



Pléiade 2a

RESEAU : Réseau Santé Namur

PERSONNE DE CONTACT: Julie Régimont

TELEPHONE : 081 40 88 90

MAIL : julie.regimont@pleiade.eu

L'équipe du travail de la crise propose un suivi adapté au moment de celle-ci, qu'elle soit rencontrée par la personne et/ou par son entourage.

L'équipe travaille en étroite collaboration avec le bénéficiaire et des membres du réseau, qu'ils soient non professionnels tels que l'entourage familial ou professionnel. Ce réseau peut être actif, à créer ou encore à remobiliser au moment de la demande. Par conséquent, les acteurs impliqués dans le travail peuvent provenir tant du secteur de la santé mentale que des services de première ligne. Ceux-ci peuvent être des envoyeurs/demandeurs, mais également des relais pour la prise en charge des personnes par la suite.

Toute réflexion sur la demande et la prise en charge est étudiée en équipe pluridisciplinaire, l'équipe individualise chaque prise en charge et intervient pendant un délai de +/- 1 mois. L'équipe travaille en binôme et utilise divers moyens pour réaliser sa mission, tels que la mobilité, l'intensivité, la temporalité, l'adaptabilité des soignants, la notion de tuilage, l'hospitalisation à domicile, etc.

En termes de transférabilité de la pratique, il nous semble intéressant de souligner l'importance de l'implication du réseau et de sa collaboration dans l'accueil de nos modalités de travail.

Het team Crisiswerk reikt een aangepaste opvolging aan op het moment dat een crisis zich voordoet, of dat nu bij de persoon zelf is en/of in diens leefomgeving.

Het team werkt nauw samen met de zorgvrager en met de leden van diens netwerk, dat al dan niet bestaat uit zorgverstrekkers en/of de gezinsomgeving.

Dit netwerk kan al actief betrokken zijn, ofwel moet het worden opgezet, ofwel moet het worden gereactiveerd wanneer een crisis zich voordoet.

De bij dit werk betrokken actoren kunnen dus afkomstig zijn uit de sector van de GGz of uit de eerstelijnszorg. Zij kunnen doorverwijzen of vragende partij zijn, of de persoon vervolgens in behandeling nemen. De reflectie over de situatie en over de behandeling gebeurt door een pluridisciplinair team.

Het team individualiseert elke behandeling en interenieert gedurende een periode van \pm 1 maand.

Er wordt gewerkt met tweekoppige teams, die diverse middelen gebruiken om hun opdracht te vervullen: mobiliteit, intensifiëring, tijdelijkheid, flexibiliteit van de zorgverstrekkers, thuishospitalisatie, enz.

Wat de transponeerbaarheid van deze praktijk betreft lijkt het ons interessant om de betrokkenheid van het (persoonlijke) netwerk te beklemtonen, alsook het feit dat dit netwerk moet openstaan voor deze aanpak.

I. Introduction

La zone géographique couverte par le 2A correspond à l'ancien arrondissement judiciaire de Namur (16 communes), auquel se rajoutent les communes d'Anhée et Yvoir. Elle couvre une superficie de 1254 km² et une population de 307 732 habitants. Cette zone est à la fois urbaine (elle comporte une grande ville et plusieurs petites) et rurale.

La pratique s'adresse à toute personne âgée de 16 à 65 ans vivant une période de crise ou déstabilisation psychologique, psychiatrique, et/ou psychosociale, à l'exception des personnes présentant exclusivement un handicap mental, une démence ou une problématique neurologique. Elle vise une population n'ayant pas accès aux soins existants : demandeuse (ou non) mais ne s'opposant pas à notre prise en charge, n'ayant pas de réseau actif en place, n'interpellant pas le réseau existant, ne se déplaçant pas suite à une problématique psychique, etc.

Elle s'adresse également aux professionnels pour prendre une place de tiers.

II. Contenu de l'initiative

Le service propose un suivi adapté au moment de la crise rencontrée par la personne et/ou son entourage. L'intervention rapide de l'équipe (dans un délai de 24 à 48h), la flexibilité horaire (7 jours sur 7), la mobilité et l'activation du réseau permettent d'élaborer une prise en charge tenant compte des limites, des besoins et des ressources de la personne et de son entourage. La durée de la prise en charge est d'un mois environ.

L'objectif de l'intervention est de s'appuyer sur la crise comme opportunité de changement. Pour cela, un travail autour des enjeux individuels, familiaux et institutionnels de la crise est réalisé avec la personne et avec son réseau, s'il existe. Si le réseau peut être mobilisé, l'équipe l'activera, et s'il est inexistant, elle travaillera à sa construction.

Cette prise en charge permet d'agir d'abord au niveau préventif, en repérant les facteurs déclenchant la crise et en évitant dès lors une décompensation.

De manière plus générale, la pratique permet d'offrir une alternative à l'hospitalisation urgente, mais également à la mesure de la protection dans le cadre de la loi du 26 juin 1990.

Si elle est indiquée, l'hospitalisation peut être préparée en concertation avec le réseau, dans le but d'aider la personne à s'approprier ce projet et à y mettre du sens. Ceci agirait dans le sens d'une diminution des hospitalisations, de leurs durées ainsi qu'une amélioration de la qualité de celles-ci.

De plus, l'équipe peut assurer un suivi intensif en post-hospitalisation afin de soutenir le bénéficiaire dans la réadaptation à la vie quotidienne et de prévenir les risques de passage à l'acte.

Enfin, par ce travail de construction, de consolidation et de concertation avec le réseau, la pratique vise à permettre à la personne de rester intégrée dans le milieu de vie qu'il s'est choisi, en participant à la mise en place d'un projet co-construit.

III. Acteurs impliqués dans le développement de la pratique

L'équipe mobile pluridisciplinaire est composée de :

- 4,8 ETP infirmier
- 4,6 ETP éducateur
- 0,8 ETP assistant social
- 1 ETP psycho
- 0,5 ETP garant clinique
- 3 psychiatres
- 1 aide logistique
- 1 secrétaire
- 1 manager

Le service travaille avant toute chose avec le bénéficiaire, ainsi qu'avec un grand nombre d'acteurs non professionnels, tels que son entourage famille, amical, etc.

Outre les acteurs non professionnels, Le service travaille en partenariat avec de nombreux membres du réseau, tant du secteur de la santé mentale que des services de première ligne. Ceux-ci peuvent être des envoyeurs/demandeurs, mais également des relais pour la prise en charge des personnes par la suite.

Les envoyeurs peuvent être les hôpitaux généraux (service de psychiatrie et service des urgences), les maisons médicales, les médecins généralistes, les psychiatres/pédopsychiatres indépendants, les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux de jour, les centres de planning familial, mais également les CPAS (Centre Public Aide Sociale), les sociétés de logement social, le DUS (Dispositif Urgence Social) ou le service social de la ville, les services d'aides familiales, les centres PMS (Psycho Médico Social), les services RSUN (Relais social urbain namurois) les Services d'Aide à la Jeunesse ou de protection judiciaire, les tribunaux (envois via le 1^{er} substitut du procureur du roi), les maisons d'accueil, etc.

Certains partenariats se font de façon plus intensive que d'autres. Cela semble généralement le cas lorsque les acteurs sont déjà membres du réseau de la personne lors de la demande ; nous pourrions les nommer « envoyeurs traitants », contrairement aux envoyeurs qui après une première rencontre nous adressent le bénéficiaire, nous pourrions les appeler « envoyeurs ponctuels ». Les attentes réciproques sont donc différentes, et là où les envoyeurs traitants vont être davantage sollicités comme membres du réseau de la personne, les envoyeurs ponctuels seront invités à activer un membre traitant du réseau, sans devoir s'impliquer plus qu'ils n'en ont la possibilité.

IV. Opérationnalisation

Lors de la demande initiale, le demandeur est invité au premier rendez-vous afin de faire état, en présence du bénéficiaire, des raisons qui ont motivé son appel. Ceci permet d'impliquer d'emblée le réseau tout en activant les ressources de la personne, et en l'invitant à être actrice de sa prise en charge.

Le service demande que la personne soit au minimum informé de la démarche du demandeur, et qu'elle soit dans l'idéal d'accord de rencontrer l'équipe au moins une fois. Cet accord peut mettre quelques temps à être obtenu, et un lien de confiance peut se tisser au fil de plusieurs entretiens. Dans quelques cas plus rares, le travail sera effectué avec l'entourage du bénéficiaire sans le rencontrer lui directement, mais toujours dans l'objectif de lui permettre d'avoir accès à un réseau qui lui convienne.

Les demandeurs seront donc impliqués de façon variable en fonction des situations, mais resteront également acteurs dans la prise en charge. Le réseau existant et/ou les personnes ressources seront invités à énoncer leurs inquiétudes éventuelles, leurs pistes pour l'avenir, mais également leurs besoins et leurs limites.

Les rendez-vous se font en binôme, avec en général un maximum de quatre intervenants par situation. Cette variabilité des intervenants permet d'éviter un investissement massif de la personne envers le service, afin de permettre la mise en place d'un relais vers l'extérieur. Cela permet également de faire exister l'équipe comme membre à part entière dans le suivi, et donc d'introduire du tiers.

Le travail est d'emblée pensé en équipe et avec le psychiatre. Depuis la première demande, généralement prise à plusieurs au téléphone, jusqu'à la clôture de la prise en charge, les temps de réflexion en équipe sont formalisés. Déjà après la demande, une décision de première rencontre ou de refus/réorientation est prise. Après le premier entretien, le binôme présente le psychiatre de garde afin de faire un premier retour à la personne et au demandeur. Un temps de réflexion en équipe fait suite à cet entretien, et l'élaboration de la prise en charge débute : réflexion sur les hypothèses de crise, définition des objectifs, modalités pratiques (lieu, fréquence des entretiens, fonctions des intervenants présents, etc.).

Lorsque la demande émane d'un service d'urgence, après une évaluation clinique du corps médical, l'équipe se rend sur place dans un délai plus court, afin de pouvoir rencontrer la personne et le demandeur. A partir de là, et suite à un contact téléphonique avec le psychiatre de l'équipe, une décision de prise en charge/refus et réorientation a lieu. Les premières modalités sont communiquées à la personne et au réseau présent.

Concernant la prise en charge proprement dite, différentes possibilités peuvent être mises en place, en fonction des besoins de la personne.

Le service propose des « hospitalisations à domicile », qui comportent généralement trois rendez-vous sur la semaine, dont un avec le psychiatre de l'équipe et une implication importante du médecin traitant. Les balises permettant d'envisager une hospitalisation à domicile sont les suivantes : indication d'hospitalisation mais refus/impossibilité pour la personne (enfants à charge, animaux sans relais, etc.), pas/peu de risques au niveau somatique, l'hospitalisation à domicile n'empêchera pas la personne de retourner vers l'extérieur et le service ne prendrait la place de personne d'autre du réseau dans la situation.

Nous proposons aussi une prise en charge dégressive, dans des situations de crise dans lesquelles nous présentons un risque d'investissement trop important et/ou un risque de vécu d'intrusion et/ou la nécessité de laisser à la personne la possibilité d'expérimenter un relais vers l'extérieur tout en étant soutenue. Cela peut se traduire par trois rendez-vous la première semaine, deux la suivante, et un la dernière.

Dans d'autres situations, un rythme d'un entretien par semaine est proposé.

Dans tous les cas, une attention importante est portée au passage vers un relais extérieur. Cela peut prendre la forme d'un « tuilage » (plusieurs rendez-vous en parallèle au démarrage de relais) ou d'un contact proposé lors de la clôture quelques semaines/mois après la fin de la prise en charge.

IV. Conclusion

Apprentissages :

1. L'équipe est davantage interpellée pour l'aspect spécifique de la crise que pour l'aspect mobilité. Néanmoins, la mobilité est un moyen utilisé par l'équipe. Le suivi peut se faire sur le lieu de vie du bénéficiaire, dans les locaux d'un autre intervenant ou encore dans nos locaux. En effet, divers critères peuvent donner du sens à rencontrer le bénéficiaire en dehors de son cadre de vie. Le lieu de rencontre peut, par exemple, varier en cours de prise en charge en gardant à l'esprit la pertinence du choix en fonction de son intérêt clinique et de ce qu'il peut susciter auprès du bénéficiaire, de son entourage et des professionnels qui l'accompagnent.

2. Travail d'approche avec les bénéficiaires non demandeurs. Notre position au départ du projet était de respecter « strictement » le refus de nous rencontrer. Actuellement, quand la personne n'est pas demandeuse du suivi, mais que la demande émerge d'un tiers, nous encourageons le demandeur à avertir la personne concernée de son interpellation en vue de notre intervention et celui-ci favorise la mise en place d'un premier rendez-vous afin d'amorcer un lien, pour faire émerger une demande et/ou une collaboration, en vue d'une éventuelle prise en charge.

Nous pouvons également travailler les réticences de la personne ou de son entourage à la prise en charge.

Lorsque nous travaillons avec un jeune, il y a eu des situations où on a perdu de vue les demandeurs initiaux (et donc la possibilité de mobiliser les choses), mais également où les demandeurs se sont sentis lâchés. Dans la mesure du possible, le premier entretien se fait en présence du demandeur.

Il est important que le demandeur nous mandate et que nous puissions identifier le mandat de chacun des intervenants du réseau. Afin de s'appuyer sur ce réseau dans le cadre de notre suivi.

3. Evolution de l'accueil de la demande :

A début du projet, La demande était reçue par un membre de l'équipe. A ce jour, elle est accueillie par plusieurs personnes afin de l'affiner et de garantir dès le 1er contact téléphonique un travail d'équipe

4. Pour certains bénéficiaires le tuiage avec le réseau est prématuré lors de la première demande. Il se peut qu'il fasse appel à l'équipe de crise à plusieurs reprises, avant qu'un « réel relais » vers le réseau puisse être mis en place.

5. La fréquence de l'intervention doit faire partie d'une qualité de prise en charge. Elle est un outil de travail qui participe à la gestion de la crise tant dans l'évaluation de l'intensité ou de la diminution de la fréquence de suivi. En effet, l'intensivité peut amener un investissement massif (émotionnel) du bénéficiaire compliquant, voire entravant le relais vers l'extérieur.

6. Une attention particulière portée à la dimension somatique.

7. Nous sommes particulièrement prudents par rapport aux sevrages à domicile.

8. Mise en place de divers dispositifs participants à la réflexion clinique autour des prises en charges. Ces dispositifs autorisent les intervenants à penser en équipe pour le bénéficiaire. Celles-ci favorisant la réflexion avant l'action.

9. Une des spécificités de notre travail consiste dans le fait qu'un binôme se rende sur le lieu de vie du bénéficiaire. Leur appartenance à une équipe, est régulièrement rappelée au bénéficiaire. La référence régulièrement à l'équipe permet de trianguler par rapport à une relation duelle qui pourrait devenir intrusive, voire persécutrice. Celle-ci vise aussi à soutenir les binômes quant au poids de certaines décisions, l'application du modèle de travail de Pléiade sur le terrain, l'intégration des pratiques de l'équipe, etc.

Nous avons pris conscience des enjeux du travail en binôme et l'impact de ceux-ci sur le travail thérapeutique. Nous avons mis en place des espaces de réflexion autour de ces différents aspects du travail (organisationnels, relationnels ou interpersonnels) en partant de situations cliniques.

10. Chaque travailleur du binôme est polyvalent. Il a également une spécificité liée à sa formation, celle-ci influence la composition du binôme. Au-delà de tous ces aspects, une attention est portée à ses compétences et intérêts.

11. Importance d'avoir une équipe polyvalente, organisée, créative, adaptative et ayant une bonne connaissance du réseau existant.

Cette équipe doit également savoir travailler avec le réseau à partir du bénéficiaire, (tant l'entourage que les professionnels)

