

## CONFÉRENCE-DÉBAT du 6 mai 2014

### Un échange avec l'Équipe mobile de suivi intensif dans le milieu



Neuf collaborateurs de l'Équipe mobile sont venus parler des développements récents au sein de l'Équipe et de leur travail en général. La mise sur pied de l'Équipe en 2007 a été le fruit d'une collaboration entre les HUG et notre association du soutien de M. Frédéric Engelhorn qui a sponsorisé deux postes pendant quatre ans.

Chaque intervenant s'est présenté avec un petit mot sur le pourquoi de son engagement dans l'Équipe. Le **Pr Philippe Huguelet** est le responsable de l'Équipe ainsi que du CAPPI (Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrées) des Eaux-Vives. Il occupe ce poste depuis six ans ; son but est de promouvoir une psychiatrie citoyenne et de partenariat ; la mise sur pied avec Pro Mente Sana d'un programme de pairs-aidants est un exemple du partenariat.

Le nouveau chef de clinique de l'Équipe, le **Dr Dario Mariatti**, a travaillé pendant 30 ans dans la psychiatrie à Turin où l'on pratique une psychiatrie sociale.



*Pr Philippe Huguelet*

Ce n'était pas toujours le cas ; avant le passage en 1978 d'une loi qui reconnaît les troubles psychiques comme des maladies, les personnes concernées étaient considérées comme des délinquants.

La secrétaire de l'Équipe, **Mme Christine Lehmann-Koell**, travaille depuis dix ans en psychiatrie, dont 6½ à l'Équipe mobile. Sa tâche principale est la coordination et l'orientation; c'est la seule collaboratrice de l'Équipe qui n'est pas mobile.

Pour **M. Serge Boulguy**, le responsable des soins infirmiers du Service de psychiatrie générale (comprenant le secteur Eaux-Vives, les unités Jade et Tilleuls à Belle-Idée, La Méridienne et l'Équipe mobile), le Service s'est donné comme objectif « d'aller vers les gens ». « On est à mi-chemin, » commente M. Boulguy.

**Mme Sabine Demski** travaille comme infirmière depuis six ans et est dans l'Équipe depuis deux ans ; avant elle était à l'Addictologie. Elle est entrée dans l'Équipe avec l'envie de « faire des choses dans la communauté, ce qui est différent d'un travail à l'hôpital ».

L'infirmier **M. Jean-Louis Sudreau** est aussi venu plus récemment de l'Addictologie. Il y a travaillé notamment à l'Unité Zéphyr à Belle-Idée pendant vingt ans et « j'avais besoin de renouvellement ».

Le troisième infirmier de l'Équipe, **M. Thierry Delachenal**, a travaillé vingt-trois ans à Belle-Idée. Quand son unité a été fermée, il s'est intégré à l'Équipe où il apprécie les « riches rencontres avec les patients et leurs familles ».

**Mme Sybille Wolf** est l'assistante sociale de l'Équipe. Elle considère l'aspect social comme la porte d'entrée des relations avec les patients. « C'est du concret, ça donne du sens aux soins ». Elle aussi est « mobile » et rencontre les patients là où ils se trouvent. Elle a gardé un poste à plein temps tandis que le nombre et le temps des AS de plusieurs autres services ont été diminués.

La psychologue de l'Équipe, **Mme Sonia Vidal**, y travaille à 50% depuis 1½ ans. Elle partage son temps entre travail de terrain et recherche sur le sens de la vie.

### **Pour qui ?**

Le Pr Huguelet est le premier à répondre à cette question. Il explique que l'Équipe mobile est conçue pour des patients qui ont des problèmes lourds et qui refusent les soins. Le but est de travailler sur la durée ; il ne s'agit pas d'un service d'urgence. L'Équipe ne prend pas des patients qui présentent uniquement un trouble borderline ni ceux dont le problème est uniquement l'addiction. Pour les premiers, il y a le Programme Troubles de la Régulation émotionnelle (TRE)/Service des spécialités ; on a constaté que l'approche mobile ne marche pas pour eux. Le patient dont l'addiction se combine avec une psychose pourrait être pris en charge. L'Équipe a reçu quelques 160 demandes en 2013 ; celles-ci ont abouti à quelques 70 prises en charge.

M. Boulguy prend la parole pour préciser que le patient-cible de l'Équipe est quelqu'un qui n'est pas suivi ; l'idée serait de le suivre jusqu'au moment où il peut aller (ou retourner) vers un centre ambulatoire. La durée moyenne du suivi est de 1-1½ ans. L'Équipe travaille en lien avec les CAPPI (centres ambulatoires) ; ceux-ci n'ont pas les moyens de chercher pour les raccrocher les patients qui, après avoir quitté la clinique, n'y viennent plus. Dans ces cas de non-adhérence et de non-suivi, les situations peuvent rapidement s'envenimer.

La personne que nous contactons n'est pas toujours preneuse, explique Mme Wolf. On fait plusieurs tentatives de l'approcher et de l'accrocher mais si la personne est toujours récalcitrante, nous cessons de la « poursuivre », au moins pendant un moment. « Nous ne voulons pas les persécuter, ni être vu comme persécutant ».

Q : Recevez-vous les proches non-accompagnés par le patient si ce dernier ne veut pas rencontrer l'Équipe ?

R : Oui. On peut faire un bout de chemin ensemble. Nous nous donnons trois mois et on fait le point.

Q : Qui envoie des patients à l'Équipe ?

R. Un tiers sont référés par les soignants, un tiers par les proches et un tiers par d'autres institutions comme la police, le SPAD...

Q : J'aurais aimé voir une Équipe mobile dont le but était plutôt d'offrir une alternative centrée sur le patient et non pas de le ramener vers un centre de traitement.

R (du Pr Huguelet) : Le patient récalcitrant ne veut pas venir vers les soins parce que sa capacité de

discernement est tellement altérée par la maladie, parce qu'il va tellement mal. C'est un modèle auquel on croit... ou on ne croit pas. Il faut noter que des modèles alternatifs comme celui de Sotéria par exemple ne sont pas opposés à notre approche. Le patient est au centre des soins, même s'il ne les veut pas !

Q : Si après trois mois le patient est toujours récalcitrant, que devient-il ? Pourquoi ne pas faire appel aux approches alternatives ?

R : Si les trois mois n'ont fait que pérenniser la souffrance, il vaut mieux suivre le processus vers sa suite logique, l'hospitalisation. Notons que nous utilisons des méthodes alternatives pour rentrer en contact avec le patient. Il faut laisser du temps au temps, ne pas fermer les portes...

### **Quelles sont vos pratiques, vos compétences spéciales ?**

Dr Mariatti : Un rôle qui m'est particulier est l'analyse des nouveaux cas et les décisions quant à la capacité de l'Équipe à les prendre en charge. Ensuite les collègues décident entre eux qui prend tel ou tel cas.

M. Delachenal : Les différents membres de l'équipe ont chacun leur propre manière de faire. J'essaie de rassurer les familles. Puis je cherche le meilleur moyen de me rapprocher du patient. En fait, je réinvente constamment mon approche.

Mme Vidal : La voie d'accès est le social. A travers la confiance qui s'installe, nous pouvons gentiment emmener la personne vers les soins. Nous avons le temps.

Mme Wolf : Il est normal que quelqu'un nous présente le patient. Cela peut être un proche mais c'est délicat : plusieurs proches nous ont dit qu'ils se sentent « traîtres ». L'approche doit se centrer sur ce que la personne concernée voudrait voir changer, ce à quoi elle voudrait avoir accès, comme des activités par exemple. De là, on peut aborder une réflexion autour des soins : à quoi ça sert de se soigner. Pour beaucoup, ça sert à pouvoir « faire des choses comme tout le monde ».

M. Boulguy : Il y a des forces contradictoires dans chacun de nous, des choses que nous voudrions faire et au même temps que nous ne voudrions *pas* faire ! L'Équipe mobile essaie d'accompagner les personnes à entreprendre des activités qui leur fassent plaisir et qui, par conséquent, les motivent.

Dr Mariatti : Par exemple, il y a le conflit entre le désir d'indépendance et le besoin d'aide. Des patients désirent l'indépendance mais restent à la maison, incapables de faire quoi que ce soit. Ils peuvent être en colère contre leurs parents pour cette raison...

Q : L'Équipe collabore-t-elle avec les généralistes ?

R : Oui. Quand nous avons le nom du généraliste qui suit le patient, nous le contactons et l'intégrons dans la prise en soins. C'est le cas de tous les acteurs qui gravitent autour du patient. Nous en parlons au patient et demandons son autorisation pour chacun. On organise des réunions de réseau. [Remarque du Pr Huguelet : Beaucoup de généralistes suivent très bien les patients psychiatriques !]