



## Pléiade 2b

**RESEAU : Réseau Santé Namur**

**PERSONNE DE CONTACT: Julie Régimont**

**TELEPHONE : 081 40 88 90**

**MAIL : [julie.regimont@pleiade.eu](mailto:julie.regimont@pleiade.eu)**

L'équipe de suivi continu s'adresse à des personnes présentant une problématique psychiatrique complexe et chronique. La prise en charge permet l'accompagnement et le soutien de la personne dans ses choix de vie personnelle tout en travaillant sur l'amélioration de la qualité de vie et l'intégration sociale, ainsi que le soutien de l'autonomie et du maintien dans le lieu de vie qu'il s'est choisi. Le travail du binôme de référence soutient une continuité et une qualité des soins pour l'utilisateur en ambulatoire en partenariat avec son réseau, qu'il soit non professionnel tel que l'entourage familial ou professionnel ; ce réseau peut être actif, à créer ou encore à remobiliser pendant le suivi.

Concrètement, l'équipe va accompagner le processus d'une demande, émergeant soit du bénéficiaire ou d'un acteur de son réseau, à travers un premier contact et un suivi précédé d'un accueil. La durée de la prise en charge étant en lien et en tension avec les objectifs de celle-ci. L'équipe utilise divers moyens pour réaliser sa mission, tels que la mobilité, la temporalité, l'adaptabilité des soignants, la notion de tuilage, 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 'continue opvolging' richt zich tot personen met een complexe en chronische psychiatrische problematiek. De behandeling biedt begeleiding en ondersteuning aan de persoon in zijn persoonlijke levenskeuzes, terwijl er tegelijk ook wordt gewerkt aan de verbetering van de levenskwaliteit en aan de sociale integratie, de ondersteuning van de autonomie en het blijven wonen op de plaats waar de persoon dat zelf kiest. Het tweekoppige referentieteam ondersteunt een ambulante zorgcontinuïteit en -kwaliteit voor de patient in partnerschap met diens netwerk, dat al dan niet bestaat uit zorgverstrekkers (en/of uit de gezinsomgeving). Dit netwerk kan actief betrokken zijn, ofwel moet het worden gecreëerd, ofwel moet het tijdens de opvolging worden gereactiveerd.

Concreet gaat het team het proces van een vraag begeleiden, die komt van de zorgvrager zelf of van een actor uit zijn netwerk, via een eerste contact en een opvolging na het eerste onthaal. De duur van de behandeling is gelinkt aan de beoogde doelen. Het team gebruikt diverse middelen om zijn opdracht te vervullen: mobiliteit, tijdelijkheid, flexibiliteit van de zorgverstrekkers, enz.

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

## I. Introduction

La zone géographique couverte par le 2B 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 km<sup>2</sup> et une population de 307 732 habitants. Cette zone est à la fois urbaine (elle comporte une ville principale et plusieurs petites) et rurale.

La pratique s'adresse à toute personne âgée de 16 à 65 ans inclus présentant un trouble psychiatrique complexe et chronique stabilisé, à l'exception des personnes présentant exclusivement un handicap mental, une démence ou une problématique neurologique. Elle vise une population confrontée à une difficulté d'accès aux soins et/ou en perte de repères au sein de son réseau justifiant l'intervention d'une équipe mobile.

## II. Contenu de l'initiative

Le service propose un suivi continu par un binôme référent au travers d'interventions régulières avec une fréquence moyenne bimensuelle.

La prise en charge permet l'accompagnement et le soutien de la personne dans ses choix de vie personnel tout en travaillant sur l'amélioration de la qualité de vie et l'intégration sociale, ainsi que le soutien de l'autonomie et du maintien dans le lieu de vie qu'il s'est choisi. Ce travail s'inscrit dans la durée.

L'initiative soutient une continuité et une qualité des soins pour l'utilisateur en ambulatoire en partenariat avec d'autres professionnels.

L'équipe met l'accent sur une mobilisation des compétences et des ressources personnelles ainsi que celles disponibles dans le réseau.

L'équipe peut également fournir une aide concrète pour mettre en place un réseau autour du bénéficiaire par un travail de construction, consolidation et concertation avec le réseau. Elle peut questionner les ruptures des liens thérapeutiques. Elle mène également une réflexion veillant à l'accès pour le bénéficiaire aux soins tant psychiques que physiques, en fonction des besoins identifiés.

Au travers de son action, elle mène un travail de prévention des périodes de décompensation. Elle suggère également une réflexion avec le bénéficiaire autour des modes d'activation de son réseau autres que le recours à l'hospitalisation qui dans certains cas s'avère trop systématique. Elle peut adapter sa prise en charge aux besoins du bénéficiaire.

En cas d'hospitalisation, celle-ci s'inscrit dans le projet de soins de la personne.

Pendant le temps hospitalier, l'équipe réfléchit sur l'indication d'organiser une continuité de la prise en charge, un travail de concertation avec l'équipe hospitalière et le maintien de l'articulation avec le réseau.

L'initiative prend appui sur une éthique clinique qui tend à éviter la stigmatisation.

### III. Acteurs impliqués dans le développement de la pratique

L'équipe mobile pluridisciplinaire est composée de :

- 4,5 ETP infirmier
- 4,75 ETP éducateur
- 1,6 ETP assistant social
- 1,5 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 son réseau non professionnel et professionnel. La demande émane parfois du bénéficiaire lui-même, des divers acteurs du réseau (médecin traitant, service de première ligne, services sociaux, etc) ou de proches.

L'équipe peut mobiliser le réseau actif en début de prise en charge. Il est à noter qu'approximativement 15% de nos bénéficiaires n'ont pas de contact avec un professionnel au début de celle-ci.

Nous sommes également amenés à collaborer régulièrement avec les services de soins et d'aides à domicile, principalement les services d'aides familiales qui interviennent dans les gestes de la vie quotidienne, les médecins généralistes, les services de psychiatrie en hôpital général ou en hôpital psychiatrique. Avec l'aide de ces services, nous pouvons travailler une transition entre le cadre hospitalier et le domicile voire assurer une continuité par rapport à ce qui a été initié en hospitalisation, avec les psychiatres en consultation privée, les administrateurs de biens, les mouvements associatifs (ex : Vie féminine, les femmes prévoyantes socialistes, etc), les hôpitaux de jour et les centres de jour, le CPAS (Centre Public d'Aide Sociale), les services d'aide à la jeunesse.

Les soignants participent également aux différents groupes mis en place par le réseau. (Ex : le groupe transversale, midi du réseau).

### IV. Opérationnalisation

#### 1. Le premier contact :

- Le premier contact se fait généralement par téléphone. C'est lors de celui-ci que nous recueillons les informations utiles à l'orientation de la prise en charge.
- La demande émane parfois du bénéficiaire lui-même, des divers acteurs du réseau (médecin traitant, services sociaux, Parquet, etc.) ou de proches.
- Quand la personne n'est pas demandeuse du suivi, elle doit, néanmoins, être avertie de l'intervention de l'équipe mobile. Dès lors, la personne peut être présente lors de l'entretien

sans être pour autant active, l'idée est d'amorcer un lien, pour faire émerger une demande et/ou une collaboration.

- On peut, également, travailler les réticences de la personne ou de son entourage à la prise en charge. Si dans un premier temps, le demandeur ne se sent pas en mesure d'avertir la personne de sa démarche, un contact peut être organisé avec le demandeur afin d'envisager les pistes possibles pour rencontrer la personne.
- La nouvelle demande est amenée en débriefing, moment pendant lequel le binôme d'accueil va être mis en place.

## **2. L'accueil :**

- Un intervenant (infirmier, éducateur ou assistant social) et un psychologue rencontrent le bénéficiaire avec le demandeur pour l'analyse de la demande. Un psychiatre peut également être présent afin d'apporter un regard médical.
- La procédure d'accueil consiste à affiner les indications de suivi, fixer les objectifs en concertation avec le bénéficiaire et établir un premier lien ou, si nécessaire, poser l'indication d'une orientation vers le réseau pour laquelle nous pouvons accompagner le bénéficiaire.
- Dans la mesure du possible, le premier entretien se fait également en présence du demandeur soit au domicile du bénéficiaire, soit dans les locaux du demandeur ou encore dans nos bureaux. Lorsque la demande émane d'un hôpital, idéalement, la procédure d'accueil se fait pendant l'hospitalisation avec les référents hospitaliers dans le but de préparer la sortie.
- Présentation en réunion d'équipe pour décider du suivi ou non, de ses objectifs et de ses modalités. Une seconde rencontre peut avoir lieu avec le bénéficiaire afin d'éclaircir la demande initiale. Mise en place du suivi au long cours avec désignation du binôme et du psychologue référent, celui-ci étant le psychologue ayant effectué l'accueil ou la réorientation avec accompagnement. La durée de la prise en charge peut être « déterminée » ainsi que le mandat et la fréquence du suivi.

## **3. Le suivi :**

- Tout comme l'accueil, le suivi peut se faire sur le lieu de vie du bénéficiaire, dans les locaux d'un autre intervenant ou 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 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.
- En moyenne, le binôme rencontre le bénéficiaire lors de rendez-vous fixés toutes les deux à trois semaines. Quand cela s'avère nécessaire, le suivi peut intensifier les rencontres à une fois par semaine, ou encore interpellier davantage le réseau.
- Les binômes travaillent à partir du bénéficiaire. Ils portent une attention particulière à la concertation avec les autres intervenants. Les indications d'une concertation se réfléchissent au cas par cas, nous partons du postulat que le bénéficiaire reste acteur de son suivi.
- Sur le plan médical, le médecin traitant reste le partenaire privilégié. La philosophie de l'équipe de suivi continu est de travailler en étroite collaboration avec le médecin traitant tout en respectant la manière dont celui-ci souhaite s'investir. En pratique, certains médecins traitants

participent à l'accueil, aux réunions de concertation, voire occupe une place active dans la gestion de la problématique psychiatrique. D'autres, préfèrent se limiter à l'aspect somatique et nous délèguent la prise en charge psychiatrique. La collaboration peut, dans ce cas, se limiter à la transmission d'informations de part et d'autre.

- Dans une majorité des situations, le psychiatre traitant est également un partenaire privilégié, 58% de nos bénéficiaires le consulte régulièrement.
- Les psychiatres des équipes mobiles assurent un rôle de supervision auprès des équipes, il participe avec la manager des équipes mobiles à l'articulation des responsabilités cliniques et institutionnelles.

Ils peuvent être sollicités pour des avis psychiatriques tant par l'équipe de suivi continu, les généralistes que les autres intervenants du réseau. Ces rencontres, peuvent également se faire sur le lieu de vie du bénéficiaire. Les psychiatres assurent en dehors de ces heures une permanence téléphonique de seconde ligne pour les intervenants des équipes mobiles qui assurent la permanence téléphonique adressée aux professionnels de première ligne.

- Les objectifs de départ sont régulièrement évalués, voire modifiés lors des interventions. Néanmoins, le suivi n'est pas conditionné par une limite dans la durée, sauf si celle-ci a été spécifiée au moment de l'inclusion dans la prise en charge pour des raisons cliniques.

#### IV. Conclusion

##### Apprentissages :

1. L'équipe a mis en place des interventions, c'est un moment qui participe à l'état des lieux de la prise en charge, avec évaluation des objectifs de départ et réajustement de ces objectifs. Cet espace permet un questionnement autour d'une problématique, une prise de recul par rapport au suivi, un réajustement du cadre de la prise en charge et une perspective de travail dans le temps. Ces interventions s'organisent autour du binôme référent, de pairs, d'un psychologue référent, du garant clinique et d'un psychiatre.
2. Une collaboration avec certains services A (aigu) a pu se mettre en place au travers d'une participation à la réunion clinique de ceux-ci, à raison de 1 fois toutes les 6 semaines. Cette pratique favorise l'articulation avec notre service et une meilleure interconnaissance. Deux personnes de l'équipe sont référentes par service. Elles sont des relais privilégiés dans l'articulation avec ces services.
3. L'activation de missions spécifiques logement et emploi : nos assistantes sociales sont chargées de ces missions spécifiques au sein de l'équipe. Elles sont des personnes ressources au niveau de ces thématiques pour l'équipe et elles sont également des relais privilégiés au sein du réseau.
4. Après quelques mois de fonctionnement, il nous est apparu nécessaire définir des lignes de conduites relatives à l'organisation des binômes. Les binômes sont majoritairement composés d'un infirmier et d'un éducateur. Le partage d'expérience est favorisé au sein du binôme. Les binômes sont invités en « espace binôme », espace d'accompagnement du travail en binôme porté sur différents aspects organisationnels, relationnels et interpersonnels du travail. Il permet une réflexion sur les difficultés, les atouts et les différences de chacun et à chaque membre de l'équipe de mieux se connaître dans leur travail et de renforcer la cohésion

d'équipe. Il se différencie des temps d'intervention par le caractère confidentiel de la rencontre et l'absence d'enjeu en termes de décision clinique.

5. La fonction du psychologue s'est précisée : il est psychologue référent, il organise les interventions, il est présent dans tous les accueils, il peut également intervenir dans une situation pour faire le point en intégrant le binôme pour faire la mise au point. Dans d'autres cas, il peut faire partie d'un binôme quand il y a une indication de suivi par un psychologue.
6. Nous avons été amenés à clarifier la notion de suivi continu, la durée de la prise en charge étant en lien et en tension avec les objectifs de celle-ci. Une réflexion autour de la préparation de la clôture et des modalités de clôture a également animé les réflexions de l'équipe.
7. La définition de notre spécificité nous a amené à être attentif à la définition de notre public cible : personne présentant une problématique psychiatrique complexe et chronique.
8. Les accueils ont également évolué. L'objectif de cet entretien est de vérifier l'adéquation de la demande par rapport à l'offre de notre service et la plus-value que notre service apporterait. L'accueil se fait dans la mesure du possible à partir du bénéficiaire en présence du demandeur.
9. L'organisation des déplacements est un paramètre important dans l'agenda des travailleurs. Le temps nécessaire (kilomètres parcourus, embouteillage) pour se rendre au rendez-vous et la disponibilité des véhicules sont autant de facteurs qui nécessitent une logistique importante. Nous avons à notre disposition des véhicules de service ainsi qu'un complément via un système de car sharing afin de répondre à nos besoins en termes de mobilité.
10. Une attention soutenue à la mise en place de formation et de temps théorico-clinique afin de favoriser la réflexion et une pratique de qualité. Cette démarche vise à inscrire un travail autour des compétences nécessaires afin d'assurer notre mission d'équipe mobile spécialisée en psychiatrie, améliorer la qualité de nos prises en charge, construire un référentiel commun pour l'ensemble et renforcer la cohésion de celle-ci.
11. Le service soutient et coordonne la réactivation du coaching en collaboration avec l'équipe du travail de la crise. Concrètement, nous organisons des rencontres mensuelles de 1h30 avec les différents secteurs d'aide et soins à domicile (ASD) ainsi qu'avec les structures d'hébergement non spécialisées en psychiatrie, mais qui sont néanmoins confrontées à la santé mentale sous des aspects divers, telles que la marginalité, la précarité, la violence, l'alcoolisme, la toxicomanie. Ces équipes peuvent être en difficulté et en questionnement face à des personnes présentant une fragilité et une instabilité sur le plan psychique.