



## INUK

**RESEAU : Fusion Liège**

**PERSONNE DE CONTACT: Mahmood Mortazi**

**TELEPHONE : 04 224 72 96**

**MAIL : [mahmood.mortazi@cnda.be](mailto:mahmood.mortazi@cnda.be)**

Le gel de 30 lits du Centre Hospitalier Spécialisé, Notre Dame des Anges a permis la mise sur pied d'une équipe mobile composée de 10.5 ETP, auprès de patients à pathologies complexes et chroniques. Les buts poursuivis par cette création d'équipe sont : la rationalisation du soin, la continuité du suivi thérapeutique et l'accompagnement de celui-ci grâce au tuilage, mais également l'amélioration des contacts et relais en amont et en aval de l'hospitalisation afin de soutenir ou consolider le réseau autour du patient. L'équipe mobile vise un accompagnement thérapeutique du patient dans son milieu de vie en utilisant ses ressources psychiques, ses compétences fonctionnelles et sociales, afin d'améliorer sa qualité de vie. A ses débuts, l'équipe mobile était activée essentiellement par la fonction 4, mais à ce jour les sollicitations arrivent de toutes parts. Les partenaires privilégiés de l'équipe mobile sont les intervenants de 1ère ligne (généralistes, maisons médicales, polycliniques, services de santé mentale, psychiatres, ...)

Toutefois, des collaborations se créent avec un nombre croissant de partenaires issus ou non du secteur de la santé mentale, de tous horizons, et on constate une articulation toujours plus grande entre les différentes fonctions telles que définies par la Réforme. Idéalement, le financement alloué au fonctionnement de l'équipe mobile doit lui permettre de faire face à ses besoins en matière de déplacement, de communication, de logistique ; le budget doit être établi en tenant compte des grandes distances effectuées, vu le large territoire desservi. De même, les moyens humains doivent être à la mesure des sollicitations d'intervention, sous peine de devoir postposer des prises en charge... Ces trois années de fonctionnement, riches en expériences formatives nous ont bien aguerris au travail en santé mentale dans le milieu de vie ; nous avons encore certes beaucoup à apprendre et nous ne sommes pas au bout de nos découvertes, mais nous nous sentirions prêts à partager notre pratique pour contribuer à la création d'autres équipes...

Dankzij de 'bevriezing' van bedden in het « Centre hospitalier spécialisé Notre Dame des Anges » kon er een mobiel team van 10.5 VTE worden opgezet voor patiënten met complexe en chronische pathologieën. De beoogde doelen zijn: rationalisering van de zorg, continuïteit van de therapeutische opvolging en begeleiding door een 'elkaar overlappende benadering'. Maar ook de verbetering van contacten en doorverwijzingen, zowel voor als na een hospitalisatie, om het netwerk rond de patiënt te ondersteunen of te consolideren. Het mobiele team wil de patiënt in zijn leefomgeving therapeutisch begeleiden door een beroep te doen op zijn psychische mogelijkheden en zijn functionele en sociale vaardigheden, met als doel de verbetering van zijn levenskwaliteit. Aanvankelijk werd het mobiele team vooral ingeschakeld door functie 4, maar tegenwoordig komen de vragen van verschillende kanten. De bevoorrechte partners van het mobiele team zijn hulpverleners van de eerste

lijn (huisartsen, gezondheidshuizen, poliklinieken, diensten voor geestelijke gezondheidszorg, psychiaters, ...) Er komen echter ook samenwerkingen tot stand met een toenemend aantal partners die al dan niet tot de sector van de GGz behoren, en we stellen steeds meer wisselwerking vast tussen de verschillende functies die in de Hervorming zijn gedefinieerd. Idealiter moet de financiering die wordt vrijgemaakt voor de werking van het mobiele team toelaten om te voldoen aan de werkingskosten op het vlak van verplaatsingen, communicatie, logistiek; dit budget moet worden bepaald rekening houdend met de lange afstanden die worden afgelegd, gelet op het grote grondgebied dat wordt bediend. Ook de middelen voor bestaffing moeten volstaan om de vragen tot interventie te beantwoorden, zo niet moeten er behandelingen worden uitgesteld... De voorbije drie jaar waren rijk aan leerervaringen en hebben ervoor gezorgd dat we stevig in de schoenen staan op het vlak van GGz in de leefomgeving van de mensen met zorgnoden. We hebben weliswaar nog veel te leren en we zijn nog lang niet aan onze laatste ontdekking toe, maar we voelen ons wel klaar om onze praktijkervaring te delen en zo bij te dragen tot de oprichting van andere teams.

### 1. Introduction :

Après un temps de recul et de réflexion, nous pouvons analyser le contexte dans lequel l'équipe mobile a été mise en place ; en effet, nous observons souvent que lors de décompensation de patients présentant des pathologies complexes, la première ligne (tant généralistes que spécialistes en santé mentale) était dépassée et n'arrivait pas à rétablir et/ou à stabiliser les patients. Le recours à l'hospitalisation (urgente ou programmée) s'imposait donc, à défaut d'autre solution. L'outil hospitalier a bien sûr ses avantages (cadre soutenant et contenant), mais un tel choix entraîne des conséquences qui ne sont pas nécessairement recherchées ni prévisibles... Citons, entre autres, l'importante mobilisation de ressources et de moyens (financiers, structurels, de personnel) inhérents à l'hôpital, la rupture du patient d'avec son environnement relationnel habituel, le risque de psychiatrisation excessive de certaines problématiques psychiques, le danger de chronifier des patients ou encore l'apparition de problèmes liés à l'hospitalisme.

Face à ce constat et vu la contrainte d'orienter une part non négligeable de ses moyens dans des projets innovants, les responsables du CHS CNDA (Conseil d'administration, Directions générale et médicale) et le corps médical ont décidé de « geler » 30 lits et d'utiliser les moyens y afférents (financiers, matériels et humains) pour la création d'une équipe mobile chronique.

Cette décision doit permettre à terme la rationalisation du soin (diminution du nombre de lits hospitaliers demandée par les autorités de soins du SPF), une meilleure continuité des soins et une amélioration des contacts et relais avec l'amont et l'aval de l'hospitalisation. L'équipe mobile intervient alors au besoin pour soutenir ou consolider le réseau autour du patient.

Un tel projet a suscité un grand intérêt chez plusieurs agents hospitaliers qui se sentaient un peu à l'étroit dans le contexte intra-muros et souhaitaient mettre leur créativité et leur investissement au service de pratiques innovantes, en s'ouvrant et se tournant vers le milieu de vie du patient.

Notons toutefois toutes les questions soulevées par cette nouvelle pratique notamment en termes de sécurité d'emploi : quid en cas de perte éventuelle des moyens et des ressources en s'engageant dans un projet pilote sans garantie de durée et de pérennité ?

Lors de la création de l'équipe mobile INUK, un grand nombre de partenaires ont été sollicités dans le réseau. La décision a donc été prise de couvrir un large territoire : Liège – Huy – Waremme.

L'équipe mobile Inuk est donc sollicitée pour intervenir aussi bien en milieu urbain que rural. La mise en place d'un réseau autour du patient s'avère bien sûr plus compliquée dans certaines régions, plus pauvres en matière de services et d'institutions. De plus, les déplacements au domicile du patient sont fortement chronophages.

## 2. Description

Le public cible de l'équipe INUK : patients adultes présentant une problématique psychiatrique reconnue, stabilisée, et résidant sur le vaste territoire Liège – Huy – Waremme.

L'équipe mobile est, en soi, une pratique innovante de la réforme de la psychiatrie ; ses missions consistent à assurer un accompagnement thérapeutique du patient dans son milieu de vie en utilisant ses ressources psychiques, ses compétences fonctionnelles et sociales de façon à améliorer sa qualité de vie dans son milieu naturel. L'objectif visé est d'assurer un relais thérapeutique vers la 1<sup>ère</sup> ligne et d'éviter les hospitalisations en étant vigilant aux signes de décompensation et de rechute potentielle.

L'équipe est pluridisciplinaire (psychiatre, infirmier(e)s, ergos, éducatrice, assistante sociale, psychologues, secrétaire, coordinatrice) ; tous ses membres sont issus du milieu hospitalier initiateur du projet et possèdent donc une bonne expérience du travail en psychiatrie, condition bien utile à une pratique de l'accompagnement dans le milieu de vie du patient.

Les demandes de prise en charge, nécessairement étayées par un professionnel de la santé, sont reçues et analysées en réunion d'équipe ; une première rencontre avec le demandeur et le patient est réalisée dans le cadre d'un entretien de candidature dont le but est de cerner au mieux la demande, d'évaluer la situation « in situ » et de dégager des pistes d'intervention concrètes. Lors de cette première étape de travail, un rendez-vous est organisé entre le patient et le psychiatre de l'équipe afin de compléter l'anamnèse psycho-médico-sociale qui sera ensuite présentée à l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire en réunion « d'intégration de nouvelles prises en charge ». Une fois cette étape réalisée (dans un délai de 1 à 4 semaines), le patient est pris en charge par un binôme choisi au sein de l'équipe, binôme mixte : 1 infirmier et 1 paramédical (ergo ou éducateur). Ce binôme se complète de l'intervention d'un psychologue qui nourrit le questionnement par ses visites au domicile en début de prise en charge et au fil du temps et qui réalise des interventions ponctuelles. Une assistante sociale complète également l'équipe (pour réaliser un bilan social de la situation). La prise en charge, à proprement parler, démarre alors afin de mettre en place ou soutenir un réseau efficient autour du patient en fonction de ses besoins, identifiés de part et d'autre.

En principe, la durée de l'intervention ne doit pas dépasser 2 ans et le suivi s'effectue à intensité variable selon les éléments de réalité rencontrés sur le terrain : visites hebdomadaires dans un premier temps pour bien appréhender tous les aspects de la situation et prendre tous les contacts utiles avec le réseau, espacement des rencontres et contacts téléphoniques lorsque les relais s'établissent de façon satisfaisante, mais aussi intensification de la prise en charge lorsque la situation le nécessite. Toutes les interventions s'effectuent dans le souci de maintenir en lien tous

les intervenants du réseau mobilisés grâce à des contacts réguliers avec chacun d'eux et grâce à l'organisation de réunions de concertation afin d'évaluer régulièrement chaque situation.

Les réunions pluridisciplinaires offrent une bonne occasion d'échanges et de partage d'informations quant aux ressources disponibles dans le réseau et une des missions de l'assistante sociale de l'équipe consiste à collecter et répertorier ces différentes ressources afin de les mettre à disposition de tous les intervenants. L'équipe est donc informée régulièrement des opportunités et disponibilités en matière de logement, activités, services d'accompagnement divers, ...

Chaque équipier dispose d'un GSM professionnel dont il communique le numéro à tous les partenaires mobilisés sur la situation dont il est référent ; ce mode de contact s'avère très efficace, personnalisé et renforce l'efficacité de la collaboration entre les intervenants actifs sur une même situation. L'adresse internet dont dispose chaque équipier est également un bon vecteur d'informations, rapide et efficace avec certains partenaires du réseau.

L'équipe INUK utilise beaucoup le réseau internet pour soutenir ses recherches de partenariats et découvre ainsi régulièrement de nouveaux services utiles à ses prises en charge.

L'équipe INUK participe régulièrement à des concertations, qu'elle initie dans certains cas, et utilise de plus en plus des outils de communication, par exemple le PSI, pour les différents partenaires du réseau concernés par une même situation.

Après avoir déterminé les moyens nécessaires (budget, ressources et personnel), le Conseil d'administration, les directions et les médecins ont laissé une grande autonomie à des acteurs de terrain qui grâce à leur expérience de travail institutionnel et à leurs acquis pratiques, thérapeutiques et scientifiques ont pu créer l'équipe mobile, améliorer son fonctionnement au fil du temps et l'adapter aux besoins du milieu de vie.

### **3. Inventaire des résultats concrets et bases de l'opérationnalisation**

Certaines pratiques mobiles existaient déjà dans le réseau (Siajef, Sam, ...) La création des équipes mobiles a permis de développer une pratique que l'on peut appeler clinique du lien, de telle façon que les liens se tissent (ou se retissent) « au chevet » de l'utilisateur. Ce travail de connexion avec le réseau se fait toujours sur un mode actif et participatif : on n'envoie pas simplement l'utilisateur vers un autre guichet mais on assure le relais en créant des zones de recouvrement (tuilage) qui garantissent la continuité des soins.

L'équipe mobile INUK a développé (et continue à développer) un large réseau de collaborations avec de nombreux partenaires issus ou non du milieu de la santé mentale : institutions, services, organismes, ASBL, initiatives privées, centres de formations, centres culturels et occupationnels... Il n'est pas possible de les citer tous ici, mais le répertoire de ces collaborateurs s'étoffe de jour en jour et les partenariats se créent au fur et à mesure des situations prises en charge. Ce n'est pas seulement une partie du réseau mais réellement l'ensemble du réseau qui est susceptible d'être sollicité par l'équipe mobile et qui, à l'inverse, peut solliciter l'intervention de l'équipe mobile puisque les demandes de prise en charge sont très variées et touchent des problématiques aussi diverses que le logement, l'accès au soin, la réhabilitation au sens large du terme.

Le travail de l'équipe mobile consiste à réaliser un diagnostic situationnel et à construire un dispositif d'aide en fonction des besoins identifiés dans la situation et en puisant dans les ressources personnelles du patient ou en le connectant aux ressources du réseau. Cette pratique renforce l'empowerment du patient qui participe ainsi à la création de sa constellation thérapeutique. Une attention particulière est portée dès l'analyse de la demande sur le circuit des activations, à travers le sociogénogramme ; Ce questionnement systémique peut conduire à des rencontres familiales et à des concertations cliniques. Cette nouvelle pratique a également contribué à prendre en compte la souffrance des proches et à collaborer davantage avec des associations et services d'aide aux familles.

Le fait pour un patient d'accueillir chez lui l'équipe mobile modifie la dynamique de l'intervention, tant pour le patient que pour l'intervenant : cette pratique replace le patient au centre des préoccupations et contraint nécessairement les soignants à prendre en compte l'environnement humain et matériel ; de plus cela ressuscite chez lui une dynamique du don et du recevoir qui est source de lien et de fierté. L'intervenant, quant à lui, est confronté à un autre cadre de travail en étant reçu (ou non) chez le patient.

La notion de pluridisciplinarité prend d'emblée une dimension toute particulière dans le travail en équipe mobile. Elle est présente dès les prémises de la prise en charge (partage des pistes de réflexion lors de la présentation de la situation) et prend tout son sens dans l'intervention au domicile (regards croisés qui permettent d'appréhender la situation dans sa globalité) Plus qu'une simple pluridisciplinarité de réunion, il s'agit là d'une pluridisciplinarité de terrain.

Si la pratique innovante de l'équipe mobile est toujours à l'heure actuelle au stade de projet pilote et en attente d'être validée, elle s'est néanmoins rendue indispensable en 3 ans de fonctionnement. Les changements qu'elle a occasionnés dépassent largement le seul cadre de l'équipe mobile. Les intervenants, quelle que soit leur appartenance professionnelle (ergo, infirmier, psychologue, ...) sont unanimes pour dire que s'ils devaient reprendre leur travail au sein de l'hôpital, leur pratique serait bien différente de ce qu'elle était avant qu'ils intègrent l'équipe mobile. La pratique à huis clos n'est même plus envisageable. Les principes de continuité du soin, d'accompagnement par le tuilage, de partenariat dans et en dehors du secteur de la santé mentale... font désormais partie de la pratique quotidienne de l'équipe mobile.

#### 4. Qu'avons-nous appris ?

Les interventions de l'équipe mobile Inuk visaient théoriquement au départ des patients à pathologie chronique complexe présentant un risque élevé d'hospitalisation. On constate en pratique que le travail de l'équipe mobile a un impact perceptible en amont et en aval de l'hôpital, pas uniquement pour des patients dits chroniques mais aussi dans des situations non-chronifiées.

En ce qui concerne les patients non-chroniques :

L'intervention de l'équipe mobile permet, après une seule première hospitalisation ou même avant qu'elle n'ait lieu, une nette atténuation du risque de chronification. En effet, l'équipe mobile va mettre en place un accompagnement, soutenir et renforcer le travail de la première ligne, le tout dans un souci permanent de continuité des soins.

En ce qui concerne les patients chroniques à présent :

Un premier constat de cette nouvelle pratique est la diminution du nombre de journées d'hospitalisation ; une vigilance particulière est accordée à la stabilisation des symptômes et permet d'intervenir dès les premiers signes de décompensation ou de rechute, de façon à éviter ou à limiter l'hospitalisation. On peut parler d'une meilleure adéquation entre la qualité des soins et les moyens mis en œuvre (qu'ils soient hospitaliers ou de première ligne). L'accompagnement thérapeutique réalisé par l'équipe mobile permet aux soins ambulatoires de première ligne de garder la gestion des situations de crise et de décompensation sans devoir nécessairement recourir à l'hospitalisation, comme c'était souvent le cas auparavant.

D'où, le deuxième constat : lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire, elle est plus courte qu'auparavant. L'outil hospitalier est utilisé de façon plus pertinente et efficiente, d'où réduction de la durée d'hospitalisation.

Troisième constat : le nombre de décompensations graves de patients chroniques sortis de l'hôpital est heureusement beaucoup moins important qu'on aurait pu le craindre ; ceci peut s'expliquer par la réactivité de l'équipe mobile face à une situation problématique, ainsi que par l'articulation possible en cas de besoin avec une équipe mobile aiguë

Cette nouvelle pratique d'équipe mobile impose de se questionner sans cesse sur la pertinence des interventions : elle pose des questions éthiques qui sont régulièrement abordées dans le cadre de formations continues à l'intention des intervenants. L'organisation de l'équipe mobile INUK offre également la possibilité à chaque équipier de rencontrer le psychiatre responsable dans le cadre de supervisions individuelles.

L'équipe mobile INUK s'ouvre à l'ensemble des partenaires du réseau en accueillant régulièrement des équipiers (tant de l'ambulatoire que de l'hospitalier) en immersion. Des immersions croisées ont également lieu entre intervenants des différentes équipes mobiles, donnant lieu à d'intéressants échanges sur les pratiques des uns et des autres...

Il apparaît très important de rester vigilant quant aux indications d'intervention de l'équipe mobile ; il faut sans cesse veiller à ne pas psychiatriser une situation qui relève uniquement d'une problématique sociale et à l'inverse, il s'agit d'être attentif aux problèmes de santé mentale qui ont échappé au regard expert du psychiatre.

L'équipe mobile INUK tire une leçon fondamentale de sa pratique ; il ne s'agit pas pour l'équipe mobile de se substituer à d'autres intervenants du milieu de vie, mais bien d'agir en tant qu'accompagnant du projet thérapeutique élaboré et porté par la première ligne.