

### 3. Surveillance

Comme déjà mentionné, nous partons de l'évaluation journalière qui nous fournira la clarté si le patient est déjà capable de rentrer dans une prochaine phase de son parcours de guérison. Ca veut dire : un parcours fait à mesure en collaboration avec une autre division, un autre hôpital, bureau sociale etc...

Quand on rentre dans une phase suivante nous sommes convaincu que le travail livré ne peut pas être perdu. Dans ce but nous nous engageons – en accord du patient – de transmettre toute information le plus possible aux assistants futurs.

### 4. Personnes à contacter

Coordinateur de division : Katrien Dupon  
Assistant Social : Kathleen Verhegghe  
Médecin de division : Dr. Dirk Meesen

### 5. Contact

Psychiatrich Centrum Sleidinge  
Weststraat 135 9940 Evergem-Sleidinge  
Tel : 09 / 358.04.11  
Fax : 09 / 358.05.04  
[www.pcsleidinge.be](http://www.pcsleidinge.be)

## Division Psychiatrie d'Urgence

### 1. Groupe et but

#### Groupe

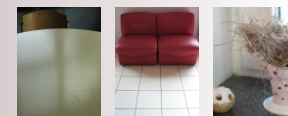
La division d'urgence est une division « fermée » high-care pour adultes et adolescents qui ont besoin d'un accompagnement intensif.

Tout le monde se trouvant dans une situation critique y peut être soigné. L'Accueil est disponible 24/24h et 7/7 jours.

Il y a la possibilité de rentrer soit sur base volontaire soit par cause de protection du malade mental.

#### But

Création d'un contexte de sécurité pour des gens en crise et présentation d'un traitement court de façon que la signification de la crise peut s'enrichir dans un traitement prolongé.



## 2. Méthode et traitement

Cette division se consiste de 5 chambres « single » + 2 chambres où on peut isoler les gens temporairement.

En général une crise se présente dans un clin d'œil dans lequel un comportement inquiétant et des émotions se font remarquer. Toute fois, ce comportement est incorporé dans un conte du passé et d'avenir et porte sa propre fonction et signification. Ici, un changement et une évolution s'imposent.

Nous nous protégeons de donner une réponse cliché se limitant à résoudre la crise. Une réponse pareille risque de dépasser les besoins nécessaires de la personne en question.

Il nous paraît plus important de présenter un contexte sûr, créant la place et le temps nécessaire d'examiner la crise. Ce contexte, que peut-il nous apprendre au sujet du passé ? Quels faits se sont passés provoquant cette crise ? Quel est notre but au sujet de l'avenir.

Agissant d'une façon pareille nous essayons d'aider la personne de découvrir lui-même la signification de la crise et de lui aider de trouver et de créer une réponse adéquate qui – même après une solution des besoins urgents – comportera et soutiendra son comportement.

### **Le contexte sûr est caractérisé par entre autres :**

La présentation d'une structure minimale mais néanmoins clairement dirigente. Un rythme jour-nuit, des repas en groupe, l'hygiène de base etc... Dont le but est de présenter à nouveau le passe-temps journalier.

La résidence dans un environnement petit, fermé et séparé évoquant un lieu protégé et peu irritable. La simplicité leur garantit la présence des collaborateurs dans une disposition claire. De cette façon, la situation générale et les risques peuvent être valorisés rapidement et par conséquent nous pouvons adapter rapidement un contrôle des médicaments au besoins du moment.

Une thérapie limitée, adaptée au besoins individuels et le rythme du patient.

Dans le cas où le patient se trouve dans l'impossibilité d'agir responsable et soigneusement vis-à-vis de lui-même ou d'autres, il y a le team de soins qui intervient. Ceci se passe en vue d'une guérison et adapté ou besoins du patient à ce moment.

Il y a continuellement une évaluation d'un besoin de protection.

### **Le traitement est caractérisé par :**

Attention pour le contexte rationnel et social du patient. Nous reconnaissons l'importance de suivre son histoire et de la voir dans une perspective très large. Ceci nous donne les accessoires nécessaires pour comprendre le continu de la crise, de comprendre et de formuler de nouvelles perspectives.

Ainsi nous faisons la combinaison d'un modèle biologique et psychiatrique. Ça veut dire que nous examinons et traitons aussi-bien les causes physiques que mentales de la maladie. Nous travaillons en plusieurs « points de vue » (psychoanalytique, systématiquement, ...) et une vue socio-psychiatrique.

On examine donc la crise dans la source de vie du patient et dans un contexte social : la situation dans laquelle le patient se comporte au sujet de « passe-jour » (travail, études, ...) accommodation, salaire et relations.

En fonction des soins futurs, soutien ou succession on fait attention à la structure, le médecin, des tiers important pour le patient.

Nous travaillons avec un team multidisciplinaire existant de :

équipe infirmière  
psychiatre  
psychologiste  
collaborateur social  
coördinateur

Partant de l'équipe multidisciplinaire il y a une collaboration rationnelle avec l'expertise d'autres divisions pour construire éventuellement un parcours futur.