

Suivi intensif dans le milieu (SIM), une expérience pilote à Lausanne

Par le Dr Charles Bonsach, Mme Véronique Regamey, M. Jamel Ibrahim et Mme Amanda Gonzalez

16 juin 2003

Le travail de l'équipe SIM est présenté par le Dr Charles Bonsach, responsable de psychiatrie communautaire, Mme Véronique Regamey, assistante sociale, M. Jamel Ibrahim, infirmier et Mme Amanda Gonzalez, étudiante infirmière.

Présentations :

M. Jean Dambron, président de RELAIS, accueille les intervenants. LE RELAIS avait déjà préconisé auprès du Département de Psychiatrie genevois une équipe mobile de soins. Mais ce qui est actuellement en étude ressemble plus au SAMU sociale en France, c-a-d, est plutôt une intervention d'urgence, tandis que le SIM implique une suivie de longue durée.

Pourquoi a t on besoin d'un SIM ? Principalement parce qu'au début de la maladie, les patients ne veulent pas se faire soigner, et les familles ne savent pas quoi faire. Il faut alors aller vers les malades. Une telle intervention peut peut-être éviter, ou au moins retarder, l'hospitalisation.

Dr Charles Bonsach commente une série de diapositifs :

Dia 1

L'expérience SIM a commencé avec une enquête sur les besoins des malades afin de pouvoir les maintenir à la maison.

Nous sommes dans une période charnière de la psychiatrie. Du point de vue de

- l'information, on va du secret au partage

- les objectifs cliniques, on va d'une volonté de guérir à l'hôpital ? un retour vers, et suivi dans, la communauté

- le réseau, on va d'un effort de construire un réseau ? essayer de garder le réseau naturel précédent

- le « pilotage » du réseau : avant c'était le psychiatre ; aujourd'hui c'est de plus en plus le patient.

Dia 2 : Les principaux obstacles au maintien à domicile.

Dia 3 : L'historique du modèle

Dia 4 : Les résultats pour les « high users » (utilisateurs fréquents)

Dia 5 : Populations cibles.

Dia 6 : Principes de base : approche centré sur la personne, et effort de communiquer avec l'entourage (pour éviter leur épuisement).

Dia 7 : Etapes d'intervention : 1) établir un lien 2) adresser les besoins de base du patient 3) constater avec lui les problèmes 4) définir des objectifs communs 5) Le patient devient acteur des soins.

M. Jamel Ibrahim décrit un cas qu'il a suivi : il s'agit d'un jeune homme schizophrénique qui faisait des allers-retours à l'hôpital sans effet thérapeutique. Ses parents, voyant la dégradation de son état, étaient à la fois désespérés, démunis, et en déni. C'est l'hôpital qui, constatant qu'ils n'arrivaient à rien faire avec lui, a fait appel à M. Ibrahim pour une prise en charge. Le jeune homme ayant commis des délits, sa mère a finalement contacté un juge de paix et l'a dénoncé. Le jugement le trouvait non responsable, et une obligation de soins a été imposée. Ceci a été le déclic. Bien que cela lui a beaucoup coûté, sa mère a aussi décidé qu'il ne pouvait plus rentrer à la maison. Ce jeune homme est maintenant fatigué d'être à la rue et recherche un lieu de vie stable. Il va mieux à cause du mandat de soins (il prend son médicament par dépôt), mais il ne peut pas se conformer à la vie communautaire dans un foyer. M. Ibrahim l'aide à chercher un appartement. Les parents suivent le cours Profamille, et permettent des visites de leur fils. Aujourd'hui, M. Ibrahim voit la mère régulièrement, et le jeune homme une fois par semaine. Il est sous tutelle. Et on a mis en place un « accès facilité » à l'hôpital en cas de besoin – sans que l'intervention de la police etc. soit nécessaire.

Mme Véronique Régamey décrit sa démarche avec un jeune homme qui avait fait une deuxième décomposition psychotique. Son bût était qu'il accepte – finalement – de se faire soigner, de coopérer avec un réseau, et de faire face à sa maladie, sans pour autant être hospitalisé. Le rapport de confiance qu'elle est arrivé petit à petit à établir avec lui s'est basé sur :

1. Une écoute attentive des besoins que lui a exprimé (de voir ses parents moins souvent, d'éviter d'être évincé de son appartement – il ne travaillait plus

et ne pouvait plus payer son loyer).

2. Le fait qu'elle a évité dans un premier temps de lui parler de sa maladie, ou des bienfaits des soins ou des médicaments. Elle a abordé de temps à autre la question sans insister. Après quelques semaines, il a commencé à écouter « pour faire plaisir ». Le fait d'aider ce jeune homme à satisfaire ses besoins de base a permis à Mme Régamey d'établir ce lien de confiance et de s'occuper du côté médical par la suite.

3. Un engagement très intensif : elle a été le voir immédiatement après avoir été contacté par sa maman, et y est retournée le jour suivant. Ensuite elle l'a accompagné dans ses démarches avec les services sociaux, ses courses etc. Quand enfin il a accepté de se faire soigner, elle devait le chercher tous les jours pour qu'il prenne ses médicaments ; comme il sortait pour faire du skate et ne disait pas où il allait, elle devait le chercher à des heures irrégulières, tard etc. Un de ses amis qu'il voit toujours l'aidait parfois à le localiser.

Aujourd'hui et après un suivi intensif de 4 mois où elle le voyait 2-4 fois par jour, elle est passé à 2-4 fois par semaine. Il a repris des cours, prend ses médicaments, et cherche une place d'apprentissage. Au fur et à mesure qu'ils se sentaient rassurés, ses parents commençaient à le voir moins souvent.

(Dr Bonsach rajoute que ce patient était « très délirant, très désorganisé, mais parfois lucide ». Il souligne que seulement un suivi comme celui-ci pourrait détecter l'importance dans la vie de ce jeune homme du skate...)

Questions et réponses

Q : Quand il s'agit d'un suivi intensif de ce type, vous occupez-vous de plusieurs patients au même temps ?

R: Oui. L'équipe comprend 3 médecins, 3 infirmiers/ères, 2 assistants/es sociaux/ales. Chacun suit 10 patients. L'équipe s'occupe d'une centaine de cas par année. Le suivi est quand même limité dans le temps.

Q: Comment intervenez-vous chez des malades qui refusent des soins?

R: Nous n'allons pas simplement sonner à la porte sans préalable. Ca pourrait être dangereux. Nous travaillons d'abord avec un demandeur, et cherchons à créer l'opportunité.

Ce genre de personne est le cible du SIM: la rencontrer et créer un lien avec

elle est le bût principal et le gros de notre travail. Cependant, le premier lien que nous créons n'est souvent pas avec le malade.

Q: Les personnes malades ont une terreur de l'hôpital psychiatrique. Pouvez-vous leur garantir de ne pas devoir y aller?

R: Non, ça serait mentir, parce qu'il y a des conditions qui le nécessitent. Mais nous pouvons garantir de ne pas les lâcher, de continuer à les accompagner. Il est arrivé cependant de pouvoir convaincre un patient de prendre son médicament contre la promesse de ne pas l'hospitaliser...

Q: Avez-vous besoin de plus d'effectifs dans l'équipe SIM?

R: Non. Nous avons choisi exprès la population « cible » pour pouvoir arriver à répondre aux besoins.

Q: Vous n'avez rien fait pour déstigmatiser l'hospitalisation!

R: Nous ne sommes pas contre l'hôpital. Simplement, certaines personnes le vivent bien, d'autres pas. La déstigmatisation de la maladie mentale passe aussi par le type d'expérience SIM, qui prouve que, en dépit des idées préconçues, la maladie ne dure pas obligatoirement pour toujours.

Q: Dans vos rapports avec les familles, n'êtes vous pas limités par le secret médical?

R: Pour nous, il y a différents niveaux d'information. Il y a une information qu'on peut donner aux proches sans trahir le secret médical. Nous assurons aux patients de garder secret tout ce qui pour eux est intime.

Q: Quelle stratégie politique a été utilisée pour que cette expérience soit mise sur pied à Lausanne?

R: Le SIM est le fruit d'une conjonction des souhaits des associations et de l'évolution de la psychiatrie. L'hospitalisation se réduit, mais il faut la remplacer par autre chose. Il y a une population qui tombe entre deux chaises, c-à-d., entre l'hospitalisation et les soins ambulatoires.

En ce qui concerne l'argent, il ne s'agit pas de nouveaux fonds mais de fonds redistribués.

Q: Est-ce que le SIM s'ouvre à d'autres pathologies que la schizophrénie, notamment, les troubles bi-polaires?

R: Oui, nous suivons aussi des patients avec des troubles bi-polaires.

Q: Pourrions-nous imaginer que les hôpitaux vous signalent une sortie et que vous prenez contact avec l'entourage pour voir si ça se passe bien? Sans que ce soit tout un grand système....

R: Ca sera notre rêve! Mais actuellement, il s'agit plutôt d'un système d'exception. Ni eux ni nous avons les moyens de faire cela systématiquement. Les hôpitaux savent que nous existons, et ça se fait donc un peu. Nous voudrions pouvoir nous concentrer sur les psychoses débutants – un moment très sensible. Mais ce n'est pas toujours évident de se faire entendre par l'hôpital.

Q: Comment vous prenez-vous avec des patients réfractaires? (cf. la 2e question ci-dessus)

R: Ils sont presque tous réfractaires au début! Il faut qu'on cherche « ailleurs », la brèche. Ce n'est jamais le médicament ou la maladie. Ca peut être l'argent, les relations, etc. Notre travail c'est de la trouver.

Q: N'abandonnez-vous jamais?

R: Cela nous arrive. Il y a des situations qui ne sont pas mûres.

Q: Comment facturez-vous?

R: Tout ce qu'on peut facturer, on facture. Le reste est offerte.