

L' E c r i t

N° 57
2007-1

Service des soins, Département de Psychiatrie, DP-CHUV, Lausanne, CH.

« Le projet OPTIC Psychiatrie et migrants à la rencontre d'une perspective soignante sur la clinique transculturelle »

« Le travail en réseau chez des adolescents consommateurs de substances : L'expérience du projet DEPART »

« Le projet TRANSAT »

L' E c r i t

Sommaire

« Le projet OPTIC Psychiatrie et migrants à la rencontre d'une perspective soignante sur la clinique transculturelle » p. 3

O. Weber, D. Reeves, F. Faucherre, P. Singy, P. Guex

« Le travail en réseau chez des adolescents consommateurs de substances : L'expérience du projet DEPART » p. 9

Mathias Romailier, Caroline Graap, Parissa Khosrov et Patrice Charpentier

Introduction au projet TRANSAT, p. 15
Vincent Schneebeili

« Le projet TRANSAT » p. 16

Y.Charbon, F.Lanet, V.Gobin

Le projet OPTIC

Psychiatrie et migrants à la rencontre d'une perspective soignante sur la clinique transculturelle

O. Weber, linguiste, chargé de recherche, DP-CHUV

D. Reeves, assistante sociale, DP-CHUV

Dr. F. Faucherre, chef de clinique, DP-CHUV

Prof. P. Singy, linguiste, chef de section de recherche, DP-CHUV

Prof. P. Guex, chef de département, DP-CHUV

Quelle psychiatrie pour une population culturellement composite?

Au cours des dernières décennies, le profil de la population de la région lausannoise s'est progressivement modifiée dans le sens d'une diversité croissante sur les plans culturel et linguistique. Il suffit pour l'illustrer de rappeler que 69 649 résidents stables du district de Lausanne - soit 35,9 % de sa population - n'ont pas la nationalité suisse, chiffre auquel il faut encore ajouter quelques milliers de personnes relevant de l'asile et de sans papiers pour obtenir le total de la population étrangère de la région (Statistique Vaud, 2007); sans oublier qu'une part non négligeable des porteurs du passeport rouge à croix blanche sont également issus de l'immigration. La situation linguistique reflète, elle aussi, une importante diversité au plan des origines de la population migrante: en 2000, lors du dernier recensement fédéral, 21.2 % des habitants de la capitale vaudoise indiquaient comme

langue principale une langue autre que le français (Office fédéral de la statistique, 2005). Parmi ces langues, les plus importantes sont l'allemand, l'italien, l'espagnol, le portugais, les langues slaves d'ex-Yougoslavie et l'albanais, comptant chacune plus de 1000 locuteurs à Lausanne; viennent ensuite un grand nombre d'autres langues, quantitativement moins importantes.

Cette diversité culturelle et linguistique questionne l'égalité des chances dans l'accès aux prestations de services publics, égalité dont le principe est inscrit dans la Constitution fédérale suisse (Constitution fédérale de la Confédération suisse, 1999) et dans les constitutions cantonales. A cet égard, la psychiatrie publique semble avoir de sérieuses raisons de procéder à un examen critique de ses structure et pratiques. Les usagers migrants de la psychiatrie sont, premièrement, susceptibles de rencontrer d'importantes difficultés du fait de la barrière linguistique qui les sépare du

personnel, ce qui soulève la question de la disponibilité d'interprètes qualifiés (Singy, Guex & Weber, 2001; Guex & Singy, 2003). Deuxièmement, la variabilité culturelle des étiologies de la souffrance psychique et les regards divergents, d'une culture à l'autre, sur les stratégies thérapeutiques aptes à soulager cette souffrance adressent des défis spécifiques aux institutions psychiatriques (Kleinman, 1981) ; enfin, une part non négligeable des personnes migrantes - on pense en particulier aux personnes déboutées de l'asile et aux sans papiers - se caractérisent par une vulnérabilité économique et sociale particulièrement prononcée. Ces personnes doivent en effet souvent subsister avec des revenus nettement inférieurs au minimum vital fixé pour l'assistance publique et leurs perspectives de stabiliser leur situation administrative et juridique en Suisse sont généralement plus qu'incertaines. Cette précarité n'affecte pas seulement le bien-être psychique d'une partie des personnes concernées (Weiss, 2003) ; tout indique également qu'elle entrave partiellement l'accès d'une partie de ces populations migrantes aux soins psychiatriques, notamment en raison de l'absence d'une couverture d'assurance maladie adéquate.

Le projet OPTIC Psychiatrie et migrants du DP-CHUV

Consciente de ces enjeux, la direction du DP-CHUV a décidé en 2005 d'initier un projet OPTIC Psychiatrie et migrants, placé sous la direction du chef du Département, le Prof. P. Guex. Ce projet pluridisciplinaire - l'équipe de projet est composée d'un linguiste, d'une

médecin psychiatre et d'une assistante sociale - est financé par le plan stratégique des Hospices-CHUV. Portant sur l'intégralité du département, le projet a pour but global l'amélioration de la qualité des prestations offertes aux patients issus de la migration et la facilitation de l'accès des migrants aux services psychiatriques publics de la région lausannoise. Outre les retombées directes attendues au plan régional, ce projet aspire également à contribuer à une réflexion stratégique plus large sur les soins de santé mentale. Ce domaine semble en effet avoir tout à gagner en se préparant de manière proactive à certains défis que lui adresseront les sociétés du XXI^e siècle, car tout laisse à penser que ces sociétés seront invariablement touchées par le métissage culturel et qu'elles seront toujours davantage confrontées à des populations socialement vulnérables, au communautarisme et à diverses autres formes d'exclusion collectives et individuelles. Dans cette perspective, une compréhension approfondie de la position actuelle des migrants face à la psychiatrie - et plus particulièrement des groupes les plus précarisés en leur sein - peut apporter une contribution précieuse à la réflexion.

Afin d'atteindre les objectifs qu'il s'est fixé, le projet OPTIC Psychiatrie et migrants prévoit la conceptualisation d'interventions dans cinq domaines :

- Compétences disponibles à l'interne :
Identification des personnes disposant de compétences spécifiques pour les prises en charge de migrants, puis mise en

valeur et mise en réseau de ces compétences

- Formation et information du personnel :
Conception d'une stratégie de formation contribuant au développement ciblé de compétences spécialisées dans le domaine de la migration et - surtout - à une élévation générale des compétences du personnel pour le travail transculturel
- Procédures et directives :
Clarification de certaines procédures et directives administratives, notamment dans le domaine de l'interprétariat et de la facturation
- Collaborations externes
Réflexion sur l'opportunité de formaliser davantage un certain nombre de collaborations avec d'autres institutions actives dans le champ de la migration (p. ex. Appartenances, FAREAS, PMU, Hôpital de l'Enfance)
- Recherche-action :
Coordination des recherches existantes et initiation de nouvelles recherches contribuant à terme à une meilleure prise en charge des migrants en psychiatrie

L'enquête « Etat des lieux »

L'étendue et le morcellement géographique du DP-CHUV, ainsi que la complexité des enjeux liés à la migration au sein de l'institution, figurent parmi les principales difficultés auxquelles le projet OPTIC Psychiatrie et migrants doit faire face. Pour donner une idée de l'ampleur du terrain, il suffit de mentionner qu'il englobe quelques 1100

collaborateurs répartis sur une dizaine de sites. Chacun des huit services constitutifs du DP compte plusieurs équipes pluridisciplinaires, engageant le plus souvent des médecins, des psychologues, des infirmiers, des assistants sociaux, ainsi que des représentants d'autres professions. On imagine en outre aisément que la prise en charge des migrants soulève des enjeux très différents dans des contextes aussi variés que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, la psychiatrie hospitalière adulte, les centres de consultation psychothérapeutique ambulatoires ou la psychiatrie pénitentiaire, pour ne mentionner que ces quelques exemples. Compte tenu de l'ampleur et de la complexité du terrain et afin de garantir une utilisation idoine des ressources consacrées à l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des soins pour les migrants, la direction du projet, ses responsables et son comité de pilotage ont décidé de consacrer l'essentiel de la phase de travail initiale (2006-2007) à la réalisation d'un état des lieux. Concrètement, une enquête est actuellement en cours avec pour objectif de préciser :

- Les profils des patients issus de la migration vus dans les différents services et unités du département
- Les difficultés se posant dans le cadre des prises en charge de ces patients
- Les ressources et compétences déjà disponibles au sein du DP-CHUV
- Les besoins les plus urgents identifiés par les différents acteurs concernés (personnel,

représentants des migrants, interprètes, représentants d'institutions extérieures) en lien avec la prise en charge psychiatrique des migrants

L'enquête repose essentiellement sur l'analyse de deux types de données. La production d'un premier type de résultats passe par l'analyse statistique d'indications sur les patients saisies lors des admissions. Malheureusement la nationalité du patient représente actuellement l'unique indicateur relatif à la migration saisi dans ce cadre. L'analyse d'un volume de données très restreint (admissions pour décembre 2005) suggère que la proportion de patients étrangers au sein du DP (35-40%) correspond approximativement à celle relevée dans les statistiques relatives à la population générale de la région lausannoise. On dénote toutefois des taux de patients étrangers qui varient considérablement d'un service ou d'une unité à l'autre. Des concentrations d'étrangers particulièrement fortes se rencontrent aux urgences de psychiatrie, en psychiatrie communautaire, au SUPEA (enfants et adolescents), en psychiatrie pénitentiaire, ainsi qu'en milieu hospitalier adulte. Les données statistiques relatives à l'intégralité du premier semestre 2006 sont actuellement étudiées afin d'affiner l'analyse et de voir dans quelle mesure les tendances esquissées ici se confirment.

L'essentiel de l'enquête « état des lieux » passe toutefois par la production et l'analyse d'entretiens semi-directifs individuels et collectifs. Dans une première phase de travail, l'équipe de

projet a rencontré 36 responsables cliniques et administratifs du DP-CHUV afin de prendre connaissance de leur perception des relations du DP avec les populations migrantes. Afin de compléter la vision - nécessairement partielle - qui se dégageait du point de vue des responsables, une seconde série d'entretiens, actuellement en cours, prévoit des rencontres avec toutes les équipes cliniques du département, avec des groupes d'interprètes, avec des groupes de migrants et avec des représentants d'institutions externes actives auprès des migrants (ex. Appartenances, FAREAS, Hôpital de l'enfance, etc.).

Une perspective soignante sur la problématique des migrants face à la psychiatrie

Dans le cadre des entretiens avec les équipes, les responsables de projet ont été frappés par l'absence répétée d'infirmiers et d'infirmières dans les rencontres, alors même que les unités dont relevaient ces équipes en employaient parfois un nombre considérable. Or, une compréhension plus approfondie de la perspective soignante sur la situation des patients migrants au sein des institutions psychiatriques paraissait primordiale. Plusieurs entretiens avaient en effet révélé que, notamment du fait de leur contact prolongé avec les patients en dehors du cadre formel des entretiens psychiatriques, les membres des corps infirmier et socio-éducatif sont parfois dans une position privilégiée pour percevoir certaines problématiques spécifiques telles, par exemple, l'isolement des patients non

francophones dans le quotidien des unités hospitalières.

L'équipe du projet OPTIC Psychiatrie et migrants, animée par le désir d'approfondir de manière ciblée sa compréhension de la manière dont les soignants perçoivent la problématique de la migration, a obtenu la possibilité d'animer la réunion des « Mercredis des soins psychiatriques » du 4 octobre 2006. Cette rencontre, ouverte dans son principe à toute personne intéressée, a rassemblé une trentaine de participants, en majorité des infirmiers ; un peu plus de deux tiers des personnes présentes ont pris la parole lors de la discussion.

La problématique de l'accueil des patients au statut juridique précaire était le premier thème abordé. Comme souvent lors des entretiens OPTIC avec les équipes cliniques des différentes unités du DP, ce thème a surgi en priorité, alors que dans les faits il ne touche qu'un nombre très restreint de patients, même parmi les patients migrants. D'une part, les soignants et les équipes médicales se sentent manifestement soumis à des pressions extérieures énormes, de l'ordre de l'urgence et du sauvetage, lorsque un renvoi paraît imminent. D'autre part, cela les confronte à leurs propres sentiments d'impuissance et de révolte, parfois démobilisateurs. S'ajoutent à cela les démarches administratives longues et « labyrinthiques », associées souvent à une certaine méconnaissance des contextes social, juridique, culturel et géopolitique, qui mettent l'élaboration de projets thérapeutiques en suspens, projets dont le sens même fait l'objet de questionnements : comment, par

exemple, soigner la dépression liée au renvoi ?

Après ce premier thème, qui, on le sent, (sur-)charge beaucoup les équipes, les participants se sont dégagés de la problématique de l'urgence pour s'interroger sur la migration en tant qu'expérience de rupture et de métissage culturel. Ils ont souligné, à ce propos, que la rencontre avec l'altérité des patients migrants suscite une remise en question des modèles qui formatent la pratique professionnelle des soignants.

Dans ce sens, les rencontres avec les migrants en psychiatrie peuvent donc être comprises comme des expériences d'étrangeté réciproque entre un patient et un soignant qui se rencontrent dans un lien thérapeutique. Ce constat a orienté la discussion sur certains aspects spécifiques de la psychiatrie transculturelle, par exemple sur l'expression et l'interprétation des symptômes ou sur les représentations et les attentes de chacun par rapport aux soins psychiatriques. A titre d'exemple des écueils potentiels, un participant mentionne la surévaluation des psychoses dans certaines populations de patients.

L'interprétariat par des professionnels apparaît, en outre, comme un élément nécessaire aux prises en charge de qualité, mais la collaboration effective avec ces tiers soulève manifestement certaines difficultés. Ainsi, plusieurs infirmiers présents soulèvent la question de la part qui devrait revenir à la médiation culturelle dans l'activité de l'interprète professionnel, avec en arrière-fond une interrogation sur le

risque d'une culturalisation du sujet migrant, à qui on imputerait abusivement une relation stéréotypée à la « culture » de son pays d'origine, perçue comme monolithique et figée. A quelle culture appartient un patient migrant ?

En fin de discussion, lorsqu'il s'agit de faire des propositions concrètes, certains participants suggèrent d'apprendre à mieux anticiper sur les crises qui amènent certaines personnes à l'hôpital, par exemple en intensifiant la collaboration avec la FAREAS ou d'autres partenaires du réseau externe. D'autres voudraient tisser des réseaux avec les hôpitaux et des professionnels dans d'autres pays.

En conclusion

La rencontre animée par l'équipe du projet OPTIC Psychiatrie et migrants pourrait être comparée, d'une certaine manière, à une expérience de migration positive, où l'ouverture et des perspectives d'intégration succèdent à des sentiments d'impuissance et au manque de repères. Partie du désarroi ressenti par les soignants face aux patients menacés de renvoi, la discussion s'est achevée sur des perspectives d'ouverture sur des réseaux locaux, régionaux ou transnationaux, dont certains restent encore à créer. Considéré sous cet angle, on peut se demander dans quelle mesure l'échange observé lors du « Mercredi des soins psychiatriques » du 4 octobre 2006 n'offre pas un modèle dynamique pour l'intégralité du processus départemental autour de la migration.

Références :

- Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999, Bern, 1999
- Guex P. & Singy P. (ed.), *Quand la médecine a besoin d'interprètes*, Genève, Médecine et hygiène, 2003.
- Kleinman A., *Patients and healers in the context of culture : an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, Berkeley, Univ. of California Press, 1981.
- Office fédéral de la statistique, <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/05/blank/key/sprachen.html>
- Singy P., Guex P. & Weber O., "Les migrants face au système de soins : une expérience à Lausanne", in H.-R. Wicker, R. Fibbi et W. Haug (dir.), *Les migrations et la Suisse*, Zürich, Seismo, 2001, pp. 528-547
- Statistiques Vaud 2007, <http://www.scris.vd.ch/main.asp?DomId=1491>
- Weiss R., *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*, Zürich, Seismo, 2003.

Le travail en réseau chez des adolescents consommateurs de substances :

L'expérience du projet DEPART

Mathias Romailer, psychologue ; Caroline Graap, travailleuse sociale ; Parissa Khosrov, médecin psychiatre ; Patrice Charpentier, travailleur social.

Bugnon 25a, 1005 Lausanne

Courriel : projet.depart@chuv.ch

Introduction

Le projet-pilote DEPART (mai 2004 - avril 2007) est l'émanation de cinq institutions du champ médico-social¹ de la région lausannoise. Il a pour objectif de mettre à disposition des professionnels du réseau, des jeunes de 12 à 20 ans et de leur entourage une équipe interdisciplinaire qui propose un soutien spécifique pour les problèmes de consommation de substances chez les adolescents. Le projet s'est développé en tenant compte de certains constats, dont le fait qu'il est peu fréquent qu'un adolescent émette lui-même une demande d'aide. D'ailleurs, elle émane presque toujours d'un membre de la famille ou du réseau (infirmière scolaire, éducateur ou maître d'apprentissage, par exemple) et intervient souvent en

phase de crise. En outre, dans de nombreuses situations, plusieurs professionnels sont déjà présents. Toutefois une étude menée par le SUPEA (Bolognini et al., 2004) a permis de mettre en évidence le cloisonnement des filières médicale et sociale (peu de liens entre ces deux domaines). La mise en commun des observations et savoirs de chacun s'avère pourtant non seulement utile, mais essentielle, en particulier en ce qui concerne la compréhension des phénomènes de l'adolescence, tout comme ceux de la toxico-dépendance. Nous avons constaté qu'un grand nombre de patients toxicodépendants adultes ont échappé à l'influence des intervenants du réseau de soins durant plusieurs années : insister tout particulièrement sur une continuité des soins et une coordination performante a une influence sur le parcours du jeune consommateur dans le réseau. Une prise en charge en réseau (interdisciplinaire, inter-institutionnel) devient ainsi la pierre angulaire d'une réponse appropriée. C'est un des objectifs du projet pilote DEPART.

¹ UMSA : Unité Multidisciplinaire de Santé des Adolescents - SUPEA : Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent - Centre St-Martin (Division d'Abus de Substances) - SPJ : Service de Protection de la Jeunesse - AVOP : Association Vaudoise des Organismes Privés pour enfants, adolescents et adultes en difficultés.

Quelques chiffres

Par ailleurs, l'étude SMASH (Jeannin et al., 2005) montre qu'en Suisse, l'âge de la première consommation de cannabis se situe avant l'âge de 15 ans (40 % des filles et 50 % des garçons en ont déjà consommé). Il est également mis en évidence une augmentation supplémentaire du pourcentage de consommateurs vers 16-17 ans. Ce double constat, mis en parallèle avec les chiffres de 1993, montre, selon les auteurs de l'étude, une accessibilité à la substance plus précoce en âge ainsi qu'un pourcentage plus important d'adolescents qui ont consommé du cannabis, surtout entre 15 et 17 ans. Attention cependant à ne pas considérer ces adolescents comme étant tous des consommateurs réguliers. Ainsi, l'étude SMASH considère qu'environ le 10% des garçons interrogés et le 5 % des filles ont affirmé consommer du cannabis quotidiennement, voire plusieurs fois par jour. Ceci signifie que tous les adolescents qui ont une fois dans leur vie fumé un joint ne vont pas entamer une carrière de fumeur régulier, ce n'est pas une évolution irréversible mais un processus beaucoup plus complexe.

Fonctionnement intra-institutionnel : un fonctionnement basé sur l'interdisciplinarité²

En amont du travail inter-institutionnel (présenté ci-après), l'équipe de DEPART fonctionne sur un mode interdisciplinaire

² L'interdisciplinarité est à distinguer d'un fonctionnement multidisciplinaire que l'on définit comme une juxtaposition des disciplines diverses plus ou moins « voisines » dans le domaine de la connaissance.

(basé sur l'expérience du Centre St-Martin dans la prise en charge de patients toxicodépendants) et qui est défini comme une : « [...] interaction existante entre deux ou plusieurs disciplines. Cette interaction peut aller de la simple communication des idées jusqu'à l'intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie, des procédures, des données et de l'organisation de la recherche et de l'enseignement s'y rapportant » (Stachel et Bischoff, 1998, p. 757). Dans le cadre de DEPART, il y a ainsi interaction entre deux intervenants socio-éducatifs, un psychiatre-psychothérapeute et un psychologue où l'adolescent est placé au centre des préoccupations. Dans notre structure, chaque membre de l'équipe amène ses connaissances spécifiques en clinique (approche centrée sur la personne, psychodynamique et cognitivo-comportementale) ainsi qu'un regard propre à son champ professionnel.

L'accompagnement doit être empreint de transparence dans la collaboration aussi bien entre les différents intervenants, qu'entre eux et l'utilisateur, ceci afin d'éviter tout double discours (Bertschy, 1995). Les relations sont à recontextualiser dans leur dimension interpersonnelle tenant compte aussi bien de l'alliance avec le jeune que des contextes sociaux, psychologiques et du rapport existant avec le produit (quel qu'il soit) lors de l'accompagnement à DEPART.

Fonctionnement inter-institutionnel : nécessités du travail en réseau

La compréhension de la consommation de substances psycho-actives à l'adolescence est à appréhender selon

des modes de consommations spécifiques (de l'abstinent à l'excessif en passant par l'occasionnel) avec différentes variables s'y rapportant (quelle fréquence ?, dans quel contexte ?, aspects motivationnels ?, quelles conséquences liées ?). Un usage de substances psychotropes qualifié de régulier ou d'excessif a donc des conséquences négatives qui souvent mettent à mal différents aspects structurants de la vie de l'adolescent, comme la famille, l'école ou l'apprentissage. A DEPART, 2/3 des demandes pour des jeunes (âge moyen : 16.8 ans, 64.8 % garçons au 31.01.06) proviennent d'ailleurs d'un membre du réseau. Les comorbidités sociales liées (rupture scolaire, précarité du lieu de vie, crise familiale, par exemple), ne sont pas à séparer de difficultés psychologiques parfois présentes. Nous pensons par exemple aux co-occurrences avec les troubles des conduites, l'anxiété, les troubles de l'humeur ou les troubles psychotiques. De nombreuses études se sont penchées sur l'aspect primaire du cannabis dans des décompensations psychotiques et il en ressort que si relation il y a, la nature causale de la consommation de cannabis reste débattue (Michaud et Chossis, 2005).

En tenant compte des éléments ci-dessus, lorsque la demande d'accompagnement d'un jeune est faite à DEPART, il y a souvent plusieurs intervenants gravitant déjà autour de lui. C'est ce qui se nomme le réseau secondaire en distinction au réseau primaire composé de l'adolescent et ses proches (famille, groupe de pairs, collègues de travail) (Amiguet, 1999).

Cependant, ces membres du réseau proviennent de champs professionnels

différents, possèdent leur mode d'intervention, leurs expériences et compétences, leurs références théoriques ou institutionnelles et souvent leur langage propre. La mise en commun de toutes ces ressources ne va pas forcément de soi. Le réseau reste mal outillé face aux problèmes de consommations. Ainsi une large moitié de notre temps de travail est dévolu au développement et à l'optimisation des collaborations au sein du réseau. Ces collaborations continues (par l'élaboration de protocoles de collaboration, interventions, sensibilisation à des instruments de dépistage de la consommation comme la DEP-ADO) permettent l'échange de connaissances et de compétences. Elles contribuent tout particulièrement à améliorer les réponses du réseau face aux problèmes de consommation chez les jeunes à travers une re-dynamisation de la situation entravée par la problématique de consommation. Par ailleurs, DEPART contribue à améliorer la collaboration et la coordination entre les intervenants et institutions du réseau.

Illustrations

Comme nous l'avons évoqué, DEPART intervient d'une part directement auprès de jeunes, et d'autre part collabore avec les professionnels du réseau adolescent. Dans un premier temps, c'est toujours autour de situations réelles ou de questionnements « de terrain » que les collaborations se développent. Voici quelques illustrations concrètes :

a) Avec un foyer

Un éducateur d'un foyer demande l'intervention de DEPART auprès d'un jeune nouvellement admis, fumant du cannabis, et dont les deux parents sont consommateurs de substances. Lorsque deux personnes de DEPART se rendent au foyer, l'équipe éducative expose la situation de l'adolescent, en précisant que selon elle, il est trop tôt pour intervenir directement auprès de lui.

Les éducateurs et deux intervenants de DEPART (psychiatre et intervenante socio-éducative) réfléchissent ensemble à la situation. Suite à cet échange, l'équipe éducative manifeste son envie de nouvelles rencontres afin d'aborder d'autres situations.

Dès lors, des « interventions » sont organisées toutes les quatre à six semaines. Les éducateurs parlent alors de leurs questionnements et des difficultés rencontrées dans des situations concrètes. Ils profitent ainsi d'un espace de réflexion, de prise de distance, dans lequel ils peuvent évoquer leurs ressentis face à cette problématique.

Après une année d'intervision, les professionnels du foyer n'ont pas souhaité que DEPART intervienne directement auprès d'un jeune, se sentant de plus en plus à même de poursuivre l'accompagnement des adolescents et de certains parents consommateurs.

b) Avec le Service de Protection de la Jeunesse (exemple de l'office régional du centre)

Le Service de Protection de la Jeunesse (SPJ) est rapidement devenu un partenaire important de DEPART. De

par sa position particulière, le SPJ « impose » parfois à certains jeunes quelques entretiens à DEPART (évaluation de la consommation). Ceci requiert donc une attention spécifique quant aux modalités d'accompagnement (Qui est garant/porteur de la démarche ?, Qu'est-il restitué au professionnel ?, Quelles sont les attentes du SPJ ?, Organisme « mandant » ?, Lieux des entretiens ?, Est-ce que l'assistant social amène lui-même l'adolescent à l'entretien ?).

Bien que ces questions varient de cas en cas, lorsque les habitudes de travail du partenaire sont connues, les collaborations sont facilitées. Ainsi, après avoir travaillé ensemble autour d'un certain nombre de situations, des professionnels des deux équipes ont commencé à se rencontrer afin d'évaluer ensemble le travail effectué, et d'envisager des moyens pour l'optimiser. Par le biais de ces rencontres, chaque équipe fait connaissance et découvre plus amplement le travail de l'autre, avec ses spécificités et difficultés. Ces échanges et réflexions débouchent, tout comme pour l'exemple précédant du foyer, sur l'élaboration d'un protocole de collaboration dans lequel sont stipulées toutes les modalités de la coopération.

c) Avec des médecins

Dans de nombreuses situations, un médecin est déjà présent dans le réseau, même s'il n'est pas lui-même le demandeur. Sa présence ou non peut influencer le choix de l'intervenant de DEPART : en fonction du réseau constitué, si le regard médical est déjà

représenté, il peut s'avérer utile de privilégier un apport socio-éducatif. Lorsqu'il s'agit d'une structure médicale, DEPART peut proposer un travail similaire à celui entrepris avec le SPJ, menant à la création d'un protocole de collaboration. Avec l'UMSA par exemple, au-delà de situations précises d'adolescents, les rencontres et réflexions communes se sont notamment faites autour de l'utilisation d'un questionnaire d'évaluation de la consommation (DEP-ADO), que progressivement certains professionnels de l'UMSA, dans un contexte défini, ont pu s'approprier avec notre soutien.

d) Avec les centres professionnels

Étant chargé d'un aspect précis du développement des jeunes (l'acquisition de compétences professionnelles), les centres professionnels ne sont pas en premier lieu responsable de leur santé. Lorsqu'ils adressent une demande à DEPART, c'est en général soit parce qu'un jeune enfreint les règles établies, soit parce que les encadrants sont inquiets, ou encore parce que les capacités d'apprentissage d'un jeune semblent entravées.

Ainsi, une infirmière scolaire d'un lieu de formation avait adressé un apprenti à DEPART. Elle connaissait bien ce jeune, et celui-ci lui avait fait part d'une consommation importante de nombreuses substances. L'intervenante de DEPART a rapidement eu des contacts aussi avec les parents et le médecin de ce jeune, puis l'a rencontré en présence de l'infirmière. Étant donné que la situation professionnelle de cet adolescent devenait précaire, il se révélait important que l'infirmière soit

tenue au courant de l'évaluation de DEPART, afin d'en faire part, en partie et de manière à ne pas trahir la confidentialité et la confiance du jeune, à la direction du centre de formation. Une nouvelle fois, suite à quelques situations communes, DEPART a rencontré l'équipe d'infirmières, laquelle a ensuite souhaité mettre en place des moments d'intervisions. Ces espaces permettent aux infirmières de se rassembler, et en évoquant les situations, de prendre du recul, de réaliser les compétences propres à chacune, et de développer une culture commune quant aux questions liées à la consommation de produits des apprentis (de manière individuelle, mais aussi la consommation sur le lieu d'apprentissage ou dans le centre de formation).

Conclusion

Dans l'accompagnement de toxicodépendants adultes, le réseau fonctionne essentiellement sur un mode multidisciplinaire ce qui n'est pas sans poser quelques difficultés dans la communication des informations entre les différents intervenants du réseau. Le Centre St-Martin à Lausanne a ainsi fait le pari de fonctionner sur un modèle interdisciplinaire dont DEPART s'est inspiré. À l'adolescence, ce fonctionnement se révèle d'autant plus pertinent qu'il permet une approche cohérente (tenant compte des réalités internes et externes du jeune) avec le souci d'assurer une continuité des soins.

Références

Amiguet, O. (1999). *Repères pour aborder le travail en réseau*. Communication orale présentée lors de la journée «Toxicodépendance : de la complémentarité à la collaboration dans l'accompagnement médical et social», Lausanne, novembre 1999.

Bertschy, G. (1995). *Pratique des traitements à la méthadone*. Paris : Masson.

Bolognini, M., Plancherel, B., Chinet, L., Daniele, G., Bernard, M., Chenevard, K., Stéphan, P., Laget, J. & Halfon, O. (2004). *La consommation de substances à l'adolescence. Problèmes associés. Trajectoires individuelles. Accès aux soins*. Lausanne : SUPEA.

Jeannin, A., Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Boniventa L., Addor, V., Bütikofer, A., Suris, J.-C., Diserens, C., Alsaker, F., Van Melle, G. & Michaud, P.-A. (2005). Self-reported health needs and use of primary health care services by adolescents enrolled in post-mandatory schools or vocational training programmes in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, 135, 11-18.

Michaud, P.-A. & Chossis, I. (2005). Usage de cannabis et adolescence : ce que l'on sait et ce que l'on ne sait pas encore... *Dépendances*, 27, pp. 2 - 6.

Stachel, R. & Bischoff, T. (1998). Les ressources interdisciplinaires dans l'accompagnement ambulatoire des personnes toxicodépendantes. *Revue médicale de la Suisse Romande*, 118, 9, 757-760.

INTRODUCTION AU PROJET TRANSAT

Vincent Schneebeili, Infirmier chef de service, CPNVD.

Comment comprendre les problèmes d'insatisfaction liés aux admissions et transmission de patient entre les unités de soins, derrière quels phénomènes se cachent-ils ?

En introduction, je mets des mots sur ce phénomène comme « lien, attachement, deuil, communication ». Nous pourrions aussi entrevoir une problématique liée à la gestion et ses incontournables lois de management des équipes, d'organisation des structures des soins ou encore se centrer sur l'individu/professionnel et ses besoins.

Le projet transat a le mérite de nous parler de ces différentes perspectives de manière dynamique et rigoureuse.

Après avoir écouté les orateurs, je me relève quelques points fondamentaux mais nécessaires.

Le premier touche la fonction de clinicien. Celui-ci choisit son cadre théorique, plus ou moins explicite, qu'il édifie à partir d'une orientation préférentielle dès le début de sa pratique ou en cours de route. Le tableau clinique se révèle, à l'esprit du soignant, dans une perspective lui convenant et avec laquelle il a du plaisir à travailler. Le plaisir de « faire » de la clinique est une source de motivation importante qui résulte souvent de la satisfaction du soignant à pouvoir, égoïstement parfois, observer l'œuvre de son travail abouti. Cependant, une majorité de soignants vivent un sentiment de frustration lorsque l'aboutissement de leur prise en charge est un transfert dans une autre unité. Ce vécu est une rupture dans leur idéal de soins.

Le deuxième point est la transmission de l'information. Les informations transmises par le soignant, responsable du transfert du patient dans une nouvelle unité, doivent être ciblées. Ceci permet d'éveiller un intérêt authentique chez l'autre et de l'amener à avoir envie d'investir l'histoire de soin du patient et d'en assurer la continuité. Ce qui nous implique dans l'acte de communiquer est en lien direct avec nos émotions et nos affects. Il est important de ne pas réduire le rôle de transmetteur d'information à quelque chose de bureaucratique. Le soignant est porteur d'un bout de l'histoire du patient à l'hôpital et l'acte de transmission fait partie du suivi thérapeutique.

La troisième réflexion est en lien avec les éléments de stress, de temps et de risques de violences présent dans l'action « transfert de patients ». La devise « *on doit vite faire ce transfert* » sont les prémisses de futures relations d'objet. Nous transférons un objet de soins plutôt qu'une personne. Ceci caractérise une manière de faire le deuil, de commencer notre désinvestissement de la relation. Néanmoins, cette attitude peut

amener le patient à se sentir abandonné, à ne plus être reconnu dans sa souffrance. Et le soignant portant les informations n'existe plus comme thérapeute, auprès de l'équipe « recevante », mais uniquement comme vecteur de données.

Une séparation réussie dans une relation est un gage de réussite pour créer un nouvel attachement relationnel sain. Le désir de transmettre, d'accueillir et d'investir un scénario de vie sont certainement des éléments de prévention du risque de violence iatrogène. La relation ne devraient pas être influencée par les éléments comme le gain de temps, la diminution des R.H et la gestion administrative.

En conclusion, je rappelle qu'actuellement « la crise » est la norme organisationnelle des institutions. Nos concepts, nos cadres et nos protocoles de soins n'ont qu'une vie éphémère. Le temps pour la réflexion et l'échange semblent s'accélérer. Il résulte un besoin d'être de plus en plus « coaché » dans nos activités pour ne pas sombrer dans la dispersion clinique et nous amener à « *brasser de l'air* ». Le Projet Transat tente d'offrir des réponses à cette réalité du terrain afin de mieux gérer le présent pour ne pas à devoir rattraper le passé.

Ce projet accentue l'importance de trouver une bonne combinaison entre les personnes, un processus et une technologie. Le principe fondateur : le meilleur système de communication de données est celui correspondant aux utilisateurs et à la culture de l'entreprise.

DP CHUV

PROJET TRANSAT

DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE ADULTE DUPA - SERVICE UNIVERSITAIRE DE PSYCHIATRIE DE L'AGE AVANCE SUPAA



Y. Charbon, ICS, SUPAA ; F. Lanet, médecin associée, SUPAA ; V. Gobin, ICUS, PGE.

I) INTRODUCTION

Ce travail est le fruit de la collaboration de trois cadres du DP CHUV (Y.Charbon, F.Lanet, V.Gobin) qui avons effectué une formation d'initiation au management organisée par le CHUV et qui nous sommes choisis pour réaliser le projet TRANSAT :

Trans pour transmission A pour admission T pour transfert.

Au DUPA comme au SUPAA, une unité d'accueil reçoit toutes les nouvelles demandes d'admission, et des unités spécialisées reçoivent les patients selon leurs pathologies. En résultent des transferts de patients entre unités de soins.

Dans nos deux services, l'instauration d'unités de soins spécialisées est récente (1^{er} avril 1998 pour le DUPA et 1^{er} avril 2003 pour le SUPAA). Cette nouvelle organisation a créé et intensifié le transfert des patients d'une unité à l'autre.

Ces transferts ont généré de l'insatisfaction, des critiques et frustrations chez les patients, les familles et les professionnels.

Nous avons formé le projet de quantifier puis d'étudier les insatisfactions et les problèmes soulevés avec l'objectif d'améliorer le taux de satisfaction des professionnels.

Après avoir obtenu l'accord de nos hiérarchies, nous avons formé un groupe de pilotage et un groupe de travail multidisciplinaire

Les secteurs de soins concernés par notre projet sont :

Au SUPAA les trois sections d'hospitalisation :

- l'unité d'Admission Crise (AC),
- les deux unités des Troubles Affectifs et Psychotiques (UTAP),
- les deux unités des Troubles Psycho - Organiques (UTPO).

Au DUPA, ce sont les quatre secteurs de soins hospitaliers :

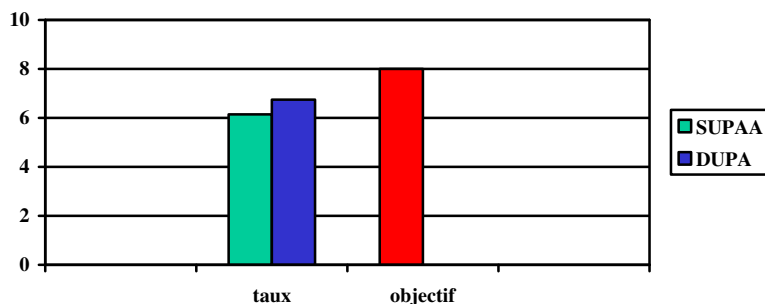
- l'unité d' Accueil Observation Crise (AOC)
- la Section MINKOWSKY, patients du spectre de la schizophrénie et psychose débutante,
- la Section des Troubles Affectifs et de l'Humeur (STAH),
- la Section des Troubles de la Personnalité (STP).

II) METHODOLOGIE

Nous avons effectué une enquête de satisfaction par questionnaire à l'ensemble des collaborateurs pluridisciplinaires de DUPA et SUPAA via leur responsable hiérarchique.

Nous avons reçu 72 questionnaires en retour, à savoir 50 pour le DUPA et 22 pour le SUPAA, ce qui représente environ 1/4 à 1/3 des collaborateurs.

Resultats :



Le taux de satisfaction atteint 61,5 % pour le SUPAA et 67,4 % pour le DUPA. Notre objectif d'amélioration : Lors de transfert de patients, amener le taux de satisfaction des unités de soins jusqu'à 80 %.

L'analyse des réponses nous a permis de définir des sous objectifs et de les catégoriser.

1. Accompagner, rassurer les patients lors de transfert.
2. Instaurer une communication efficiente, une confiance et une continuité des soins entre unités.
3. Informer les unités qui reçoivent les patients dès que la décision du transfert est prise.
4. Définir le recueil de données indispensables pour le transfert
5. Uniformiser les dossiers patients
6. Lister les éléments indispensables à transférer

Nous avons composé trois groupes de travail qui ont élaboré les documents suivants :

1. Feuillet d' information patient sur les transferts / Principes, valeurs des soignants autour de l' accueil et du transfert des patients.
2. Colloques de transfert : Colloque d'étude de cas / Colloque de fonctionnement.
3. Transfert inter-unités de soins-DUPA / SUPAA.

III) REFLEXIONS PRINCIPALES DES GROUPES DE TRAVAIL

Groupe de travail 1. ACCOMPAGNER, RASSURER LES PATIENTS LORS DE TRANSFERT.

L'information du patient et de sa famille est un élément essentiel et elle se fait oralement systématiquement à chaque transfert. Néanmoins, on ne peut pas toujours l'anticiper, les transferts se décidant parfois au dernier moment. Les patients et leur famille réagissent souvent mal, ne comprennent pas que c'est un fonctionnement de l'hôpital et peuvent avoir l'impression qu'ils sont personnellement ciblés, voire sanctionnés par la décision de transfert. Par conséquent, le groupe de travail estime judicieux d'insérer un fichet d'information dans la brochure qui est distribuée aux patients lors de leur accueil à l'hôpital.

Les réflexions ont conduit à élaborer un document de référence pour l'ensemble des collaborateurs rappelant quelques principes et valeurs concernant l'accueil des patients :

- l'attitude appropriée des soignants lors d'un transfert est semblable à celle qu'ils adoptent lors de l' accueil à l'hôpital ;
- le patient est considéré comme un partenaire et associé dans le processus de prise en soins dès l'accueil ;
- les informations provenant de son entourage et des professionnels qui soignaient le patient en amont sont prises en comptes ;
- s'il y a transfert, la continuité des soins est assurée, l'essentiel est de faire confiance aux compétences mutuelles ;
- une personne de référence est nommée dans chaque unité pour assurer le lien et éviter le plus possible de déstabiliser le patient.

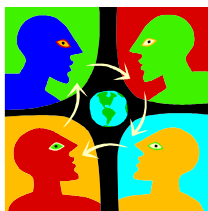
Groupe de travail 2. INSTAURER UNE COMMUNICATION EFFICIENTE, UNE CONFIANCE ET UNE CONTINUITÉ DES SOINS ENTRE UNITÉS.

L'appropriation du patient par une équipe soignante est un phénomène incontournable. Elle comprend : l'instauration d'une relation de confiance ; l'apprentissage de l'historique récent du patient; la rencontre des proches présents à l'admission ; et, pour le patient, l'établissement d'un lien et l'installation dans un lieu; l'attachement à une équipe de soins.

Lors d'un transfert, ce lien est rompu pour le patient, sa famille et son réseau, et pour les soignants.

Nous posons comme principe de base que cette rupture est à coup sûr génératrice de stress et d'insatisfaction.

Notre travail ne peut donc consister qu'à faire du stress du patient et de ses proches, ainsi que de l'insatisfaction des équipes, un acte productif et thérapeutique, par conséquent à imaginer le transfert comme une étape thérapeutique qui permettrait de définir avec le patient où il en est, le but à atteindre.



Les deux équipes sont coresponsables de l'acte de transfert et doivent se solliciter mutuellement pour des échanges avant, pendant et après le transfert. Des espaces de partage sont à créer ou à poursuivre pour favoriser COMMUNICATION, CONTINUITÉ et CONFIANCE.

Groupe de travail 3. ORGANISER LES TRANSFERTS.

L'objectif final a été de créer un outil simple et convivial, utilisable par tous les professionnels concernés, cet outil regroupant, entre autre, toutes les informations utiles au bon déroulement des opérations et définissant clairement les modalités de transfert, les données et les éléments à transférer.

Le groupe de travail a élaboré deux documents de référence, un pour le DUPA et un pour le SUPAA en lien avec des fonctionnements propres aux services.

Ces documents reprennent les notions :

- d'accord préalable entre les Chefs de clinique de chaque unité concernée,
- de planification du transfert entre les unités (référent, lieu et heure),
- d'aspect relationnel avec l'information du patient et de son entourage,
- d'accompagnement effectué par un, voire les deux soignants concernés,
- de présentation de la situation claire et concise (anamnèse, motif de transfert, projet thérapeutique),
- du transfert des affaires du patient.

IV) CONCLUSION

Ce travail encore en cours a permis un repérage des insatisfactions, une conceptualisation des problèmes et la proposition de solutions qui doivent maintenant être mises à l'épreuve. Une enquête doit encore être faite courant 2006 pour vérifier s'il y a bien eu augmentation du taux de satisfaction des équipes. Lors de la présentation de notre projet à un mercredi des soins psychiatriques, une incitation nous a été faite pour mesurer aussi la satisfaction des patients.

La richesse de ce projet est d'avoir permis à toute une équipe pluridisciplinaire du DUPA et du SUPAA de s'impliquer dans une réflexion commune pour la conception de nouveaux outils de travail. Des collaborateurs représentant toutes les disciplines se sont rencontrés dans ces groupes de travail pour une réflexion commune sur l'accueil des patients et l'organisation des transferts. Cette pratique met en évidence les besoins de chacun. Elle favorisera l'acceptation de ces documents élaborés dans le but de renforcer la qualité de prise en charge des patients et la qualité de la transmission et du transfert.

Ces collaborateurs se sont rendus compte que malgré quelques différences, ils avaient beaucoup de préoccupations communes.

Ce projet valait la peine d'être mené ne serait-ce que pour ce point.

D'autre part, nous sommes persuadés que les clarifications apportées par les documents et les rencontres inter-programmes instituées ne peuvent qu'améliorer la collaboration et par conséquent accroître la disponibilité pour placer le patient au centre de nos préoccupations.

L' E c r i t



Hospices cantonaux

Département de Psychiatrie / CHUV

Directeur des Soins
Jean-Michel Kaision

Responsable de la publication: Service des Soins DP-CHUV

Site de Cery - 1008 Prilly-Lausanne

<http://www.chuv.ch/psy/bpul>

Info et abonnement : Tarja.Cachelin@chuv.ch

Prix: Fr.-2