

Equipe mobile de suivi intensif dans le milieu : Quatre ans d'expérience

5 décembre 2011

Tous les membres de l'Equipe mobile de suivi intensif dans le milieu (EM) sont présents pour cette soirée de bilan de quatre ans d'existence. La soirée est aussi une opportunité de remercier M. Alexandre Engelhorn pour le sponsoring qui a permis le démarrage de l'EM en 2007.

Le président de RELAIS, M. Jean Dambron, présente cette équipe pluriculturelle et pluridisciplinaire sous la direction du Dr Philippe Huguelet et de M. Serge Boulgy et rappelle qu'heureusement et suite à une évaluation, l'EM pourra continuer avec le même nombre de postes qu'auparavant.

M. Engelhorn note que son engagement lui a donné beaucoup de plaisir. Il salue le travail du Département de psychiatrie adulte des HUG, les membres de l'EM et du RELAIS, et pose une question à l'Equipe : « Est-ce qu'il est important pour les patients et les proches que vous leur procuriez de l'espoir ? »

Réponse affirmative de M. Raffaele Lepore (un des trois infirmiers/ères de l'EM). M. Engelhorn partage ses pensées sur le rôle de l'espoir dans le travail de l'EM et dans la relation mutuelle entre soignant et patient ou proche : « L'espoir n'a pas toujours bonne presse ; parfois il trompe. » Pourtant, « Chez vous, l'espoir peut mener à la réinsertion, à la prise de responsabilités. » Dans le Babylone de la 3e ou 2e ère avant Jésus Christ, les exorcistes concevaient des rituels pour prévenir des évènements terribles qui étaient en dehors de la volonté humaine. « L'avenir n'est donc pas forcément écrit ! Vous n'êtes pas des exorcistes, mais vous créez des étincelles de liberté chez les patients. Voilà ce qui justifie l'espoir. »

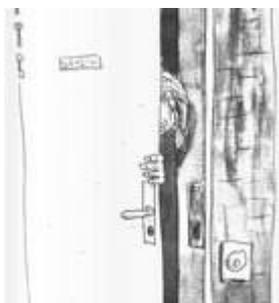
Pour le Dr Huguelet, l'espoir est un élément vital pour le rétablissement ; il mène au sens. Le docteur retrace les débuts de l'EM et rappelle qu'une de ses fonctions importantes est de donner des conseils. Il suffit de faire un seul numéro de téléphone pour y accéder. La collaboration avec RELAIS a doté l'EM d'une bonne source d'information sur des problèmes éventuels.

Le Dr Huguelet présente le résumé de quatre ans de fonctionnement de l'EM (voir le PPT): ses buts, ses patients, ses caractéristiques, son financement, ses objectifs, ses prestations et le bilan après trois ans en termes de

- répercussions sur les hospitalisations
- effets sur les symptômes
- effets sur le fonctionnement social
- satisfaction des patients et des proches

Sa conclusion : » L'équipe mobile, ça fonctionne ! Merci à Monsieur Engelhorn !!! »

Sous le titre » Porte – Apporte » M. Serge Boulgy, infirmier responsable des soins, parle de » ce qui se passe quand on frappe à la porte « . Les dessins de Raffaele Lepore à l'appui, il souligne que la rencontre entre un membre de l'Equipe et un patient est un moment fort de partage. L'EM a à faire à des patients opposés à toute démarche thérapeutique, des êtres parfois » emprisonnés « . Les soignants essaient de construire un rapport long et dense avec eux.



M. Dambron demande aux membres de l'EM de partager avec le public ce qui les aurait marqués dans leur travail.

- La doctoresse Amani : J'ai l'impression d'être plus proche des patients d'une manière plus globale.
- Le docteur Huguelet : Ce n'est pas facile pour les soignants de sortir des murs de l'institution, et seul. Cela demande de l'autonomie et de la foi.
- Vinella Koellner (psychologue) : Voir une lueur d'espoir chez un patient nous donne un sens à notre travail.
- Anna Diez (infirmière) : On oublie qu'on est avec un patient pour découvrir qu'on est avec une personne.
- Sybille Wolff (assistante sociale) : Je suis motivée par le travail en équipe, par les collègues, par les réseaux.
- Raffaele Lepore (infirmier) : J'adore ce que je fais et je suis payé pour ! Le plus important, la base, c'est la relation humaine, de serrer une main.
- Chris (infirmier) : Je suis frappé par le besoin de persévérance, le temps que cela demande. Nous devons avoir de l'espoir pour pouvoir le transmettre, l'espoir que la personne va pouvoir remonter la pente, avoir une vie satisfaisante.
- Claudine Briffod (infirmière) : on a besoin de persévérance mais aussi de créativité !

* * *

Discussion

Q : L'EM a été créée pour répondre aux besoins des patients récalcitrants. Vous avez accumulé un savoir pour pouvoir établir de la confiance entre vous et les patients. Pouvez-vous le transmettre aux proches/familles pour qu'ils évitent les maladresses dans leur relation avec les patients?

R (Dresse Amani): Pas de protocole pré-établi. La » recette » comprend l'empathie, l'ouverture vers l'autre, la persévérance.

R (Dr Huguelet): Les soignants sont moins impliqués émotionnellement. Par conséquent, on ne peut pas extrapoler leur approche aux proches. Pour les proches, le cours Profamille est une bonne ressource de conseils sur les comportements à adopter.

R (M. Lepore): On se méfie de nous. Nous devons donc susciter de l'intérêt, être attractifs, répondre à un besoin. Ce n'est pas la même chose pour les parents...

Q : Dans quelle mesure l'EM peut-elle aider un patient à réintégrer le travail ?

R : Cela dépend de beaucoup de facteurs, par ex., l'âge de la personne, son éducation/formation, si elle a vraiment envie de travailler et, si oui, quel genre de travail ? A part un emploi « normal », il y a l'emploi protégé, la formation... D'autre part, le monde du travail n'est pas forcément prêt à accepter une personne avec des difficultés psychiques. Dans ce contexte, le job-coaching peut être très utile. Le job coach contacte les entreprises et, si un patient est embauché, continue de le coacher sur le lieu du travail. Cette méthode est de plus en plus utilisée, à JADE par exemple. Mais il reste un long chemin à faire.

Q : Quelle est le rôle de l'EM sur le plan de l'aide sociale?

R : La mission de l'EM est transitoire. Notre rôle est de passer le relais. Mais l'aide sociale peut être l'axe autour duquel nous construisons une relation.

Q : Qui se déplace à domicile?

R : Tout le monde va sur le terrain! La Dresse Amani répond au demandeur par téléphone. Si tout n'est pas clair, elle va à domicile, accompagnée par un autre membre de l'EM, pour évaluer la situation. Si le patient n'a pas un médecin, elle continue de le suivre.

Q : L'EM collabore-t-elle avec JADE et les autres services psychiatriques?

R : Oui. L'EM et JADE font partie des programmes transversaux du Département de psychiatrie des HUG (cf. les programmes sectorisés géographiquement). Néanmoins, il y a le risque de confusion entre les différents services ; parfois d'autres parties de la structure classique « oublient » JADE ou l'EM... !

Q : L'EM ne pourrait-elle pas contacter le patient avant qu'il ne quitte la clinique ? Pour créer un lien avec lui et éviter qu'il ne « disparaisse dans la nature » à sa sortie?

R : Quand le patient est encore à la clinique c'est effectivement un bon moment pour commencer à créer un lien. Mais si le contact n'est pas entrepris, et si le patient ne va pas à la consultation après sa sortie en dépit d'y avoir été référé, les parents peuvent toujours faire appel à l'EM. Normalement les

patients au pavillon des Alizés (pour les jeunes) sont introduits à JADE avant leur sortie. Il est aussi vrai que la sortie est une période à risque. Ca sera bien que les patients soient accompagnés pour faire la transition vers l'ambulatoire. Il y a un projet dans ce sens qui doit être mis sur pied...