

4. Psychological support (Français)

Description des bonnes pratiques Accompagnement psychologique à domicile Au sein des projets Protocole 3	
Auteurs	Maja Lopez Hartmann, Sibyl Anthierens, Thérèse Van Durme, Jean Macq
Source des données	Cette fiche a été élaborée sur la base des questionnaires annuels, des focus groups jusqu'en 2013. Cette version a été remaniée et tient compte des remarques et commentaires des experts au cours d'une session les 20/01/2017 et 09/03/2017 et celles émises par écrit pour ceux qui n'ont pas pu y participer.
Experts consultés lors d'une session le 20/01/2017	Isabelle Bragard (ULg) ; Dr. K. Scheepers (CSM VBO) & M. (Le Bien Vieillir) INAMI : X. Ledent ; O. Fourez ; L. Huyghe & H. Huyck Consortium P3 : Johanna Mello, Déborah Flusin
Groupe de validation le 09/03/2017	Voir liste annexée
Mots-clés	Soutien psychologique ; personnes âgées ; domicile

1. Contexte

Cette fiche a pour but de décrire l'intervention de soutien psychologique dans le contexte des soins à domicile aux personnes âgées fragiles. Contrairement aux soins infirmiers à domicile pour le soutien aux activités de la vie journalière, le soutien psychologique à domicile est encore peu connu. Il s'ensuit qu'il peut exister des barrières auprès de la population et des soignants pour faire appel à ces services. Les psychologues exercent habituellement dans des centres de santé mentale (CSM), des hôpitaux ou en cabinet. Le fait de se rendre à domicile implique qu'ils se trouvent confrontés à des souffrances psychologiques non reconnues et donc, non exprimées. Les autres professionnels de la santé et du soin peuvent néanmoins détecter ces besoins en soutien psychologique auprès de leurs patients, alors qu'eux-mêmes n'ont peut-être pas les compétences requises pour y répondre et la personne âgée ou son aidant informel ne sont pas toujours prêts à faire le pas. Au cas où le patient serait tout de même d'accord d'entamer la démarche de contacter un psychologue, un problème de mobilité peut entraver l'accès au service de soutien psychologique. Dans d'autres cas, il arrive qu'il y ait des listes d'attente. C'est dans ce contexte que se sont insérés les interventions d'accompagnement psychologique des projets du Protocole 3.

Ajouts des groupes de validation

La présence d'un aidant informel est un élément-clé dans le soutien à domicile. Par conséquent, il y a lieu d'en tenir compte lors de l'accompagnement de la personne âgée fragile.

2. Pour quel public-cible ?

En premier lieu : la personne âgée fragile, dont la souffrance psychologique n'est pas toujours explicitée. Les personnes ciblées par l'appui de soutien psychologique sont les personnes âgées, leurs aidants proches, ainsi que les aidants professionnels. Néanmoins, dans la plupart des cas, les cibles les plus importantes sont les personnes âgées fragiles ayant une demande en soins psychologique. Comme indiqué plus haut, la souffrance psychologique de la personne âgée fragile est souvent pas explicitée. Les demande de soins les plus fréquemment observées dans les projets du Protocole 3 se font à partir de situations de deuil ou l'intégration d'un changement de rôle, de statut ou de fonctions, l'anxiété, la solitude, la dépression, les problèmes cognitifs ou de démence et donner du sens. Dans une moindre

mesure, on rencontre aussi des situations liées à l'usage de substances (alcool, drogues, etc.) et des conflits familiaux.

Cette liste n'est pas limitative et le type de demande d'accompagnement peut dépendre de projet à projet. Par exemple, certains projets se sont focalisés sur des personnes âgées présentant une démence. Les projets signalent également que les demandes sont souvent multifocales. Une personne âgée peut présenter des problèmes d'isolement, un deuil compliqué, peur de l'avenir, tout en présentant un déclin cognitif débutant et des troubles de la personnalité sous-jacents.

Ne pas oublier le soutien à l'aidant informel

À côté de ces demandes, plusieurs projets ont porté leur attention vers le soutien aux aidants informels, en même temps qu'ils accompagnaient les personnes âgées fragiles. Les aidants informels éprouvant des difficultés à accompagner eux-mêmes la situation dans laquelle se trouvait la personne âgée fragile, ou qui étaient à risque de ne plus être en mesure d'accompagner la situation en raison de sa lourdeur pouvaient vraiment être aidés par un soutien psychologique adéquat. Dans ces cas, le soutien à l'aidant informel se déroule au moment où un autre professionnel peut prendre en charge le bénéficiaire. Par exemple, l'aide familiale ou l'ergothérapeute s'occupe du bénéficiaire au moment où l'aidant informel aura un entretien avec le psychologue, ou l'entretien a lieu au moment où la personne âgée se trouve dans un centre de soins de jour.

Dans d'autres projets encore, les psychologues proposaient un appui aux autres membres de l'équipe multidisciplinaire, en donnant des conseils et avis relatifs aux soins aux personnes ayant besoin de soutien psychologique ou dont la situation était lourde à vivre sur le plan émotionnel.

Ajouts de la part du groupe d'experts

Il est plus pertinent de parler de la situation de la personne âgée à partir de la symptomatologie (p.ex. une personne âgée anxieuse et qui a des problèmes de mémoire), au lieu de l'aborder à partir d'un diagnostic (p.ex. démence). La plupart du temps, au moment de la demande d'accompagnement, il n'y a d'ailleurs pas encore de diagnostic.

Ajouts de la part du groupe de validation

Le groupe indique qu'il n'est pas simple d'identifier le groupe-cible et que ceci est une nouvelle donnée pour les psychologues. Il s'agit d'un groupe de personnes âgées ayant des problèmes complexes. Dès, lors, il n'est pas évident, comme nous le verrons plus loin, d'établir une liste d'interventions standard pouvant être mises en œuvre auprès de cette population. Comme indiqué plus haut, il n'est pas question de diagnostic, mais on part des besoins et de la souffrance de la personne et de son aidant informel.

Il est important d'approcher la personne dans son système, c'est-à-dire la personne âgée et son entourage. Vu la durée de vie de la personne âgée, le système sera plus complexe que chez un jeune enfant, par exemple.

Ce n'est d'ailleurs pas nécessairement la personne âgée qui aura besoin de soutien, mais parfois seulement son aidant informel. Bien sûr, dans bien des cas, il pourra s'agir des deux.

Une difficulté supplémentaire survient du fait que souvent, il n'y a pas de demande de soins explicite. La personne âgée et/ou son aidant informel ne sont pas prêts à entamer une telle démarche. Ils ne sont pas en mesure de verbaliser cette demande ou le font de manière implicite. Cela ne veut pas dire qu'il n'y a pas de réel besoin. La problématique pourra d'ailleurs apparaître aux yeux de la personne en cours d'accompagnement, sans que jamais la demande ne soit verbalisée. Le psychologue pourra reconnaître ce problème, lui donner une place afin que, si nécessaire et souhaité, un traitement puisse être proposé. Il est aussi possible de référer vers un autre professionnel. Il ne s'agit bien sûr pas de tomber dans l'excès inverse de devoir trouver un problème là où il n'y en a pas. Il ne faut pas qu'on se trouve dans une logique de surmédicalisation ou de psychologisation des soucis du quotidien et besoins psychosociaux de cette population. Au lieu de parler de la vulnérabilité de ce groupe-cible, il est tout aussi important, voire plus important, de chercher à connaître les ressources de la personne

âgée et de son système. Ces personnes ont en effet tout un parcours de vie derrière eux et vécu nombre d'évènements difficiles ou douloureux. Il peut être passionnant de chercher avec eux les forces qui les ont aidées à surmonter ceci dans le passé, et pourront être utilisées également dans le présent.

3. Setting

À l'exception d'un projet, toutes les interventions avaient lieu au domicile de la personne accompagnée, lors de sessions individuelles. Dans quelques cas, les entretiens avaient lieu en présence du patient et de quelqu'un de son entourage, par exemple son aidant informel. Ceci pouvait être le cas lorsqu'il y avait une plus-value à ce que les entretiens aient lieu ensemble, par exemple pour discuter d'un conflit familial.

Le soutien à l'aidant informel se fait en général au domicile, sous la forme d'entretiens individuels. Seul un projet organisait des sessions de groupe à l'hôpital, d'une part des séances de psychoéducation à l'hôpital pour les aidants informels et, d'autre part, des sessions d'art-thérapie en parallèle et au même endroit, pour les personnes âgées vivant avec une démence.

L'accompagnement des prestataires de soins par un psychologue se fait aussi bien de manière formelle qu'informelle. L'accompagnement informel se fait sous la forme d'un avis donné à un autre prestataire à propos d'une situation concrète à laquelle ce dernier se trouve confronté. Ceci peut se faire également par téléphone. De manière formelle, cela peut se dérouler lors d'une concertation multidisciplinaire ou lors d'une formation continue, au cours desquels une thématique précise peut être abordée. Voir aussi la partie relative au refus de soins.

L'intervention doit-elle avoir lieu au domicile ou dans un centre de santé mentale (CSM) ?

Quels sont les motifs pour référer et qu'est-ce qui est offert par le projet lui-même ?

- *En fonction de la mobilité.* Le fait de ne pas pouvoir référer vers un centre de santé mentale est motivé par le manque de mobilité de la personne âgée. Vu la population, la prise en charge devrait avoir lieu à domicile. En effet, la prise en charge dans un Centre de Santé Mentale (CSM) est rarement possible pour cette population vu les capacités limitées en matière d'outreaching.
- *En fonction du type de soutien :*
 - Le soutien est proposé par le projet : soutien social, conseil, life review, réminiscence.
 - Le soutien est proposé à la fois par le projet ou par d'autres : thérapie cognitive comportementale, thérapie systémique, thérapie expérientielle centrée sur le patient.
 - Le patient est référé à d'autres : psychanalyse, thérapie méditative.
- *En fonction de la sévérité de la problématique.* En fonction du type de problème présent, le patient sera référé ailleurs ou non :
 - S'il existe un besoin de cheminement personnel, d'une clarification de la demande de soins : par le psychologue du projet.
 - S'il existe une psychopathologie aigüe sévère : besoin de référer.

En conclusion les professionnels estiment qu'il n'est pas possible de définir des critères stricts pour référer vers un Centre de Santé Mentale (CSM). Chaque cas devra être analysé individuellement. Il y a lieu prendre en compte les éléments suivants :

- Le profil de la personne âgées (p.ex. mobilité, symptômes, ...)
- Le profil du psychologue (p.ex. expertise concernant une problématique)
- Formation en psychothérapie.

Ajouts à partir du groupe d'experts:

Au vu du profil de la population, il serait préférable que l'accompagnement se déroule au domicile. Le suivi en CSM est rarement possible, vu les possibilités limitées en terme d'outreaching. Il semble qu'il y ait pour l'instant peu de différenciation possible en raison de l'âge.

Les experts soulignent que le soutien social n'est pas une thérapie et, par conséquent, ne devraient pas être organisé par les psychologues. Les experts demandent également que les termes de life review et de thérapie de réminiscence soient explicités et justifiés. Dans la même logique, ils se posent la question de la justification de la psychanalyse auprès de cette population. Ils demandent aussi qu'il soit donné la préférence à un accompagnement par un gérontopsychologue, ayant accès à un gérontopsychiatre. Pour finir, les experts disent que les CSM seraient plus indiqués pour des professionnels disposant d'un profil plus spécialisé, alors que la première ligne devrait être plus généraliste.

Ajouts à partir du groupe de validation:

Le fait de pouvoir se rendre au domicile pour un accompagnement psychologique réduit le seuil d'accessibilité pour les personnes âgées. Le psychologue est l'hôte de la personne âgée et non l'inverse. Ceci demande donc une autre manière de travailler que celle qui est habituelle pour la plupart des psychologues. Le psychologue entre dans la sphère intime de la personne âgée et ne travaille donc pas dans l'environnement de son cabinet, qui lui est familier. Il y a lieu de veiller à ne pas rendre les personnes âgées plus dépendantes qu'elles ne les ont déjà. Le besoin d'une visite à domicile dépendra de différents facteurs, de manière à ce que les ressources de la personne soient utilisées au mieux. Par conséquent, le besoin de la visite à domicile dépendra également de la distance, de la mobilité, de l'existence d'une situation de crise, de la problématique psychosociale qui fait que la personne ne peut pas rester seule pour l'instant, etc.

Certains experts indiquent qu'il peut être intéressant de rencontrer la personne âgée et son ou ses aidants informels ensemble au début, afin de pouvoir démarrer plus rapidement la relation de confiance et ne pas induire un sentiment de suspicion. Afin de pouvoir comprendre la complexité de certains mécanismes, qui contribuent à maintenir la dynamique négative en place, il est en effet important de pouvoir discuter avec l'ensemble de l'entourage. Cette manière de procéder peut clairement se trouver au-dehors de la zone de confort du thérapeute. Par conséquent, il est important que ceci soit abordé dès la formation initiale et que des outils soient proposés afin de pouvoir faire face à ces situations. Travailler avec un système est encore différent que de travailler à partir d'une perspective systémique. Pour les deux, il peut y avoir des indications distinctes.

4. Le type d'intervention

Nous faisons la distinction entre, d'une part, les interventions consistant essentiellement en un triage, permettant de référer la personne vers un service d'accompagnement psychologique, parfois assorti d'un conseil et d'accompagnement au soutien social (type 1 et 2) et, d'autre part, des projets qui ne réfèrent pas ailleurs, mais organisent eux-mêmes le soutien psychologique (type 3 et 4).

Ces quatre types se trouvent décrits ici :

1. Un membre du projet fait un screening ; pour l'accompagnement psychologique, les membres du projet réfèrent vers un centre de santé mentale (3 projets). Les experts estiment que ce type de screening devrait se faire par un psychologue.
2. Le projet organise lui-même l'accompagnement psychologique mais réfère vers un centre de santé mentale en cas de problèmes spécifiques (8 projets)²⁷.
3. Le projet organise lui-même l'accompagnement psychologique et ne réfère pas vers un centre de santé mentale (4 projets). Le motif pour ne pas référer est la présence de liste d'attentes et des problèmes de mobilité de la personne âgée fragile.
4. Le projet offre du soutien psychologique uniquement à l'aidant informel (1 projet)

²⁷ Les Centres de Santé Mentale ont des listes d'attente importantes, ce qui ne leur permet pas toujours de faire de l'outreaching.

Ajouts à partir du groupe d'experts.

Les experts disent qu'il existe des outils de screening pour référer des personnes pouvant bénéficier d'un soutien psychologique. L'outil peut être une aide pour référer, non une obligation à l'utiliser. Qui devrait faire le screening ? Lors d'une demande ou un doute, il faudrait que ce soit un psychologue qui pose l'indication par rapport à l'offre effective d'un psychologue. Il existe un risque de faux négatifs avec le BelRAI.

Ils soulignent que le terme d'accompagnement psychologique est assez flou. En l'absence d'un cadre précis, il n'est pas très clair quel type d'intervention est souhaitable à domicile ou en cabinet (p.ex. donner du sens : plutôt en cabinet). Se pose également la question de la compétence des professionnels : quel profil de professionnel faudrait-il en fonction de quels symptômes ? Il serait souhaitable que les psychologues travaillent en équipe et que l'offre dans l'équipe soit diversifiée en fonction des profils divers de psychologues.

Ajouts à partir du groupe de validation:

Le groupe de validation est également d'avis qu'il y a lieu de faire la distinction entre, d'une part, l'accompagnement psychologique et, d'autre part, le soutien psychosocial. Une des différences les plus fondamentales réside dans le fait de donner du sens pour ce qui est du soutien psychologique, alors qu'il est plutôt question d'écoute active dans le cas de soutien psychosocial. De plus, ils soulignent encore une fois l'importance de l'approche systémique. Le système est d'importance primordiale: la famille, le domicile, le médecin généraliste, le lieu de vie, ..., autant d'éléments qui contribuent à l'organisation de la vie à domicile. L'expérience a montré la plus-value d'une approche conjointe de la personne âgée et de son aidant informel. Le processus d'approche est fondamental. Dans ce groupe, toutes les situations sont très complexes. Le degré de complexité, l'accompagnement psychologique, les outils, etc. sont à chaque fois différents de ce à quoi est habitué le psychologue en cabinet.

5. Qui délivre le soutien psychologique ?

Dans la plupart des projets, il y a au moins un psychologue, parfois à temps partiel. Seuls trois projets ont également un psychologue qui dit avoir une spécialisation dans l'accompagnement des personnes âgées. Dans quelques projets, d'autres personnes sont également impliquées dans l'accompagnement psychologique. Il s'agit d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, de musicothérapeute (formation psychanalytique) et d'assistant sociaux.

Ajouts à partir du groupe d'experts

Il convient de faire attention au cadre légal : accompagnement psychologique versus psychothérapie. La psychologie clinique est protégée par un AR. Dans les autres cas, il s'agit d'accompagnement psychosocial, voire du conseil. Le titre 'psychologue' est protégé, alors que celui de 'thérapeute' ne l'est pas.

Vu que les besoins en soins psychologiques des personnes âgées à domicile sont souvent plus complexes que le simple besoin en soutien social, il y a lieu de faire réaliser le screening et le suivi par un psychologue (avec une spécialisation en gérontologie psychologique).

Les experts indiquent qu'une spécialisation en gérontopsychologie n'existe pas à l'heure actuelle.

Ajouts à partir du groupe de validation

Le psychologue œuvrant dans ce cadre devra surtout avoir envie de travailler avec la personne âgée. En plus, il est important que le psychologue puisse construire son expertise au fil du temps.

Il existait des divergences au sein du groupe par rapport à comment le psychologue est présenté auprès des destinataires de soins. Une partie du groupe était d'avis qu'il valait mieux ne pas parler d'emblée de psychologue, car cela pouvait entraîner des peurs auprès de la personne âgée, allant jusqu'au refus de soins. Dans ce cas, il serait préférable de ne parler que des interventions qui vont

avoir lieu et de reporter les précisions à plus tard. D'autres, au contraire, trouvent qu'il est important de nommer d'emblée avec précision le type d'intervention qui va avoir lieu, car il est important que les personnes âgées puissent savoir ce qu'ils peuvent attendre de la part de quel professionnel et que le rôle spécifique du psychologue soit préservé.

En revanche, ils sont d'accord par rapport à l'attitude que doit avoir le psychologue tout au long de l'accompagnement. Chaque situation est différente et le psychologue doit s'y adapter, tout en gardant sa spécificité et son regard professionnel. Par exemple, il est tout à fait possible que le psychologue puisse se promener ou aider la personne aidée à manger, pour autant que cela s'inscrive dans un cadre d'accompagnement psychologique, avec un temps d'observation de la situation qui soit propice à l'accompagnement etc.

6. Quelle est la formation nécessaire pour pouvoir offrir un accompagnement psychologique dans ce cadre ?

Il s'agit d'un soignant porteur d'un diplôme en psychologie. Les projets mentionnent que le fait d'avoir une expérience, d'avoir envie de travailler avec des personnes âgées, est clairement un atout.

Ajouts de la part du groupe de validation

La formation du psychologue est pour le moment fort axé sur le travail classique au sein de sa propre pratique.

Au cours de la formation de base comme psychologue, il y a lieu de davantage tenir compte du travail dans le lieu de vie du patient. Le travail auprès de la personne âgée nécessite en effet une approche différente et d'autres compétences, voire même un autre cadre de référence que lors d'un travail en cabinet ou à l'hôpital (p.ex. le travail à l'aide d'outil psychométriques est peu pertinent auprès de ces patients). Lorsqu'un psychologue travaille dans le lieu de vie du patient, il entre en contact avec la personne soignée, son aidant informel et d'autres éléments dans le système qui peuvent avoir un impact sur le processus d'accompagnement. Il ne s'agit pas toujours d'un entretien d'un à un, il est possible que d'autres personnes soient présentes. Le psychologue doit savoir comment gérer ce type de situation et comment gagner la confiance des personnes présentes. Il s'agit de pouvoir se fixer un cadre de travail qui soit flexible.

En termes de connaissances, il est nécessaire d'avoir une compétence en matière d'accompagnement de situations de perte et de deuil, d'anxiété, de résilience et de screening pour la démence.

L'aspect du travail en multidisciplinarité devrait être étoffée dans la formation.

7. Quelles sont les démarches nécessaires pour démarrer un soutien psychologique ?

- (Experts) La personne n'exprimera pas toujours la demande. Le psychologue de la première ligne vérifie quel type d'intervention est nécessaire.
- Détection des besoins lors d'une visite à domicile. Ceci est effectué le plus souvent par un collègue prestataire de soins ou des services. Dans le cas des projets du Protocole 3 du deuxième appel, il s'agissait le plus souvent de la case manager.

- Concertation à propos des besoins du patient en multidisciplinarité et élaboration d'un plan de soins
- Première visite du psychologue (ou soignant effectuant l'accompagnement psychologique)
 - Faire connaissance
 - Construction d'une relation de confiance
 - Exploration de la demande en soins, besoins, possibilités et entraves éventuelles
 - Planification des contacts ultérieurs
- Sessions thérapeutiques : la durée et l'intensité est déterminée en fonction du besoin
- Suivi et adaptation du plan de soins en concertation multidisciplinaire.

Ajouts du groupe de validation

La demande initiale n'est pas toujours la vraie demande ou la demande complète. Lorsque la détection des besoins s'est opérée par le biais d'un case manager et non d'un psychologue, il se peut qu'on passe à côté d'une demande qui n'aurait pas été formulée. La demande d'aide psychologique sous-jacente ne peut parfois s'exprimer que lorsqu'une relation de confiance a été établie entre le psychologue et la personne soignée. Il est important que le réseau de la personne soignée soit ouvert et soutienne la personne dans sa démarche. La personne soignée doit, nous l'avons souligné, toujours être approchée dans son système. Le savoir-être du psychologue est au cœur de la démarche, et plus particulièrement, la manière dont il entre en relation avec la personne dans son système.

8. Durée et intensité de l'intervention

La durée de l'intervention est déterminée, dans la plupart des projets, par la situation individuelle de la personne accompagnée et de sa demande d'accompagnement. On observe néanmoins une durée habituelle de six mois, voire moins. Lorsque la personne a besoin d'une durée d'accompagnement plus longue, il s'agit le plus souvent des cas où la situation est plus sévère. Dans ces cas, un centre de santé mentale devra prendre le relais.

L'intensité des interventions observées est plutôt faible : une fois par mois ou moins. Souvent, cette intensité est plus élevée au début (l'intervalle entre les sessions est plus petit au début). Lorsque la « crise » ayant justifié la demande est stabilisée, l'intensité peut diminuer.

Ajouts de la part du groupe d'experts

Les experts proposent que la durée soit déterminée par l'indication. À titre indicatif, ils proposent que, pour l'anxiété, la thérapie soit brève ; pour la dépression (parfois court), les troubles de la personnalité (longue durée, peu intense), schizophrénie (longue durée).

Parfois des périodes plus ou moins longues de non-contacts, puis reprise de contact : signe que les gens ont confiance et font appel en cas de nouvelle crise.

Ajouts de la part du groupe de validation

Il est vraiment important de pouvoir prendre le temps auprès de cette population. Par conséquent, il est très difficile d'estimer combien de temps sera nécessaire ; chaque situation est différente et toujours complexe, voire difficilement estimable a priori. Il va de soi qu'il faut également du temps avant et après les entretiens. Depuis le franchissement du seuil de la porte d'entrée, s'asseoir, ..., cela prend du temps. Il faut également prendre en compte les temps de déplacements pour les visites à domicile.

Il existe une variation importante en fonction des demandes d'aide et des interventions possibles. Il s'agit de réaliser un travail sur mesure, adapté à la situation individuelle de la personne soignée et de son contexte.

Il est plus pertinent de parler du *temps nécessaire* que de la *durée de l'intervention*. Il n'est pas possible de déterminer un trajet précis au préalable. Là où un seul entretien suffira, dans d'autres situations, le temps de la prise en charge sera beaucoup plus long. Il n'est pas toujours possible de

déterminer à l'avance le moment de la fin de l'accompagnement. Néanmoins, il est important de fixer des moments où on fera le point (p.ex. au bout de 6 ou 9 mois).

L'intensité dépendra également du moment de démarrage de la prise en charge : s'agit-il d'une situation de crise ? S'agit-il d'un problème chronique ? Le type et l'intensité de l'accompagnement variera également en fonction de ces paramètres.

Il est préférable de ne pas interrompre brutalement l'accompagnement en cas d'institutionnalisation ou de décès, surtout lorsque l'accompagnement durait déjà depuis un certain temps. Lors d'une institutionnalisation, on pourra par exemple prévoir un temps pour la transmission vers un autre professionnel ou continuer l'accompagnement avec une intensité moindre. Après le décès, il est fréquent de proposer jusqu'à 4 entrevues avec les proches.

9. Prérequis organisationnels pour une intervention psychologique adéquate

Comme indiqué ci-dessus, les psychologues ont vraiment intérêt à travailler en équipe, comprenant des profils divers de psychologues. Ainsi il sera possible de pouvoir tenir compte de différentes demandes de prise en charge. Les projets indiquent également que les psychologues qui ne font que le travail à domicile risquent plus facilement de s'épuiser (risque de *bore-out*) par rapport à ceux dont le travail se déroule également en centre de santé mentale. En effet, les déplacements, le travail auprès des personnes âgées fragiles et le fait que le travail à domicile ne permet pas toujours un travail aussi approfondi que dans un centre de santé mentale, alourdissent le travail pour les psychologues.

Il est donc recommandé que les psychologues travaillent à temps partiel dans un centre de santé mentale, en plus de leur travail à domicile. Le travail en CSM leur permet d'avoir plus facilement accès à une (géronto)psychiatre, ainsi qu'à l'expertise construite par l'équipe au sein du CSM.

Ajouts de la part du groupe d'experts.

La collaboration avec une équipe multidisciplinaire & des concertations multidisciplinaires sont indispensables, ainsi que des interventions avec d'autres psychologues, afin de pouvoir échanger les expériences et continuer à apprendre.

Il faudrait qu'ils aient accès à des recommandations de bonnes pratiques, fondées sur des résultats de la littérature.

Comme il faudrait pouvoir référer vers une deuxième ligne de manière adéquate (screening), les experts affirment qu'il faut donc un psychologue de première ligne.

Il faudrait que les psychologues aient accès à un dossier électronique partagé. Dans ce cadre, il est utile de pouvoir faire la balance entre, d'une part, le respect du secret professionnel (essentiel à la relation thérapeutique et de confiance) et, d'autre part, le besoin de partager les données essentielles à des soins adéquats dans une situation nécessitant des intervenants multiples. Un projet a élaboré un document relatif aux accords en matière de partage des données à propos d'une personne présentant des troubles cognitifs, notamment.

Il est lourd pour la psychologue de travailler à domicile à temps plein : déplacements, pas toujours la possibilité de faire de la psychothérapie. Il est donc souhaitable que le psychologue travaille à temps partiel dans une autre organisation, par exemple, pour un CSM. Risque de *bore-out* si le psychologue ne fait que de la première ligne.

Ajouts de la part du groupe de validation

Le risque de développer un *bore-out* en travaillant uniquement à domicile est contesté par les membres du groupe de validation. L'accompagnement des personnes âgées à domicile est

passionnant et il y est vraiment possible de faire la différence. Il n'est pas nécessaire de référer la personne âgée fragile vers un CSM. Au contraire, c'est une plus-value de pouvoir accompagner ces problématiques complexes à domicile.

Un des projets a communiqué par mail les facilitateurs potentiels pour éviter le bore-out.

- Solitude/isolement du psychologue qui ne ferait que des visites à domicile. Ceci est évité en permettant de planifier régulièrement des rencontres avec les autres professionnels.
- Le psychologue est vu par les autres prestataires de soins comme le bouche-trou ou la planche de salut. Il y a lieu de réaliser une description des fonctions, incluant la position du rôle du psychologue.
- Le psychologue est confronté aux limites de sa fonction. Lors du travail à domicile, il est fréquent d'être confronté avec le travail de deuil. Mais comment réaliser ceci auprès de la personne âgée ? Comment l'aider à trouver des objectifs dans la vie ? Pour cela, le travail avec l'ergothérapeute s'avère utile.

Les psychologues des projets Protocole 3 estiment, qu'au vu du case-mix actuel, un caseload moyen de 20-25 personnes âgées semble adéquat par équivalent temps plein psychologue. Ceci doit être pondéré par des éléments tels que des déplacements lointains ou lorsque certaines tâches administratives sont prises en charge par un secrétariat. Les membres du groupe de validation ont indiqué que la moitié du temps passait en soins directs et l'autre moitié, en soins indirects, tels que les déplacements, les intervisions, la préparation des entrevues et des sessions, le débriefing, etc.

10. Quelle est la plus-value du soutien psychologique à domicile ?

- Ces interventions sont bien acceptées à domicile. Le patient ne doit pas se déplacer.
- Détection précoce de la démence, d'autres problèmes cognitifs, ou psychosociaux
- Accompagnement de problèmes psychologiques pouvant avoir un impact sur les activités de la vie quotidienne, ou qui pourraient avoir un impact sur la réduction du réseau social.
- Accompagnement des aidants informels et professionnels par rapport à l'aide à domicile : changement de perspective par rapport à la personne aidée, soutien aux personnes s'occupant de patients présentant un déclin cognitif (p.ex. stratégies de coping situationnel ou émotionnel pour accompagner un conjoint présentant des pertes de mémoires sévères).

Ajouts par le groupe de validation

- L'approche systémique de la personne âgée fragile. En se rendant au domicile, le psychologue a une vision nettement plus précise du système dans lequel vit la personne âgée.
- Flexibilité. Le psychologue de la première ligne travaille dans un cadre flexible et s'adapte aux situations individuelles changeantes. La personne reste dans son lieu de vie et garde ses repères.
- Le trajet n'est pas fixe. Le temps qui est nécessaire pour accompagner la personne âgée et son système peut être modulé en fonction des besoins. Lorsque survient une crise, ou lorsqu'un nouveau besoin est détecté, le processus sera adapté. Il est important de continuer à travailler sur le lien, tant intrapersonnel (en mobilisant les ressources en présence, le soutien, la psycho-éducation, ...) qu'interpersonnel (en mobilisant le réseau propre et/ou en l'étendant, en soutenant les mécanismes de coping des aidants informels, en soutenant les aidants informels, ...).

11. Annexe fiche psy: personnes ayant assisté au groupe de validation du 9 mars 2017

ID projet	Nom
psychologische begeleiding serviceflats	Angie Desmet
psychologische begeleiding ouderen en mantelzorgers	Celien Scheire
Menos	Nicolas Timmermans
Menos	Veerle Vanhoudenhove
Integraal aanbod voor jongdementen in regio Brugge	Hilde Delameilleure
OpMaat	Karen Lambrechts
OpMaat	Caroline Maas
Extra zorg en langer thuis	Celine Bastien
Extra zorg en langer thuis	Vickie Cambron
PIOT	Katrien Vanderbist
PIOT	Dominique De Pourcq
Aide et soutien psychologique	Jordan Mac'Cord
Aide et soutien psychologique	Delphine Duchateau
ALTERNATIVE DE SOINS Centre et Soignies	Christine Hennaut
ALTERNATIVE DE SOINS Charleroi	Jessica Arias y Arenas
Maintenir son lieu de vie à domicile – Equipe de soutien	Catherine Craps
Une approche médico-psycho-pharmaceutique : Education thérapeutique du patient âgé fragilisé	Florence Robert
Donner du souffle à la vie	Emilie Léonard
Dionysos III	Jean-Pierre Ermans
ASD Brabant Wallon	Noémie Vandeweghe
ASD Brabant Wallon	Céline Rase
ASD Brabant Wallon	Isabelle Mairiaux
La Navette	(written feedback) Vanderheyden Claire
La Navette	(written feedback) Lecoq Cindy
La Navette	(written feedback) Davenne Julie
La Navette	(written feedback) Perick Thomas
UA	Sibyl Anthierens
UA	Maja Lopez-Hartmann
KUL	Johanna Mello de Almeida
UCL	Déborah Flusin
UCL	Thérèse Van Durme
Ulg (modérateur)	Stéphane Adam
RIZIV	Olivier Fourez
RIZIV	Lieselotte Huyghe