospitalisation ont besoin d'un suivi spécialisé. Actuellement, les places en institutions sont trop limitées par rapport aux besoins de la population valaisanne. Ces récits relayent la difficulté des professionnels à organiser les prises en charge pour les patients qui ne sont pas aptes à retourner à la maison, ou qui sont obligés de vivre en institution. Les pressions de différentes entités, telles que les assurances qui cherchent à réduire les séjours hospitaliers, ont créé un besoin en termes d'institutions intermédiaires offrant un cadre de prise en charge spécialisé hors de l'hôpital. Il existe un décalage entre les offres de places disponibles en institution et les demandes faites par les professionnels pour leurs patients. Souvent, le patient doit attendre qu'une place se libère dans des conditions qui ne sont pas idéales. Ces périodes sont mal vécues par les professionnels qui y voient un risque pour la santé du patient. En outre, il existe également un risque d'épuisement pour l'entourage professionnel et familial lorsqu'il faut «bricoler» en attendant les ressources adéquates. **Le Valais manque d'hébergements suite aux hospitalisations.** *«Il manque effectivement la capacité d'hébergement. Actuellement on doit exporter des patients Valaisans dans les Cantons de Vaud et Fribourg. Il manque de places»* (Répondant # 20).

Les pressions des caisses-maladies sur les durées hospitalières ainsi que le manque de place en institution créent des tensions entre les partenaires de prises en charge. Les interfaces institutionnelles ne sont pas toujours faciles à coordonner comme elles dépendent de différents services. Les définitions de prise en charge médicale et sociale changent et évoluent, mais le patient a toujours besoin d'une continuité dans les prises en charge.

«Si vous voulez le problème de l'hôpital tel que je le vois depuis ma position, c'est qu'ils sont soumis à de fortes pressions des caisses-maladies, outre leur propre concept de prise en charge. Et à un moment donné, ils doivent soit justifier le prolongement d'une hospitalisation, soit faire sortir des gens. Parce qu'il n'y a plus raison de les garder. Mais, en même temps, c'est des gens qui ne pourraient pas retourner vivre dans le domicile privé. Ils ont besoin d'une prise en charge post-hospitalière. Donc, forcément, le médecin va s'adresser aux institutions et puis si les institutions sont pleines, voilà, on ne peut pas les prendre» (Répondant # 36).

Des listes d'attente existent pour entrer en EMS. Or, la détérioration des capacités nécessaires pour vivre seul à la maison peut être souvent très rapide chez les personnes âgées. Les patients ont besoins d'un accès plus rapide en EMS. *«Ce qui est difficile c'est de trouver une place en EMS. Ça c'est difficile à partir du domicile car souvent les priorités sont quand même pour des gens qui sont hospitalisés. Alors des fois les gens doivent attendre une décompensation pour être hospitalisés et peut-être ensuite ils peuvent aller dans un EMS»* (Répondant # 7).

Politique de confidentialité

Une question importante, surtout dans le Haut-Valais, concerne la gestion des fichiers et données personnelles dans le réseau de personnes impliquées. Souvent, la confidentialité des données personnelles est négligée. Les rapports confidentiels sont parfois consultés par des personnes non concernées par les soins médicaux directs. Le patient n'a aucun contrôle de ce qui se passe avec ses données.

„Ich schreibe meistens keine Berichte weil ich im Oberwallis die Erfahrung gemacht habe, dass man hier die Intimität gross halten muss. Darum gebe ich keine Berichte heraus an Hausärzte sondern habe immer telefoniert und diskutiert. Dann liegen keine psychiatrischen Berichte in den Praxen, wo man nicht weiss wer alle diese sehen. Ich habe nichts dagegen dass Patienten Berichte lesen. Aber ich hätte gerne wenn sie dies bei mir tun. „(3).

Souvent je n'écris pas de rapport, car j'ai fait l'expérience dans le Haut-Valais que l'intimité n'est guère respectée. Donc je ne sors pas de rapport pour les médecins généralistes, je leur téléphone pour en discuter. Par conséquence il n'y a pas de rapports psychiatriques traînant dans les cabinets, car c'est impossible de contrôler qui les voit. Je n'ai rien contre le fait que les patients puissent lire leurs rapports, mais je préfère qu'ils le fassent chez moi» (Répondant # 3).

Notion de prévention

Les personnes concernées ainsi que l'entourage semblent être mal informés sur «la santé mentale», en particulier concernant les facteurs de risque et les ressources disponibles. La prévention touche souvent la population déjà «informée», et les groupes les plus vulnérables qui seraient plus susceptibles d'en profiter n'ont qu'un accès limité aux ressources et aux stratégies préventives.

„Bei Prävention erreicht man immer die Leute die schon gut informiert sind und schon alles kennen. Die wollen alles richtig machen und kommen auch motiviert. Den grossen Teil, die Niederschwelligkeit, erreichen wir nicht.“ (26).

«La prévention en général touche les personnes déjà informées et qui connaissent déjà tout. Ils veulent éviter des erreurs et sont très motivés. Par contre la plupart des gens, avec un faible soutien émotionnel, on ne les touche pas» (Répondant # 26).

Malheureusement les ressources disponibles ne suffisent pas pour résoudre ce problème. Le travail clinique est prioritaire. Surtout dans les écoles où l'aide vient trop tard.

„Wir vom Dienst haben die Haltung im Moment, weil wir mit den Ressourcen nicht hinkommen, ist die klinische Arbeit prioritär. Unser Partner in Sache Prävention ist halt die

Schule. Dort verbringen die Kinder am meisten Zeit. Wir haben viele überforderte Schulen, Meldungen wo wir erst hinzukommen wenn es brennt. Wir hätten die Modelle im Kopf wie im Falle einer Krise zu agieren. Aber im Moment können wir dies nicht anbieten weil wir einfach die Leute nicht haben. .“ (26).

Chez nous le travail clinique est prioritaire, car on n'a pas assez de ressources. Notre partenaire en matière de prévention c'est l'école. Les élèves y passent la plupart de leur temps. On a beaucoup d'écoles débordées, on y accède seulement en cas de crise. On aurait les modèles en tête pour agir en cas de crise. Pour l'instant on n'a pas assez de ressources pour offrir cela» (Répondant # 26).

Enfin, la **prise en charge des proches** fait souvent défaut. L'aide se concentre souvent sur le patient. Un soutien systémique ou sous forme de groupes de parole est indispensable pour une stabilisation continue en cas de crise.

4.3 Les Besoins des montagnards

Comme le Valais est un canton avec de nombreux villages de montagne, il est intéressant de prendre en compte les besoins spécifiques des montagnards. **Les villageois qui résident en montagne vivent de grands changements, et ils doivent de plus en plus intégrer des personnes venant d'ailleurs.** Les effets de la globalisation se trouvent même en altitude. Les couples multiculturels ont souvent des difficultés relationnelles à long terme, liées entre autres aux limites économiques et à des attentes irréalistes en lien avec ces espaces de vie. Les hommes des villages de montagnes et stations de ski choisissent souvent des femmes étrangères, et ces couples se retrouvent souvent face à des difficultés sur le long terme.

«Alors ce que je peux voir, c'est que les couples qui vivent en montagne, si ce sont des couples qui se forment à la montagne avec des gens venant de la montagne, il n'y a pas trop de problèmes. La famille est justement là, assez forte, ils ont des réseaux qui les soutiennent. Mais, je reçois beaucoup de couple où l'un des partenaires vient d'ailleurs, souvent la femme. [...]. Alors au premier lieu il y a tout un aspect un peu idyllique. Et après ça, le fait que ces femmes sont souvent formées et qu'elles ne trouvent pas de quoi s'accomplir, qu'elles n'ont pas les mêmes valeurs, qu'elles n'ont pas les mêmes formations, les mêmes attentes, et bien ça met le couple en difficulté. [...] Il y a tellement de difficultés d'intégration pour ces personnes que passé la première période amoureuse, je pense que ce sont des couples qui se trouvent en difficultés» (Répondant # 30).

Des besoins particuliers émergent chez les **personnes âgées** qui restent, de leur côté, imprégnées de leur culture montagnarde. Elles ont tendance à attendre avant de consulter un médecin. De plus, **certaines populations ont de la peine à communiquer leurs souffrances.** La violence de l'expression des souffrances peut quelques fois marquer les professionnels. Le taux élevé de suicides dans certains villages de montagne est difficile à expliquer.

«Je ne sais pas même si c'est représentatif d'une population en montagne mais, ça reste extrêmement particulier. Ce qui m'a eu frappé c'est qu'il y a un taux de suicides qui est très élevé, c'est une population que j'aime bien, mais qui est difficile à cerner. C'est des gens qui souvent sont en souffrance, et probablement ne parlent pas. Ils ne consultent pas. Je dirais qu'il y a quand même eu beaucoup de situations ou c'est comme ça tout d'un coup, explosif.

En tout cas, on n'a pas été concerté, on n'a pas demandé, il n'y a pas eu d'appel au secours. Alors, est-ce que après dans la famille, est-ce qu'il y a eu quelque chose et puis les choses ne se disent pas ? Mais, c'est vrai que ça m'a quand même interpellé à quelques reprises, les situations très violentes comme ça. Que je dirais que je n'ai jamais vu ailleurs» (Répondant # 74).

Les communes montagnardes se trouvent devant un défi. En effet, elles devraient se focaliser sur une offre de services de santé à l'année pour la qualité de vie de ses habitants, indépendamment d'une offre de services aux touristes. **Une vision de développement durable** devrait aussi inclure la promotion de la santé dans les lieux alpins. Les professionnels qui ont un contact avec les populations en montagne sont convaincus que le développement durable du canton du Valais devrait prendre en considération l'importance de maintenir des services dans les villages et stations pour garantir la qualité de vie de ses habitants.

«Je pense qu'une des choses importantes, c'est une collaboration avec tous les acteurs et la survie des pharmacies de proximité, de pouvoir les garder dans toutes les vallées. Il faut trouver des médecins dans les vallées qui veulent venir s'installer. C'est sûr que les pharmacies sont dépendantes de ça et j'espère qu'on pourra continuer à avoir des médecins et des pharmaciens dans les vallées parce que sinon tant pour la santé en général que pour la santé mentale si les gens doivent descendre en ville, c'est clair que ça va changer totalement la relation qu'on a entre le pharmacien ou le médecin. C'est un grand enjeu et on y travaille beaucoup. Et pour travailler en réseau, c'est cette collaboration entre le médecin et le pharmacien et aussi le CMS, des infirmières indépendantes, mais ça c'est plus des contacts qui doivent être personnels et ça dépend de la sensibilité du pharmacien mais je pense que c'est important» (Répondant # 50).

La vision politique dans les villages fréquentés par les touristes ne prend pas assez en considération **le bien-être de la population locale**. Il y a un souci en lien avec le rapport économique d'offrir des prestations aux touristes. Mais les prestations pour les travailleurs saisonniers et villageois dans ces régions ne semblent pas être une priorité actuellement.

«Je pense qu'il y a actuellement une prépondérance des soins mais partout, pas seulement en médecine avec des services rendus aux touristes pendant la saison, les touristes sont plus importants que les locaux. C'est-à-dire que pour un même besoin, on va d'abord servir le touriste et ce n'est pas seulement dans la médecine mais c'est dans tous les services. C'est que les jeunes de ces vallées qui aimeraient travailler là et s'installer là avec leur famille sont souvent obligés d'aller habiter en plaine parce que les loyers sont beaucoup trop élevés ici, parce que ce sont des appartements, des loyers qu'on veut garder pour les touristes, parce qu'on peut les louer beaucoup plus cher. A mon avis, le bien-être du citoyen local il n'est pas considéré. On crée une espèce de racisme. Ce n'est pas le mot juste, mais si vous vous voulez quand on commence à trouver que la personne locale ou qu'un employé de l'hôtel mérite moins que le touriste, il y a quelque chose qui ne va pas. Ou quand la personne locale, dans l'entre-saison est malade on dit, «Si elle a besoin des soins, elle peut se déplacer à Sierre, si elle a une urgence». C'est quand même une réponse qu'on m'avait donné. On devrait se mettre autour d'une table une fois pour en parler» (Répondant # 25).

4.4 Problèmes et besoins spécifiques à la population migrante et aux réfugiés

Malgré les besoins, les ressources tels les agents communautaires pour les migrants sont peu utilisées par les professionnels et par les migrants eux-mêmes. **Les services d'interprète ou de médiation culturelle existent mais leurs services restent difficiles à financer.** Les requérants d'asile ont besoin d'être accompagnés par des médiateurs culturels pour les rendez-vous médicaux. Les services des interprètes sont d'autant plus incontournables pour les consultations psychiatriques et, d'ailleurs, les requérants d'asile y font souvent appel. Les soucis des requérants les empêchent souvent d'apprendre la langue du pays d'accueil.²⁶

«Plusieurs fois il y a eu des difficultés avec les gens qui ont beaucoup de peine à apprendre une langue. Ils ont toujours besoin de quelqu'un qui les accompagne chez le psychiatre. Avant de venir en Suisse, je pensais qu'apprendre une langue se faisait en une année. Mais avec les requérants, c'est différent. Les requérants ont vécu quelque chose de difficile, la raison pour laquelle ils ont quitté leur pays. Dans chaque foyer, il y a des structures pour apprendre la langue française. Les requérants, ils participent, ils vont toujours dans les classes, mais quand je discute avec eux, ils expliquent que ça ne marche pas. Ca ne marche pas à mon avis parce qu'ils sont très chargés. Ils sont chargés avec le bagage qu'ils ont apporté de chez eux ici en Suisse. Ils n'arrivent pas à laisser de côté les choses qu'ils ont vécues pour apprendre quelque chose. Est-ce que l'Office Fédéral va prendre une décision positive ou négative pour le dossier ? J'ai compris que les gens qui ont un statut déjà positif de l'office fédéral, ils apprennent mieux une langue que les autres qui sont en train d'attendre une décision concernant leur dossier» (Répondant # 41).

Les centres Sexualité Information Prévention Education (SIPE) travaillent beaucoup avec des filles issues de la deuxième génération qui adhèrent aux modèles de la santé proposés en Suisse. Quant aux migrantes de la première génération, leurs représentations ne correspondent pas toujours aux modèles de prise en charge en Suisse. Un travail d'éducation important serait nécessaire pour accompagner les personnes dans leur processus d'intégration. **Les jeunes migrants se trouvent souvent coincés entre leur pays d'origine et le pays d'accueil.** Leurs appartenances sont remises en question tant par leur pays d'accueil que par leur pays d'origine. Les adolescents, en particulier, ont besoin d'accompagnement pour les aider à faire face à leur crise d'identité. Les jeunes migrants ont de la peine à trouver leur place en Suisse. Ce problème est particulièrement sérieux au moment du passage de l'école obligatoire vers un stage d'apprentissage ou au moment de l'intégration au marché du travail, leur statut en est souvent la cause.

«Quitter cette patrie d'origine, pour les enfants de la seconde génération et se trouver dans un pays où ils ont envie de revendiquer des droits, n'est pas facile. Ils sont turcs, ils sont kosovars, bien même qu'ils sont nés en Suisse. Et puis c'est vrai le problème de la migration avec la première génération, la Suisse n'a pratiquement pas connu de problème parce qu'il n'y avait pas de regroupement familial. Ça veut dire que les pères venaient, ils travaillaient neuf mois, ils repartaient. Après, il y a eu le regroupement familial avec la présence des femmes, des enfants, et puis les enfants revendiquent des droits que leurs parents n'ont pas

²⁶ Rosenbam, Francine,(2010). Les humiliations de l'exil. Ed. Fabert.

eus. Mais en même temps on leur fait quelque part sentir encore trop que voilà, ça reste des étrangers, et puis quand ils retournent dans leur pays, on les traite de Suisses. Donc, ils ne se sentent bien nulle part. Ils disent, «Ils se fichent de moi quand je parle Kosovar, ils me traitent de Suisse, et puis quand je viens ici, on me traite de Kosovar» (Répondant # 43).

Les migrants constituent souvent une population à risque pour de nombreuses maladies. Malgré cela, il manque toujours des lignes directrices concernant cette problématique afin d'initier des projets de promotion et prévention de santé intégrant ces populations à risque. Les Centres SIPE sont des ressources pour la promotion de la santé des migrants. Souvent, les professionnels accompagnent les migrants et les informent des ressources. Mais il manque une **pérennisation des programmes de prévention.**

«Les familles migrantes, on les a parce qu'on travaille avec les structures pour les migrants. Les structures installées en Suisse proposent une visite chez nous et le but est de faire un petit inventaire des prestations. Il y a tout un travail encore à développer autour des migrants parce que culturellement ce n'est pas du tout cette approche qui est notre manière de concevoir la santé sexuelle et reproductive donc là on est vraiment dans un travail qui est, je dirais, pour l'instant informatif. Mais c'est vrai que certaines fois, il y a quand même des femmes qui reviennent ou certains couples qui reviennent. Par contre les jeunes qui sont scolarisés, il y en a beaucoup qui viennent parce qu'ils peuvent adhérer au modèle et ils trouvent notre adresse par le biais de l'école. Maintenant au niveau des foyers pour les requérants d'asile, ou des écoles qui essaient d'orienter les gens dans la vie professionnelle, là il y a beaucoup de choses à construire. Il y a certains plannings qui sont plus sensibles à la migration comme à Sierre, comme à Monthey» (Répondant # 71).

Du côté des hommes migrants atteignant l'âge de la retraite, certains vivent des crises violentes quand leur statut de travailleur prend fin, et qu'il faut décider du lieu où ils finiront leur vie. Leur identité est associée à leur capacité d'assumer un travail physiquement exigeant. Leur présence en Suisse est liée à leur place de travail. Quand ils n'ont plus de liens avec leur entreprise, ils se sentent désorientés. La transition vers une nouvelle identité est compliquée. Souvent ils ne se sentent pas Suisse, mais ils ont perdu les liens avec leur lieu d'origine. Dans cette période de la retraite, le risque d'être atteint de maladies psychiques augmente ; ce risque est accentué dans le contexte de la migration.

«Ce que j'ai observé depuis 20 ans en travaillant soit en psychiatrie, soit comme socio-thérapeute ou comme animateur de groupe d'entraide, c'est la présence de beaucoup de gens issus de l'immigration. Il y a des gens qui sont installés ici souvent très jeunes vers les 17-18 ans, qui ont construit leur vie ensuite, qui ont souvent eu accès à des postes de chef ou de sous-chef, qui ont construit la maison, la famille, qui ont eu vraiment à cœur de s'intégrer, qui ont souvent gardé un pied-à-terre ou qui se sont acheté un pied-à-terre dans le pays et qui font des allers-retours pendant toutes les vacances et autres. Et ce que j'ai pu observer c'est que souvent ces hommes, arrivés autour de la cinquantaine donc le moment où l'histoire de la retraite se pose et les enfants partent et autres, pour ces gens, il y a une grande cassure. Et le problème du retour au pays se pose, mais ce n'est plus possible. Ils expliquent, «Quand on y retourne, pour les familles et pour les gens du pays, on est des Suisses. Ici on a toujours

l'accent et on n'est pas Suisse. On est Italien et comment on va gérer ça, parce que tout s'est construit autour du travail». Et c'est aussi une manière d'acquérir un certain statut, un minimum de confort financier, parce que c'est souvent des gens qui sont dans une grande détresse financière et qui sont dans un milieu social qui est souvent défavorisé. C'est pour ça souvent qu'ils sont partis. Et quand la retraite arrive, ces gens-là sont démunis. Les situations que j'ai observées sont vraiment très violentes, chez les hommes peut-être encore plus violentes que chez les femmes. Parce qu'en plus il y a ce handicap de la parole. Il y a cette impossibilité de communiquer avec d'autres hommes sur ce sujet-là. Alors que les femmes petit à petit, on arrive à monter des groupes de paroles et à trouver des outils dans lesquels elles vont pouvoir puiser et se ressourcer. Aussi il y a la famille et les enfants et la femme trouve peut-être plus d'outil là-dedans. Pour les hommes je trouve ça dramatique parce qu'il n'y pas trop de réponses» (Répondant # 31.a).

Le problème des femmes étrangères victimes de violence se présente comme tout particulièrement critique. En effet, elles risquent de perdre leur statut ou leur droit de séjour si elles se séparent de leur mari. Souvent elles ne peuvent pas envisager une séparation à cause du risque d'être renvoyées dans leur pays d'origine. Elles doivent subir l'inconfort de ne pas savoir comment organiser leur vie à long terme tout en gérant la violence vécue au quotidien. La complexité des situations en lien avec les migrantes exige donc des ressources pour les accompagner dans leur recherche d'aide dans le réseau santé-social.

«Depuis deux ans à peu près, la loi a changé et ils doivent tenir compte des violences conjugales. [...] Mais ça ne veut pas dire que puisqu'elles sont victimes de violence conjugale, elles peuvent rester en Suisse [...] Donc le renvoi, j'en ai rarement vu. Mais les mettre dans l'inconfort, ça c'est constant parce qu'on ne peut pas leur garantir le permis et elles n'ont jamais de réponses très claires par rapport à ça. Souvent le message qu'on donne c'est qu'on est là quelle que soit la décision. On est là pour soutenir la personne, l'accompagner dans son projet et qu'on consacre toute l'énergie possible pour l'aider quelle que soit la décision qu'elle prenne. Mais c'est vrai que c'est un problème» (Répondant # 67).

En **conclusion**, nous pouvons souligner que les besoins de la population en Valais sont conformes aux sociétés postmodernes en Occident qui ont connus des migrations et les effets de la globalisation. Les défis du développement durable, l'intégration et les changements démographiques, avec l'augmentation des personnes âgées, sont parmi les considérations les plus citées. Les besoins qui restent constants à travers les décennies de grands changements sont les besoins humains d'écoute et d'accompagnement, pour faire sens à la vie et à la maladie.

CHAPITRE 5 : LES BESOINS DES PROFESSIONNELS

Les professionnels de la santé et psychosociaux se sentent-ils bien outillés et suffisamment compétents pour répondre aux besoins des catégories de clientèle ayant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie ? Une fois questionnés sur ce thème, chacun des répondants a de plus été amenés à préciser : s'il se sentait «personnellement bien outillé en tant que professionnel pour répondre à ces problèmes ?» et : «sinon, quels seraient vos principaux besoins en termes de formation» ?

Globalement, il ressort des entrevues que ces besoins «professionnels» peuvent être regroupés en quatre grandes catégories. Pour mieux faire face aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie, ainsi qu'aux difficultés rencontrées dans le cadre de leur pratique, les professionnels évoquent l'importance :

- d'avoir accès à un meilleur encadrement de la part des psychiatres, soit en termes d'accès direct à des spécialistes auxquels ils peuvent référer les cas complexes, soit en termes de supervision;
- de la collaboration et d'une coordination des services professionnels;
- de mécanismes leur permettant de se protéger eux-mêmes contre l'épuisement professionnel et ;
- d'avoir accès à une formation plus complète et adaptée aux exigences de ce type de cas.

5.1 Les besoins en termes d'accès aux psychiatres et en termes de supervision

Face à la spécificité des besoins de diverses clientèles, les professionnels ressentent, dans certaines situations, qu'ils ont vraiment besoin d'un avis de spécialiste, et aussi besoin d'être rassurés et épaulés eux-mêmes face à une prise en charge complexe. Tel est le cas pour les professionnels qui, face à des situations d'urgence, ont besoin de référer aux psychiatres dans un délai acceptable quand ils sentent que la situation dépasse leurs compétences. Or, plusieurs mentionnent une difficulté d'accès à ces ressources à cause du manque de psychiatres et de pédopsychiatres pour la prise en charge de consultations spécialisées. Les médecins généralistes sont d'accord pour prendre en charge une grande partie des consultations en lien avec la santé mentale, mais ils expriment un besoin d'être épaulés et conseillés par leurs confrères psychiatres. Les travailleurs sociaux aussi se sentent sécurisés quand ils peuvent compter sur un spécialiste pour la prise en charge des personnes fragiles, en attendant qu'elles aient retrouvé leur santé mentale et qu'elles soient en mesure de pouvoir, à nouveau, assumer un travail et devenir autonome financièrement.

Il a été fréquemment mentionné qu'il est difficile de trouver un soutien psychiatrique quand on a besoin, en urgence, d'un avis de spécialiste. Il serait difficile d'être secondé dans l'urgence psychiatrique. *«Il y a eu des moments où on se sent particulièrement seul, quoi. Où on aurait éventuellement besoin en urgence mais les horaires ne sont pas forcément concordant»* (Répondant # 19). La nuit semble être un moment particulièrement problématique si l'on cherche l'aide d'un psychiatre. *«La nuit quand on a une veille, on a toujours une infirmière de piquet ; mais ça nous est arrivé d'avoir des cas psychiatriques qui décompensaient au milieu de la nuit. Dans ces situations, on est très démunis»* (Répondant #

57). De même, les médecins généralistes ont de la peine à trouver des psychiatres pour leurs patients alors qu'ils auraient besoin de conseils par rapport à des situations plus pointues en psychiatrie.

«Il y a un gros délai d'attente donc quand on a besoin en urgence de quelque chose ; on est souvent coincé. On est presque obligé d'envoyer les gens à Malévoz. Souvent, les patients ne veulent pas parce que pour eux, ils estiment que c'est une hospitalisation. Je sais qu'il peut y avoir un psychiatre référent d'urgence à Malévoz mais pour les patients c'est tellement lourd cette connotation «On doit aller à Malévoz». Moi j'aimerais que dans les services de consultations psychiatriques qu'il y ait vraiment entre guillemets quelqu'un qui soit de piquet pour que même le samedi, le dimanche, quand on est tout seul comme médecin de garde ou comme ça, on ait quelqu'un qu'on puisse appeler et qui puisse voir. Je dirais c'est vraiment ce qu'on a toujours demandé» (Répondant # 60).

Il semble y avoir un décalage entre l'existence d'une ligne téléphonique d'urgence psychiatrique dans le Valais Romand comme dans le Haut-Valais (où un médecin psychiatre de garde est atteignable 24heures sur 24) et la connaissance que les professionnels partenaires en ont.

Pour finir, un discours récurrent porte sur le manque de psychiatres en Valais. Ce problème est accentué par le fait que les personnes qui ont besoin d'une thérapie ne sont pas nécessairement assurées par les caisses complémentaires qui prendraient en charge la psychothérapie. Pour ces cas, les médecins généralistes éprouvent de la difficulté à trouver des psychothérapeutes. *«En fait, il est difficile de trouver des psychiatres pour les psychothérapies. J'envoie aux IPVR pour avoir un psychologue que les assurances vont rembourser» (Répondant # 7).* Ceci est particulièrement le cas dans les situations urgentes, alors qu'il faut pouvoir rapidement trouver l'aide d'un psychothérapeute. *«Ca c'est le gros problème. Quand il y a une demande urgente et qu'il faut agir parce que la personne n'est vraiment pas bien. C'est difficile de trouver un psychothérapeute qui a de la disponibilité pour la rencontrer» (Répondant # 71).*

Il existe un manque de pédopsychiatres en Valais. Les professionnels, pédiatres ou médecins généralistes, sont débordés de demandes et sont obligés de se serrer les coudes pour répondre aux situations. Pour faire face à ces nombreuses demandes, les pédopsychiatres doivent aussi tenir un réseau de solidarité face aux carences d'autres prises en charge pour encadrer leurs jeunes patients.

«J'ai compris depuis longtemps que les pédiatres installés étaient tellement démunis et qu'ils n'avaient pas de psychiatres. Ils se débrouillent tous seuls. J'ai aucun souci avec la collaboration avec eux, mais c'est là où je disais qu'on doit se tenir les coudes parce que des fois on se dit : pourquoi il nous l'a pas envoyé avant ? Mais quand on discute avec eux, ils ont fait ce qu'ils ont pu en sachant qu'ils ne trouveraient pas de pédopsychiatre. Par exemple, il y a deux enfants psychotiques pour lesquels on cherche désespérément des psychothérapeutes mais qui ne trouvent pas. Donc aucun de nous ne peut prendre ces enfants. Il faut trouver d'autres solutions. Et les pédiatres, pour ça, ils sont assez géniaux parce qu'ils trouvent des solutions». (Répondant # 4).

Les médecins ont aussi besoin de compétences spécialisées en psychiatrie pour prendre en charge les toxicomanes. Le réseau de la LVT est un espace de rencontre et de formation renforçant les liens entre les professionnels.

«Il y a un médecin psychiatre référant pour le groupe Medrotox. Donc, il y avait toujours un groupe de médecins, 5 ou 6 parfois un peu moins, parfois un peu plus, sauf erreur, à se réunir, en général, une fois tous les mois ou tous les deux mois. Et puis, à ce groupe-là était adjoint un psychiatre du Centre de Compétences en Psychiatrie et Psychothérapie (CCPP), celui qui était libre, et qui venait superviser le groupe. Et ça, je trouvais c'était très utile. C'était très utile d'avoir un médecin psychiatre qui donne un petit peu le recul et des conseils dans des situations des fois un peu difficiles. Il y a eu plusieurs psychiatres qui sont passés. Et puis il y a donc les Forums biannuels organisés par la LVT. Ça aussi je pense que c'est assez utile, les gens se rencontrent, les gens de la justice, les gens de la police, les gens des conseils administratifs, la LVT bien sûr, et tout médecin qui est intéressé par la problématique» (Répondant # 9).

Les médecins généralistes ont besoin d'être épaulés et conseillés par des psychiatres pour pouvoir assurer la prise en charge des situations en lien avec la santé mentale.

«Il y a un manque de ressources en Valais. Je pense que dans notre rôle de généraliste, on est d'accord de s'occuper de ces situations mais on a un grand besoin d'avoir accès à d'autres ressources. J'entends d'être épaulé, d'être conseillé et ça c'est difficile actuellement. Je crois que du côté des IPVR, il y a une conscience du problème, une décentralisation en cours. Alors du côté des psychiatres installés, on a très peu de ressources dans plusieurs villes. Il n'y a pas vraiment de renouvellement je dirais dans ce domaine ; les nouveaux psychiatres installés sont très vite saturés» (Répondant # 15).

Certains invoquent que lorsque les professionnels ont besoin d'aide dans les prises en charge psychiatriques, ils ont beaucoup de peine à trouver du soutien, soit pour des conseils, soit pour référer des cas. Les médecins généralistes se sentent particulièrement seuls face aux urgences qu'ils doivent assumer pendant les gardes.

Ce besoin d'avoir accès aux psychiatres serait tout aussi présent dans les EMS, en particulier concernant l'accès aux psychiatres de la personne âgées. *«On a besoin des fois de consultations spécialisées pour certains cas qui posent problèmes. Je crois aussi que des fois, il y a aussi une prise en charge qui peut être envisagée par une institution quand la situation devient trop difficile à gérer dans un EMS» (Répondant # 57).*

Enfin, certains médecins généralistes eux-mêmes reconnaissent avoir besoin d'espaces d'écoute afin de ventiler lorsqu'ils se sentent surchargés, dépassés par certaines situations. La ligne d'écoute pour les médecins surchargés mise en place par la Fédération des médecins suisses, (FMH) ne répond que partiellement à ce besoin.

Besoins en termes de supervision :

Les problèmes d'accès aux ressources spécialisées s'expriment aussi en termes d'accès à la supervision. La plupart des professionnels reconnaissent avoir besoin d'une forme de

supervision. Celles-ci sont très appréciées, même si certains déplorent l'absence ou un accès difficile à des supervisions adaptées à leurs besoins.

Parfois, ces supervisions sont organisées à l'interne avec des collaborateurs qui reçoivent une formation spécifique par rapport à leur travail et leur organisation. Tel est le cas par exemple des médiateurs scolaires. Certaines professions pratiquent des «intervisions» entre collègues pour se soutenir dans les situations difficiles, ou quand ils ont besoin de conseils.

Parfois, la supervision se présente sous forme de consultation.

«Alors peut-être parce que j'ai cette possibilité d'en parler avec ma collègue, je n'ai pas une supervision formelle. Il est vrai que des fois pour les questions plus psychiatriques, quand c'est des prises en charge psychiatriques parfois lourdes, j'ai quand même le Dr xxxxx qui est psychiatre consultant à l'hôpital et puis le Dr xxxx. Avec eux, j'ai un très bon contact et là aussi par rapport aux patients lourds, ce sont deux médecins avec qui je peux discuter. Donc ce n'est pas une vraie supervision, mais en tout cas, une importante aide précieuse» (Répondant # 60).

La supervision crée une forme de filet de protection pour les professionnels, qui savent qu'ils ont une personne de référence lorsqu'ils se sentent dépassés par une prise en charge complexe. Les psychiatres spécialisés tout comme les psycho-oncologues, par exemple, considèrent les supervisions d'équipe comme une partie importante de leur travail. *«Je fais aussi beaucoup de supervisions d'équipe soignante, par rapport aux patients oncologiques. Je fais des supervisions d'équipe complète, médecins, infirmières, aides-soignants, secrétaires, enfin tous les gens qui veulent venir»* (Répondant # 22).

Les répondants ont généralement exprimé le besoin d'avoir accès à des supervisions. Généralement, ils ont déjà organisé une forme de supervision, soit à l'intérieur de leur service ou organisation, soit dans le cadre d'activités organisées par des groupes professionnels partageant une même approche. Certains ont expliqué que les «intervisions»²⁷ mises sur pied dans les CCPP ne correspondent pas à leur besoin en termes de supervision. La tendance des professionnels est plutôt de choisir leur supervision par rapport à leur propre spécialisation thérapeutique. Les «intervisions», qui convoquent une pluralité d'école de pratique, ne sont pas encore entrées dans les habitudes professionnelles, souvent marquées par une école de pensée spécifique.

5.2 Les professionnels ont besoin de temps pour pratiquer une meilleure prise en charge

Les médecins prennent en charge des situations complexes comme les personnes souffrant de toxicomanie, les personnes âgées, les malades chroniques, ou les personnes avec des maladies

²⁷ Groupes régionaux réguliers permettant aux différents acteurs partenaires du Réseau Entraide Valais de mettre en commun, dans une dynamique de travail en réseau et en présence d'un médecin chef de clinique des IPVR, leurs ressources et compétences réciproques dans les réponses proposées aux personnes en détresse.

psychosomatiques. Soigner ce type de souffrances nécessite du temps. Malheureusement, le TARMED n'est pas toujours adapté à ce genre de prises en charge. Il faut trouver des plages horaires permettant le travail en réseau. Les médecins ainsi que les travailleurs sociaux doivent également trouver du temps pour les tâches administratives, qui vont toujours en augmentant. Globalement, on manque de temps pour la réflexion collégiale, dans des situations complexes où plusieurs intervenants sont impliqués. Le travail en réseau autour des personnes toxicomanes nécessite par exemple une adaptation des plans horaires des différents intervenants *«Donc, il a fallu que je m'adapte, parce que effectivement une rencontre tripartite, patient, LVT, oui, ça prend du temps. On consacre au minimum une demi-heure, trois quarts d'heure. C'est pour ça que j'ai pensé à créer des après-midis entiers ; donc il a fallu juste que je m'adapte comme ça»* (Répondant # 6).

Certaines catégories de patients prennent plus de temps en consultation du fait de la complexité de leur situation. Les professionnels réfèrent alors aux personnes âgées. On évoque aussi le cas des prises en charge des maladies chroniques et du temps nécessaire pour soigner les souffrances mentales liées aux situations de handicaps. Face aux situations complexes, les intervenants manquent de temps pour la réflexion. Les prises en charge mettant en cause plusieurs intervenants utilisent énormément de ressources dans le réseau socio-sanitaire. De plus, comme le recours à des espaces de réflexion communs n'est pas encore intégré dans la pratique, il en résulte un manque de planification de ces prises en charge interdisciplinaires et un manque de coordination entre les diverses prises en charge.

«Ce qui me manque c'est le temps pour la réflexion. On est tout le temps dans l'action et on enchaîne les rendez-vous. Et on n'a pas le temps pour se poser sur un dossier. C'est ce temps-là qui manque, on agit, on voit les gens et le temps pour la réflexion sur les situations nous manque, c'est sûr. Il y a un effet de surcharge qui fait qu'on n'a plus le temps de prendre du recul. Il faudrait se discipliner et se dire : je bloque deux heures par semaine pour faire ça. Mais bon on ne le fait jamais. Comme tous les autres professionnels font pareils, finalement la réflexion commune ne se fait pas. Mais sûrement qu'on gagnerait du temps sur les situations si on le faisait» (Répondant # 29).

Les professionnels perçoivent bien la dimension psychique liée aux handicaps dans les prises en charge des maladies chroniques. Néanmoins, ils ne savent pas comment il faudrait l'aborder dans les consultations pour apporter un soulagement. Surtout pas dans le court laps de temps disponible. Pour plusieurs, ils n'ont ni les moyens, ni le temps de faire une bonne gestion de cette souffrance.

«C'est difficile de mesurer l'évolution des handicaps dans la prise en charge des patients chroniques et encore plus difficile de calculer les conséquences sur le mental du patient. Je ne suis pas certain d'avoir le temps de m'en préoccuper. S'il ne peut plus rentrer dans sa baignoire, je vais lui dire «va voir l'ergothérapeute pour qu'on installe une main, deux mains», pour qu'il puisse rentrer dans la baignoire. Donc, je m'occupe du handicap. Mais qu'est-ce qui se passe dans sa tête, enfin, quels sont les conséquences du fait qu'il ne puisse plus rentrer dans la baignoire ? Je te parle d'une histoire très pratique puisqu'il ne peut plus plier la jambe. Je vais même trouver de l'argent pour qu'on installe une douche chez lui, avec une visite à la maison avec l'ergothérapeute. On va s'occuper de tout ça. Maintenant, qu'est-

ce que ça implique mentalement, pour lui de ne plus pouvoir prendre un bain et de devoir prendre des douches parce qu'il n'arrive pas à grimper dans la baignoire ? Mais c'est un vrai problème» (Répondant # 17).

L'augmentation des tâches administratives a un impact sur le temps disponible pour la relation d'aide. Avec l'informatisation des services sociaux et médicaux, les professionnels se trouvent confrontés à une réalité quotidienne qui les met sous pression, celle de la codification des interventions. Ce temps consacré aux tâches administratives diminue le temps disponible pour les personnes à la recherche d'aide.

«Le temps est de plus en plus restreint. Je pense qu'au début alors que je débutais dans la profession, on avait 40% d'administratif et 60% de vraie relation d'aide avec les gens. C'est plutôt l'inverse maintenant. C'est même 70% administratif et 30 % de relation d'aide. Bon ce qui est particulier aussi aux services sociaux, c'est que souvent ce qui est administratif est une porte d'entrée vers les problèmes plus personnels des gens. C'est important quand même que les gens apportent des papiers, et qu'on puisse parler. Quand ils amènent un contrat de bail, on peut leur demander depuis quand ils sont là, s'ils vivent seuls, s'ils ont des enfants. On organise notre entretien au fil des papiers, j'ai envie de dire» (Répondant # 49).

Le personnel cadre, expérimenté et au bénéfice d'une formation continue, se retrouve confiné dans les bureaux tandis que sur le terrain, le personnel, mal formé, est confronté et débordé par les situations complexes du quotidien.

„Da hatte ich mich gefragt, wie man eine Station leiten kann, wenn man sich nie dort aufhält. Ich war immer wieder entsetzt über die Büroarbeiten, welche sie anscheinend machen müssen. Die Nähe zu den Menschen geht dort verloren und das Hilfspersonal, welches sich dann um die Bewohner kümmern muss, ist total überfordert“ (2)

«Je me suis demandé comment on peut être chef sans travailler sur le terrain. J'étais horrifié par autant de bureaucratie qui leur est imposée. On perd la proximité avec les personnes, et le personnel de soins, qui doit s'occuper des patients, est complètement débordé» (Répondant # 2).

Les médecins ont aussi leurs limites. Ils ont de plus en plus de consultations à assurer dans le contexte actuel du manque de ressources médicales dans le canton du Valais. Cette surcharge a des impacts sur la qualité de la prise en charge de maladies psychosomatiques. Le TARMED conduit à structurer les rendez-vous d'une manière qui ne correspondrait pas toujours aux besoins des patients. Il faut du temps pour permettre aux patients de formuler des demandes claires et pour qu'ils puissent expliquer leur situation. Faute de temps, les médecins sont obligés de trouver des moyens créatifs pour assurer la qualité des prises en charge.

«On a beaucoup de patients et on est de moins en moins de médecins. Quand un médecin arrête de travailler, plusieurs patients n'ont pas trouvé de remplaçant. Donc c'est aux autres de prendre en charge. Souvent, j'augmente mes heures de consultation pour essayer de répondre à cette demande, mais on a quand même une limite. J'ai besoin aussi de mes moments libres pour pouvoir tenir le coup et être disponible. On a aussi une autre limite, c'est tout simplement que le TARMED nous permet de facturer jusqu'à quarante-cinq

minutes. Ca m'est arrivé de voir des gens une heure et demie, pour différentes situations, pas seulement psychiatriques. Il y a des troubles du comportement alimentaire qui ne se règlent pas en dix minutes. Même chose pour certaines prises en charge dans des moments de troubles de l'humeur, même s'il n'y a pas une maladie psychiatrique grave derrière. Mais quand il y a des problèmes relationnels intenses, en général en dix minutes on ne gère pas. Je les mets plutôt comme derniers patients et là je suis plus ou moins libre de prendre plus de temps» (Répondant # 60).

5.3 Besoin de se protéger contre l'épuisement professionnel

Sur un plan plus personnel, les répondants disent avoir besoin de se donner des limites dans leur investissement professionnel, mais aussi de se donner des outils pour se protéger eux-mêmes contre l'épuisement physique et psychologique. Pour certains, cela passe parfois par des aménagements des locaux de travail pour éviter les agressions. *«Alors, on a toute une évolution pour les locaux : l'aménagement des locaux, la fermeture des portes, la gestion du temps des guichets. L'évolution va dans le sens de plus augmenter la sécurité physique des gens. Parce qu'il y a eu effectivement quelques agressions» (Répondant # 46.a).*

Mais dans d'autres récits, c'est au niveau émotionnel que se trouvent ces besoins, du fait de la difficulté à gérer au quotidien les souffrances de la clientèle. On parle alors du «besoin de se protéger» pour être en mesure de conserver un équilibre. *«Nous sommes un peu éponge par rapport à ce que les patients nous disent même si on ne veut pas. Des fois où on prend quand même une partie de leurs souffrances et c'est vrai qu'il faut pouvoir l'évacuer. Sinon, si on faisait vraiment éponge et qu'on évacuait rien, je pense que nous aussi à un moment donné on deviendrait patient » (Répondant # 60).* Une autre professionnelle évoque le côté déséquilibrant du suivi de certains clients, surtout au plan des pratiques sexuelles. *«Je suis valaisanne, je suis hétérosexuelle, je vis bien ma sexualité, je viens d'un milieu catholique, voilà. Je peux entendre les gens mais il ne faut surtout pas que je vois les images parce que c'est vrai, je pense que si je visualisais, ma sexualité serait difficile, parce que ça peut-être des pratiques sadomasochistes, ça peut être encore d'autres situations» (Répondant # 70).*

Comme résultat, certains professionnels tombent malade, doivent s'absenter du travail, ce qui affaiblit la cohésion de l'équipe de travail et nécessite plus de ressources financières.

„Diese Probleme führen zu vielen Krankheitsausfällen. Jeden Tag war mindestens eine Mitarbeiterin krank. Manche sogar monatelang. Früher gab es sowas nicht, weil man einander im Team vielmehr unterstützt hat“ (2).

«Ce genre de problème conduit à beaucoup d'absence pour cause de maladie. Chaque jour au moins une collaboratrice était malade. Certaines même pendant des mois. Dans le temps de telles situations n'existaient pas, comme équipe on se donnait plus de soutien» (Répondant # 2).

La plupart des professionnels abordent diverses stratégies pour se protéger contre l'épuisement professionnel. En particulier, pour les professionnels travaillant dans les administrations, c'est une augmentation du travail administratif et une pression accrue qui serait responsable de cet épuisement professionnel qui demande dès lors un besoin de se protéger. Mais ce constat est aussi répandu chez ceux travaillant en cabinet. Une solution pour

certaines consiste à ne pas travailler à temps plein pour avoir la possibilité de se ressourcer à travers d'autres activités. L'impact se mesurerait alors en termes de surcharge de travail pour les autres collègues ; la solution doit être trouvée ailleurs.

5.4 Les besoins en termes de coordination des services : les défis d'une approche collaborative

Une culture de la collaboration, du réseautage et de la coordination des services se développe en Valais. Il s'agit d'un changement de perspective dans le travail professionnel qui demande des ajustements et ce, même si la plupart des répondants sont ouverts à une telle réorientation du travail. Face à cette forte demande de collaboration, les professionnels ressentent le besoin de transformer leurs pratiques pour favoriser des prises en charge interdisciplinaires. En particulier, ils sont conscients du fait que les prises en charge concernant la santé mentale demandent l'intervention de plusieurs professionnels et que le médecin ne peut arriver à gérer seul la situation. Cette même prise de conscience est exprimée par l'assistant social qui se sent trop isolé, l'infirmière en CMS qui doit apporter les soins à domicile, ou par la psychothérapeute qui a besoin d'un diagnostic médical pour gérer la dimension médicamenteuse de la thérapie.

Une telle coordination des services est obligatoirement en train de se mettre en place considérant la complexité des situations. Et ce besoin de coordination transforme les pratiques et crée des ponts entre les professionnels. La pratique collaborative qui s'impose demande une clarification des rôles des intervenants tout autant qu'un climat de confiance.

Les exemples sont nombreux. En pédopsychiatrie, la qualité des prises en charge dépend de la confiance qui est établie entre les psychiatres et les psychologues.

«Dans ce domaine de la thérapie, il y a tout un territoire commun entre le psychologue psychothérapeute et le médecin. Je pense qu'il y a plein de gens qui peuvent faire beaucoup. Tout dépend du lien ou du soutien que peuvent leur apporter les autres professionnels. Je connais des psychologues qui ont des compétences dix fois supérieures à celles de beaucoup de médecins. Mais en même temps, c'est vrai qu'il y a certains domaines où il faut collaborer avec un médecin. Je pense à la médication. Mais ça ne veut pas dire parce qu'on introduit une médication que le psychologue psychothérapeute doit abandonner sa prise en charge. Il y a juste besoin d'un soutien spécifique et ça peut se faire plus facilement si le lien entre les deux professionnels est fondé sur la collaboration» (Répondant # 24).

Le cas de la réinsertion sociale des malades dans leur milieu de travail est un autre exemple de l'importance, mais aussi des difficultés de la collaboration.

«Ca demande beaucoup de temps d'entretenir ces réseaux quand on collabore avec des médecins par rapport à la santé de nos employées. Et tout le monde n'ouvre pas les portes non plus. Nos usagers sont des fois hospitalisés à Malévoz. Mais c'est à nous de dire qu'on aimerait participer dans le réseau. Ce qu'attend l'employeur est très difficile à faire passer. Et c'est à nous d'être demandeur. Ils ne vont pas nous inviter spontanément. Ce n'est pas un réflexe des médecins de nous intégrer dans la prise en charge des patients. Ils n'ont pas l'habitude de dire, comme telle personne est hospitalisée, on aimerait bien rencontrer

quelqu'un de son monde professionnel pour discuter quelles sont les difficultés. C'est à nous de suivre les clients, et de donner des idées, par rapport à comment on pourrait organiser le travail différemment. C'est dommage qu'on ne soit pas mieux intégré dans le réseau des soignants parce que la personne fragilisée passe beaucoup de temps sur son lieu de travail. Le lien entre le travail et la médecine est important. Il faut essayer de faire des ponts, mais ce n'est pas toujours facile» (Répondant # 33).

Les situations à gérer par l'aide sociale, par exemple, sont devenues de plus en plus compliquées. Le travail en réseau est obligatoire en vue de la complexification de ces suivis.

«Je travaille au CMS depuis 10 ans et c'est vrai que la situation a beaucoup évolué par rapport aux gens qu'on voit. On les voit plus abîmés qu'il y a 10 ans ou avec des situations complexes. On a plus juste le monsieur alcoolique ou la dame qui fait une dépression, ça devient plutôt rare. C'est des dossiers qu'on aime bien, on va dire, parce qu'ils sont un peu légers par rapport à ce qu'on a habituellement, où vraiment tous les problèmes sont mélangés, problèmes financiers, familiaux avec des difficultés aussi avec l'éducation des enfants mélangés à des problèmes de travail, de chômage même de violence des fois domestique qui sont peut être des conséquences de tout ça. C'est très difficile à gérer seule dans le bureau. Je pense que le travail en réseau a beaucoup évolué ces dix dernières années. Comme travailleurs sociaux, de fait on est obligés de travailler avec les institutions, les médecins, les psychiatres» (Répondant # 49).

Ces coordinations sont donc faites parfois dans le cadre de réseaux. Tel est le cas du réseau valaisan de réadaptation oncologique, qui se donne comme mandat de mieux coordonner les prises en charge des patients cancéreux.

«Avec le projet du Réseau Oncologie, on espère pouvoir délimiter des temps où on puisse se voir et discuter ensemble des situations. Ce qui est difficile aussi en Valais, c'est ce côté multi-sites. Il faut qu'on imagine quelque chose sur chaque site, car les patients cancéreux sont pris en charge sur chaque site. On essaie d'améliorer la manière de travailler, de mettre les choses ensemble, de collaborer, et d'avoir du temps pour parler autour du patient» (Répondant # 22).

Cependant, le temps disponible pour de tels réseaux n'est pas suffisant et il est très difficile de trouver des plages horaires qui conviennent à tout le monde. Malgré la reconnaissance du modèle collaboratif, il existe des barrières pratiques qui font que les réunions ne sont pas faciles à organiser lorsque plusieurs professionnels sont impliqués. La coordination des services et la clarification des rôles et responsabilités de chacun en fait partie.

«Je pense que ça aussi c'est des choses nouvelles par rapport à un travail en réseau, c'est qui fait quoi dans un réseau. Et il y a aussi vraiment des craintes qu'on soit sur des terrains communs, ce qui n'est pas le cas. C'est justement le principe de temporalité dans la prise en charge et les limites des mandats de chacun qui sont soulevés. On a des mandats différents, mais nous en tout cas notre optique, c'est de la complémentarité dans cette approche temporelle. Et ça je pense que maintenant, de part cette vision, ce nouveau travail en réseau va faciliter la collaboration des acteurs plus résistants. Ils seront obligés de dire qui fait quoi.

Un acteur ne peut pas tout faire et ça par rapport à une certaine logique médicale, c'est en train de changer. Mais ça précise aussi, ça nécessite que chaque acteur du réseau doive pouvoir dire quelles sont ses compétences et à quel moment de la prise en charge il intervient» (Répondant # 71).

Un tel modèle de prise en charge en réseau se développe également dans les CCPP, qui cherchent à mettre en place une organisation des soins centrée autour du patient.

«On doit obligatoirement solliciter les réseaux de personnes qui ont des liens significatifs avec la personne en souffrance. Et ça c'est compliqué parce que ça suppose de savoir jusqu'où je peux aller dans mes compétences, dans ce qui m'a été attribué comme fonction ou comme tâches. Et puis à quel moment je dois aussi tenir compte des compétences des autres. Et puis à quel moment faire le lien, entre mes compétences et celles des autres. Évidemment, toujours en mettant au centre celle qui souffre. Donc, ça suppose une organisation très complexe des soins actuellement relevant de la psychiatrie. Et on est dans une phase quasi expérimentale ou on cherche un modèle. Parce que les modèles existent, mais ça reste des modèles qu'on peut appliquer dans une certaine région géographique, parce que la culture s'y prête, parce que les habitus s'y prêtent. Mais ici, en Valais, avec ses vallées, avec ses coutumes, avec ses traditions, avec ses normes etc. il faut inventer quelque chose adapté aux besoins des valaisannes» (Répondant # 75).

Bref, la majorité des professionnels semblent reconnaître l'importance de cette communication et d'une telle collaboration interprofessionnelle, sur la base de relations dyadiques ou sur la base de fonctionnements en réseaux.

Il serait difficile de trouver un médecin qui peut être le gardien d'un parcours thérapeutique en santé mentale, et qui posséderait les connaissances nécessaires pour assurer la continuité de la prise en charge. Les problèmes relatés par les professionnels se situent plus au niveau systémique. Les nouvelles coordinations entre les divers services, les systèmes informatiques et communicationnels, ainsi que la qualité des relations dans les réseaux posent problème. On décrit un système de soins morcelé et on regrette parallèlement le morcellement du patient. On tend vers une compréhension plus globale du patient avec une continuité de la prise en charge, mais les structures en place ne permettent pas encore la continuité des liens. Le sentiment de manque de reconnaissance est compréhensible dans une phase de mise en place d'un réseau, où la reconnaissance des compétences est précisément en train de se développer, en même temps que les rôles se négocient.

Un aperçu d'ensemble, recensant toutes les institutions et leurs compétences respectives en lien avec la santé mentale (par ex. un site web) fait défaut. Ceci complique la prise en charge adéquate et rapide des personnes concernées ainsi que le travail en réseau.

5.5 Besoins de formations

Considérant ces problèmes de santé mentale et sociale en Valais, face aux besoins ressentis par les professionnels dans le cadre de leur pratique professionnelle, nous avons demandé aux répondants si, dans un tel contexte, pour relever de tels défis, ils pensaient avoir des besoins particuliers en termes de formation. Les besoins de formations identifiés sont nombreux et

diversifiés en particulier les besoins en matière de formation continue. Les médecins ont besoins de formations continues pour se tenir à jour face aux nouvelles pratiques et pour renforcer le travail de collaboration dans les prises en charge sur le terrain. Les psychologues et psychothérapeutes reconnaissent aussi de tels besoins, même s'ils recherchent surtout des formations continues par rapport à leurs orientations théoriques et leur école de pensée thérapeutique. Pour suivre l'évolution des études dans les domaines spécialisés, il est impératif de développer des formations continues pour les professionnels. Plusieurs formations sont déjà offertes. En Valais, il y a notamment la LVT qui organise les «Forums drogues et autres dépendances», la Haute Ecole Pédagogique (HEP) qui offre des formations post-graduées ou encore les IPVR, qui sont partenaires pour les formations post grades en psychiatrie et psychiatrie de la personne âgée. Presque toutes les associations professionnelles ont des offres de formation au niveau de la Suisse Romande.

Dans le Haut-Valais, le PZO offre régulièrement une formation interne ainsi que des formations ouvertes aux institutions extérieures. Les formations en Suisse Alémanique (Berne, Zürich, etc.) sont également suivies régulièrement par les professionnels. Les gens se déplacent rarement pour une formation dans le Valais Romand, la barrière de la langue étant un facteur limitant.

Les exemples de besoins ne manquent pas dans les discours des répondants.

Nous ne nous donnerons pas comme mandat de citer l'ensemble des exemples de formation qui ont été abordés par les répondants. Nous en présentons tout de même certains, afin d'illustrer l'importance que la formation continue prend pour ces professionnels et l'ampleur des enjeux de la formation.

--Les médecins ont souvent fait référence à des besoins de formation en toxicomanie. Ils parlent de l'importance du groupe Medrotox pour apprendre à gérer les situations de toxicomanie et rester au courant des nouvelles pratiques. *«Moi, je n'ai jamais eu une formation de ces problèmes là, parce que ce n'était pas dans ma formation. On connaît à peine les toxicomanies et donc je me suis formé en cours d'emploi si on veut dire. Dans une formation d'abord sur le tas, avec les toxicomanes, et puis ensuite en lien avec les médecins dans le groupe Medrotox»* (Répondant # 9).

--La formation pour la prise en charge psychiatrique dans les soins d'urgence en serait à ses tout débuts en Suisse. Il y a un besoin de développer ce genre de formation spécialisée. *«Il n'y a pas de formation pour les urgences psychiatriques hospitalière par des spécialistes. Alors qu'aux Etats-Unis, par exemple, ce n'est pas le plus petit chapitre des livres d'urgence. Les urgences étaient pensées comme lieu de passage vers des spécialistes. Donc c'est une pratique nouvelle, la médecine d'urgence, en Suisse, qu'on est encore les seuls en Suisse à faire dans cette forme»* (Répondant # 18).

-- Il y aurait un besoin de formation post-graduée pour les professionnels de la santé mentale afin de leur permettre de rester informés des nouvelles approches et pratiques en lien avec la schizophrénie ou d'autres maladies psychiques.

«Je pense qu'il y aura besoin de formation post-graduée. Par exemple la schizophrénie : trop de médecins, y compris des psychiatres, perçoivent la schizophrénie comme maladie inévitable, chronique, invalidante. Or la moitié des malades guérissent. Alors c'est clair que si vous vous occupez d'un schizophrène en étant convaincu qu'il va toujours rester schizophrène et malade, c'est clair que vous n'allez pas l'aider à aller mieux. Par contre si vous portez sur lui un regard d'une personne avec des ressources, avec des capacités, avec la possibilité d'évolution pour autant qu'on mette les moyens pour ça, il y a de bonnes chances qu'il guérira. Et ce n'est pas vrai que pour la schizophrénie, c'est vrai pour beaucoup de troubles psychiatriques» (Répondant # 20).

--Les formations spécifiques pour les spécialistes en psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée sont nécessaires pour développer les compétences dans ce domaine.

«Un problème c'est qu'on n'a pas suffisamment de psychiatres qui s'intéressent aux personnes âgées. Actuellement, en Suisse, il faut vérifier, il y a même une centaine de psychiatres formés dans le domaine de la psychiatrie et la psychothérapie de la personne âgée. Et c'est un titre qui existe depuis quatre ans. En Valais actuellement, on est en train d'obtenir le titre. C'est aussi l'idée d'avoir des gens qui s'installent après et qui auront cette compétence-là. Après, l'autre domaine, c'est qu'on a besoin de spécialistes qui peuvent aussi encadrer et superviser les gens qui peut-être n'ont pas le titre, et la formation complète, mais qui sont psychiatres, psychothérapeutes, ou psychologues» (Répondant # 10).

--Les médecins généralistes auraient besoin d'une meilleure formation pour ce qui a trait à la prescription de médicaments pour les problèmes de santé mentale. «Ca m'arrive de demander qu'un patient soit vu par un psychiatre parce que j'ai des doutes lorsqu'il s'agit possiblement de prescrire des neuroleptiques. Ce n'est pas toujours aussi simple que pour les antidépresseurs ou les anxiolytiques» (Répondant # 2).

En particulier, les médications pour les personnes âgées posent problème.

«Parfois face aux personnes âgées, on a l'impression que les médecins généralistes sont peu informés de ce qui se fait, des possibilités, des types de traitements, l'adéquation avec la pathologie. Alors on a 1 ou 2 médecins qui sont des spécialistes en gériatrie qui ont l'habitude, qui connaissent et là, c'est souvent plus facile. Et pour d'autres, il semble qu'ils n'ont pas la maîtrise de tous ces traitements, des dosages adaptés aussi aux personnes âgées et on va aussi plus à tâtons. C'est vrai que des fois c'est un petit peu difficile parce que pendant ce temps les situations s'aggravent et on essaie de solutionner comme on peut» (Répondant # 57).

--Il y aurait un besoin de formation continue pour la police ainsi que les gardiens dans les prisons. «On va toujours mettre la veste de sécurité pour ne pas être blessé quand il y a une détresse qui s'exprime par la violence envers soi par un détenu. Mais ça, ce n'est pas un comportement qui sert à grand chose. Alors, il faudrait une assistance psychiatrique pour le personnel, pour leur dire comment pouvez-vous réagir dans cette situation ? Comment vous pouvez faire ? Qui pouvez-vous appeler ? Ça manque» (Répondant # 32).

„mit der Polizei bin ich immer wieder im Klinsch, da muss ich sagen, es gibt solche, die die

Sensibilität haben und andere, die überhaupt keine Sensibilität haben. Sie verstehen nicht, dass ein Suchtproblem ein medizinisches Problem ist und nicht ein Verbrechen. Sie können viel kaputt machen, wenn sie einen Süchtigen mit physischer und psychischer Gewalt erniedrigen Ich denke schon, die Polizei ist A zu wenig ausgebildet und B auch zu wenig bezahlt“ (17)

Avec la police j'ai eu plusieurs conflits. Il y en a qui ont la sensibilité adéquate, d'autres ne l'ont pas. Ils ne comprennent pas qu'un problème de toxicomanie est un problème médical et non un crime. Ils peuvent détruire beaucoup en humiliant un toxicomane de manière physique et psychique. Je pense que les policiers sont mal formés et aussi mal payés» (Répondant # 17).

--La formation continue envers les cadres est essentielle dans la prévention du harcèlement (*mobbing*). *«La conseillère sociale a même comme mandat de mettre régulièrement sur pied des formations continues en lien avec le mobbing. Et c'est vrai que cette année on a fait une sensibilisation dans le cadre des 10 ans de notre bureau. On a proposé à toutes les personnes qui s'occupent de ressources humaines, une formation sur une journée où le thème c'était démêler le vrai du faux : tout n'est pas mobbing mais qu'est-ce qu'on fait, où on met la limite, quand est-ce qu'on intervient ? On s'est rendu compte que plus vite on peut intervenir sur un conflit, plus on a de chances de trouver une solution et que ça ne dérape pas plus loin» (Répondant # 33).*

--La formation sur les abus sexuels, la maltraitance et la violence conjugale pour mieux comprendre les victimes et pour mieux dépister les manipulations. *«Mon intérêt pour les abus sexuels, pour la maltraitance, remonte à mon expérience en psychiatrie en fait, quand j'étais infirmière en psychiatrie. On avait des patients qui étaient hospitalisés pour des raisons qui avaient plus à voir avec les abus. Et puis, on était vraiment très limités dans les réponses qu'on pouvait apporter par rapport à ces souffrances. Là aussi, autant en tant qu'infirmière qu'en tant que médecin psychiatre. Après vient le problème de manipulation, c'est aussi quelque chose, ça c'est fait plus tard, parce que justement je me suis rendue compte qu'il y avait des limites sur ce point-là. Je me suis formée et donc maintenant c'est vrai que je lis les situations un peu plus clairement. Et je peux mieux soutenir des personnes qui font face à des manipulateurs ou des comportements de manipulation que ce soit sur le plan professionnel ou interfamilial» (Répondant # 28).*

--Les professionnels dans les CMS auraient besoin de formations spécifiques pour les différentes problématiques rencontrées sur le terrain. Les travailleurs sociaux ont besoin de formation concernant la détection des problèmes liés à la santé mentale, voire les problématiques en lien avec la violence conjugale. Les infirmières ont besoin de formation continue en psychiatrie pour répondre aux besoins des équipes soignantes et des patients. Les travaux réalisés dans ces formations permettent un espace de réflexion sur la pratique qui est souvent un moteur pour améliorer les prises en charge sur le terrain.

-- La médiation dans les écoles a besoin d'être soutenue par une formation globale sur la culture de la médiation. *«D'ailleurs dans l'évaluation qu'on avait fait l'autre année face aux formations, dans nos conclusions on proposait justement de faire à la HEP une formation globale, une formation très générale pour tous les enseignants à la culture de la médiation, à*

la culture d'établissement et puis de faire une formation plus spécifique mais qui soit faite aussi par la HEP avec notre concours» (Répondant # 40).

--Les enseignants évoquent des besoins de formation face à des problématiques nouvelles d'hyperactivité, de troubles du comportement.

«J'avais animé au cycle de Conthey pendant une année scolaire, un groupe d'enseignants qui était intéressé par les problématiques actuelles, c'est-à-dire l'hyperactivité, la surdouce et les troubles de comportements en classe. Et on avait travaillé sur comment l'enseignant peut agir dans ces situations et aussi la collaboration avec les parents. Très clairement le service a un mandat à ce niveau-là, il a un mandat de prévention et de formation. Peut-être qu'une année on pourra consacrer plus de temps à faire avec les crèches, une prévention pour le développement du langage et une autre année, on pourra aller dans un cycle faire une animation pour des enseignants spécialisés, à part la formation des médiateurs» (Répondant # 29).

--Sous forme de jeux de rôles, les professionnels se retrouvent eux-mêmes dans le rôle du patient. Cette méthode représente une bonne manière de s'entraîner pour la gestion des cas lourds. Mais ces jeux de rôle permettent également aux professionnels de développer une approche centrée sur les patients.

--Enfin, en lien avec le développement des approches collaboratives et des réseaux de professionnels, un besoin de formation pour les membres d'équipes interdisciplinaires a été mentionné.

«Oui, l'efficacité des traitements ne se réduit pas au traitement médicamenteux. C'est aussi un médicament mais c'est surtout les approches différentes et différentes manières de venir en aide, de soigner et de donner l'assistance nécessaire à des patients qui auraient besoin, par exemple de soins à domicile. Mais cette forme d'intervention suppose une coordination entre un médecin psychiatre, un médecin généraliste, une équipe de soin mobile, d'infirmiers, de médecins, de psychologues par exemple. Et ça c'est des modalités de traitement qui demandent une formation collaborative. Mais beaucoup de gens n'ont pas encore acquis en fait ces habilités-là, quoi. C'est un gros effort de mise en œuvre de ces nouvelles conceptions ou manières de faire qui sont bien loin d'être acquises, qui supposent un gros effort de formation. Mais formation veut dire : il faut des gens qui les fassent. Il faut des gens qui les pensent, qui les rédigent, qui les conceptualisent, qui les diffusent. Et moi, dans ma situation, je n'ai strictement aucune disponibilité pour le faire» (Répondant # 20).

Conclusion

Il ressort de ces exemples et des discours des professionnels que la formation continue est reconnue comme importante, incontournable. Elle est garante d'une qualité de prises en charge dans toutes les sphères d'activité. On invoque donc le besoin d'espaces de formation permettant aux professionnels d'approfondir les problématiques spécifiques rencontrées dans leur pratique, mais aussi de formations qui les habiliteront à mieux collaborer avec les collègues d'autres professions.

Par contre, il est important de noter que ces besoins de formations continues dans le champ de la santé mentale et de la toxicomanie, s'expriment dans un contexte général ou plusieurs confirment que l' «on comprend mal la psychiatrie. Il y a un grand travail à faire pour rétablir la confiance dans les soins psychiatrique». Si ces formations passent par des acquis de connaissances et d'expertises, elles devraient aussi aller de pair avec un travail fait par la psychiatrie sur sa propre image.

«Oui, il y a une chose que je trouve très, très importante, c'est de faire tout pour que la confiance existe à l'égard des institutions de psychiatrie ou des psychiatres, parce qu'il y a la tendance souvent de dire les psychiatres sont encore plus fous que les malades. Je crois que là, il faut expliquer aux gens. Les gens sont méfiants face aux traitements psychiatriques. Ils sont méfiants face aux multiples écoles. Il y a tellement de traitements d'inspiration différente dont on ne connaît pas très bien les racines que le patient lui-même est perdu. Alors, il faut recommencer à rétablir la confiance» (Répondant # 19).

En Valais comme dans plusieurs autres sociétés, la psychiatrie souffre d'un problème d'image en tant que profession, voire en tant que «science». L'éclatement en plusieurs écoles de pratique peut donner une impression d'incohérence. Et ce problème d'image prend une dimension toute particulière considérant que les interventions en santé mentale doivent faire face à de nombreux préjugés et représentations négatives des troubles mentaux dans la population générale. Le pas vers un «psy» est perçu comme échec personnel à la fin d'une longue histoire de souffrance. Malgré tout, l'image de la psychiatrie semble s'être améliorée au cours des dernières années.

CHAPITRE 6. ADÉQUATION DE L'ACCÈS AUX RESSOURCES INSTITUTIONNELLES

Nous avons demandé aux répondants si l'accès aux ressources institutionnelles était adéquat pour répondre aux problèmes de la clientèle et quelles sont les ressources qui font le plus défaut. Nous avons aussi voulu savoir comment ils qualifiaient la collaboration avec les autres ressources institutionnelles face aux problèmes de santé mentale. Enfin, nous avons questionné les professionnels par rapport aux actions qui devraient, selon eux, être entreprises pour améliorer ces collaborations. Le présent chapitre a pour but d'exposer les problèmes institutionnels, les problèmes de collaboration interinstitutionnelle, les besoins en termes de création de services mais aussi les expériences positives de collaboration perçues par les intervenants rencontrés.

6.1 Quelles sont les ressources institutionnelles qui font actuellement le plus défaut pour répondre aux divers besoins des clientèles en matière de toxicomanie et de santé mentale ?

De façon générale en Valais, et comme on pouvait s'y attendre, plusieurs professionnels invoquent le manque de ressources institutionnelles pour faire face aux multiples besoins des clientèles. Nous en rapportons ici quelques exemples.

6.1.1 Le champ de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie

Pour les médecins psychiatres, il s'avère que **le Valais manque d'infrastructures institutionnelles complémentaires à la prise en charge thérapeutique**. Que ce soit pour les enfants ou les adultes, concernant les hôpitaux de jour ou les jardins d'enfant thérapeutiques, les répondants affirment que les places en institution manquent dans tous les domaines. Or, les centres de jour ou hôpitaux de jour pour les patients psychiatriques sont complémentaires aux consultations psychiatriques, et ces lieux de rencontre ont aussi l'avantage de renforcer les liens sociaux des patients.

«Il y a des choses à Sion mais pour beaucoup de patients ce n'est pas possible d'aller jusque là-bas, de faire le déplacement, les frais et aussi dans la pensée, ce n'est pas possible d'aller aussi loin pour faire quelque chose. Il manque des lieux de rencontre ; à un moment donné, il y avait un hôpital de jour, un centre de jour ici en ville et ça m'a toujours frappé la manière dont ça crée des amitiés pour toujours. Les patients ont pu vraiment créer des liens et on les voit aujourd'hui encore ensemble, donc ça leur a quand même apporté quelque chose dans la socialisation. La prise en charge psychiatrique ne peut pas apporter tout ça, il faut plus d'ouverture dans la vie quotidienne» (Répondant # 16).

Ce manque de ressources fait que les prises en charge sont plus lourdes pour les professionnels. Le manque de ressources en institution pour le suivi quotidien des patients est peut-être un facteur important freinant l'installation de jeunes médecins en Valais. Certains ont expliqué que la prise en charge thérapeutique était beaucoup plus difficile quand les ressources des partenaires institutionnels n'existent pas pour compléter les prises en charge.

Les tuteurs déplorent la courte durée des hospitalisations de leurs pupilles et la difficulté du suivi à long terme. De plus, il est difficile pour les tuteurs de travailler avec des patients qui ne collaborent pas lorsque l'hospitalisation s'avère nécessaire.

«Donc, c'est vrai que la situation de la psychiatrie, (là je parle vraiment pour moi, mais c'est un avis qui est aussi partagé par mes collègues), elle s'améliore un tout petit peu. Mais il y a très peu de psychiatres et à notre avis, il manque souvent un travail sur le long terme. Les gens sont hospitalisés de force, en non-volontaire, ce qui nous arrive régulièrement. Et au bout de 2 jours, l'hôpital les laisse sortir parce qu'ils veulent travailler sur une alliance. De l'autre côté comment faire alliance, si le psychiatre change très régulièrement ? Après nos pupilles arrivent ici et ils sont toujours aussi mal que quand on est allé les chercher de force à la maison. On a certaines situations où les gens font des allers retours incessants à l'hôpital et il n'y a pas de projets à long terme. Qu'est-ce qu'on peut mettre en place avec cette personne là mais pas seulement sur ces 2 jours-là d'hospitalisation ou ces 3 jours, mais sur plus long terme» (Répondant # 64).

Les infrastructures en pédopsychiatrie

Les perceptions des professionnels concernant la pédopsychiatrie en Valais sont polarisées. Certaines personnes trouvent qu'il y a un manque d'accompagnement médical important dans les pathologies liées à la santé mentale. Ils attribuent ce manque à une philosophie de la famille qui ne reconnaîtrait pas les maladies psychiques de l'enfant. Il semblerait qu'il y a une compréhension du mal-être de l'enfant qui est plutôt liée à une vision psycho-éducative dans le canton du Valais. Cette vision a influencé la manière dont le canton a organisé les services et les prises en charge.

D'autres professionnels ont développé un réseau qui leur permet de trouver des solutions lors d'urgences ainsi que pour des prises en charge à long terme. En bref, les perceptions des professionnels sont divisées quant aux besoins de la pédopsychiatrie en Valais.

«Dans la prise en charge au quotidien il faudrait une prise en charge de l'enfant du point de vue thérapeutique mais avec un accompagnement d'autres offres de service. Il y a des enfants qui sont dans des difficultés telles qu'il ne suffit pas d'un pédopsychiatre ou d'un psychologue ou d'un psychothérapeute. Quand je dis un service c'est un hôpital de jour, un jardin d'enfants thérapeutique. Je parle de tout petits, c'est un jardin d'enfants thérapeutique qu'ils ont besoin. Et après un hôpital de jour et ça peut être un centre de soins mais pas seulement depuis 13-14 ans. Il y a des enfants de 10 ans qui en auraient besoin de ces structures» (Répondant # 4).

Le manque d'infrastructures pour les adolescents influence la qualité de la prise en charge, dans la mesure où les lieux ne sont pas perçus comme étant adaptés à la spécificité de leur âge. *«Il y a un problème par rapport aux jeunes et aux adolescents. On peut toujours les hospitaliser mais, le contexte idéal pour eux, ce n'est pas l'hôpital» (Répondant # 7).*

Les professionnels font des comparaisons avec d'autres cantons afin d'évaluer les ressources disponibles en Valais. Des personnes ayant une longue expérience thérapeutique en Valais expliquent que la créativité et la bonne volonté des professionnels à trouver des solutions est

limitée. Ils estiment qu'il faut reconnaître le manque d'effectifs dans les services. **Les structures hospitalières en Valais pour la pédopsychiatrie sont carencées**, le professionnel suivant l'explique : *«Il n'y a quand même pas de miracle, si la prime des caisses-maladies en Valais est une des plus basses de Suisse; c'est parce qu'on n'offre pas la même chose qu'ailleurs. Les enfants malades psychiquement et les familles avec enfant malade psychiquement ça n'a jamais été un sujet. Je ne sais pas à quoi c'est lié. Peut-être c'est lié à cette idée de famille, qu'on va tout résoudre dans la famille, mais c'est gravement carencé»* (Répondant # 12).

La restructuration des hôpitaux psychiatriques avait pour but d'offrir plus de prestations dans les services ambulatoires. Actuellement, il est encore difficile d'évaluer si des ressources manquent, comme la pédopsychiatrie est en pleine mutation. Par conséquent, il n'est pas encore possible de répondre à toutes les demandes.

«Vous ne pouvez pas répondre à cette question uniquement de la manière théorique parce que les ressources ne peuvent être qu'en fonction des demandes. Je veux dire, il y a une relation interdépendante entre ressources et demandes et quels types de demandes on fait et quelles sont les priorités et ainsi de suite. Pour la pédopsychiatrie je parle de la situation actuelle, nous sommes dans une phase de mutation ou en tout cas de mise en place d'une offre qui réponde à la population globale de tout le Valais. C'est sûr que du moment où on voudrait répondre à toutes les demandes, on pourrait dire que les ressources ne sont pas suffisantes parce qu'il y a beaucoup de mutations : c'est un chemin qui est en train de se construire qui est complexe en particulier au niveau de la réponse ambulatoire» (Répondant # 24).

De même, les médecins ressentent que les infrastructures intermédiaires sont souvent mieux adaptées. Ils trouvent qu'il est souvent préférable de garder le patient à la maison quand les réseaux familiaux et sociaux le permettent. Cependant, ils déplorent que les prises en charge en psychiatrie à l'hôpital de jour soient difficiles. *«Et avec la possibilité d'un hôpital de jour aussi, il faut voir maintenant comment on pourra utiliser ça dans des situations intermédiaires nécessitant pas forcément l'hospitalisation. On aimerait si possible que ça soit le plus souple possible parce que c'est vrai que pour obtenir une hospitalisation à l'hôpital de jour à Martigny en psychiatrie, c'était la croix et la bannière, quasiment. Il fallait presque passer par une hospitalisation avant, en stationnaire, pour pouvoir arranger quelque chose là-bas»* (Répondant # 15).

Notons toutefois en terminant que le Haut-Valais se démarque par une situation particulière. Un seul psychiatre travaille en cabinet privé. Les autres travaillent pour la psychiatrie publique au sein du PZO. Un tel «manque» de professionnels hors institution (psychiatres, psychologues) ne se retrouve nulle part en Suisse. Par contre, le PZO comprend, entre autres, un service de consultation psychiatrique ambulatoire assez important qui couvre les besoins de la région en la matière. En principe, les patients ont la possibilité de voir un thérapeute assez rapidement (environ 1-2 semaines de délai d'attente). En cas de crise, la personne en souffrance n'a cependant pas le choix du psychiatre qui sera responsable de sa prise en charge. Un séjour psychothérapeutique en Suisse Alémanique n'est souvent pas pris en charge par les caisses maladies pour les patients haut-valaisans.

Le nombre restreint **de psychiatres** dans le Haut-Valais pose en plus un problème en cas **d'expertise**. Souvent, le patient connaît non seulement les psychiatres du PZO, mais aussi le psychiatre privé. Dans ce cas, il est difficile de trouver un expert neutre.

6.1.2 Les institutions, hôpitaux, et EMS pour les personnes âgées

Plusieurs répondants parlent d'un manque de places dans les hôpitaux, les institutions, et les EMS pour les personnes âgées prises en charge par la psychiatrie. Le récit de ce médecin illustre les difficultés rencontrées par les professionnels lorsqu'il s'agit de gérer les prises en charge des personnes âgées qui ont des pathologies physiques et psychiques. Les interfaces entre les institutions ne sont pas faciles quand les médecins ont un patient fragilisé psychiquement. Les prises en charge sont souvent fragmentées et la continuité de la prise en charge hospitalière et institutionnelle n'est pas évidente. De plus, les listes d'attente pour rentrer dans les EMS compliquent les sorties d'hôpitaux lorsque la personne n'est plus apte à assumer sa vie de manière indépendante.

«Prenons le cas d'une personne âgée qui a la maladie d'Alzheimer qui évolue depuis plusieurs années, et puis qui a fait un infarctus, mais qui a plus de 80 ans. On l'a gardée quelques jours et puis après on la ramène à la maison, car le problème de l'infarctus était résolu. Alors, manifestement, c'est ce que m'a répondu l'assistant, «non, le problème de l'infarctus est résolu». Mais j'ai dit, «regardez-voir le statut psychique, les troubles psychiques. A mon avis elle n'est plus capable de rentrer seule à son domicile». Elle a passé par la fenêtre à l'hôpital, mais j'ai dit «et vous interprétez ça comment ?» C'est là le problème. Il commence à y avoir une pression pour réduire la durée des séjours. Je pense qu'on peut nettement améliorer la collaboration avec les hôpitaux. On est souvent averti trop tard des sorties des patients. Alors, je pense qu'il y a sûrement du progrès à faire. Cette dame on l'a inscrite dans un EMS il y a deux ans. Elle arrive en tête de la liste. La il y a un délai de deux semaines à trois mois avant qu'elle puisse entrer à l'EMS et oui, l'hôpital aimerait bien qu'elle sorte rapidement» (Répondant # 6).

Souvent, les hospitalisations se prolongent parce qu'il manque de places en institution. Or, les hôpitaux ne sont souvent pas l'endroit idéal pour la prise en charge des patients dès que le problème médical est résolu. Le manque d'institutions adaptées pour les personnes âgées pose un problème qui va s'accroître, car le changement démographique prévoit une augmentation de personnes âgées dans l'avenir. Cependant, les institutions ne sont actuellement pas équipées pour répondre aux besoins de la population. *«Alors ça arrive oui qu'il y ait des attentes, il y a des listes d'attentes qui sont quand même assez importantes dans les cliniques C'est vrai qu'il y a des gens qui sont en situation de placement qui n'ont pas de place donc l'hospitalisation se prolonge» (Répondant # 57).*

Un grand malaise pour le PZO réside dans le fait que les personnes âgées souffrant d'une dépression partagent la même infrastructure que les patients déments, ce qui constitue des circonstances très difficiles à supporter pour les clients dépressifs.

„Was ich immer noch als Malaise empfinde in der stationären Therapie, das ist die Psychogeriatric. Wo natürlich Depressive und schwer Demente zusammen sind, das ist dann für Depressive manchmal fast eine Zumutung“ (3)

„Un grand malaise à mon avis sont les lieux de thérapie en psychogériatrie. Là cohabitent les personnes dépressives et les patients déments. Cette situation n'est parfois pas acceptable pour les personnes dépressives» (Répondant # 3).

Certaines entrevues, en particulier dans le Haut-Valais, posent aussi la question de la prise en charge des toxicomanes âgés. Il n'existe pas d'institutions appropriées même si le nombre de cas semble en progression constante.

6.1.3 Les institutions non médicales

Les institutions scolaires ont le mandat d'instruire les étudiants, mais elles sont aussi concernées par la santé mentale des élèves. Il existe une grande frustration lorsque les problèmes repérés par les professionnels sur le terrain ne sont pas correctement pris en charge par les services appropriés. Les professionnels ont relaté que les situations lourdes qui se révélaient dans le contexte de l'école n'étaient pas toujours bien gérées par les services identifiés pour assurer le relais. Le délai d'attente est parfois trop long pour les jeunes avec des problèmes repérés à l'école. *«Alors, il y a des institutions avec lesquelles on peut très bien travailler, ça marche très bien, et d'autres où c'est trop lourd. C'est trop étatique et ça prend trop de temps. C'est une frustration pour nous parce qu'on nous demande de bien faire le travail de repérage. On cerne bien le problème, pour savoir qu'après il y a de longs délais d'attente et puis l'élève est laissé finalement de nouveau avec ses problèmes. Ça ne joue pas du tout» (Répondant # 54).*

Les difficultés liées au comportement des jeunes à l'école semblent augmenter, les professeurs investissant leur temps dans des projets novateurs concernant l'amélioration de la qualité des établissements scolaires, sont souvent démoralisés car ils ne se sentent pas soutenus par le département de l'instruction publique dans leurs efforts pour développer des réponses en rapport aux problématiques actuelles. Il manque donc des ressources pour les projets dans les établissements scolaires. *«On a fait une étude précise de toute la situation de l'école, on a fait une demande, on a été voir l'instruction publique. Ils nous ont entendus. On a présenté le dossier. On a fait la demande. Sur les six heures de médiation demandées on en a obtenu 0. Et sur les 13 heures de maître d'appui qu'on a demandées, on en a eu 0. Donc, on a été très déçu là. Donc on voulait avoir des moyens, pour anticiper tous ces problèmes d'élèves difficiles à l'école, et on n'a malheureusement pas eu tout ça» (Répondant # 68).*

Les services de prises en charge de l'État : psychologues et logopédistes

Les services manquent de psychologues et de logopédistes. Ils n'arrivent pas à suivre les demandes. En outre les délais de rendez-vous pour les situations repérées dans les écoles sont jugés parfois trop longs. Les professionnels sont unanimes, les ressources pour les jeunes valaisans manquent. Souvent, les patients recherchent des professionnels dans le privé pour avoir un suivi plus étayé, dans la mesure où la surcharge des professionnels institutionnels fait que les rendez-vous sont trop espacés, et la durée des consultations trop courtes. Dans certains services, il n'y a pas de médecin pour diagnostiquer et coordonner les prises en charge par les psychologues. Il manque donc des professionnels médicaux dans certaines institutions. Des répondants estiment que ces services de prises en charge psychologique ont besoin de médecins formés. *«Et puis il y a des organismes à qui on délègue un peu tout. Alors que*

quelque part, quand on regarde, il n'y a pas de médecin dedans. Il n'y a pas vraiment de personnel médical adéquatement formé qui sont censés prendre en charge certaines situations données. Et ça c'est un peu dramatique» (Répondant # 21).

Les responsables dans les services régionaux affirment qu'il y a un manque de psychologues dans les CDTEA. Ils jugent qu'ils arrivent toujours à répondre rapidement aux situations de crise, mais c'est surtout le suivi à long terme qui serait difficile à organiser; en fait un tel suivi demande un nombre suffisant de rencontres dans le mois, afin d'être efficace dans une prise en charge d'orientation systémique. Ils ajoutent qu'il est aussi difficile de trouver le temps nécessaire pour les autres mandats dont ils ont la responsabilité.

«Ce qui est peut-être gênant dans notre service c'est qu'on n'a pas beaucoup d'effectif et on a fait des comparaisons avec d'autres cantons, on a quand même un effectif qui est très petit pour les mandats qu'on a, alors généralement on ne peut pas voir les gens assez souvent. Nous qui travaillons de manière systémique, ça serait quand même bien qu'au minimum chaque 15 jours on puisse revoir les parents, qu'est-ce qui s'est passé, quelles sont les conséquences des nouvelles réponses, qu'est-ce qu'ils ont pu faire et des fois c'est 3 semaines, 1 mois et des fois on se pose la question si ce rythme-là est vraiment un rythme adéquat pour mettre les graines et faire qu'elles poussent, j'ai l'impression que si les séances sont trop espacées, les gens sortent de la rencontre en disant... Mais quand ils reviennent 3 semaines après on dirait que rien n'a poussé, il faut tout recommencer et ça prend du temps » (Répondant # 39).

Il ressort également qu'il n'est pas évident de trouver des professionnels pour le suivi des situations lorsque les CMS repèrent un besoin dans leur commune ou ville. *«Il est difficile de pouvoir trouver des professionnels dans un délai acceptable. Quand je pense au CDTEA qui est un service cantonal gratuit parce que les gens n'ont pas 120.- par heure à donner à une psychologue, ce n'est pas remboursé par les caisses-maladies, donc les CMS orientent souvent ces personnes au CDTEA et ils font ce qu'ils peuvent mais ils n'ont pas toujours la disponibilité nécessaire. Je trouve qu'il manque de pédopsychiatres aussi. C'est vrai qu'on n'est pas gâté, de médiateurs, de psychiatres et d'intervenants» (Répondant # 52).*

Il y a une grande demande de suivi des enfants avec des difficultés de langage repérées dans les classes. Les responsables font de leur mieux avec les dotations qu'ils ont dans leurs services. Néanmoins, les services n'ont pas les dotations nécessaires afin de répondre aux demandes de la population dans les diverses régions. **Il manque de logopédistes.** *«Je vois par rapport aux troubles du langage, j'ai deux logopédistes à mi-temps pour tout le district de Sierre. Il y a plusieurs situations qui sont signalées, des situations graves. On est vite à court de ressources, on n'arrive pas à suivre la demande. Mais surtout : Il y a eu un changement par rapport à l'organisation des prestations de la logopédie. Avant, c'était pris en charge par l'AI. Et maintenant c'est pris en charge par le canton. A Sion, la plupart des logopédistes installés ont dû fermer leur cabinet» (Répondant # 40).*

Les institutions spécialisées pour la problématique des femmes battues

Concernant les ressources institutionnelles pour les femmes battues, le manque de ressources d'hébergement et de ressources professionnelles se fait cruellement ressentir selon des intervenants. Des situations à risque ne sont pas faciles à gérer, les infrastructures intermédiaires étant insuffisantes. La collaboration interinstitutionnelle n'est pas toujours efficace et la communication interdisciplinaire serait difficile à établir. Certaines informations délicates ne peuvent pas être partagées car elles relèvent du secret de fonction. Il manquerait donc de ressources pour les prises en charge des victimes de violences. *«Nous passons dans les foyers qui s'occupent de femmes battues, mais on ne peut pas faire un travail en profondeur avec nos ressources à disposition. Quand je vois ce qui se passe dans d'autres cantons je trouve que nous sommes démunies»* (Répondant # 67).

Les professionnels déplorent ce manque d'hébergements d'autant plus qu'ils estiment que le lieu d'accueil a une influence importante sur la prise en charge. Un hébergement spécialisé pourrait renforcer la collaboration et mieux répondre aux besoins d'accompagnement et de sécurité des femmes qui vivent des situations de crise et qui sont souvent avec des enfants en bas âge.

«Ce qui manque à mon sens en Valais, c'est des structures d'hébergement professionnelles où il y a des professionnels qui travaillent ; parce que je trouve que c'est important d'avoir un soutien même au sein de l'hébergement. Dans les foyers, il y a des bénévoles, vraiment ils font un travail très important et du mieux qu'ils peuvent. Les sœurs du foyer à Martigny, ce n'est pas que je critique leur travail bien au contraire, c'est très louable mais c'est vrai qu'il y a des situations qui sont dures à gérer pour elles et ces personnes peuvent s'épuiser assez facilement alors que pour des professionnels, si c'est des gens qui sont formés pour ça avec des heures de travail et un cadre assez clair, c'est plus facile pour le soutien de ces personnes. Voilà ce qui manque parce que ce n'est pas normal que les femmes doivent rester à l'hôpital faute d'autres formes d'encadrement» Répondant # 67).

A part le soutien aux victimes, il n'existe pas de programme de suivi pour les personnes violentes. Ceci vaut pour les hommes comme pour les femmes, les deux pouvant être soit victime soit coupable.

„Für die Opfer gibt es die Opferhilfestelle, an die man sich wenden kann, es gibt das Frauenhaus. Für die Täter fehlt das. Ich meine, für einen guten Opferschutz ist vielfach auch Täterarbeit nötig. Es gibt ausserkantonale auch teilweise Stellen, wo klar Beratungsstellen für gewaltausübende Menschen sind. Das müssen nicht nur Männer sein, das können auch Frauen sein“. (30).

«Pour les victimes il y a un lieu professionnel d'aide aux victimes auquel on peut référer. Il y a des centres d'accueil pour les femmes. Il en manque pour les agresseurs. A mon avis, une bonne protection des victimes doit inclure un programme pour les personnes violentes. Hors du Valais il existe des centres qui sont spécialisés pour cette clientèle. Ceux-ci peuvent être non seulement des hommes, mais aussi des femmes» (Répondant # 30).

Bénévolat

Pour renforcer les institutions dans leurs tâches (accompagner les clients chez le médecin, etc.), le bénévolat représente une ressource importante. La mentalité actuelle ne favorise plus ce genre d'activité. Les gens préfèrent travailler pour eux-mêmes, pour l'argent et surtout sans une telle responsabilité. La situation risque de s'aggraver dans le futur.

„Dazu bräuchte man freiwillige Arbeiter, die die Leute zum spazieren abholen und sie wieder zurückbringen. Doch das Problem ist, dass niemand diese Verantwortung übernehmen wird“ (31)

«On a besoin de volontaires pour promener les personnes et les ramener ensuite. Malheureusement les gens préfèrent éviter cette responsabilité.» (Répondant # 31).

„ Im Moment ist niemand fähig, das zu übernehmen. Ich frage mich, wenn ich jetzt morgen nicht mehr da wäre, dann weiss ich nicht, wer das weitermacht Es ist schwierig, jemanden zu finden, der diese Arbeit macht. Ich hoffe, vom Spital aus könnte jemand das machen, aber es ist eben auf freiwilliger Art“ (19)

«Pour l'instant personne n'est en mesure d'assumer ce travail. Je me demande qui ferait mon travail si un jour ou l'autre je partais. C'est difficile de trouver quelqu'un pour faire ce travail. J'espère que quelqu'un de l'hôpital pourrait le faire, mais ce travail n'est pas payé» (Répondant # 19).

6.1.4 Le cas des services d'urgence

Les services d'urgences manquent de ressources structurelles et professionnelles afin de mettre en place une psychiatrie de crise plus performante. Souvent, le service d'urgence est la porte d'entrée pour les personnes souffrant de maladies psychiatriques. Fréquemment, les tentatives de suicide passent d'abord par les urgences avant qu'une décision concernant la suite de la prise en charge soit prise. Mais les ressources ne sont pas toujours adaptées quand il s'agit de personnes agitées et nécessitant une surveillance adaptée.

«Mais pour nous c'est un problème en terme de ressources, parce que nous on prend tout le monde, ça c'est la mission des urgences, aucun rendez-vous, la porte est ouverte, on refuse aucun patient. Et puis la médecine au sens général catégorise les patients. Avant la médecine soignait les gens, maintenant on soigne des pathologies, et il y a des pathologies que personne, à part nous, n'accepte, alors on assume. On essaie, mais on n'a pas de ressources, on n'a pas assez de docteurs, pas assez d'infirmières pour faire une unité de psychiatrie de crise. Il y en a dans les gros centres, aux États-Unis vous savez, dans les urgences il y a le secteur psychiatrique. Aussi pour les questions de sécurité dans les grandes villes. Nous on n'a pas d'infirmières en psychiatrie comme il y a à Genève, on n'a pas un secteur collé comme au CHUV, on est trop petit. On dit qu'on est trop petit, mais on fait deux tiers des patients du CHUV avec huit fois moins de ressources» (Répondant # 18).

Certains évoquent un sentiment de «manque de respect et de considération» des uns envers les autres pour expliquer les difficultés d'accès aux ressources institutionnelles. Pour plusieurs, la prise en charge d'une manière globale au niveau institutionnel n'est pas satisfaisante. Les médecins généralistes ont de la peine à négocier des places pour leurs patients dans les hôpitaux. **Il n'est pas facile d'hospitaliser un patient.**

«Lorsqu'il y a une grosse décompensation où la personne est délirante, là on l'envoie à l'hôpital. Mais dans le cours d'un traitement, il y a un moment où on aurait besoin d'un passage à l'hôpital psychiatrique, par exemple. On a pu le faire pour plusieurs patients, mais il faut argumenter. Souvent, ça m'arrivait de descendre à l'hôpital, d'expliquer au médecin qui recevait pourquoi on voulait à ce moment-là hospitaliser la personne. [...] On a expliqué le cas, il est resté à l'hôpital, il a fait le sevrage, et ça s'est bien passé. On reçoit une bonne lettre de sortie, donc, ça nous aide, mais je pense qu'on pourrait mettre un tout petit peu plus d'huile dans les rouages. Voilà mes expériences avec l'institution» (Répondant # 6).

6.1.5 Rapport de confiance et communication

Les problèmes d'ordre communicationnel rendent encore plus difficile la gestion des crises par les professionnels sur le terrain. Dans un moment de crise, l'efficacité communicationnelle permet de trouver rapidement une solution. Les répondants ont exprimé à ce sujet leurs difficultés à trouver un interlocuteur dans les urgences psychiatriques lorsqu'il faut adresser un patient aux IPVR. **Mais ils gardent espoir dans le fait que les récentes restructurations amélioreront les moyens de communication.**

«Les urgences psychiatriques, bon maintenant je sais que les IPVR ont essayé de développer des choses avec leur fameux numéro de téléphone. Alors c'est nouveau. Il faut voir comment ça fonctionne. Il y a aussi la réorganisation des IPVR en consultation régionale. Il faut voir quel apport ça nous amènera. Ils ont eu la bonne idée de nommer tant de représentants par région, avec un interlocuteur. C'est vrai que jusqu'à présent, quand il y avait urgences psychiatriques, les équipes étaient souvent ballotées de droite et de gauche, de l'hôpital régional qui appelait l'hôpital psychiatrique, qui appelle le 144 qui leur dit d'appeler... donc souvent dans les urgences on est ballotté et après nos collaborateurs trouvent eux-mêmes les solutions pour arriver à leur fin. Alors, ça ce n'est pas toujours très optimal, mais maintenant, il y a visiblement des choses qui sont en train de bouger» (Répondant # 36).

Certains médecins psychiatres en Valais rapportent aussi qu'ils hésitent parfois à hospitaliser leurs patients, craignant l'abus. «J'essaie de garder en ambulatoire mes patients. Par contre, j'utilise plus l'hôpital de jour, ça c'est encore quelque chose d'intéressant» (Répondant # 13).

En fait, on peut entendre dans les récits des professionnels que la confiance entre les différentes institutions est difficile à établir. Certains ont témoigné d'un climat de travail insatisfaisant dans le canton du Valais.

6.1.6 Les médecins cadres

Les professionnels ont fait part des carences institutionnelles qu'ils rencontrent face à des situations quotidiennes qu'ils sont appelés à gérer. **Le Valais manquerait de médecins cadres, notamment en psychiatrie.** Les médecins cadres assurent le suivi à long terme des patients, suivi qui paraît primordial, surtout pour les situations de maladie chronique.

«Il manque cruellement de cadres, de médecins, donc, il y a trop peu de gens à hautes compétences professionnelles. Il y a pas mal de gens sur le terrain qui sont qualifiés et diplômés. Il manque d'encadrement, il manque cruellement des médecins chefs, adjoints. Ils organisent, coordonnent, planifient, conçoivent, enseignent, donnent l'exemple. Enfin, ils

donnent des informations pratiques et théoriques à beaucoup de professionnels, pas seulement aux médecins, mais à d'autres personnes. Nos capacités d'encadrement sont alors clairement et cruellement en déficit» (Répondant # 20).

Ces médecins cadres permettent un suivi à long terme des dossiers des patients ; cependant beaucoup de services emploient des médecins assistants qui font leurs stages de formation et qui sont dans un service pour une courte période. Dans les prises en charge de psycho-oncologie notamment, on remarque que l'évolution des traitements fait que les patients cancéreux deviennent des patients avec des maladies considérées comme chroniques. Cependant, **il manque de médecins cadres en oncologie pour suivre à long terme les dossiers des patients**. Ce professionnel l'atteste : *«Donc, il manquerait de médecins cadres pour pouvoir avoir ce suivi des patients surtout alors que les cancers sont maintenant souvent des maladies chroniques, pendant presque quinze ans. Et le succès du traitement dépend de la connaissance d'un dossier, surtout des limites de la personne»* (Répondant # 22).

6.2 Perceptions quant à l'adéquation des mécanismes de collaboration interinstitutionnelle. Quel est actuellement l'état de la collaboration entre les institutions ?

Les perceptions des professionnels tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des institutions sont relativement négatives concernant les liens et collaborations interinstitutionnels. Nous serions face à un manque de moyens de communication efficaces qui faciliteraient les échanges d'informations autour des patients dans le réseau de soins. La peur de la psychiatrie et des maladies psychiatriques expliquerait partiellement de telles barrières chez les intervenants en santé mentale. Trop de professionnels ont l'habitude de travailler seuls. Et souvent le réseau autour du patient ne serait pas clairement identifié.

Dans le Haut-Valais la situation semble se présenter autrement. Les institutions sont géographiquement proches les unes des autres. Cette configuration facilite la collaboration. *«Un problème essentiel c'est le manque d'informations que les professionnels ont de ce qui existe autour d'eux. Trop de professionnels travaillent seuls dans leur coin, certains volontairement parce qu'ils ne veulent rien savoir du reste, mais plusieurs par simple ignorance ou manque d'accessibilité aux autres acteurs qui sont actifs en santé psychique et mentale. Il manque de liens entre les mondes, entre la psychiatrie et les autres intervenants en santé mentale : LVT, CMS, enfin toutes les ressources socio-éducatives, et socio-sanitaires au sens large, manquent de coordination et de concertation entre tous les intervenants en santé mentale. Ce que je vois à l'hôpital, c'est qu'on n'a malheureusement pas assez de contacts, et de nature pas assez intense, avec les professionnels installés en privé, notamment les médecins psychiatres installés ou les médecins en médecine générale qui ont souvent peur de la psychiatrie, ou qui ont peur des malades tout simplement. Et cette peur est une cause importante de non accessibilité à des soins de qualité, aux bons traitements. Par absence de formations et par absence aussi de concertation voir d'intérêt pour ce qui existe ou pour ce que font les autres. Je vois beaucoup de médecins y compris hospitaliers, ambulatoires, dans tous les domaines, qui restent dans leur petit coin à faire leur petit truc tout seuls sans se rendre compte qu'autour du patient il y a déjà beaucoup de gens qui sont actifs. Et ça c'est un*

gros problème en santé mentale et en toxicomanie. Donc, pas assez de liens interinstitutionnels et entre les institutions et le monde privé» (Répondant # 20).

Il existerait de même une perception quant au fait que les gens à l'extérieur de l'institution hospitalière ne soient pas respectés, ni pris en compte. Cette appréciation des relations interinstitutionnelles a des répercussions sur la prise en charge du patient, car le patient est clairvoyant quant au manque de cohésion dans le réseau de soins. *«Je dirais que pour moi c'est très important qu'il y ait une vraie collaboration. Oui, les psychiatres de liaison, je sais qu'ils ne vont jamais casser du sucre sur moi. S'il y a quelque chose qui ne leur plaît pas dans la thérapie, c'est à moi en premier qu'ils disent, et on discute. Tandis qu'ailleurs, il y a des endroits où vraiment on a l'impression qu'on est sous l'emprise du médecin déjà au départ, enfin le patient il est mal pris, il est pris dans quelque chose où il sent qu'il n'y a pas de collaboration et ça c'est triste. J'apprécie des collaborations ou on travaille comme un vrai «team».»* (Répondant # 13).

Sur un autre plan, les prises en charge des familles confrontées à la maladie psychiatrique d'un des leurs restent difficiles à coordonner.

«Je pense qu'il faut développer les collaborations, et je ne comprends pas pourquoi ça ne se développe pas mieux, parce que ça fait très longtemps qu'on dit que c'est important de collaborer avec tous les gens qui gravitent autour d'une situation et dans la réalité ça ne se concrétise pas. [...] je trouve que les collaborations se construisent peu et je ne sais pas trop pourquoi. Alors je pense qu'on serait certainement plus efficaces si un psychiatre de Malévoz travaille avec une mère et que nous dans notre coin ; qu'on essaie de travailler avec l'enfant quant aux retombées de la pathologie de la maman et s'il y a un assistant social qui essaie de voir avec le papa comment est-ce qu'on peut faire pour organiser tout ça. [...] C'est quand même un manque d'efficacité. Pourquoi c'est si difficile de collaborer ?» (Répondant # 29).

L'absence de structures intermédiaires et de protocoles de collaboration en cas de crises freine la possibilité de prévenir les situations en amont, avec des réponses coordonnées et adéquates. Il manquerait une prise en charge intermédiaire pour les situations à risque. Les répondants ont communiqué leur besoin d'avoir un cadre sécurisant pour des prises en charge qu'ils ne se sentent pas capables d'assumer seuls. *«Il y des situations qui nécessiteraient juste un petit cadre interinstitutionnel, pour une observation, une surveillance; on n'a pas besoin de quelque chose de très lourd. Ce n'est pas toujours facile d'évaluer le risque, le risque suicidaire, le risque hétéro-agressif. Ce n'est pas toujours simple, donc ça demande parfois une institution intermédiaire, avec juste un cadre. Ça permettrait de diminuer les tensions et pouvoir donner quelques jours d'évaluation. Mais une intervention plus lourde ne serait pas nécessaire. Mais dans l'urgence on n'a pas le choix»* (Répondant # 74).

Une coordination entre les interventions de la police, des services sociaux et des services de psychiatrie pourrait augmenter l'efficacité professionnelle dans les situations où des menaces sont proférées, ou encore lorsque qu'il y a un risque de violence. Dans des situations de décompensation où la personne est agitée, voire violente, les intervenants ne peuvent pas agir seuls. Par conséquent, une clarification des rôles dans la prise en charge et la mise en place des coordinations professionnelles est demandée par tous les intervenants. Il est nécessaire

que les professionnels aient confiance dans le réseau d'intervention. Une culture de la pratique collaborative peut être efficace lorsque des situations difficiles se présentent. *«Et, on a peut-être un manque de coordination ou de communication entre services pour pouvoir s'entraider mutuellement. C'est peut-être ça la plus grande carence. La police a peut-être connaissance de certaines identités de personnes qui sont actuellement en traitement et nous l'apprenons plus tard. Ou bien les psychologues et certains services sociaux ont des informations concernant des personnes qui ont réellement fait des menaces»* (Répondant # 38).

L'accessibilité par téléphone n'est pas toujours assurée. Les tâches administratives prennent de plus en plus de temps, les horaires d'ouverture des services diminuent par conséquent. La possibilité de contacter les partenaires du réseau diminue donc aussi.

«Was mir auch auffällt ist die telefonische Erreichbarkeit von vielen Leuten. Jede Institution schränkt dies je länger je mehr ein. Ich gehe davon aus, dass jede Institution mit ihrer Arbeit am Anschlag ist und sich deshalb so abgrenzt» (12)

«Ce qui me frappe c'est que les personnes ne sont guère atteignables par téléphone. Chaque institution diminue le temps d'accès téléphonique. Je crois que chaque institution est débordée par tout ce travail et doit mettre des limites» (Répondant # 12).

Enfin, la question fut soulevée d'un manque d'espaces de formation ou d'échanges concernant la pratique. De tels espaces pourraient renforcer les liens à travers ces rencontres pour soutenir la co-construction d'une prise en charge collaborative. Il est vrai que les institutions ont déjà un rôle de formation important pour encadrer les professionnels. Néanmoins, les besoins de collaborations interdisciplinaires et la conscience de l'importance de ces modalités de fonctionnement dans les réseaux socio-sanitaires soutiennent la pertinence de ces espaces d'échange pour «apprendre ensemble».

6.3 Exemples d'expériences novatrices de collaboration.

Même s'ils n'ont pas été expressément invités à identifier des expériences positives de collaboration, plusieurs répondants en ont spontanément donné en exemples. Nous en rapportons ici quelques unes pour illustrer à la fois la pertinence de ces collaborations, mais aussi pour signifier que de telles initiatives sont déjà amorcées et peuvent servir de modèle.

A Brigue, l'infrastructure de l'hôpital psychiatrique, située à l'intérieur même de l'hôpital somatique, est unique et serait favorable à la collaboration interdisciplinaire. Il existe par exemple une collaboration facilitée entre les médecins de garde des urgences et les médecins en psychiatrie lorsque des personnes alcoolisées ou ayant commis une tentative de suicide médicamenteux se retrouvent aux urgences de l'hôpital. Ou encore la gériatrie et la psychogériatrie font des services conciliaires, où l'échange des patients d'un département à l'autre fonctionne plus facilement.

La tradition systémique, comme école thérapeutique pratiquée au PZO, existe depuis de nombreuses années. Le travail en réseau et la collaboration interdisciplinaire y seraient bien cultivés. Selon les possibilités, l'entourage familial des patients est aussi intégré à la thérapie.

Des associations se créent pour répondre aux besoins des personnes ayant des problématiques en lien avec la santé mentale. C'est par exemple le cas d'une association qui utilise des professionnels dans une approche interdisciplinaire afin de venir en aide à des jeunes en rupture.

«Notre activité est orientée vers des jeunes en apprentissage. Ce sont des jeunes en rupture qui sortent de tous les circuits des préapprentissage et des centres professionnels, donc ils se trouvent sans rien. Notre travail consiste à revoir la situation. On refait un bilan avec l'aide des juristes, parce que l'association est dirigée par un juriste. Il y a aussi des pédagogues et des enseignants, parce ce qu'il y a une remise du niveau scolaire. C'est toute une équipe très mobile. On essaye de répondre au cas par cas pour toutes ces situations. Il y a une structure générale, mais ensuite chaque cas particulier est examiné. Puis on donne la réponse particulière et singulière. C'est très souple. On aimerait que ça puisse suivre aussi avec les psychiatres s'il y a une demande. Je fais simplement trois ou quatre séances pour faire un petit peu le côté psychologique pour voir comment les choses se passent, s'il y a besoin d'aller plus loin» (Répondant # 37).

Les groupes d'entraide renforcent le travail des professionnels dans divers domaines. Des expériences positives de groupes d'entraide créés en lien avec les patients et leurs proches ont été mises en place. Les groupes d'entraide apportent un soutien aux personnes en utilisant leurs compétences et leurs expériences face aux situations de vie qu'ils ont eux-mêmes à affronter. Ce lien s'avère précieux pour les proches qui peuvent apprendre comment les autres ont pu réorganiser leur vie et trouver des aides lorsque la maladie psychique atteint un de leurs proches.

«Je suis toujours active dans le groupe de proche qu'on a appelé Le Fil d'Ariane. J'ai trouvé que ce nom était une bonne idée parce que quand on est au fond du trou, on est dans l'incompréhension totale. Dans le noir, on cherche le fil pour retrouver des repères qu'on a perdu quand notre proche est tombé malade. C'est vraiment un tremblement de terre. On se trouve démunie de tout. On a perdu toutes les valeurs qu'on avait. Elles se trouvent balayées. On a l'impression d'avoir fait tout faux. On est très culpabilisé. Alors on a besoin de trouver un fil pour ressortir. Voilà comment a démarré le groupe fil d'Ariane. Et ensuite, il y a quelques années, on a fondé l'association AVEP. On s'est réuni avec un autre groupe qu'on rencontrait déjà avant. Nous avons beaucoup de choses à mettre en commun et à partager» (Répondant # 31.b).

Des initiatives existent où l'État et les institutions mettent en place des prises en charge lors de maladies et de réinsertions. Par exemple, l'État du Valais collabore avec des institutions pour trouver des solutions aux problèmes de dépendance et de maladie psychique concernant leurs employés.

«On a pu institutionnaliser notre approche avec l'office de l'AI avec des mesures de détection, précaution. Dès l'entrée en vigueur on a tout de suite pris contact avec les responsables de l'AI et on a mis en place un processus où on se revoit régulièrement pour regarder avec les responsables de l'AI les situations que nous connaissons. Dans les cas de maladie psychique, on discute pour prendre plus rapidement ces situations en main, pour

éviter qu'il y ait une situation qui se dégrade. Nous avons pu institutionnaliser ces rencontres mais selon le besoin, on conseille à ces personnes de s'adresser à telle institution, où demander un soutien. Nous ne faisons pas la thérapie, quelqu'un qui a une dépendance à l'alcool on peut lui dire d'aller dans des maisons spécialisées. On prend en charge même des frais et on offre un soutien. Il y a la collaboration avec ces institutions selon les situations ponctuelles» (Répondant # 3).

Le réseau autour des prises en charge de la toxicomanie fonctionnerait particulièrement bien. La LVT est souvent citée par les professionnels comme partenaire important pour gérer les addictions de toute sorte. Et leur modèle de travail semble avoir une influence sur les collaborations en Valais. Ses interventions semblent apporter un soutien bien coordonné en lien avec les diverses prises en charge de la toxicomanie dans le canton du Valais. La qualité du travail entre les intervenants dans les situations de toxicomanie évite souvent des hospitalisations. De nombreux professionnels collaborent avec la LVT et expriment une satisfaction dans les prises en charges.

«En travaillant à Lausanne, on avait beaucoup d'hospitalisations. En Valais, j'ai vraiment l'impression que je peux les compter sur les doigts d'une main. [...] Les patients qui ont un suivi régulier, un traitement méthadone, soit chez un médecin, soit à la pharmacie accompagné d'un suivi régulier avec la prise en charge par la LVT, je trouve qu'ils ont quasi plus besoin d'être hospitalisés en milieu psychiatrique pour des décompensations. On arrive toujours à résoudre le problème en ambulatoire. L'encadrement de base c'est le médecin traitant, LVT, pharmacie, méthadone. Donc, je trouve que là, la collaboration va bien» (Répondant # 41).

Le projet pilote «Les Ecoles en Santé» est aussi donné comme exemple de collaboration interdisciplinaire entre les professionnels et les ressources extérieures de l'école, et ce dans la mouvance du Rapport national sur la santé 2008 qui en appelait à la mise en place des «Ecoles en Santé» pour améliorer le climat scolaire. Cette approche vise des compétences de vie. Elle agit sur les violences, l'abus de substances et la santé mentale. Ce programme utilise une approche interdisciplinaire qui demande une collaboration étroite avec divers partenaires et constitue un bon exemple de création de réseaux professionnels faisant face aux problèmes de santé mentale.

«Je pense qu'en interne on a le bon système qui est mis en place. Donc, on a créé ce qu'on appelle un groupe santé qui est composé par des médiateurs et par les membres de la direction. Nous avons un enseignant qui est psychologue et le professeur d'éducation physique est psychologue. Ca c'est intéressant parce qu'au cours d'éducation physique on voit beaucoup de choses. L'aumônier participe aussi. On a un répondant de la LVT, les autres personnes sont à l'intérieur du collège. On travail ensemble sur un projet d'établissement. Cette année c'est le respect. Et puis on développe le thème à travers des conférences en relation avec le respect, accompagné de manifestations qui donnent une coloration à l'année. On avait des approches de la santé mentale et le sens de la vie, il y a deux ans. Donc tout tournait autour du sens de la vie. [...]. Je ne prends pas de décision tout seul, au lieu de porter ça sur ses épaules, rapidement on contact la commission santé pour voir quelle serait la solution le plus adaptée. On le sait très bien, notre job c'est enseigner. Ce n'est pas faire

de la thérapie, donc assez rapidement on va relier vers les institutions partenaires et la nous avons une liste de deux pages avec les téléphones etc. Donc, un problème de violence c'est la LAVI²⁸, un problème de suicide, Parspas²⁹, etc. On sait où aller» (Répondant # 54).

Suite à l'incident survenu à Zug où une personne a tiré sur des politiciens, une commission cantonale a été créée réunissant des compétences médicales, juridiques et policières coordonnées par la médiation étatique afin de répondre rapidement aux situations de violence. Cette commission a pour but de désamorcer les conflits en lien avec les instances étatiques afin de prévenir des escalades de violence, surtout face à des individus agressifs qui expriment leurs frustrations, revendications, ou mal-être par des menaces et des actes de violence. Seules des interventions coordonnées peuvent prévenir ces situations. *«Nous avons voulu une commission qui puisse agir dans la rapidité, voire dans l'urgence, sans beaucoup de processus ni de longues procédures, mais qui puisse être très efficace. C'est la raison pour laquelle on travaille toujours ensemble avec soit le médical, le juridique, ou la police. Nous travaillons vraiment en lien étroit les uns avec les autres et je peux appeler l'une ou l'autre personne pour lui demander un avis, un renseignement, que faire dans un cas précis lorsque j'ai un cas de violence»* (Répondant # 63).

Dans d'autres cas, les centres régionaux du Centre pour le Développement et la Thérapie de l'Enfant et de l'adolescent, (CDTEA), développent des espaces pour analyser les situations se passant à l'école, sans jugement et dans un dialogue constructif. Les CDTEA essayent de créer des espaces où on peut analyser les situations dans une approche systémique pour éviter l'identification de coupables et trouver des solutions dans le contexte de l'école. *«C'est des choses à développer, de créer ces espaces où il n'y pas d'accusations mais plutôt de la communication entre les écoles et les parents. C'est pour ça que nous on essaie des formations avec les médiateurs mais aussi avec les profs dans des cycles où on travaille 5 à 6 séances par année sur des situations qui ne sont plus des situations trop chaudes et on peut travailler et dire qu'est-ce qu'on aurait pu faire»* (Répondant # 39).

Les médiateurs culturels et les psychiatres travaillent aussi ensemble pour offrir des services de consultation aux migrants. Le travail entre les médiateurs culturels ou interprètes et les psychiatres concernant la prise en charge des migrants témoigne d'une collaboration étroite au niveau interprofessionnel. *«On a de très bonnes relations avec les centres de consultation psychiatrique. Avec les années, on a créé une collaboration vraiment très forte. Les psychiatres ont bien compris que notre rôle est vraiment important pour créer un pont entre le patient qui a vécu quelque chose difficile dans sa vie et entre l'institution et les psychiatres qui représentent l'institution. C'est très important dans la vie d'un migrant qui se trouve dans une difficulté»* (Répondant # 41).

La communication et collaboration autour des patients au moment de l'entrée et de la sortie de l'hôpital se passent bien pour beaucoup de professionnels. La collaboration interinstitutionnelle entre les CMS et les IPVR semble être satisfaisante. Toutefois, cela

²⁸ Centre pour l'aide aux victimes d'agressions et de la violence.

²⁹ Association valaisanne pour la prévention du suicide.

dépendrait de la région concernée, car les pratiques de suivi post-hospitalier ne sont pas nécessairement mises en place de la même manière dans les différentes régions. *«Généralement pour les patients qui viennent de Malévoz, avant qu'ils sortent de l'hôpital, on fait un réseau, on regarde la prise en charge, les objectifs qui sont fixés et après on donne aussi des comptes-rendus si par exemple ils font des congés et qu'ils retournent à l'hôpital. Et après quand ils sont à domicile, on a assez de contacts aussi avec les médecins et les psychiatres et aussi avec les médecins traitants»* (Répondant # 65). Un psychiatre reconnaît d'ailleurs la qualité des collaborations quand il faut hospitaliser un patient. Chaque professionnel a ses propres contacts qui permettent une prise en charge optimale. *«Alors je trouve que pour les hospitalisations en Valais, ça se passe très bien donc je trouve que la collaboration est vraiment excellente. Si on doit envoyer quelqu'un, il y a un échange d'informations à ce niveau-là»* (Répondant # 16).

Dans les situations de l'assurance-invalidité, (AI), MAMAC, (acronyme allemand de «bilan médical, appréciation du potentiel professionnel par rapport au marché du travail et gestion par cas»), fruit d'une collaboration interprofessionnelle et interinstitutionnelle semble appréciée par les Offices Régionaux de Placement (ORP).. Les Office Régionaux de Placement apprécient bien leur collaboration au sein du groupe MAMAC. *«MAMAC c'est une structure au niveau Suisse, qui a une collaboration interinstitutionnelle à haut niveau. En Valais elle s'est développée de la façon suivante : Il y a un comité de pilotage où il y a un représentant de l'AI, un représentant de l'ORP et un représentant des CMS et ensuite c'est développé par région. Il y a dans chaque institution pour les personnes qui ont une problématique multiple se référant à l'une de ces trois institutions, une chance de réintégrer le marché du travail. On demande MAMAC, on dépose un dossier MAMAC, et nous on le fait suivre à cet organe de coordination qui va décider de la suite»* (Répondant # 44).

Les Centres de Compétences en Psychiatrie et Psychothérapie, (CCPP) sont en train de mettre en place «La Clinique de la Famille», clinique qui vise à favoriser les échanges entre les professionnels et les familles dans une approche systémique. La clinique de la famille est un exemple de travail collaboratif autour des problématiques qui émergent au sein des familles. De cette manière les CCPP abordent les situations en reliant familles et professionnels. *«Dans tous les CCPP, il y a ce qu'on appelle La Clinique de la Famille, avec des compétences spécifique pour mener des réflexions sur le plan systémiques en disant : tiens, cet enfant est suivi par ce thérapeute, sa maman est suivie, ou le couple est suivi par ce thérapeute, et si on se mettait tous ensemble ?»* (Répondant # 75).

Dans les institutions pour malades psychiques, le travail en réseau se passe bien en raison d'une culture de travail collaborative. *«Voilà, il y a quand même une histoire de réseau. On travaille en réseau en Valais, où les gens se parlent et les gens se connaissent. On a quand même régulièrement des situations problématiques, des bilans, en général une fois par année, où on réunit l'ensemble des intervenants et la personne concernée pour discuter de l'évolution de la situation. Donc, il y a une bonne habitude de travailler ensemble. Je trouve en tous cas, à mon niveau, que les choses se passent de manière satisfaisante»* (Répondant # 36).

Enfin, les expériences positives de collaboration exprimées par les professionnels nous donnent une indication sur le fait que l'initiation à la culture du réseau est déjà entamée.

L'entreprise de réseautage et la maximisation des collaborations peuvent déjà compter sur une attitude généralement positive et sur des exemples concrets de mise en commun des ressources et des compétences. Le réseau de santé peut s'inspirer de ces expériences positives afin de perpétuer la construction de démarches qui ont un effet positif sur le terrain. L'efficacité de ces collaborations peut être utilisée comme modèle pour les futures planifications.

Pour **conclure**, l'un des intervenants nous propose l'image d'une maison avec toutes sortes de ressources institutionnelles qui couvriraient les besoins ci-dessus:

„Ein schönes Bild zum Abschluss wäre dann: Sie stellen sich ein Haus vor. In diesem ist zu unterst, wie der Einstieg, wie eine Zugstation. Dann gibt es eine Abteilung für chronisch, eine für Timeout, also für Notfall. Dann eine Abteilung wo es mehr in Richtung Pflege, aber vor allem Richtung Altersheim geht. Das sind die Sachen, für die es im Moment keine Patentlösung gibt“ (29).

„Une belle image pour conclure est la suivante: Imaginez une maison. On y trouve tout en bas une entrée comme dans une gare CFF. Il y a un endroit pour les cas chroniques, un lieu de time-out ou d'urgence, puis un endroit qui vise plutôt les soins, mais surtout les soins des personnes âgées. Ceci représente les situations où actuellement on n'a pas de solution» (Répondant # 29).

6.4 Exemples : Création de nouveaux services

Dans certains cas, ce sont de nouveaux services qui ont été mis sur pied afin de favoriser cette collaboration. Certains ont mentionné que l'État du Valais a notamment contribué à l'amélioration des prises en charge, grâce à la création de nouveaux partenariats et l'engagement d'un personnel spécialisé. Pour combler le manque de places en institution et faciliter une coordination dans les placements avec une prise en charge plus globale des personnes, l'État du Valais poursuit la mise en place de centres d'indication aux placements, dont le but est de faciliter les placements en institution. *«Les cantons romands et latins ont décidé de mettre en place ce qu'on a appelé des centres d'indication aux placements et ils suivent des trajectoires. Et pour le Valais, c'est le service social EMERA qui doit faire ce travail-là. Il va consister à canaliser toutes les demandes de placement, pour tout handicap confondu et à ré adresser ces demandes dans le réseau d'institution aux sens large valaisan» (Répondant # 36).*

La police cantonale a récemment engagé du personnel féminin pour la prise en charge des jeunes filles et femmes victimes de violences. De plus, la création d'une section de mineurs permet un suivi plus efficace des situations concernant les jeunes confrontés au système de justice. La police s'est dotée d'inspectrice pour les filles et femmes victimes de violences. En outre, une section de mœurs pour les mineurs a été mise en place en janvier 2010.

«Il y a des policières qui étaient engagées pour accompagner en particulier des jeunes filles dans des situations difficiles. Les cas où les jeunes filles ont besoin d'aide en tant que victime avec la loi de la LAVI. Maintenant elles ont l'opportunité d'exiger d'être auditionnées par une femme plutôt que par un homme. C'est pour ça que la police a dû augmenter l'effectif des femmes qui travaillent au sein de la police. Et prochainement, en janvier 2010 la police

cantonale valaisanne va se doter d'une section des mœurs mineurs, donc c'est quelque chose de très bien de dire que ces inspectrices et les inspecteurs vont travailler exclusivement avec des jeunes, des jeunes auteurs et également des jeunes victimes» (Répondant #3 8).

Un autre exemple est donné par les IPVR et l'État du Valais qui collaborent pour mettre en place des soins psychiatriques nécessaires en milieu carcéral. Une collaboration entre les prisons et les IPVR est donc en train de se construire.

«La collaboration pour le milieu ouvert, pour les condamnés qui ne sont pas en prison, elle a été mise en place depuis déjà quelques temps. Elle a été codifiée, elle fait l'objet d'un contrat de prestations avec des procédures qui ont été établies et qui fonctionnent assez bien. Le bilan est positif. Le service médical en prison s'est installé au début de l'année et le contrat de prestations est plus ancien, l'implantation d'un service médical en prison est présent depuis le 1^{er} janvier 2009, il nécessite donc des adaptations car il est en cours de construction. Ces adaptations sont en train de se faire» (Répondant # 48).

Des projets pilotes ont aussi été initiés sur le terrain pour améliorer les prises en charges. Certains ont rapporté des projets pilotes dans les EMS qui travaillent en collaboration interprofessionnelle pour améliorer la médication. *«On a un projet qui se fait depuis 3 ou 4 ans, c'est une assistance pharmaceutique dans les EMS où il y a un pharmacien qui est là et dans le cadre de cet EMS on a des cercles de qualités avec les médecins et on parle justement des traitements» (Répondant # 50).*

Un réseau de réadaptation oncologique a été créé pour mieux coordonner les prises en soins des patients cancéreux. Les centres SIPE participent avec d'autres organisations à la mise en place de ce réseau.

«Il y a beaucoup de choses qui sont en train de se mettre en place par rapport au réseau oncologie. C'est quelque chose aussi par rapport à la santé mentale, parce que tout ce qui est en lien avec le cancer, la sexualité, a souvent un impact important sur la santé psychique. Il y a certaines cartographies, des professionnels à qui s'adresser, et je pense que si d'un point de vue institutionnel, on savait un peu mieux qui fait quoi dans la prise en charge de la santé mentale pour tous les acteurs, ça serait vraiment quelque chose d'utile. Quelles sont les ressources prioritaires en fonction d'un style de pathologie ou de prise en charge de groupes existants ? Qui est le référent à qui on peut faire appel dans ce type de service très précis, concret ? En tout cas, pour des centres comme le nôtre, ça serait très utile par rapport à ce travail d'orientation» (Répondant # 71).

La création de nouveaux services en Valais a toutefois suscité auprès des professionnels de nouvelles idées concernant les actions à entreprendre dans leurs différents domaines. On peut analyser ces nouvelles offres comme une prise de conscience des besoins du personnel qualifié, et constater un renforcement de collaborations entre les différents services de l'État. L'Etat du Valais encourage la création de nouveaux réseaux de prise en charge pour les problématiques complexes, ainsi que la formation et la spécialisation des intervenants comme les femmes policiers qui interviennent pour les agressions sexuelles. Cette orientation pourrait

indiquer que les décideurs donnent une importance grandissante à la formation et la collaboration.

Il existe dans le Valais Romand une entreprise sociale, ayant pour mission de donner du travail à des personnes qui ne sont pas assez adaptées pour s'inscrire dans les exigences du monde du travail. Le Haut-Valais souhaiterait se doter d'une telle structure.

„Das System im Unterwallis ist anders aufgebaut. Die von denen betreuten Klienten gehen grundsätzlich in den zweiten Arbeitsmarkt. Wo die aber eine Vorreiterrolle haben ist, dass sie eine soziale Firma gegründet haben. Die beschäftigen dann ca. 120 Leute insgesamt. Ich gehe davon aus, dass dies ein ähnliches Modell ist wie in der Deutsch-Schweiz, dass die Sozialhilfe plus was der Mensch an Arbeitsleistung erwirtschaftet, insgesamt seinen Lohn ausmacht. Dann ist man aufs Mal nicht mehr Sozialhilfeempfänger sondern Arbeitnehmer“ (22).

„Le système dans le Valais Romand est organisé de manière différente. Leurs clients passent en général directement au deuxième marché du travail. Ils sont pionniers car ils ont fondé une entreprise sociale qui donne du travail à environ 120 personnes. Je suppose que ce modèle est comparable à d'autres dans la Suisse Alémanique. Le salaire se compose d'une part par l'aide sociale et de l'autre part par le travail accompli. Là on est plus seulement bénéficiaire de l'aide sociale, on est plutôt un employé» (Répondant # 22).

CHAPITRE 7. LES PROBLÈMES POLITIQUES, LES BARRIÈRES À L'ACCÈS AUX RESSOURCES ET L'IMPACT DE LA LOI

Les répondants ont été sollicités pour répondre à la question suivante : «Pour chacun des problèmes de santé mentale que vous avez identifié, nous aimerions connaître votre opinion sur l'état de la situation, en matière d'accès aux ressources et aux services». Au-delà d'un portrait sur l'état de la situation, largement présenté dans les chapitres précédents, les réponses ont généralement pris l'allure d'une analyse de ce qu'ils percevaient comme étant des barrières «politiques» et «législatives» à l'accès aux ressources. Le présent chapitre expose certaines de ces analyses.

7.1 L'impact des politiques et autres barrières

Les récits des professionnels font références aux façons dont les pratiques et les services sont influencés par la politique de la santé en Valais. Une personne a soulevé que les décisions prises dans les services de l'État touchent directement les professionnels (ex : les logopédistes). Les ressources mises en place pour la pédopsychiatrie sont perçues comme quantitativement différentes entre le Valais et son voisin, le canton de Vaud. Ces différences pourraient être expliquées par une politique sanitaire différente selon les cantons. Pour ces répondants, les barrières à l'accès aux ressources émanent donc de la politique cantonale. L'influence de groupes d'intérêt, tel celui du lobby des assureurs, est évoquée, ainsi que le besoin des médecins de s'organiser face à cette puissance politique qui est en train de gagner en influence. Ainsi, l'augmentation du nombre de personnes souffrant de maladies psychiques, comme la dépression, a des conséquences sur la politique de l'AI. *«Si on prend les statistiques de l'Office Fédéral de la Santé Publique, on voit qu'il y a une augmentation des maladies psychiques d'une manière générale et par rapport à l'AI en particulier. C'est un des grands enjeux politiques de ces dernières années. Mais si on discute avec les médecins de l'hôpital, de Malévoz, on se rend bien compte que les cas, par exemple de psychoses avérées, de schizophrénies, ne sont pas forcément en augmentation. Donc, on est pris dans l'augmentation de problèmes sociaux, qui se répercutent, à mon sens, sur des problèmes de santé comme la dépression, la déprime, le mal-être avec des problèmes de chômage et des choses de cet ordre-là. Et là, les priorités budgétaires ne doivent plus être les mêmes»* (Répondant # 36).

La question de la violence conjugale est aussi étroitement liée à la politique cantonale et aux ressources qui devraient soutenir les services. Les actions pour la prévention de la violence domestique dépendent du soutien politique de l'État du Valais.

«Le Conseil d'État a nommé une personne pour coordonner les actions pour la prévention de la violence domestique. Elle sera en lien avec une commission cantonale de lutte contre la violence domestique qui a été instituée, regroupant des personnes aussi différentes que la police, la justice et l'action sociale. C'est une approche interdisciplinaire, et l'idée c'est de faire le lien entre le réseau qui travaille sur le terrain, donc des groupes interdisciplinaires comme Unterschlupf dans le Haut-Valais, par exemple, où il y a un groupe interdisciplinaire qui travaille aussi dans le Valais central. Il faudra en activer un dans le Bas-Valais. L'idée

c'est de faire ce lien entre ces groupes interdisciplinaires sur les pratiques de terrain, et les lacunes constatées. Par la suite, cette expérience sera remontée à la commission cantonale pour faire des propositions politiques et avancer au niveau politique» (Répondant # 61).

Dans une acceptation plus restreinte de la notion de «politique», certains rapportent l'impact des politiques institutionnelles. Ces dernières peuvent dépendre d'un responsable de département hospitalier, de la même manière qu'elles peuvent dépendre de responsables communaux, comme par exemple relativement aux allocations des aides sociales. Ainsi, les hôpitaux valaisans ont différentes politiques de collaboration interinstitutionnelle. Ces politiques déterminent un accès aux services différenciés par site. Cette variabilité entre les différentes politiques met les professionnels travaillant dans les bureaux d'aide sociale dans une position difficile face à leur clientèle.

Au contraire, dans une acceptation large de la notion de politique, d'autres évoquent les impacts internationaux de certaines politiques. Ainsi, une pénurie de médecins en Suisse et surtout en Valais est constatée, comme nous l'avons rapporté dans les chapitres précédents. L'investissement nécessaire pour la formation universitaire en médecine influence le nombre de médecins disponibles pour assurer la qualité des soins en Suisse. Comme il n'y a pas suffisamment de médecins formés par les universités suisses, la Suisse est obligée de recruter des médecins étrangers. De cette manière, cette dernière va rechercher dans d'autres pays souvent moins riches les ressources humaines nécessaires au fonctionnement de ses hôpitaux. Pour ce répondant, cette manière de gérer les ressources humaines pour la santé publique est une forme de politique nationale.

«Il manque de ressources. Il manque de médecins. On ne peut pas attacher les psychiatres de Genève et les faire venir en Valais. La question difficile c'est «qu'est ce qui pourrait rendre attractif le Valais. ?» C'est un peu tout le combat. Pour la médecine de premier recours, c'est la même chose. Il y a une pénurie de médecins de premier recours et il n'y a pas grand-chose qui se fait au niveau politique. C'est quand même inadmissible qu'un pays riche comme la Suisse doive avoir recours à des ressources d'autres pays. On connaît bien l'effet domino. Trois mille médecins allemands, qui font fonctionner les hôpitaux chez nous, et puis les allemands prennent des gens d'un peu plus à l'Est. Et puis ceux de l'Est prennent en Afrique et donc, certes on doit utiliser des gens formés ailleurs, payer par les autres pays parce que nous n'avons pas le courage ni l'envie» (Répondant # 74).

7.2 Barrières diverses relevant de politiques de soins

Nous rapportons ici diverses formes de barrières à l'accès aux soins abordées par les répondants. Par exemple, les prisonniers éprouvent une certaine difficulté d'accéder à un assistant social considérant la manière dont l'aide sociale est organisée en Suisse. L'organisation fédérale d'assistance sociale dans les prisons oblige les prisonniers à prendre contact avec leur commune d'origine, ce qui a pour effet de rendre très difficile l'accès à l'aide sociale. *«Le service social dans le service pénitencier du Valais manque de ressources en service social. C'est toujours le service social du lieu du détenu et il faut prendre contact avec ceux-là. Mais si on est en préventif, on ne peut pas appeler, il faut écrire des lettres,*

mais des fois ils ne savent pas bien écrire alors il faut l'assistance. C'est qui alors qui fait ça ?» (Répondant # 32).

Les frais de traduction constituent aussi une barrière d'accès aux prises en charges médicales des migrants, surtout en psychiatrie où la compréhension des paroles est primordiale. Les frais des traducteurs ou de médiateurs culturels sont une barrière d'accès aux soins psychiatriques et médicaux pour certains statuts de migrants. *«C'est très difficile d'expliquer au patient que ça ne dépend pas de nous. Ils demandent qui va gérer les paiements. Plusieurs fois, le patient, il a annulé le rendez-vous parce qu'il a peur qu'un jour les factures vont devoir être payées par la famille, parce que l'Action Sociale a une limite pour les paiements. Plusieurs fois, les patients ont réduit leurs demandes chez le psychiatre, ou chez le médecin parce qu'ils disent que les frais de traduction peuvent coûter trop cher» (Répondant # 41).*

Un problème spécifique se présente pour les personnes âgées fragiles ou handicapées qui ne peuvent se déplacer que difficilement pour des consultations auprès des psychiatres. Cette réalité limite leurs contacts avec des spécialistes. *«Nous avons des situations comme avec des résidents souffrant de troubles psychiatriques graves qui décompensent brutalement. Ce n'est pas toujours évident pour les équipes parce que la prise en charge est quand même différente, on peut difficilement les amener pour une consultation psychiatrique» (Répondant # 57).*

D'autres mentionnent les politiques de certaines écoles qui ne souhaitent pas faire de prévention du suicide pour les élèves. Les informations importantes n'arrivent donc pas facilement à passer vers les jeunes. *«Je déplore le manque d'intérêts des centres scolaires pour ce type de prévention. Je trouve dommage parce que ça part de l'idée que si on parle de suicide les gens vont se suicider. Moi j n'y crois pas à ça. Quelqu'un qui n'a pas envie de se suicider ne va pas se suicider parce que le sujet a été abordé et peut-être que la personne qui est en détresse va entendre qu'il y a des ressources possibles, des numéros de téléphone qu'elle peut appeler de façon anonyme et qu'elle va pouvoir en faire quelque chose. Mais c'est encore très tabou.» (Répondant # 69).*

Enfin, l'accès difficile aux médecines complémentaires est évoqué. Ces médecines ne seraient réservées qu'à une catégorie d'élite avec des formations supérieures. *«C'est une question de niveau de vie. Alors qui dit niveau de vie plus élevé, dit formation plus élevée. Ce n'est pas l'ouvrier portugais qui vient me prendre des huiles essentielles et des granules homéopathiques. Lui, il va tourner au Tranxilium, au Zoldorm, voilà. Et puis à la bière et à l'alcool. Non, c'est clair que tout ce qui est alternatif s'adresse quand même à une élite» (Répondant # 72).*

Le cas des couvertures par les assurances

Malgré les recherches qui démontrent l'efficacité des interventions des psychologues dans les prises en charge, les assurances de base ne couvrent pas leurs prestations. Plusieurs personnes ne peuvent pas avoir accès aux ressources de psychologues psychothérapeutes à cause des limites organisationnelles des caisses-maladies. Les médecins déplorent souvent cette barrière dans les cas de patients qui bénéficieraient d'un tel suivi psychothérapeutique. Souvent, ce

sont les gens les plus démunis qui n'ont pas accès aux soins. Le manque de reconnaissance des assurances limite donc l'accès aux soins.

«Alors souvent les médecins aimeraient nous référer des cas. Ils savent qu'on a une formation tout à fait adéquate au niveau de la prise en charge psychologique. Les physiothérapeutes le sont, d'autres, les infirmières indépendantes peuvent l'être, seuls les psychologues ne le sont pas. Et ça c'est uniquement une question de limiter les coûts. Quoiqu'il y ait des études qui ont été faites montrant que le travail des psychologues dans la santé mentale est suffisamment efficace, qu'il est rentable parce qu'il prévient des coûts d'hospitalisation, des rechutes de consommation de stupéfiants, etc. Donc la famille va mieux aussi. D'un côté ça coûte et d'un autre côté ça économise. Mais ça, c'est au niveau de l'assurance de base. Pour l'instant, on n'a pas réussi à obtenir cela. Et ça n'a pas l'air de se profiler, pas dans le futur non plus. C'est quelque chose qui limite les collaborations. Et ces gens-là, ils ne sont pas nécessairement pris en charge de manière adéquate parce que manque de temps, manque de professionnels, service public surchargé» (Répondant # 2).

Les médecins ne peuvent donc pas envoyer leurs patients qui n'ont que les assurances de base chez les psychologues. Par conséquent, ils doivent trouver des personnes qui travaillent en délégation. Or, ce n'est pas facile à trouver. *«Il y a un problème de prise en charge par les psychologues. Comme j'ai souvent une clientèle plutôt d'un niveau social plutôt bas, je ne peux que très rarement utiliser cette ressource. Il faut passer par un psychiatre qui travaille avec un psychologue en délégation. Ça se fait quelques fois» (Répondant # 15).*

Plus globalement, c'est l'accès aux services pour les plus démunis qui est problématique. Et ce non seulement à cause de l'accès limité aux assurances, mais aussi à cause d'une propension à ne pas consulter. Ainsi, les professionnels constatent que malheureusement les gens qui ont le plus besoin de soins en psychiatrie n'y ont le plus souvent pas accès. L'application du principe d'équité est importante dans l'allocation des soins psychiatriques. *«Trop de gens qui auraient besoin de soins n'en reçoivent pas parce que la plupart des gens qui sont très malades demandent rien. Et on les oublie et ils n'ont pas de soins. Et ceux qui font plus de bruits et qui réclament le plus, ne sont souvent pas ceux qui ont le plus besoin de soins. C'est comme ça. Et donc ça pose la question de l'accessibilité aussi, et de la formation des médecins au premier recours. Les gens qui sont sur le terrain devraient détecter des choses et rester en lien avec des gens qui sont le plus dans le besoin» (Répondant # 20).*

7.3 Impact de la loi

Les lois ont une influence importante sur l'organisation des prises en charge médicale. Voici quelques exemples qui ont été rapportés par les répondants et qui devraient, selon eux, faire l'objet d'une attention particulière.

Ainsi, plusieurs répondants ont soulevé que la loi ne responsabilise pas assez les employeurs par rapport à la santé des employés. La loi cantonale a eu une influence sur les interruptions de grossesse, avec notamment une dépénalisation qui a donné la possibilité de mieux régler la gestion des prises en charge médicale entre les différents partenaires. La loi peut clarifier le cadre professionnel et les rôles des différents intervenants, organisations et institutions. L'exemple de la non-reconnaissance des maladies musculo-squelettiques comme maladies

professionnelles montre comment la déresponsabilisation des entreprises peut avoir un effet sur les mesures de prévention dans le milieu du travail. *«La maladie la plus fréquente dans le monde du travail c'est les troubles musculo-squelettiques. Mais à partir du moment qu'on estime qu'une maladie n'est pas professionnelle, l'entreprise ne se voit pas imputer des frais liés à la maladie professionnelle. Puisque les primes d'assurance sont directement liées aux nombres de cas, si ces maladies ne sont pas professionnelles, il appartient encore une fois à l'employé de les réparer. Donc, c'est son assurance-maladie et c'est lui-même qui va prendre en charge les frais liés à sa maladie professionnelle. [...] Tant qu'on ne reconnaîtra pas ces maladies, effectivement, on va continuer à produire ces maladies»* (Répondant # 5).

Selon certains répondants, ces lois ne protègent pas suffisamment le titre de psychologue, d'où des conséquences sur la pratique et l'identité de la profession. C'est pour cela qu'il y a actuellement un projet de loi qui a pour but de renforcer la profession. *«Il y a une question de loi qui doit protéger le titre de psychologue. Donc il y a un travail à faire avec les parlementaires au niveau suisse et au niveau cantonal. Parce que le titre professionnel de psychologue n'est pas protégé. Donc, n'importe qui peut s'appeler psychologue»* (Répondant # 2).

L'impact de la loi permet la mise en place de projets thérapeutiques qui doivent être négocié avec le patient. La justice et les aides octroyées pour la prise en charge en appuient à la participation du patient. Cela entraîne un risque pour le patient de perdre des rentes s'il ne coopère pas dans une problématique d'addiction. *«Au départ on avait quand même défini le cadre thérapeutique, et là on sort du cadre, donc on dit : mais attention là, est-ce que ce qu'on avait décidé ensemble ça n'a plus sa raison d'être ? Est-ce que c'est ce que vous voulez ? Alors bon des fois on est aidé soit par la justice, parce qu'il y a des articles, la justice oblige aux traitements ; on est aidé par l'AI qui dit si vous ne vous soignez pas on va arrêter vos prestations, ou encore, il revient à l'ancienne idée que l'alcool ou la drogue ce sont des manies ou c'est des vices. De nouveaux, c'est cyclique ça, on revient en disant si vous n'êtes pas sage, si vous ne suivez pas les choses, on vous supprime votre rente, on vous supprime l'aide, et tout. Il y a un chantage que je n'aime pas»* (Répondant # 19).

D'autres déplorent le flou autour de l'obligation de dénoncer des violences lorsqu'un adulte arrive à l'hôpital pour se faire soigner. On réalise que les lois qui sont mises en place ne sont pas suffisamment en phase avec le travail des professionnels sur le terrain. En particulier, le cadre de loi n'est pas très clair concernant les dénonciations du corps médical lorsqu'il y a des blessures dues à des violences conjugales. *«Si c'est un enfant et qu'on a la conviction, on téléphone au juge et puis on le met à l'abri. Quand il s'agit d'une femme, il y a un trou juridique, ou je n'ai jamais eu la réponse. Maintenant la violence conjugale est poursuivie d'office. Mais si je vois une femme battue et qu'il faut porter plainte, je sais qu'elle ne va pas le faire. Je fais quoi ?»* (Répondant # 18). En effet, dans environ 70% des cas de violences, les femmes demandent que l'auteur de violence ne soit pas poursuivi par la justice.

On mentionne aussi des incohérences dans la perception de la pertinence d'un internement en milieu psychiatrique chez les juges, les travailleurs sociaux et les éducateurs. La position de ces professionnels est parfois en opposition avec le mandat de l'hôpital psychiatrique qui consiste à soigner et soulager les patients, mais non à punir. Le malentendu autour de

l'internement signale un problème important de compréhension entre la justice et le monde médical. Le monde judiciaire ne conçoit pas toujours la première mission des hôpitaux psychiatriques qui est de protéger le patient et d'offrir des soins. *«L'internement n'a rien à voir avec la psychiatrie. L'internement est une mesure pénale d'incarcération en milieu carcéral. Donc, parler d'internement en psychiatrie c'est un abus de langage, ça n'existe pas. Quand on hospitalise des gens contre leur gré, c'est un placement d'assistance plutôt, pour les protéger eux, pas la société. La psychiatrie n'a pas pour but de protéger la société. Elle ne répond pas d'une logique de sécurité publique, mais d'une logique d'assistance et de soin à la personne. Là, il y a une confusion énorme que les juges en particulier, comme profession en général, ignore. C'est intéressant parce que le mot internement, c'est juste rien à voir avec la psychiatrie. C'est une mesure juridique décidée par un juge, qui vise à protéger la société d'un individu dangereux. Mais ça c'est une mesure pénale, carcérale, de prison, mais pas d'hôpital, ça n'a rien à voir. J'entends très souvent dire, dans la presse et autre, que tel individu est soumis à l'obligation de subir, doit subir un traitement. Un traitement est une chose bonne. C'est censé soulager. Ce n'est pas une punition. Mais dans l'esprit des gens, la psychiatrie sert à punir. On entend des éducateurs, et des gens qui appartiennent au monde du social, qui disent : oui j'aimerais une hospitalisation pour marquer le coup. Marquer le coup ça veut dire, il nous emmerde au foyer, il a cassé des chaises au foyer, il faut marquer le coup, donc il faut l'envoyer à l'hôpital pour le punir. C'est des choses que j'entends régulièrement. Donc c'est une perversion totale de notre mission première qui est de soigner, soulager et protéger la personne»* (Répondant # 20).

L'organisation judiciaire de l'AI met en compétition des experts qui ont des appréciations du dossier qui peuvent varier, voire se contredire. Les verdicts de ces experts ont cependant un impact conséquent sur la vie des patients. La gestion de ces expertises, et du poids relatif de leur crédibilité, devient un enjeu important du système de santé et de l'appareillage judiciaire de l'AI. *«Dans le cadre de l'AI, le psychiatre que la personne va consulter, ça veut dire un psychiatre traitant, mais c'est vrai que c'est souvent même pas suffisant, c'est déjà un bon élément ; après il faut des experts. Et ce sont des expertises qui sont souvent, quasiment toujours demandées par l'AI ou par la SUVA, et on doit se bagarrer au niveau des noms des experts qu'ils choisissent. Parce que j'estime que s'il va chez tel psychiatre, tel expert, je sais que la personne reviendra sans aucun problème avec une capacité de travail à 100%. J'en suis sûr. Je ne dis pas qu'il truque, je ne dis pas ça, mais, il y en a qui sont plus durs. Et là on sait qu'il y a aucune chance. Alors, souvent, je vais faire des expertises privées, ou c'est plus au niveau, peut-être pas psychique, beaucoup moins psychique mais plus physique. C'est de dire, voilà, si l'AI envoie au SMR, c'est un service médical interne, qui dit, voilà il n'a aucune incapacité de travail, je les envoie souvent aux HUG, à Genève, donc à l'hôpital universitaire de Genève, pour faire une expertise par un professeur. Et le fait d'avoir l'entête HUG, le professeur tel et tel, et puis qu'il arrive à des conclusions autres, là ça a du poids. Autrement, on a très peu de chances. Parce que face à une expertise mise en route par l'AI, on peut avoir tous les rapports des médecins traitants, ou des psychiatres traitants, ça n'aura aucun poids juridiquement. Il faut avoir une autre expertise. Et puis déjà si c'est une expertise privée, les tribunaux sont réticents de les accepter, donc c'est presque le papier en tête qui est le plus important à quelque part. Et si c'est un professeur universitaire dans un hôpital universitaire,*

qui dit voila, moi j'estime qu'il y a tel problème, et il y a telle incapacité de travail, et qui nécessite, voila, ça a du poids» (Répondant # 73).

Des exemples de réussite et de bon fonctionnement sont aussi donnés. En particulier dans le domaine des toxicomanies. La justice applique la loi d'une manière qui, juge-t-on, favorise une prise en charge de la toxicomanie par le corps médical, avec la LVT. Cette approche renforce la collaboration entre les professionnels avec un bénéfice direct pour les toxicomanes qui ont la possibilité de soigner leurs addictions. La collaboration entre la justice et les médecins favorise une bonne prise en charge des toxicomanes en Valais. *«Il y a deux choses avec la justice, la plupart de mes patients sont venus volontairement, il y a en un ou deux qui ont dû suivre un traitement et ils sont venus sous mandat judiciaire. La plupart qui ont dû suivre un traitement sont venus volontairement, et puis en cours de route, ils ont rattrapé un mandat judiciaire parce qu'il y a eu des consommations, des trafics, des choses comme ça. Et puis la justice nous demande de les suivre pendant deux ans par exemple. Le plus souvent pour des problèmes d'alcool. Et là bien, on reçoit la feuille de route, ça veut dire, vous devez être suivi régulièrement, vous devez prouver votre abstinence. On demande des rapports tous les 6 mois. Moi, je trouve que ça se passe assez bien. C'est comment dire, je trouve même dans certaines cas c'est utile d'avoir ce cadre judiciaire, ça permet de mettre des limites de fixer un objectif, et puis de donner une responsabilité au patient. «Si vous voulez avoir le permis », c'est à ce moment-là, c'est à eux de faire l'effort. Je trouve que la justice est assez respectueuse du secret médical. Je pense que parfois elle pourrait même être plus encadrante. Alors, on fait de notre mieux aussi, mais notre but c'est quand même un but thérapeutique. C'est de mettre le patient face à ses responsabilités, et puis ça, je n'ai pas l'impression que la justice nous demande de faire le rôle de police, ou des choses comme ça. La justice, ça se passe bien. La police est encore plus respectueuse du secret médical. Je crois que je n'ai jamais eu de problèmes avec eux» (Répondant # 6).*

Ces exemples montrent comment la législation donne un cadre aux interventions et clarifie les missions des institutions et les rôles des professionnels. Les prises en charge sont réglées par les lois et par la politique de la santé. Le système politique a une influence sur le système judiciaire. Les perceptions de l'impact de la loi sont importantes car elles nous permettent de comprendre les paramètres qui influencent le cadre des prises en charge. Si notre but est d'améliorer le système de prises en charge et d'orienter les futures planifications, il est nécessaire d'analyser à quels niveaux se situent les dysfonctionnements. C'est dans cette perspective que les répondants ont fait un lien entre politique et santé. Ils ont souvent perçu les problèmes en termes de politique défailante. Le système judiciaire, quant à lui, est fortement lié avec la manière dont le canton gère la toxicomanie. L'application de la loi prend plus d'importance dans un système fédéraliste où chaque canton a sa propre interprétation et application de la loi. Il est intéressant de prendre en compte ces propos pour mieux saisir les enjeux des problèmes institutionnels. Les barrières aux ressources pourraient être effectivement et adéquatement gérées dans certaines situations par de nouvelles législations, mais aussi par une analyse systémique des relations entre les institutions et la création de ponts interinstitutionnels favorisant une meilleure gestion de la santé mentale.

En ce qui concerne **l'éducation** dans le domaine de la **la santé**, chaque **école** le fait à sa manière. Plusieurs thèmes devraient être abordés dans ce cadre (violence, sexualité, drogues, etc.). Il n'y a pas de plan définissant des contenus adaptés aux différents groupes d'âge. Certains soulignent le besoin d'une concertation cantonale qui impliquerait plusieurs institutions (LVT, SIPE, etc.)

„Was mir dort fehlt, ist ein roter Faden in der Gesundheitserziehung, d.h. vom Anfang der Schulzeit bis zum Ende der Schulzeit. Man müsste also quasi so einen Plan haben, dass es kantonal vorgeschrieben ist. Ich glaube, es sollte nicht so sein, dass es davon abhängt welche Schule, oder bei welchem Lehrer ich war, ob ich zu dem Thema etwas gehört habe oder nicht. (29).

Ce qui me manque est un fil rouge en matière d'éducation de la santé, une mission claire dès le début de la scolarité jusqu'à la fin. Il nous faudrait un plan cantonal. Je crois que les thèmes dont les élèves devraient avoir entendu parlé ne devraient pas dépendre de l'école qu'ils fréquentent, ou de leurs enseignants» (Répondant # 29).

En appliquant le droit pénal, les sanctions dans le cas de violence conjugale ne sont pas forcément adéquates. Parfois le jugement cause même des problèmes financiers pour la famille concernée.

«Kriseninterventionen muss man machen. Noch eine persönliche Meinung betrifft das Strafrecht, wo vielfach oft gebüsst wird mit einer Busse, das tut der ganzen Familie finanziell weh. Das sind ausschlaggebende Punkte, die einen überlegen lassen, ob man eine Strafanzeige macht oder nicht. Oftmals wird eine Tat mit 300.- gebüsst, kein Verhältnis zur Tat“ (30)

«Les interventions de crise sont indispensables. A mon avis le droit pénal ne convient pas toujours. Dans de nombreux cas, la condamnation est une amende, une chose qui fait mal à toute la famille concernée, pas seulement à l'agresseur. Ce sont des points cruciaux, qui remettent en question le fait de porter plainte ou non. Souvent les amendes coûtent autour de 300 francs, et il n'y a aucune relation avec le crime» (Répondant # 30).

CHAPITRE 8. DES ACTIONS À ENTREPRENDRE

Pour conclure les entretiens, nous avons demandé aux répondants quelles actions seraient, de leurs points de vue, prioritaires afin d'améliorer la situation des personnes concernées par les problèmes de santé mentale. Les réponses furent aussi diversifiées que riches en suggestions.

Dans le champ conjugal et familial

Dans le cadre de la politique familiale, on évoque l'importance de renforcer la place sociale de la femme. Une meilleure considération de la femme dans la société serait fondamentale pour une société avec une égalité des chances, réduisant les sentiments d'injustice sociale et favorisant *l'empowerment*. Il faudrait mieux considérer l'égalité dans le travail pour les femmes. *«L'égalité des salaires, ce n'est pas encore ça. La reconnaissance du travail, bon maintenant il y a des garderies, des crèches dans tous les villages. C'est un progrès, ces dix dernières années. Peut-être aussi accepter qu'un homme travaille peut-être à 70% ou 80% et que sa femme travaille à 50-60%. Parce que pour vivre aujourd'hui, il faut deux salaires. Un autre problème est que beaucoup d'entreprises engagent les gens à 100% donc le temps partiel n'est pas encore reconnu. On sait bien qu'une femme qui doit s'occuper des enfants ne peut pas travailler à 100%. Des fois, elle préfère travailler à 100% et se débrouiller avec les enfants, et sacrifier le couple pour ne pas perdre son travail. Parce que aujourd'hui, pour une femme c'est risqué de perdre son travail, puisque il y a 50% de divorce, elle dit pourquoi pas moi ? Et ça forcément, ça influence la santé mentale. Ça influence la santé psychique. Il y a encore de quoi faire»* (Répondant # 30).

Les difficultés d'organisation familiale sont nombreuses. Les professionnels dans diverses institutions sont sensibles aux souffrances des familles. Comme le taux de divorce est autour de 50% les changements dans l'organisation familiale sont fréquents. Ce passage est souvent difficile pour les membres d'une famille en pleine crise. La reconnaissance des services de médiation par l'État et le système judiciaire pourrait réduire les conséquences graves des conflits sur la santé psychique des familles, pendant la période de séparation et de divorce. Il faudrait donc développer des services de médiation pour les familles en conflit. *«Effectivement, il faudrait développer des compétences en médiation dans les conflits de familles et les divorces conflictuels où il faudra donner les moyens aux parents de ne pas prendre leurs enfants en otage dans le conflit du divorce»* (Répondant # 28).

Les personnes qui sont en rupture relationnelle avec leur conjoint cherchent à s'informer et trouver de l'aide dans les moments de crise. Parfois, ils ont besoin d'un accompagnement relationnel, d'autres fois, ils sont à la recherche d'informations pratiques pour mieux comprendre les lois du divorce et les procédures à entreprendre. Les professionnels pensent qu'il faudrait développer des services de médiation pour les couples qui sont en train de se séparer. Comme la législation n'a pas officiellement inclut des services de médiation dans les lois de divorce, la médiation reste un processus assez marginalisé dans le secteur privé. *«Je trouverais extrêmement intéressant que les centres SIPE s'intéressent à la médiation. Il y a la consultation de couple, et au fond on a assez souvent des téléphones de gens qui disent, «Non, notre décision est prise, c'est bon, on est déjà venu une fois voir la conseillère conjugale.», ou on a fait d'autres démarches. Mais juridiquement, on aimerait savoir comment les orienter.*

Souvent on les oriente à la consultation juridique à CARITAS. Parce que les gens qui nous appellent, il ne faut pas oublier que ce sont des gens la plupart du temps qui ont un niveau socio-économique assez faible, avec des petits salaires, des rente AI, le chômage. On a des gens qui sont souvent à la recherche d'un travail, ou qui ont interrompu un apprentissage. On rencontre nous des gens assez démunis ici. Offrir la possibilité d'avoir une médiation, où comment on gère la séparation, comment on aménage les relations avec les enfants, et tout ça serait vraiment précieux. Et il n'y a pas de services de médiation en Valais» (Répondant # 53).

Dans le cas des familles vulnérables comme les jeunes filles enceintes, le besoin se fait sentir d'un accueil mère-enfant. Pour ce faire, il faudrait des lieux spécialisés afin de soutenir les personnes fragilisées en renforçant le cadre de sécurité pouvant contribuer au bon développement de la relation mère-enfant. C'est une forme de prévention relationnelle qui peut influencer la santé mentale tout au long de la vie. *«On voit de plus en plus d'adolescentes enceintes ou de jeunes filles qui ont à peine 18 ans. Nous, ce qu'on aimerait, et qui existe dans les cantons de Vaud et de Genève, c'est un lieu d'accueil mère-enfant. On aimerait développer des ressources pour les situations où il y a la vulnérabilité chez les petits enfants, dans les familles vulnérables» (Répondant # 4).*

Les femmes battues auraient également besoin de services coordonnés pour assurer leur protection. Il faudrait prendre le «Unterschlupf» comme modèle pour la prise en charge des femmes battues. *Le groupe «Unterschlupf» travaille dans le Haut-Valais. Ils ont une expérience de prise en charge des femmes battues qui est très intéressante. Ils sont avancés par rapport au Valais Romand. Voilà. Il y a la possibilité pour les femmes d'aller se cacher dans des appartements que personne ne connaît. Ce ne sont pas des foyers que tout le monde connaît. L'idée c'est aussi de faire un pilotage sur tout le Valais pour créer ces mêmes groupes. En Valais central ça démarre, mais ce n'est peut-être pas aussi fluide que dans le Haut-Valais. Ensuite, il faudrait aller jusqu'au Bas-Valais et faire se rencontrer les professionnels. C'est un travail, de longue haleine mais qui ne se fait pas juste sur une simple décision politique. Il faut rencontrer les gens, les mobiliser, arriver à les sensibiliser, à leur faire envie de repartir dans ces groupes et d'échanger» (Répondant # 61).*

Au niveau des enfants, certains mentionnent qu'il serait important d'investir dans la prévention précoce pour les jeunes avec des problèmes d'addictions et d'insertion sociale. Certains professionnels trouvent que les thérapies sont peu efficaces dans les prises en charge de la toxicomanie quand les situations perdurent depuis longtemps. Ils sont d'avis qu'un investissement dans la prévention précoce serait plus efficace dans la gestion des ressources pour cette problématique particulière de santé mentale. *«Alors, oui, bien sûr, je pense qu'il faut intervenir beaucoup plus tôt. Il faut qu'on puisse travailler beaucoup plus avec l'école primaire, dans une prévention précoce. Dès qu'un enfant dysfonctionne, il faudrait que l'école puisse alerter les structures compétentes. Mais pas pour punir les parents, au contraire, afin de les soutenir et pour trouver des stratégies. Ça c'est la première intervention. L'autre, c'est une intervention par rapport aux plus âgés, ceux qui n'ont pas trouvé un emploi, c'est à dire tous ces jeunes entre 18 et 25 ans qui traînent en recherche d'activité. Il faudrait envisager une manière pour qu'une commune puisse mettre à*

disposition des emplois de bas seuil. Ça veut dire que ces jeunes soient occupés trois ou quatre heures par jour. Qu'ils soient dans une activité qui ne soit pas désocialisée. Les remettre en contact avec cette société à mon avis, c'est de grands enjeux. Mais les problématiques émergent souvent vers 10-11 ans. A ce moment là on devrait mettre l'accent sur le travail auprès des familles et ne pas les punir. Or, parfois c'est politiquement correct de dire qu'il faut les punir. Cela provoque un pas en arrière car les parents sont infantilisés, donc c'est une démarche qui est, à mon avis, contre-productive» (Répondant # 43).

Pour les femmes enceintes, une offre de cours supplémentaires devrait être établie, sur la psychologie de l'enfant par exemple, ainsi qu'une forme de prévention pour les jeunes mères et enfants.

„Wir machen ja Geburtsvorbereitungskurse. Dass man vielleicht auch 1-2 Abende könnten den Eltern sagen, da könnt ihr mal einem Psychologen zuhören gehen, wie läuft's, gibt's Empfehlungen, Ratschläge gibt. Wie sollte man für die Kinder da sein und wo könnt ihr gehen, wenn ihr euch überfordert fühlt“ (7).

«On fait des cours de préparation à la maternité. On pourrait peut-être arranger 1 ou 2 soirées pour les parents, avec un psychologue qui les informe concernant le développement de l'enfant, donne des recommandations et conseils. Comment s'occuper des enfants et où s'adresser lorsqu'ils se sentent dépassés» (Répondant # 1).

Dans le champ de la communication inter institutionnelle

Certains orientent leurs suggestions vers l'amélioration de la communication inter institutionnelle ou inter professionnelle. Il est alors fait mention du fait que les médecins manquent de moyens efficaces de communication et d'un protocole pour faciliter la communication dans le réseau de soins. Il faudrait développer un système de communication pour faciliter les échanges autour des patients. La santé publique pourrait investir dans un système de communication qui relie l'Hôpital du Valais avec ses partenaires sur le terrain. Un tel projet renforcera la qualité des prises en charge régionales. *«On revient toujours sur des questions de liens interinstitutionnels, entre institutions et autres associations et de formation. Par exemple ça sera très utile que les psychiatres installés, l'ensemble des médecins installés, aient des adresses e-mails pour qu'on puisse leur dire, «Voilà, votre patient tel-et-tel est arrivé. Il est là, contactez tel médecin». Parce qu'on entend régulièrement des gens se plaindre, «Ah, j'ai mon patient hospitalisé, personne m'a téléphoné». Mais, de l'autre côté, les médecins hospitaliers ont l'obligation d'appeler les médecins traitants et se font des fois très mal recevoir par des médecins installés qui insultent les médecins assistants, et qui disent qu'on est des nuls. Ou, alors se plaindre qu'on ne les a pas atteints, alors qu'ils ne répondent que 15 minutes par semaine au téléphone. Je pense qu'il y aurait des moyens techniques à mettre à disposition qui permettraient de faciliter les liens entre institutions et autres professionnels. Tout en respectant la confidentialité du patient qui ne veut pas forcément que tous les gens impliqués autour de lui soient au courant de ce qui lui arrive aussi. C'est très complexe mais il y a des moyens techniques qui devraient nous aider. Par les e-mails simplement. Imaginons que tous les médecins du Valais aient leur adresse e-mail qui soit tenue à jour et chaque fois qu'un patient est hospitalisé par exemple avec l'autorisation des patients on envoie un e-mail avisant ses médecins et les personnes importantes pour lui,*

disant : «votre patient, votre proche est là. On vous informe qu'il est là, si vous avez des questions ou autre» ou «on vous demande de prendre contact avec tel médecin, dans telle unité, qui vous renseignera ou vous convoquera pour une rencontre pour discuter de la situation de leur patient de leur proche ou autre», par exemple» (Répondant # 20).

Un autre aspect de la communication est celui de la représentation et de la compréhension de la psychiatrie dans la société. Il s'agit alors d'améliorer la représentation sociale tant de la maladie mentale que des soignants. Comme il existe de nombreuses écoles philosophiques à la base de la formation des professionnels psychologues, psychothérapeutes et médecins psychiatres, une certaine confusion semble freiner la demande des consultations. Plusieurs répondants ont soulevé la nécessité de **mieux expliquer la psychiatrie dans la sphère publique.**

Les répondants ont abondamment fait état de problèmes spécifiques liés aux situations d'urgence. Une autre suggestion porte alors sur le renforcement des équipes aux urgences pendant les heures de nuisances ; ce qui aiderait à réduire le sentiment de détresse des professionnels et des personnes à la recherche d'aide. *«S'il fallait faire un renfort, c'est pendant les heures de nuisances, la nuit et le week-end» (Répondant # 18).*

Enfin, bien que la collaboration entre les institutions et les associations communautaires soit jugée acceptable, certains suggèrent d'améliorer le niveau de participation des patients dans les décisions. Les Ligues, par exemple, réclament le droit de participer dans les organes décisionnels pour pouvoir dialoguer avec les décideurs et apporter leurs compétences. Dans le champ du cancer, par exemple, il fut proposé comme un élément important d'intégrer les patients en oncologie dans les groupes de travail. *«Je trouverais intéressant que l'association de patients puisse avoir un plus grand rôle à jouer en oncologie, notamment comme interlocuteur des professionnels. Que quand on fait des groupes de travail par rapport à des problématiques oncologiques comme la réadaptation dans le projet de réseau oncologie, qu'il y ait une place pour un représentant d'une association de patients, comme des expériences qui étaient conduites à Genève et aussi à Lausanne. J'ai une patiente qui a un cancer du sein qui est très en lien avec les réseaux genevois. Je pense que ça peut être très profitable pour les patients. C'est vrai que ça me semble aberrant qu'on ne leur demande pas leur avis, qu'ils ne fassent pas partie des groupes de réflexion et des groupes de travail. Il y a la plateforme de psycho-oncologie en Suisse Romande, où tous les intervenants en psycho-oncologie se voient deux fois par année. Dans ce groupe, il y a deux patientes qui représentent l'association et les points de vue qu'elles peuvent avoir sont très intéressants. C'est vrai que ça fait très peur à nous les professionnels» (Répondant # 22).*

Certains réclament une liste complète ou un aperçu de toutes les institutions et de leurs prestations et des groupes de parole existants, soit sous la forme d'un feuillet/dépliant, soit sur internet. Un tel support serait aidant autant pour les professionnels que pour les personnes en souffrances et leurs proches, afin de mieux s'orienter dans le réseau socio sanitaire. Souvent, les gens sont envoyés d'une institution à l'autre. Une proposition pour palier à cela serait d'avoir un guichet d'informations, où les personnes pourraient s'informer de toutes les prestations disponibles.

„Ein Anliegen meinerseits wäre, wenn die Leute irgendwo an eine Schalter gehen könnten um dort zu erfahren was das Geeignete für den Betreffenden wäre, wie komme ich weiter. Manchmal ist es halt einfach schon so ein hin und her schieben, von Kasse zu Kasse etc. Für die Leute kann sowas sehr stressig sein und nicht so recht zu wissen was jetzt zu tun ist. Als Klient kann man das System fast nicht durchschauen und verstehen, das ist nicht möglich „ (22).

Un souhait de ma part serait un guichet d'information pour tout le monde, où on pourrait s'informer concernant les possibilités individuelles les plus appropriées, et sur comment procéder. Parfois c'est comme un chassé-croisé pour les personnes concernées, d'une structure à l'autre... C'est très stressant pour les gens, de ne pas savoir quoi faire dans la situation. Le client ne peut pas avoir de vue globale sur tout le système et le comprendre» (Répondant # 22).

Dans le cadre de la psychiatrie communautaire : psychiatres, médecins généralistes et psychothérapeutes

Les collaborations entre les psychiatres et médecins généralistes auraient besoin d'être renforcées concernant les prises en charges de la santé psychique. Parfois, c'est dans les groupes de supervision qu'on peut augmenter les compétences des médecins généralistes pour les prises en charge de maladies psychiques. Les médecins généralistes sont en première ligne concernant les problèmes de santé mentale. De nouveaux modèles de collaboration comme le travail en «concilium» pourraient être prometteur. Dans le Haut-Valais, les structures actuelles peuvent être élargies. Les psychothérapies en délégation augmenteraient davantage la capacité de répondre efficacement aux besoins des patients. Et la mise en place d'équipes mobiles et interdisciplinaires permettrait plus d'accessibilité pour les patients. Des protocoles entre les services et institutions seraient aussi une manière de prévenir les violences, ou la dégradation de certaines situations complexes où la police et la justice sont interpellées afin de mettre un cadre.

Il faudrait développer des services d'encadrement pour les médecins généralistes concernant les prises en charge psychiatriques, car les échanges dans les groupes de supervision augmenteraient l'efficacité des prises en charge. Les «Cercles de Qualité», où les médecins généralistes et les pharmaciens discutent des prescriptions et des thérapies, se sont avérés très efficace dans la diminution des prescriptions inadéquates. *«Ou disons la possibilité de pouvoir contacter les services ambulatoires pour un encadrement quand il faut parce que les généralistes, ils s'occupent de la plupart des cas psychiatriques, ça dans tous les cantons et ils peuvent faire un travail psychothérapeutique pour jusqu'à 20% de leur clientèle et je pense qu'ils en ont bien plus malgré eux. Mais c'est surtout eux les premiers remparts, ils s'occupent énormément de dépressions, des groupes anxieux, de toxicomanies, de troubles de la personnalité. Et puis le problème classique est qu'il y a des généralistes qui ne sont pas informés ou qui n'ont pas le temps pour avoir la rigueur psychiatrique. J'ai constaté par exemple des situations où le patient était trois semaines sous un antidépresseur au dosage thérapeutique sans réponse efficace. Il faut revoir la chose. J'ai eu par exemple un patient qui m'expliquait, «je prends de la Fluoxétine, 20mg un comprimé le matin et je ne vais pas mieux». Et quand je lui dis mais vous en prenez depuis quand ? Il me répond, «ça fait*

quelques année». Souvent les patients ont eu la même dose pour leur dépression, une dépression en soi dure 6 mois, voir un an et demi. Et normalement, la personne sort spontanément. De prendre pendant 4 ans 20 mg de Fluoxétine c'est aberrant. Enfin, il y a tellement de choses à faire que les généralistes, débordés par leur travail de médecine somatique et les urgences, les gardes etc., n'ont pas le temps pour ça. Et c'est là où il y a des programmes de sensibilisation aux différentes problématiques psychiatriques qui pourraient les aider. Il faudrait mettre en place une éducation par rapport à la psychiatrie pour le généraliste» (Répondant # 23).

Souvent les médecins généralistes sont face à des situations où l'avis d'un spécialiste serait précieux, dans le but d'optimiser le diagnostic et la proposition thérapeutique. La collaboration avec les psychiatres est cependant parfois difficile. *«Je trouverais intéressant que les psychiatres puissent travailler avec d'autres psychiatres comme avec d'autres spécialistes. En tous cas, quand j'ai un cas avec un problème cardiologique, je vais demander si je suspecte une angine de poitrine, un test d'effort à un cardiologue. Ensuite, il m'envoie un rapport et je sais ce qu'on va faire et je vais continuer de travailler en collaboration avec le cardiologue. Mais je dirais qu'avec un psychiatre on n'arrive pas, ça ne se passe pas comme ça. Mais dans certaines situations, je trouverais intéressant de pouvoir travailler avec un psychiatre en concilium» (Répondant # 74).*

Pour d'autres, c'est la collaboration avec les psychothérapeutes qui devrait être améliorée. Or, plusieurs facteurs freinent l'utilisation des psychothérapies pour les situations de santé psychique. Afin de remédier à ce problème, nous devons procéder à une harmonisation dans l'organisation des soins, entre les caisses-maladies, les lois qui reconnaissent la profession de psychologue-psychothérapeute et les formations permettant les prises en charge par délégation. Il faudrait développer les psychothérapies déléguées afin d'agrandir les offres thérapeutiques financées par les caisses-maladies. C'est dans cette optique que des psychologues psychothérapeutes recherchent les collaborations avec des psychiatres. La mise en place des CCPP dans les différentes régions du Valais constitue un pas en avant favorisant le rapprochement des ressources dans la communauté. Des compétences régionalisées sont en train de se mettre en place pour faciliter un travail de collaboration en réseau. Les professionnels reconnaissent le besoin d'être disponibles et mobiles pour mieux répondre aux besoins de la population. Les soins psychiatriques communautaires sont en phase de clarification des protocoles de collaboration avec leurs partenaires. *«J'ai l'impression qu'on doit être plus mobile, ce qui pourrait nous aider c'est la mobilité des professionnels, des médecins, des psychiatres, des assistants sociaux. Je vois vraiment qu'on est trop là dans notre bureau à attendre que les choses nous tombent dessus et c'est peut être pas ça la réponse. On devrait peut-être plus être mobile, en réseau» (Répondant # 49).*

La clarification des rôles et des protocoles d'intervention coopératifs faciliterait le travail interdisciplinaire. Un répondant explique la nécessité d'obtenir l'accord des responsables de service pour permettre ensuite la coordination des interventions. *«Je pense que la solution consisterait à trouver des automatismes entre différents partenaires, ceux dont on a déjà parlé donc évidemment la police, les psychologues par exemple, mais j'intégrerais également la justice. C'est souvent la justice nos patrons. C'est elle qui peut nous autoriser à*

communiquer les informations ; donc on doit toujours avoir son feu vert pour pouvoir communiquer avec des médecins. On pourrait aussi y ajouter les différents services sociaux et il y a encore d'autres intervenants qui pourraient être impliqués. Il faut donc élargir la palette de ceux dont l'intervention est nécessaire pour améliorer cette communication et cet échange de l'information» (Répondant # 38).

Les besoins spécifiques des populations migrantes

Comme il y a un pourcentage élevé de migrants en Valais, la communication entre ceux-ci et les institutions devient un enjeu important. Les budgets pour la traduction existent dans le secteur judiciaire, mais il n'existe pas officiellement pour les secteurs socio sanitaires ou dans l'instruction publique. Des budgets pourraient financer les prestations des médiateurs culturels, ce qui permettrait d'améliorer par exemple la communication entre l'école et les familles migrantes. *«A mon avis, on ne travaille pas beaucoup avec les écoles, toujours à cause du même problème, le problème du paiement. Elles ont des budgets très limités. Pourtant, étant présent dans les écoles, je remarque qu'il est très important pour des parents de connaître la situation de leurs enfants, car les parents se soucient de leurs enfants. Sont-ils bien intégrés dans l'école ? Mais les enfants profitent bien quand les parents ne comprennent pas la langue» (Répondant # 41).*

En somme, la complexité des systèmes pose un problème même pour les suisses. Il faudrait mettre en place des protocoles plus clairs avec une cartographie des ressources et procédures d'intervention pour les médiateurs scolaires afin de mieux orienter les personnes vers les aides dont elles ont besoin. Comme le suggère le répondant suivant, il faudrait un document pour préciser les démarches à suivre pour les médiateurs scolaires. *«Des ressources il y en a plein, maintenant un truc qui ne serait pas inutile une fois c'est de faire un document sur comment gérer certaines situations, un suicide par exemple» (Répondant # 56.a).*

Dans le cadre des clientèles de personnes âgées

Concernant les résidents des EMS, des institutions mieux adaptées à ces personnes et à leurs besoins spécifiques seraient préférables. La création de lieux de vie pour les personnes âgées va être un défi grandissant pour la santé publique. Il faudrait développer des structures adaptées aux besoins spécifiques des résidents pour diminuer les difficultés de cohabitation en institution. *«Par exemple, je pense aux difficultés de cohabitation importantes dans une institution quand on a des gens qui souffrent de démence grave et qu'on a des gens qui sont encore bien dans leur tête et qui ont peut-être des handicaps physiques qui ne leur permettent plus de rester à domicile et qui ont besoin d'une aide. Chacun souffre. Les gens qui sont encore bien mentalement trouvent pesant d'avoir des gens qui entrent dans leur chambre à tout moment de la journée ou au milieu de la nuit. Avoir des gens qui peut-être urinent ou se déshabillent en plein milieu du salon, ça c'est des choses pénibles pour les gens qui ne souffrent pas de démence. Être en institution, c'est aussi être dans un milieu très stimulant avec beaucoup de visites, avec des horaires rigides, avec une prise en charge qui est un peu plus hôtelière et qui est moins adaptée à leurs besoins quotidiens. Alors c'est vrai qu'il y a des solutions qui existeraient, ça serait des établissements ou des appartements protégés. Il en existe déjà, en tous cas à Sion, il en existe un, il y a un deuxième qui va s'ouvrir mais il*

n'offre peut-être pas une couverture, une prise en charge avec une possibilité d'aide 24h/24h et là ça serait peut-être des choses que l'on pourrait aussi développer. Parce que ces personnes encore bien mentalement pourraient bénéficier de ce type de structure et laisser les établissements peut-être aux gens qui ont des problèmes plus sérieux. Je pense que les structures ne devraient pas être trop grandes non plus. Dans les grands établissements, c'est difficile de trouver une âme et une structure un peu plus chaleureuse. Je pense qu'on ne doit pas être des mini-hôpitaux dans les EMS. On doit rester des structures de vie» (Répondant # 57).

La formation continue des spécialistes en psychiatrie de la personne âgée a besoin d'être investie par les IPVR et le PZO, afin d'assurer les ressources et les compétences dans ce domaine. La mise en place de nouveaux modèles thérapeutiques comme la thérapie de groupe de même qu'une approche psycho-éducative aideraient à combler les besoins dans ce secteur en pleine expansion.

En **conclusion**, il convient de retenir que de nombreuses pistes ont été évoquées par les professionnels pour bonifier le fonctionnement du système de soins, mais aussi dans une optique de prévention de la santé psychique. Certaines propositions peuvent être portées par les IPVR, mais d'autres demandent un travail de concertation entre les différents départements et services. D'où l'importance d'une prise de conscience par les décideurs afin de renforcer les synergies interdépartementales.

CHAPITRE 9. FAITS SAILLANTS ET PISTES POUR L'ACTION

Un premier constat est relatif à la qualité de l'accueil réservé à la présente démarche de recherche auprès des 80 professionnels qui ont accepté les entrevues. Mentionnons qu'un seul parmi les répondants sollicités n'a pas répondu à l'invitation pour une entrevue. Or, au-delà d'une ouverture à la participation, la recherche a démontré un véritable intérêt pour le caractère participatif de ce type de recherche action. D'évidence, les professionnels de la santé et les intervenants communautaires sollicités ont été sensibles au fait qu'une telle démarche de recherche, devant contribuer à la planification des services en prévention et en promotion de la santé mentale, prenne en considération leur point de vue et leur propre lecture des besoins dans le champ de la santé psychique, en regard de leur expérience de terrain au quotidien.

Pistes pour l'action (*N.B : Les pistes d'action identifiées ci-dessous ne sont pas celles de l'équipe de recherche mais un résumé de celles proposées par les répondants de l'enquête*)

I) Une telle démarche de recherche participative et consultative sur une base périodique pourrait faire partie de l'éventail des outils de planification des politiques en santé mentale, aux côtés des études épidémiologiques et des analyses de données administratives.

II) Les catégories de besoins que nous avons retenues dans le présent rapport pourront jouer le rôle d'indicateurs du bon fonctionnement du réseau valaisan en santé mentale. Ces indicateurs permettront de faire le monitoring des retombées des politiques de santé mentale en Valais.

9.1 Problèmes de santé mentale identifiés

La présente démarche de recherche a permis d'aller au-delà des portraits produits à partir des enquêtes épidémiologiques du type des Enquêtes Suisses de Santé. L'objectif d'une démarche qualitative de ce type n'est pas, bien sûr, de produire des données sur la prévalence d'une liste de «désordres psychiatriques». Il est plutôt d'analyser la perception qu'ont ces acteurs de première ligne des problèmes les plus prévalants ou tout au moins les plus préoccupants pour la société et le système de santé valaisan. Le portrait qui en ressort permet de mettre le doigt sur plusieurs problèmes qui ne sont d'ailleurs pas ou mal abordés dans les enquêtes épidémiologiques et administratives. Surtout, la présente enquête a permis d'identifier certaines des conditions et circonstances reliées à ces problèmes, données fondamentales pour la planification des interventions. Nous en ventilons la présentation selon trois catégories, soit : les problèmes liés à la santé mentale proprement dite, ceux liés à la toxicomanie et aux dépendances et ceux liés à une catégorie moins classique de «problèmes de société» tels les violences ou les abus sexuels

9.1.1 Un constat initial s'impose; les professionnels rencontrés ont une conception de la **notion de «santé mentale» plus large et englobante** que celle définie par les seules pathologies et les diagnostics psychiatriques. Les frontières entre le mental, le physique et le social apparaissent comme floues en regard de la «santé» mentale. Celles entre les problèmes eux-mêmes et les déterminants sociaux apparaissent comme artificielles, comme dans le cas des violences conjugales ou de l'isolement social. En particulier, plusieurs rapportent une propension des malades à masquer les problèmes psychiques derrière des plaintes somatiques.

Un révélateur important de cette vision englobante fut la propension quasi automatique des répondants à aborder ce qu'ils perçoivent comme les causes sociales, économiques et politiques des problèmes de santé mentale, et ce sans que ce thème n'ait été abordé dans le schéma d'entrevue prévu initialement. Le rapport résume (chapitre 3.2) ces analyses, mettant en cause la fragilisation des liens familiaux et conjugaux, l'impact des séparations et divorces, l'influence de l'insécurité face à l'emploi et du stress en milieu de travail, la crise économique, les représentations sociales négatives et la discrimination envers certains groupes (ex. : homosexuels, migrants, toxicomanes), voire la perte des repères sociaux et éthiques.

PROBLÈMES DE SANTÉ PSYCHIQUE IDENTIFIÉS

Problèmes de santé mentale

9.1.2 La dépression est abordée dans plusieurs entrevues. La dépression chez les personnes âgées en particulier. Souvent la dépression est liée à l'anxiété. Mais c'est l'**anxiété** profonde et l'angoisse qui font l'objet d'analyses. Ces problèmes sont mis en lien avec les pressions sociales à la performance dans une société trop exigeante, mais aussi avec une faible estime de soi et le sentiment d'avoir des capacités limitées pour gérer sa vie personnelle.

9.1.3 L'Alzheimer est abordé à travers a) les difficultés importantes pour gérer adéquatement le suivi de la consommation des médicaments et la pression supplémentaire que cela représente sur le personnel; b) les problèmes en amont de l'hospitalisation, alors que la famille doit composer à la maison avec une personne démente, parfois violente, famille qui a alors besoin de soutien à domicile.

9.1.4 L'anorexie apparaît comme un problème émergent, en particulier pour les intervenants en milieu scolaire. Au-delà d'un constat d'augmentation de la prévalence de l'anorexie, en particulier chez les jeunes filles, les répondants soulèvent le problème du déni ou tout au moins de banalisation de cette maladie, puis du manque de soutien de la part des parents sauf dans les cas extrêmes.

9.1.5 Le burn-out et le stress au travail sont mis en lien avec une augmentation du harcèlement au travail, des pressions exagérées à la productivité et qui sont en augmentation au cours des dernières années. Le *mobbing* est fréquemment mentionné comme problème associé. Une surconsommation de médicaments et de drogues calmantes ou stimulantes en découle fréquemment chez les travailleurs sous pression.

9.1.6 Les tentatives de suicide seraient de plus en plus fréquentes, dans tous les groupes d'âge, mais en particulier chez les personnes âgées. Ce problème est mis en relation avec le bon fonctionnement des lignes d'écoute, mais aussi avec l'importance d'une intervention en amont, de promotion de la santé mentale.

9.1.7 Troubles de la personnalité souvent accompagnés par d'autres problèmes (dépression, anxiété, etc.) qui empêchent à long terme, entre autres, l'intégration sociale et dans le monde du travail.

9.1.8 Troubles psychosomatiques. Les personnes mentionnent premièrement des plaintes somatiques (douleurs etc.), qui se trouvent en liaison avec des troubles psychiques.

9.1.9 Toxicomanie et dépendances. On s'entend globalement pour deux constats : le problème est moins important en Valais que dans d'autres cantons avec de grandes villes, et le Valais est très bien servi et organisé sur ce plan. On souligne souvent la bonne performance de la Ligue valaisanne à ce sujet. On serait face à une certaine banalisation de la consommation d'alcool dans ce canton viticole, ce qui n'enlève rien au sérieux des conséquences médicales à long terme et particulièrement chez les personnes âgées.

Toutefois, si les cas de dépendances lourdes, les plus spectaculaires, sont moins visibles et mieux contrôlés, plusieurs rappellent que la consommation ordinaire d'alcool et de drogues demeure bien présente. En particulier, les consommations excessives pendant le week-end de cocktails d'alcool et de mélanges de drogues douces et dures (polytoxicomanie) par les jeunes sont ciblées, de même que les conséquences de ces conduites chez les jeunes filles (ex. : grossesses non désirées).

L'émergence des cyberdépendances et leurs impacts sur la carrière scolaire des jeunes sont aussi à prendre en considération et demanderont des ressources spécialisées dans les années à venir.

Dans la mesure où la consommation de médicaments (ex. : contre les douleurs, antidépresseurs) augmente rapidement, deux dangers doivent aussi retenir l'attention, soit celui du 'tourisme' de médicaments (Internet, achat, changement de pharmacie) de même que celui du danger de polymédication, surtout chez les personnes âgées. Les dangers liés aux abus et à la dépendance aux médicaments s'impose donc comme un problème significatif.

9.1.10 Les violences. La propension des valaisans à exprimer leurs tensions et frustrations à travers les actes violents est soulignée. La violence (psychique et physique) s'insinue dans l'ensemble des rapports sociaux, au travail, à l'école, dans la famille.

Piste pour l'action

III) Certains en appellent à un suivi plus serré des jeunes délinquants mineurs et à des bases légales permettant une meilleure prévention des actes violents en général.

9.1.11 Les outils pour gérer la violence conjugale sont insuffisants.

Pistes pour l'action

IV) On demande alors la mise en place d'un cadre de sécurité pour assurer la sécurité des conjointes et des enfants dans le cas des droits de visite du conjoint; plus de compétences professionnelles pour aider ces familles surtout dans les cas de déni de la violence par la conjointe violentée; et des compétences spécifiques pour les femmes migrantes qui ne sont pas informées de leurs droits dans ce domaine.

Pour conclure

La plupart des personnes ne souffrent pas seulement d'un trouble psychique. La «poly morbidité» est de plus en plus souvent présente. Ce sont ces cas compliqués qui exigent beaucoup de ressources, ceci nécessite une bonne collaboration entre les différents partenaires. Il est à noter que certains sous-groupes sociaux plus marginalisés, tels celui des personnes âgées ou des migrants, vivent une situation d'isolement social qui aggrave leur souffrance et leurs besoins en service.

9.2 Les besoins des personnes en souffrance identifiés par les intervenants

De l'analyse, faite par les professionnels, des principaux problèmes de santé psychique en Valais, découle une seconde analyse de ce que ces professionnels perçoivent comme étant les principaux besoins en matière de services requis pour y faire face. Il ressort clairement que la psychiatrie (et les psychiatres) ne peut pas à elle seule améliorer significativement l'état de santé mentale de la population valaisanne. Un consensus émerge pour reconnaître que s'impose une approche élargie de promotion de la santé mentale mettant en avant la collaboration et la complémentarité des ressources et des institutions. Certains de ces besoins (analysés plus en détail au chapitre quatre) sont :

9.2.1 Besoin d'être écouté et accompagné. Pour les professionnels, que ce soit chez les personnes âgées en EMS, les mères qui consultent chez le pédiatre, les femmes qui accouchent, les personnes qui vont chercher leurs médicaments chez le pharmacien, où les femmes battues, le besoin d'être écouté reste un besoin primordial. Et largement insatisfait considérant les contraintes de temps, les contraintes administratives et le manque de ressources. L'intervention dans le champ de la santé mentale nécessite spécialement un temps d'écoute d'une plus grande qualité que ce qui peut être offert. On retrouve tout particulièrement le besoin de parler avec une personne «neutre», idéalement non-professionnelle.

9.2.2 Dans le cas des populations les plus vulnérables, la relation thérapeutique ne suffit pas; il faut développer de petites structures adaptées aux besoins spécifiques de ces personnes qui ne peuvent plus vivre seule ou en milieu familial, mais qui ne nécessitent pas une hospitalisation de longue durée. Ces **structures d'accueil ou d'hébergement devraient être décentralisées** et localisées près du milieu de vie de ces personnes. Mais la politique cantonale prévoit de garder un maximum de personnes atteintes de démences à la maison, avec des services de soins à domicile organisés en lien avec les CMS et les autres partenaires. Dans cette configuration, les **besoins des proches et des aidants naturels** vont devoir être mieux pris en considération.

9.2.3 Plusieurs évoquent, de même, le besoin de lits hospitaliers pour des personnes pour lesquelles une hospitalisation en milieu psychiatrique n'est pas la solution la mieux adaptée, dans le cas de situations d'entre-deux, entre la prise en charge psychiatrique et somatique. **Dans les différentes régions, on parle ainsi d'un manque de lits pour les personnes qui vivent des situations telles qu'un deuil ou des crises**, et qui nécessitent une prise en charge hospitalière et non psychiatrique. On parle de «lits tièdes» pour permettre temporairement à

des patients de stabiliser leur état. Ce peut être des lits qui donnent aux professionnels une alternative à Malévoz, soit **des lits psychiatriques dans les hôpitaux somatiques**.

9.2.4 Besoins d'accès à des ressources professionnelles en psychothérapie dans un contexte où les médecins généralistes (mais aussi les policiers) ont de la difficulté à orienter certains patients vers des psychiatres débordés. Par contre, des patients, qui peuvent être à l'AI ou des personnes jeunes, n'ont pas nécessairement **accès à des caisses complémentaires** qui peuvent prendre en charge ces frais de consultation. Un besoin d'élargissement de ces financements émerge alors.

9.2.5 Dans un contexte où les caisses-maladies font pression pour des séjours hospitaliers courts, il existe un besoin de suivi spécialisé de patients remis peut-être trop tôt en communauté. Il y aurait un **besoin d'hébergement suite aux hospitalisations**.

9.2.6 Les bouleversements rapides des modes de vie en montagne, dans les vallées, créent une pression importante sur la **santé mentale des montagnards**. Il y aurait le besoin de développer des programmes spécifiques de promotion de la santé mentale pour ces populations, surtout lorsqu'elles ont le sentiment que les clientèles touristiques ont priorité sur les locaux.

9.2.7 Les besoins spécifiques aux populations migrantes sont importants. En termes de services d'interprète mais aussi de **médiation interculturelle**: dans le cadre des accompagnements pour les rendez-vous médicaux, face à la situation de discrimination ressentie par ces populations et également face aux besoins spécifiques des femmes migrantes aux prises avec des abus et violences. Des besoins spécifiques existent aussi pour les jeunes migrants en phase de crise identitaire, ou pour les travailleurs âgés qui font face à la fin de leur statut de travailleur.

9.2.8 En termes de réinsertion sociale, il existe un besoin important **de postes de travail adaptés aux personnes fragiles hors institution**.

9.2.9 En cas de violence, la prise en charge des victimes est possible, mais il n'y a pas de prise en charge des coupables, de travail en termes de prévention des récidives.

9.2.10 Au plan des soins palliatifs, dans la mesure où les liens familiaux changent, plusieurs personnes meurent seules sans accompagnement ni soutien.

9.2.11 Dans le contexte du Haut-Valais, avec une population très limitée, il est très **difficile de respecter l'anonymat dans les soins**. De même, le fait qu'il n'existe qu'un seul psychiatre en cabinet privé implique un manque de choix disponible pour le patient, contraint à recourir aux services offerts par le PZO. Il en résulte que certains iront chercher de l'aide dans le canton de Berne, souvent sans possibilités de remboursement par la caisse maladie.

9.2.12 Globalement, il existe des besoins en matière de sensibilisation et d'information générale sur la santé mentale, en particulier sur les possibilités de prévention, de dépistage des

signes de crises existentielles, sur les maladies psychiques. Les informations dans les médias ne suffisent pas, sont parfois même mal comprises par la population.

9.3 Les besoins des professionnels pour améliorer leur pratique

Le manque de ressources professionnelles fut, bien sûr, fréquemment identifié par les répondants de l'enquête. En particulier, le manque de psychiatres et de psychothérapeutes pour la prise en charge des cas demandant un suivi plus important. En cela, le Valais ne diffère pas beaucoup des autres régions du monde. Par contre, ces professionnels ont aussi identifié des besoins qui leur sont propres pour améliorer les conditions de leur pratique. Nous en rapportons ici certains :

9.3.1 Un consensus semble se dessiner clairement pour reconnaître des besoins en termes d'accès aux conseils des psychiatres et en termes de supervision psychiatrique. Plusieurs, dont des médecins généralistes, mentionnent une difficulté d'accès à ces ressources à cause du manque de psychiatres et de pédopsychiatres pour la prise en charge de consultations spécialisées. Les médecins généralistes sont d'accord pour prendre en charge une grande partie des consultations en lien avec la santé mentale, mais ils expriment un besoin d'être épaulés et conseillés par leurs confrères psychiatres. Les travailleurs sociaux aussi se sentent sécurisés quand ils peuvent compter sur un spécialiste pour la prise en charge des personnes fragiles en attendant qu'elles aient retrouvé leur santé mentale. Les médecins généralistes ont de la peine à trouver des psychiatres pour leurs patients alors qu'ils auraient besoin de conseils par rapport à des situations plus pointues en psychiatrie.

Piste pour l'action

V) Pour combler le manque de psychiatre et psychothérapeute, les IPVR pourraient offrir des formations qui permettent aux médecins de faire des psychothérapies déléguées. Des psychothérapies en délégation et des thérapies de groupes pourraient augmenter l'accès aux soins.

9.3.2 Une insistance particulière est associée au manque de pédopsychiatres mais aussi de **psychiatres spécialisés des personnes âgées** et de psychiatres pouvant donner un encadrement supplémentaire aux divers intervenants dans le champ de la **toxicomanie**.

Piste pour l'action

VI-Assurer les ressources suffisantes pour le développement de la pédopsychiatrie en Valais. Il fut suggéré de mandater un médecin cadre responsable de la mise en place des structures en lien avec la pédopsychiatrie dans les différentes régions. Un réseau mère-enfant existe déjà pour les professionnels mais pourrait être renforcé par un réseau plus large comme le Réseau Entraide où les associations sont aussi incluses. Les pédopsychiatres pourraient être utilisés sur le terrain pour les supervisions, pour renforcer l'interface entre les médecins en institutions et les médecins en privé.

VII- Il manque un centre de jour ludique pour les enfants en bas âge ayant des problèmes psychiques importants.

9.3.3 Le Valais manquerait de médecins cadres, notamment en psychiatrie. Les médecins cadres permettent un suivi à long terme des dossiers des patients, surtout pour les maladies chroniques ; cependant, beaucoup de services emploient des médecins assistants qui font leurs stages de formation et qui sont dans un service pour une courte période.

9.3.4 Sur un plan plus personnel, plusieurs professionnels, dont des médecins généralistes, ont identifié un besoin en termes d'espaces d'écoute, pour leur permettre de **pouvoir ventiler leur excès de stress** lorsqu'ils se sentent surchargés, mais aussi «dépassés» par la complexité des demandes d'aide de la part des malades. En fait, les professionnels évoquent le **besoin de se protéger eux-mêmes contre l'épuisement professionnel**.

9.3.5 Le manque de temps pour pratiquer une meilleure prise en charge est souvent mis au banc des accusés par les professionnels. On défend l'idée voulant que les problèmes de santé mentale demandent plus de temps d'écoute auprès des patients qui souffrent fréquemment de problématiques multiples (ex. : les personnes âgées, les migrants). Or le TARMED serait mal adapté à ces nécessités et la lourdeur croissante des tâches administratives accroîtrait ces besoins.

Piste pour l'action

VIII-Faire reconnaître par les assurances et mettre en évidence dans la pratique l'importance du temps de l'écoute dans les consultations. Dans le TARMED et les assurances, comme au niveau institutionnel, reconnaître officiellement le temps d'écoute nécessaire pour de bonnes prises en charge, ainsi que le temps consacré aux réseaux.

9.3.6 En lien avec ces premiers besoins émerge le besoin d'accès à une supervision psychiatrique. En dépit de certaines supervisions et «intervisions» à l'intérieur de certains services, le besoin se fait sentir en termes de consultation pour des cas plus lourds. On voit la supervision comme un filet de protection pour des professionnels qui savent qu'ils peuvent compter sur une ressource spécialisée lorsqu'ils se sentent dépassés. Les intervisions mises sur pied dans les CCPP ne semblent pas correspondre aux besoins «spécifiques» de supervisions pour certains groupes de professionnels. La raison invoquée est fréquemment que ces intervisions reposent sur la mobilisation d'une pluralité d'écoles de pensée et de pratiques avec lesquelles les professionnels ne sont pas familiers. A l'inverse, pour d'autres, ce serait justement cette approche type «guerre de clochers idéologique» en psychothérapie qui constituerait un frein à la collaboration. Une réflexion s'imposerait alors, selon certains, sur ces «barrières idéologiques» dans le champ de la santé mentale.

9.3.7 Les besoins en termes de coordination des services. Le diagnostic global est loin d'être catastrophique en matière de coordination et de collaboration professionnelle. Plusieurs exemples furent donnés de pratiques collaboratives entre catégories de professionnels. Il n'en reste pas moins qu'il y a encore place à amélioration selon plusieurs afin de maximiser l'établissement de «ponts entre les professionnels». Dans plusieurs dossiers, une étape initiale consiste à clarifier les rôles propres à chacun des intervenants (ex. : confiance entre les psychiatres et les psychologues). Des domaines donnés en exemple sont les cas de réinsertion sociale des malades, le travail en réseau pour gérer les cas d'aide sociale, etc. Les nouvelles

coordinations entre les divers services, les systèmes informatiques et communicationnels, ainsi que la qualité des relations dans les réseaux posent problème. On décrit un système de soins morcelé en même temps qu'on regrette le morcellement du patient. On tend vers une compréhension plus globale du patient avec une continuité de la prise en charge, mais les structures en place ne permettent pas encore la continuité des liens. Le sentiment de manque de reconnaissance est compréhensible dans une phase de mise en place d'un réseau où les identifications de compétences sont en train de se développer en même temps que les rôles se négocient.

Piste pour l'action

IX-Améliorations des communications entre les hôpitaux et médecins indépendants en mettant en place une liste d'e-mail des médecins en Valais.

9.3.8 Une catégorie de besoin s'impose particulièrement, soit les besoins de formation continue. Le chapitre 5.5 en donne plusieurs exemples. Plusieurs formations sont déjà offertes. En Valais, il y a notamment la LVT qui organise les Forums Drogue et autres dépendances, la HEP qui offre des formations post-graduées et les IPVR qui sont partenaires pour les formations en psychiatrie et psycho-gériatrie. Presque toutes les associations professionnelles ont des offres de formation au niveau de la Suisse Romande. Mais les besoins ne seraient pas comblés. Des exemples en sont : la formation continue des médecins en toxicomanie; la formation continue des psychiatres et psychothérapeutes sur les développements récents en recherche sur la schizophrénie, la dépression, sur les soins aux personnes âgées; la violence familiale; ou encore sur la médication psychiatrique.

9.3.9 En Valais comme dans plusieurs autres sociétés, la psychiatrie souffrirait d'un problème d'image en tant que profession, voire en tant que «science». L'éclatement en plusieurs écoles de pratique peut donner une impression d'incohérence. Et ce problème d'image prend une dimension tout particulière considérant que les interventions en santé mentale doivent faire face à de nombreux préjugés et représentations négatives des troubles mentaux dans la population générale.

9.3.10 Manque de communication et de collaboration entre le Haut-Valais et le Valais Romand. Les formations étant souvent données en français, sans traduction, les professionnels du Haut-Valais s'orientent vers la Suisse Alémanique pour la formation continue (intervisions, supervisions, etc.).

9.4 Les barrières qui bloquent un accès maximal aux ressources institutionnelles

Des besoins ont aussi été exprimés en termes d'accès ou de fonctionnement des institutions. Les perceptions des professionnels tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des institutions sont relativement négatives face aux liens et aux collaborations interinstitutionnels. Nous serions face à un manque de moyens de communication efficaces, qui faciliteraient les échanges d'informations autour des patients dans le réseau de soins. La peur de la psychiatrie et des maladies psychiatriques expliquerait partiellement de telles barrières chez les intervenants en santé mentale. Trop de professionnels ont l'habitude de travailler seuls. Et souvent le réseau autour du patient ne serait pas clairement identifié. Toutefois, ce jugement doit être pondéré

par le fait que, même s'ils n'ont pas été expressément invités à identifier des expériences positives de collaboration, plusieurs répondants en ont spontanément donné des exemples qui confirment l'intérêt pour le travail interdisciplinaire et la collaboration (voir chapitre 6.3). Notons que les activités de la LVT sont fréquemment données en exemple d'initiatives de collaboration et de réseautage des ressources professionnelles. Les cas deviennent de plus en plus complexes (p.ex. poly-morbidité), cela exige une démarche collaborative. Une bonne collaboration des professionnels dans une institution favorise le bien-être et la santé physique des professionnels.

9.4.1 Ici, encore une fois, c'est le manque d'infrastructures institutionnelles complémentaires à la prise en charge thérapeutique qui est évoqué. Que se soit pour les enfants ou les adultes, les hôpitaux de jour ou les jardins d'enfants thérapeutiques, les répondants affirment que les places en institution manquent. Or, les centres de jour ou hôpitaux de jour pour les patients psychiatriques sont complémentaires aux consultations psychiatriques et ces lieux de rencontre ont aussi l'avantage de renforcer les liens sociaux des patients. Certains psychiatres considèrent qu'il est souvent préférable de garder le patient à la maison quand les réseaux familiaux et sociaux le permettent. Cependant, ils déplorent que les prises en charge en psychiatrie à l'hôpital de jour soient difficiles. Ce manque de ressources augmente la charge de travail des professionnels, et selon certains, freinerait l'installation de nouveaux psychiatres en Valais.

9.4.2 Plusieurs répondants parlent d'un manque de places dans les hôpitaux, dans les institutions et dans les EMS pour les personnes âgées prises en charge par la psychiatrie. Les interfaces entre les institutions ne sont pas faciles quand les médecins ont un patient fragilisé psychiquement et physiquement. Les prises en charge sont souvent fragmentées et la continuité de la prise en charge hospitalière et institutionnelle n'est pas évidente. De plus, les listes d'attente pour entrer dans les EMS compliquent les sorties d'hôpitaux lorsque la personne n'est plus apte à assumer sa vie de manière indépendante. Les hospitalisations se prolongent parce qu'il manquerait des places en institutions.

Piste pour l'action

X-Les patients en psychiatrie de la personne âgée ont des problématiques qui les empêchent de se déplacer facilement. Des services spécialisés dans les EMS, avec des psychiatres de la personne âgée et des pharmaciens qui se déplacent pour soutenir les équipes et voir les patients, pourraient être mis en place dans ce secteur où il y aura une augmentation de cette catégorie de maladies dans l'avenir.

9.4.3 Il existe une grande frustration lorsque les problèmes repérés par les professionnels en milieu scolaire ne sont pas correctement pris en charge par les services appropriés et pressentis pour assurer le relais. Le délai d'attente est parfois trop long pour les jeunes avec des problèmes repérés à l'école. Les professeurs, investissant leur temps dans des projets novateurs concernant l'amélioration de la qualité des établissements scolaires, sont souvent démoralisés quand leurs efforts ne sont pas soutenus par le Département. L'accès à des psychologues scolaires et des logopédistes serait problématique. Par contre, le projet pilote «École en santé» fut donné en exemple de collaboration interdisciplinaire.

Piste pour l'action

XI-Renforcer la culture de médiation dans les écoles depuis le plus jeune âge. Repenser la formation de médiation pour avoir une approche globale en lien avec la HEP et la formation actuellement en place. Faire reconnaître l'importance des compétences acquises dans les formations de médiation pour les écoliers et les enseignants comme approche préventive générale en lien avec les problèmes de santé mentale, violences, et cohésion sociale - recommandation déjà faite dans le rapport sur les violences 2009³⁰

9.4.4 Concernant les ressources institutionnelles pour les femmes battues, le manque de ressources d'hébergement et de ressources professionnelles se fait cruellement sentir selon des intervenants. Des situations à risque ne sont pas faciles à gérer, les infrastructures intermédiaires étant insuffisantes. La collaboration interinstitutionnelle n'est pas toujours efficace et la communication interdisciplinaire serait difficile à établir. Certains proposent un renforcement et une valorisation de la place de la femme dans la société valaisanne en lien avec une politique de la famille, mais surtout une promotion du recours aux services de médiation pour la gestion des séparations et une meilleure coordination des services accessibles aux femmes battues.

Piste pour l'action

XII-L'enjeu ici est celui d'une coordination de la prise en charge de la violence conjugale et familiale et de développer une vision systémique avec des ressources pour les femmes battues, les hommes violents et la thérapie familiale ordonnée par le juge comme prévu dans la loi de 2007. Certains suggèrent la création d'une institution avec des compétences spécifiques comme la Consultation Interdisciplinaire de la Maltraitance Intrafamiliale (CIMI). Un réseau autour de la violence conjugale, piloté par le Bureau d'Egalité et de la Famille, mais en étroite collaboration avec les IPVR, pourrait réunir les compétences dans ce domaine. Une institution spécialisée comme la CIMI mérite d'être étudiée comme réponse à la complexité des prises en charges.

9.4.5 Certains évoquent un sentiment de «manque de respect et de considération» des uns envers les autres pour expliquer les difficultés d'accès aux ressources institutionnelles. Pour plusieurs, la prise en charge d'une manière globale au niveau institutionnel n'est pas satisfaisante. Les médecins généralistes ont de la peine à négocier des places pour leurs patients dans les hôpitaux. **Il n'est pas facile d'hospitaliser un patient.**

9.4.6 Une coordination entre les interventions de la police, celles des services sociaux et des services de psychiatrie pourrait augmenter l'efficacité professionnelle dans les situations où des menaces sont proférées ou encore lorsqu'il y a un risque de violence. Dans des situations de décompensation où la personne est agitée, voire violente, les intervenants ne peuvent pas

³⁰ La violence dans les relations de couple. Ses causes et les mesures prises en Suisse, Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes BFEG - www.egalite-suisse.ch

agir seuls. Par conséquent, une clarification des rôles dans la prise en charge et la mise en place des coordinations professionnelles sont demandées par tous les professionnels. Dans le dossier de la violence familiale, l'embauche de femmes policières est donnée en exemple de mise en place d'un nouveau service adapté.

9.4.7 Certains proposent des modifications de certaines lois pour gérer les barrières aux soins. Des modifications pour protéger plus adéquatement le titre de psychologue, pour limiter les risques de perdre ses rentes pour un toxicomane qui ne coopère pas; pour éliminer le flou dans l'obligation de dénoncer des violences lorsqu'un adulte se présente à l'hôpital ou encore pour éviter la mise en compétition d'experts invités par l'AI à donner des avis, constituent certains des exemples présentés au chapitre 7.3.

Le débat concernant les conditions de PLAF, Privation de Liberté A des Fins d'Assistance, continuent de susciter des questions fondamentales sur la sécurité de la population, la possibilité des juges d'ordonner des placements à l'hôpital psychiatrique et la position médicale des soignants confrontés aux demandes de la justice.

Piste pour l'action

XIII-Certains suggèrent de favoriser le développement des psychothérapies par délégation pour agrandir l'offre thérapeutique en Valais couverte par les assurances de base.

En particulier dans le Haut-Valais,

9.4.8 Il existe un manque de possibilités **d'hébergement entre hospitalisation et institution éducative** dans le Haut-Valais pour les jeunes à partir de 18 ans.

9.4.9 Les ressources institutionnelles à l'hôpital de Brigue pour les personnes âgées souffrant d'une dépression se trouvant regroupées sous un même toit, la **cohabitation des patients déments avec les autres patients** n'est pas souhaitable.

PROBLÈME TRANSVERSAL MAJEUR : LE MANQUE DE RESSOURCES FACE AUX SITUATIONS DE CRISE.

De façon transversale, à travers les discours des professionnels, un besoin revient de manière récurrente, soit celui d'une amélioration des outils et mécanismes de gestion des crises dans le champ de la santé mentale. Le manque de ressources et les carences de coordination des efforts des diverses institutions seraient les plus flagrants dans ces moments charnières où les intervenants de première ligne se trouveraient dépourvus. Les perceptions des professionnels relayent un besoin de **prise en charge interdisciplinaire où les ressources d'autres professionnels puissent rapidement intervenir pour renforcer les compétences dans les situations de crises ou d'urgences.**

Actuellement le réseau ne répondrait pas assez rapidement aux demandes de prises en charge collaboratives pour offrir une qualité optimale avec un cadre de sécurité pour les patients et

professionnels impliqués. On évoque alors les cas de la maltraitance envers les enfants, les tentatives de suicide, les épisodes de violence conjugale, etc.

Piste pour l'action

XIV-Certains ont abordé l'importance de mettre en place des «équipes mobiles» pour aider les tuteurs aux prises avec des pupilles «violents» qui doivent être hospitalisés contre leur volonté.

XV-Réflexion sur une ligne d'urgence centralisée. En dépit de l'existence d'une ligne téléphonique d'urgence permettant de joindre un psychiatre 24 heures sur 24, partout en Valais, cette information semble ne pas avoir été communiquée suffisamment auprès des professionnels. Offrir une accessibilité aux psychiatres dans les situations d'urgence pour les intervenants du Réseau d'Entraide ainsi que les institutions partenaires. Évaluer l'efficacité de la ligne qui a été mise en place.

D'autres exemples en sont les policiers qui doivent également parfois abandonner des personnes dans des situations pour lesquelles elles mériteraient un accompagnement que leurs interventions ponctuelles ne peuvent pas offrir. Des services 24 heures sur 24 heures seraient nécessaires, car des situations délicates se passant la nuit sont difficiles à gérer sans les ressources professionnelles prenant le relais suite aux interventions de la police.

De même, face à la spécificité des besoins de diverses populations, les professionnels ressentent, dans certaines situations, qu'ils ont vraiment besoin d'un avis de spécialiste, mais aussi besoin d'être rassurés et épaulés face à une prise en charge complexe. Tel est le cas pour les professionnels qui, face à des situations d'urgence, ont besoin de référer aux psychiatres dans un délai acceptable quand ils sentent que la situation dépasse leurs compétences. En fait, les services d'urgences manquent de ressources structurelles et professionnelles afin de mettre en place une psychiatrie de crise plus performante. Souvent, le service d'urgence est la porte d'entrée pour les personnes souffrant de maladies psychiatriques. Les tentatives de suicide passent également fréquemment d'abord par les urgences avant qu'une décision concernant la suite de la prise en charge soit prise. Mais les ressources ne sont pas toujours adaptées quand il s'agit de la prise en charge de personnes agitées nécessitant une surveillance adaptée.

Enfin, les problèmes d'ordre communicationnel rendent encore plus difficile la gestion des crises par les professionnels sur le terrain. Or, dans un moment de crise, l'efficacité communicationnelle permettant de trouver rapidement une solution est très importante. Les répondants ont exprimé à ce sujet leurs difficultés à trouver un interlocuteur dans les urgences psychiatriques lorsqu'il faut adresser un patient aux IPVR.

GLOSSAIRE

IPVR	Institutions Psychiatriques du Valais Romand
PZO	Psychiatrische Zentrum Overwallis
CVPEA	Centre Valaisan de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent
LVT	Ligue Valaisanne contre les Toxicomanies
CMS	Centre Médico-Social
EMS	Etablissement Médico-Social
FMH	Fédération des Médecins suisses
LAVI	Loi fédérale sur l'Aide aux Victimes d'Infractions
Parspas	Association valaisanne pour la prévention du suicide
CDTEA	Centre pour le Développement et la Thérapie de l'Enfant et de l'Adolescent
AI	Assurance-Invalidité
MAMAC	Acronyme allemand de «bilan médical, appréciation du potentiel professionnel par rapport au marché du travail et gestion par cas»
CIMI	Consultation Interdisciplinaire de la Maltraitance Intrafamiliale
CCPP	Centre de Compétences en Psychiatrie et Psychothérapie

RÉFÉRENCES

- Massé R., 1993, *Réflexions anthropologiques sur la fétichisation des méthodes en évaluation*, dans: Judith Légaré et Andrée Demers (dir.), *L'évaluation sociale: Savoirs, éthique, méthodes*, pp. 209-238, Editions du Méridien, Montréal
- Meyer, K., (direction) 2008, *La Santé en Suisse Rapport national sur la santé 2008*, Cahiers de l'Observatoire suisse de la santé, Editions Médecine & Hygiène.
- Ajdacic V. et Graf M. (2003). Etat des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique en Suisse. En allemand avec résumé en français. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan), <http://www.obsan.ch>
- Bardin, L. (1993: septième édition corrigée) *L'Analyse de contenu*. Presses Universitaires de France.
- Beautrais AL. (2000). Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. A report prepared for the National Health and Medical Research Council 1998. Canberra: National Health and Medical Research Council
- Bensky, J., et R. Hietbrink (1994) «Getting down to business», *Worksite health*, 1:25-28.
- Bonvin, Éric (2006a), Esquisse de projet. Programme de promotion de la santé mentale et de prévention de la souffrance psychique en Valais. Document de travail.
- http://www.childrights.org/html/documents/Publications/jeunes_suicide_VS06.pdf
- Callon, M., Lascoumes, P. et Barthe Y. (2001), «Agir dans un monde incertain. Essai sur la démocratie technique», Seuil, Paris.
- CDC, Centers for Disease control and prevention (1994). *Planned approach to Community Health: a guide for local coordinators*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services.
- CDC, Centers for disease control. (2002). Community Needs assessment of Lower Manhattan Residents following the World Trade Center Attacks. www.cdc.gov/mmwr. Weekler Special issue, 2002 (51):10-13
- CDC, Centers for disease control and prevention (2005). The Role of Public Health in mental Health promotion. www.cdc.gov/MMWR
- D'Amours, G. ; Poissant, J.; Desjardins, N.; Laverdure, J. Massé, R. (2008). «Un modèle pour orienter les actions de promotion de la santé mentale et de prévention de troubles mentaux», *Promotion and Education*, supp (1) : 54-59.
- Deslauriers, J-P. (1991). *Recherche qualitative: Guide Pratique*. McGraw-Hill, Montréal.
- Fond-Harmat, L. (2008). Le développement de la recherché-action européenne en promotion de la santé mentale: Pourquoi ? Comment ? *Promotion and Education*, Vol. 15 Supp (1): 64-70.
- Gilmore M and Donald Campbell (1996). «Need assessment strategies for health education and health promotion», Madison, WI : Brown & Benchmark Publishers.
- Massé, R. 1995. *Culture et Santé publique. Les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Gaëtan Morin éditeurs. Montréal.
- Massé R., 2005, «Les fondements éthiques et anthropologiques d'une participation du public en santé publique», *Éthique publique*, vol. 7(2) : 107-124.
- Massé, R. (2000) Qualitative and Quantitative analysis of idioms of distress : complementarity or incommensurability of ethnosematic, content and confirmatory factor analyses. *Qualitative Health Research*, May 2000, (vol. 10 (3) pp. 411-423).
- Muchielli, R. 1994. *L'analyse de contenu des documents et des communications*. Paris, Éditions ESF.
- OMS, (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 : la santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : Organisation Mondial de la Santé.

Pineault R., et Daveluy C. (1995). La planification de la santé : Concepts, méthodes et stratégies. Éditions Nouvelles, Montréal.

Politique nationale de la santé (2004). Stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population suisse. Projet destiné aux prises de position.

Rapport sur les suicides des jeunes en Valais

http://www.childsrighs.org/html/documents/Publications/jeunes_suicide_VS06.pdf

Réseau Santé Valais, Groupe de réflexion et de planification des Institutions Psychiatriques du Valais Romand et du Réseau Santé Valais (2005). Santé mentale et soins de la souffrance psychique en Valais

Rüesch P. et Manzoni P. (2003). La santé psychique en Suisse. Monitoring. Neuchâtel:

Observatoire suisse de la santé (Obsan), <http://www.obsan.ch>

Santé Canada (2006) «Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada», Agence de santé publique du Canada et Société pour les troubles de l'humeur du Canada. Ottawa.

Santé Canada, (2003), Trousse d'outils pour la promotion de la santé mentale. Public Health agency of Canada, Mental Health promotion unit. www.cmha.ca/mh_toolkit.

Schuler D., Rüesch P., Weiss C. (2007), La santé psychique en Suisse, Monitoring. Observatoire Suisse de la Santé.

The way forward : WHO recommendations. Fact Sheet: The World Health Report 2001.

World Health Organization, (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice. Summary Report. Geneva.

Who, "Ministerial Conference on Mental Health, Facing the Challenges, Building Solutions, Empowerment and Mental Health Advocacy", Helsinki Finland, January 2005.

WHO, (2005) «Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence and Practice», Department of Mental health and Substance Abuse.

Rosenbaum, F.,(2010) Les humiliations de l'exil. Ed. Fabert.

La violence dans les relations de couple. Ses causes et les mesures prises en Suisse, Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes BFEG - www.egalite-suisse.ch

ANNEXE #1 : SCHEMA D'ENTREVUE UTILISÉ AUPRÈS DES PROFESSIONNELS VALAISANS

SCHEMA D'INTERVIEW

Préambule -Introduction : nous sommes dans le cadre d'une collecte de données.....etc. dans le but d'identifier les besoins en santé mentale.

Nous entendons ici la santé mentale dans un sens très large incluant, bien sur, les pathologies psychiatriques, mais aussi les diverses manifestations d'une détresse psychique importantes telles :

-humeurs dépressives ;

-anxiété profonde ;

-irritabilité prononcée ;

-violence envers soi (ex. mutilations) ou envers les autres (violence domestique, violence envers les enfants, les personnes âgées, etc.) ;

-pensées suicidaires, etc. ;

de même que dépendances significatives aux drogues, à l'alcool ou aux médicaments.

Dans un tel cadre de définition de la santé mentale :

BESOINS

1. Quels sont dans vos pratiques professionnelles en Valais les principaux problèmes de santé mentale et de toxicomanie rencontrés dans votre clientèle ?
2. Est-ce vous sentez personnellement bien outillé en tant que professionnel pour répondre à ces problèmes de vos clients?
3. Si non, quels seraient vos principaux besoins de formation ?

POUR CHACUN DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE QUE VOUS AVEZ IDENTIFIÉS, NOUS AIMERIONS CONNAÎTRE VOTRE OPINION SUR L'ÉTAT DE LA SITUATION EN MATIÈRE D'ACCÈS AUX RESSOURCES ET AUX SERVICES

RESSOURCES PROFESSIONNELLES

4. Est-ce que vous considérez qu'il existe suffisamment de ressources professionnelles pertinentes et compétentes en Valais pour répondre à ce besoin ?

5. Si non, quelles sont les ressources professionnelles qui font le plus défaut selon vous ?
6. Dans le cadre de vos efforts pour aider les personnes qui ont présenté ces besoins en matière de santé mentale, de quelle façon qualifiez-vous la collaboration que vous avez actuellement avec les autres ressources professionnelles ?

RESSOURCES INSTITUTIONNELLES

7. Est-ce que vous considérez que l'accès aux ressources institutionnelles est adéquat et suffisant en Valais pour répondre à ce problème de la clientèle? Et quelles sont les ressources institutionnelles qui font le plus défaut ?
8. De quelle façon vous qualifiez la collaboration avec les autres ressources institutionnelles face à ce problème de santé mentale ?
9. Quelles sont, selon vous, les actions qui devraient être entreprises pour améliorer ces collaborations ?

BILAN

10. En conclusion, pour chacun des problèmes de santé mentale que vous avez identifiés au début, pouvez-vous identifier une action qui devrait être retenues comme prioritaire par l'État du Valais pour améliorer la situation de ces personnes concernées ?

ANNEXE # 2 : INTERVIEWSHEMA

Einführung:

Ziel der Befragung ist es, Bedürfnisse im Bereich psychische Gesundheit zu erfassen. Zu diesem Zweck werden nun Daten erhoben. Der Begriff psychische Gesundheit wird hierbei äusserst breit gefasst. Er beinhaltet einerseits alle psychischen Ressourcen, jedoch auch psychische Störungen, welche in Krisensituationen auftreten können. z. B.:

- Depressive Verstimmungen
- Ängste
- Erhöhte Reizbarkeit
- Gewalt gegen die eigene Person (z. B. Selbstverletzungen) oder gegenüber anderer (z. B. häuslicher Gewalt, Gewalt gegenüber Kindern, gegenüber älteren Personen etc.)
- Suizidalität sowie
- Abhängigkeit von Drogen, Alkohol oder Medikamenten.

In diesem Sinne stellen sich in etwa folgende Art von Fragen:

Bedürfnisse:

1. Welches sind in Ihrem beruflichen Alltag bezogen auf das Oberwallis die Hauptprobleme im Bereich psychische Gesundheit sowie der Drogenabhängigkeit, welche Sie bei Ihren Klientinnen und Klienten antreffen?
2. Ist es Ihnen gut möglich, im Rahmen von Ihrer professionellen Arbeit, den Bedürfnissen nachzukommen?
3. Wenn nein: In welchen Bereichen braucht es mehr Aus-/Weiterbildung?

Für jedes der oben von Ihnen genannten Probleme möchten wir Ihre Meinung bezüglich dem aktuellen Zugang für Betroffene zu entsprechenden professionellen Ressourcen und Diensten erfragen.

Professionelle Ressourcen:

4. Sind Sie der Ansicht, dass genügend geeignete und kompetente professionelle Ressourcen im Oberwallis bestehen um diesem Bedürfnis zu entsprechen?
5. Falls nein: Welche professionellen Ressourcen fehlen?
6. Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit, welche Sie aktuell mit anderen professionellen Ressourcen erfahren?

Institutionelle Ressourcen:

7. Beurteilen Sie den Zugang zu institutionellen Ressourcen innerhalb des Oberwallis als geeignet und ausreichend um die Bedürfnisse Ihrer Klientinnen und Klienten zu entsprechen?
8. Falls nein: Welche institutionellen Ressourcen fehlen?
9. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit anderen institutionellen Ressourcen innerhalb Ihres Arbeitsfeldes?
10. Welche konkreten Schritte sollten Ihrer Meinung nach unternommen werden, um die Zusammenarbeit zu verbessern?

Abschluss:

11. Zusammenfassend: Für jedes der von Ihnen genannten Probleme, welches Sie zu Beginn erwähnt haben, können Sie jeweils Vorgehensweisen vorschlagen, welche die Versorgung der betroffenen Personen innerhalb des Oberwallis verbessern könnten.