

Acte de la journée d'automne du 4 décembre 2014

Souffrance sociale et santé psychique: le rôle pivot du travail social

II. La psychiatrie dans les programmes d'insertion jeunes: RESSORT VD

Danièle Spagnoli, psychologue, cheffe de projet RESSORT,
service de psychiatrie communautaire du CHUV, VD

Jeudi 4 décembre 2014
Lausanne, Palais de Beaulieu

Le dispositif RESSORT

Né en 2009 au sein du Département de psychiatrie du CHUV avec la mission de soutenir la réinsertion professionnelle des personnes souffrant de troubles psychiques, RESSORT s'est rapidement inscrit dans une volonté de collaboration interinstitutionnelle avec les autres acteurs concernés par cette problématique. Le dispositif a notamment établi des collaborations fructueuses avec l'Office de l'assurance invalidité pour le canton de Vaud (OAI) et le Service de prévoyance et d'aide sociales (SPAS), deux acteurs majeurs de l'insertion.

La collaboration avec l'OAI s'inscrit logiquement dans les efforts consacrés à la réinsertion professionnelle des patients psychiatriques souhaitant reprendre un emploi, alors que la collaboration avec le SPAS concerne une autre population-cible, constituée par les bénéficiaires de l'aide sociale qui présentent des difficultés d'insertion ou se montrent incapables de collaborer adéquatement avec les intervenants sociaux en raison de probables troubles psychiques. Le SPAS a confié à RESSORT le mandat d'évaluer les difficultés psychiques des personnes de cette catégorie signalées par un assistant social ou un référent de mesure d'insertion.

Grâce à ses partenaires et sous la pression du nombre important de demandes, le dispositif RESSORT a beaucoup évolué depuis 2009: l'équipe du Centre (agglomération lausannoise), qui représentait le périmètre de l'implantation-pilote, est passé de trois collaborateurs à plus d'une douzaine. La cantonalisation entamée en 2014 consiste à exporter les modes d'intervention de RESSORT dans les secteurs périphériques du canton en reproduisant le modèle éprouvé au Centre, basé sur la collaboration étroite d'un clinicien chargé des deux missions (soutien à l'insertion et évaluation des troubles) et d'un spécialiste en réadaptation de l'AI, sous la responsabilité d'un psychiatre. L'équipe de l'Est est constituée dès le 1^{er} septembre 2014 et celle du Nord depuis le 1^{er} décembre, tandis que l'Ouest sera doté dès 2015 (sous réserve de l'acceptation du budget par le Grand Conseil).

RESSORT, après une phase pilote où diverses méthodes d'intervention ont été testées, s'est organisé depuis 2012 en deux filières d'intervention correspondant aux deux missions principales:

- 1) soutien à l'insertion professionnelle ou à la formation
- 2) évaluation des troubles et engagement dans les soins.

C'est en particulier de cette dernière mission qu'il sera question lors de cette présentation.

L'engagement dans les soins

Comment se déroule une intervention d'engagement dans les soins? Après une rencontre initiale avec le demandeur, une évaluation en quelques séances vise à établir l'existence d'un trouble psychique et son impact sur le potentiel insertionnel de la personne. Elle aboutit en principe à proposer une orientation vers des soins adéquats. Cependant, cette prise en charge peut être très brève, lorsque la personne adhère rapidement à l'idée d'entrer en soins, ou de relativement long terme, lorsque l'engagement est difficile et notamment lorsque l'état de santé justifie une demande à l'Assurance invalidité mais qu'il n'y pas de médecin traitant.

69 jeunes adultes (dont 49% de femmes) ont été suivis par RESSORT avec un mandat principal d'engagement dans les soins, les demandes provenant des centres sociaux régionaux (CSR) dans 35% des cas (pour des jeunes n'investissant aucune mesure par exemple) et des mesures d'insertion sociale (MIS) dans 55% des cas. 81% des demandes concernent une évaluation des troubles, 13% du soutien à la réinsertion et 6% sont des demandes mixtes, avec les deux objectifs. Néanmoins, après analyse de la situation, 96% de ces demandes visent prioritairement l'engagement dans les soins tandis que 4% ont pour objectif le maintien ou l'accès à la formation. En outre, certaines de ces demandes contiennent plus ou moins implicitement la constitution d'un dossier soutenant une demande de prestation AI.

Les jeunes adultes de 18-25 ans constituent une catégorie pour laquelle le travail d'identification et de prise en charge des troubles est particulièrement important: la majorité des troubles psychiques apparaissent dans cette période de vie et leur occurrence provoque, en perturbant les études ou la formation professionnelle initiale, un risque important de handicap social à long terme. On sait en outre que le traitement précoce des troubles évite le plus souvent leur aggravation ou leur chronification.

Cependant 94% des jeunes rencontrés ne reçoivent aucun soin pour leurs troubles psychiques, et ceux qui ont bénéficié d'un suivi sont fréquemment en rupture. Les contentieux avec la psychiatrie sont fréquents et d'origines diverses: des parents qui ont été hospitalisés ou des contacts antérieurs mal vécus avec la psychiatrie, le poids de la stigmatisation sociale ou familiale liée au monde psychiatrique. Le contact avec cette population est facilité par la mobilité des intervenants RESSORT qui se déplacent au centre social ou sur le lieu de la mesure, par la souplesse des conditions d'entretien et par le levier que constituent les perspectives de faciliter l'insertion. La prise en compte et la discussion des craintes et des préjugés exprimés par les jeunes au sujet de la psychiatrie permet souvent de dédramatiser les choses.

Profil des bénéficiaires

Sur le plan de leur parcours, 84% des jeunes rencontrés par RESSORT ont terminé l'école obligatoire, 5% n'ont pas mené leur scolarité à terme, 2% ont passé une maturité et 9% ont un CFC. 65% d'entre eux n'ont pas eu d'activité professionnelle ou de formation durant l'année précédant la prise en charge. En termes qualitatifs, la majorité témoigne d'un parcours de vie complexe et difficile: familles éclatées ou dysfonctionnelles, souffrance et difficultés provoquées par la migration, présence de négligences ou de maltraitances précoces. Dans un certain nombre de cas, les difficultés ont été telles et accompagnées de problèmes comportementaux que cela soulève la question de la détection par l'école des enfants à risque ou de la continuité du suivi entre l'adolescence et l'âge adulte. D'autres jeunes semblent « simplement » n'avoir pas bénéficié de modèle positif d'intégration, leurs parents étant eux-mêmes en rupture socioprofessionnelle.

Sur le plan psychopathologique, en ne tenant compte que du diagnostic principal, on observe au terme de l'évaluation 25% de troubles de l'humeur, 23% de troubles anxieux et 19% de troubles de la personnalité. Cette dernière catégorie est probablement sous-représentée en raison du fait qu'elle est souvent mentionnée en deuxième diagnostic (on peut faire la même remarque en ce qui concerne les 5% de troubles liés à la consommation de substances). Un cinquième des jeunes personnes de la cohorte sont en cours d'évaluation ou d'orientation et n'ont donc pas

(encore) de diagnostic, bien qu'ils présentent des troubles. Enfin seuls 3% des jeunes rencontrés ne présentent aucun trouble psychiatrique diagnostiquable, ce qui met en lumière la qualité des signalements effectués à RESSORT par les travailleurs sociaux.

La question du diagnostic est rarement simple en psychiatrie mais la cohorte de RESSORT laisse apparaître une catégorie de troubles qui échappe à toute étiquette, ce que nous avons surnommé, à défaut de mieux, la « zone grise ». Celle-ci intègre 44% des jeunes de 18-25 ans rencontrés à RESSORT. Certains ont bénéficié d'un diagnostic de troubles de l'humeur, mais ceux-ci sont en général légers, parfois accompagnés de symptômes anxieux souvent sub-cliniques, ou de probables troubles de la personnalité sans dominante claire.

A ces tableaux cliniques peu marqués et mixtes s'ajoutent des consommations de substances (le plus souvent alcool et/ou cannabis) chez des jeunes dont le soutien familial se caractérise souvent par une absence ou un excès. Il ne s'agit pas de marginaux dont les positions philosophiques se distancient activement du « mainstream », mais de jeunes affectés d'un manque majeur de motivation, qui ne parviennent pas à s'envisager dans la société par rapport à laquelle ils ont beaucoup de colère et un sentiment de préjudice. Pour cette population, l'engagement dans les soins et l'insertion professionnelle sont rendus très difficiles du fait de l'absence de levier motivationnel.

Résultats de la prise en charge

47% des jeunes adultes suivis par RESSORT sont entrés en soins à la sortie du programme ou au moment de la « photographie descriptive ». Ce chiffre peut donc encore être amélioré par la future orientation vers des soins des personnes qui sont actuellement au début de leur prise en charge RESSORT. 6% des jeunes ont fait l'objet d'une demande à l'AI. On observe par ailleurs que 16% des jeunes sont en formation, en stage ou en emploi à l'entrée dans RESSORT, alors qu'ils sont 28% à la sortie du programme ou actuellement. Cet effet sur l'insertion ne peut naturellement pas être imputé uniquement à RESSORT, dans la mesure où l'effet des MIS ou simplement le temps écoulé ont également une influence, mais il paraît clair que le soutien spécialisé et la prise en compte des troubles ne peuvent que favoriser l'efficacité de l'insertion.

Un autre avantage des interventions de RESSORT concerne les partenaires sociaux, qui ont désormais accès plus facilement qu'auparavant à des réponses aux problèmes posés par les jeunes manifestant des fragilités psychiques: le comportement à adopter avec le bénéficiaire, la pertinence de faire un signalement à l'AI, la difficulté de collaborer avec les médecins traitants, la problématique des sanctions pour manque de coopération, les problèmes de motivation, etc. sont des questions fréquemment rencontrées et auxquelles le travail en réseau et la collaboration étroite avec des soignants en psychiatrie permettent de répondre partiellement. La discussion des situations signalées permet une autre compréhension de la problématique et des enjeux. L'accès aux informations pertinentes sur l'état de santé du bénéficiaire est facilité pour les intervenants sociaux, bien que le diagnostic reste couvert par le secret médical. Enfin, les intervenants de RESSORT contribuent à la sensibilisation et à la destigmatisation des troubles psychiques et en favorisent la détection.

Limites et perspectives

Si l'intervention aussi précoce que possible se justifie en cas de troubles psychiques avérés, il s'agit de rester très attentifs à ne pas psychiatriser la moindre difficulté dans le parcours insertionnel des jeunes, dont la majorité va finalement trouver une solution. Les intervenants de RESSORT sont souvent confrontés aux attentes magiques et démesurées de certains travailleurs sociaux envers la psychiatrie ou la psychothérapie, qui devrait surmonter tous les « blocages » et normaliser tous les comportements. Il arrive également qu'une méfiance excessive envers la psychiatrie se manifeste, tant chez les jeunes que chez certains intervenants socio-éducatifs. Les efforts pour convaincre se heurtent alors parfois à la saturation relative du réseau médico-soignant, qui ne permet pas toujours un accès rapide vers le thérapeute qui semble idéal dans telle situation. Enfin, de nombreux jeunes souhaiteraient pouvoir garder une intervention du genre RESSORT, souple et mobile, mais RESSORT ne reste pas en première ligne des soins et ces interventions communautaires sont encore rares dans le réseau.

Il est effectivement important de trouver le bon dosage et réfléchir à la prise en charge la plus légère possible susceptible de maintenir ou de rétablir une dynamique de développement. Seuls les jeunes les plus fragiles et présentant un haut risque de dégradation de leur état devraient être dirigés vers des prises en charge plus lourdes.

Par ailleurs, il faut tenir compte du fait que les interventions psychiatriques, même indiquées, n'aboutissent pas toujours, surtout pour les personnes qui consultent « passivement », pour faire plaisir à leur entourage et sans trouver de sens personnel à la démarche. Les jeunes manquent souvent de la maturité nécessaire ou ne parviennent pas (encore) à admettre leurs difficultés, ce qui a pour conséquence un taux d'orientation vers les soins plus faible que pour les autres catégories d'âge. Les autres facteurs que l'on peut décrire sont les préjugés culturels ou familiaux.

Pour améliorer la prise en charge des difficultés psychiques chez les jeunes adultes, de nombreuses pistes pourraient être explorées: affiner la détection de ces troubles au niveau scolaire déjà; réduire le délai de réaction entre l'observation des premières difficultés et le premier signalement; la présence de spécialistes en santé mentale (par exemple infirmiers) dans les CSR ou les MIS pourrait faciliter cette détection précoce en allégeant et en dédramatisant le processus d'évaluation. L'amélioration des échanges d'informations et de la collaboration entre les mondes médico-soignant et socio-éducatif doit se poursuivre, tout comme l'amélioration de la continuité des soins entre mineurs et majeurs. La psychiatrie communautaire devrait être développée davantage afin d'offrir des alternatives souhaitées aux prises en charge classiques.

Conclusion

L'intervention d'intervenants de la psychiatrie dans le « milieu naturel » des jeunes permet d'identifier les situations les plus sérieuses et d'orienter vers des soins adéquats la moitié des jeunes signalés. Ces interventions contribuent également à destigmatiser les troubles psychiques et leur prise en charge par la psychiatrie.