

**Session d'information**

**«Vers de meilleurs  
soins en santé mentale  
par la réalisation de  
circuits et réseaux de  
soins»**



Bruxelles, 17 juin 2010

# PROGRAMME

**13:00 Accueil**

**13:05 Objectifs généraux et  
la construction du modèle**

**13:15 Contribution de la recherche**

**14:00 Pause**

**14:05 Questions**

**14:45 Fin**



# Les cinq fonctions clefs

Le modèle que nous souhaitons mettre en place aura comme originalité d'associer, avec une vision globale, l'ensemble du dispositif en intégrant les ressources des institutions hospitalières et des services développés dans la communauté.

L'organisation que nous préconisons concerne donc l'ensemble des intervenants présents sur un territoire délimité qui auront à créer des stratégies pour répondre à l'ensemble des besoins en santé mentale de la population de ce territoire.

Pour construire ce nouveau modèle, et en assurer sa pérennité, nous postulons qu'un nombre de fonctions minimum doivent être remplies; fonctions qui progressivement s'organiseront en réseau de services alternatifs répartis sur le territoire.

La finalité est le maintien des personnes au sein de leur environnement et de leur tissu social d'origine par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés. Le réseau ainsi construit est multidisciplinaire et basé sur des modalités d'intervention flexibles.

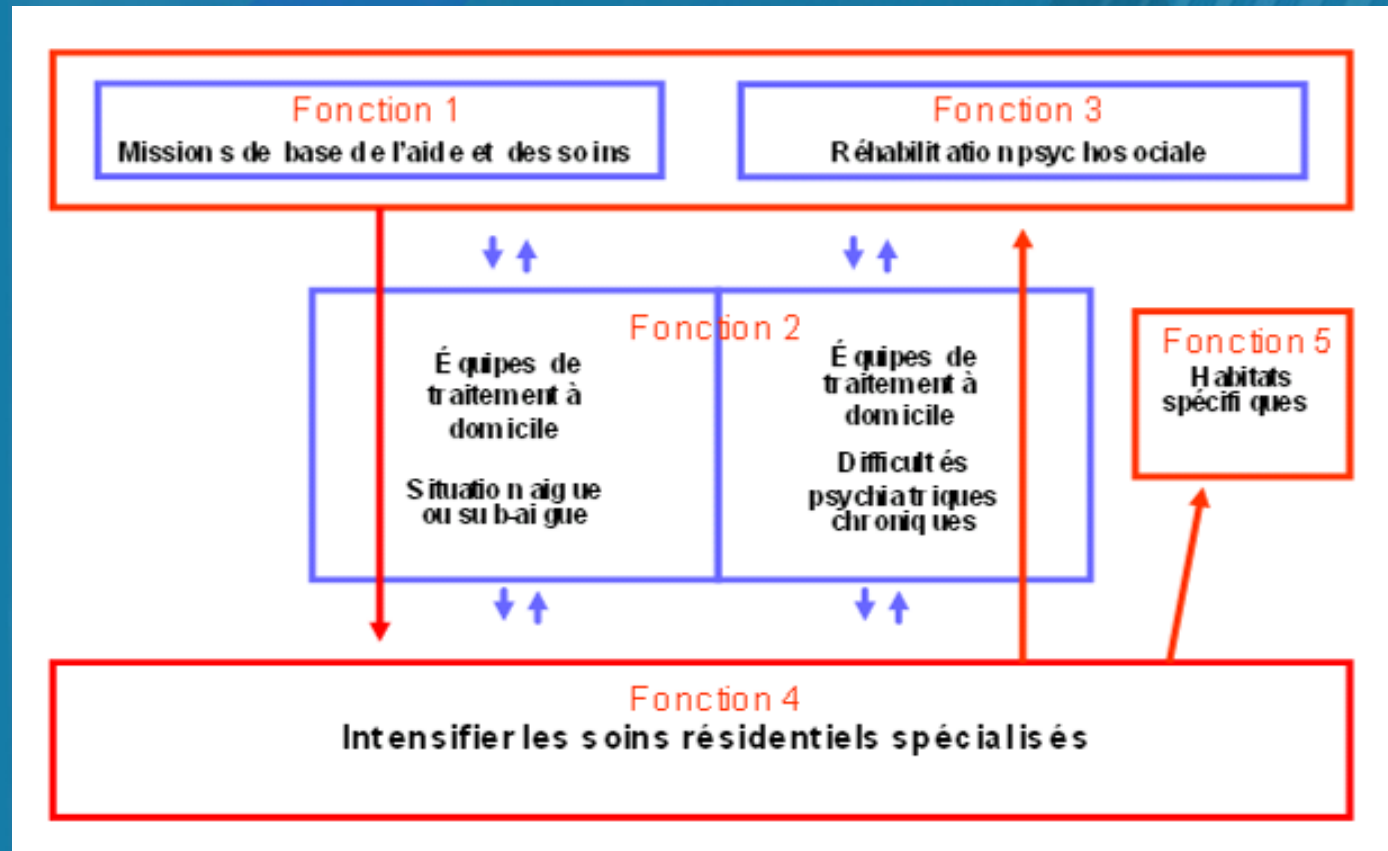


# Les cinq fonctions clefs

1. La première fonction : activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic
2. La deuxième fonction : équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques
3. La troisième fonction : équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale
4. La quatrième fonction : unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable
5. La cinquième fonction : formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible



# Les 5 fonctions dans le nouveau modèle des soins en santé mentale



# Implémentation locale, un modèle de travail en réseau

## Déroulement de l'action :

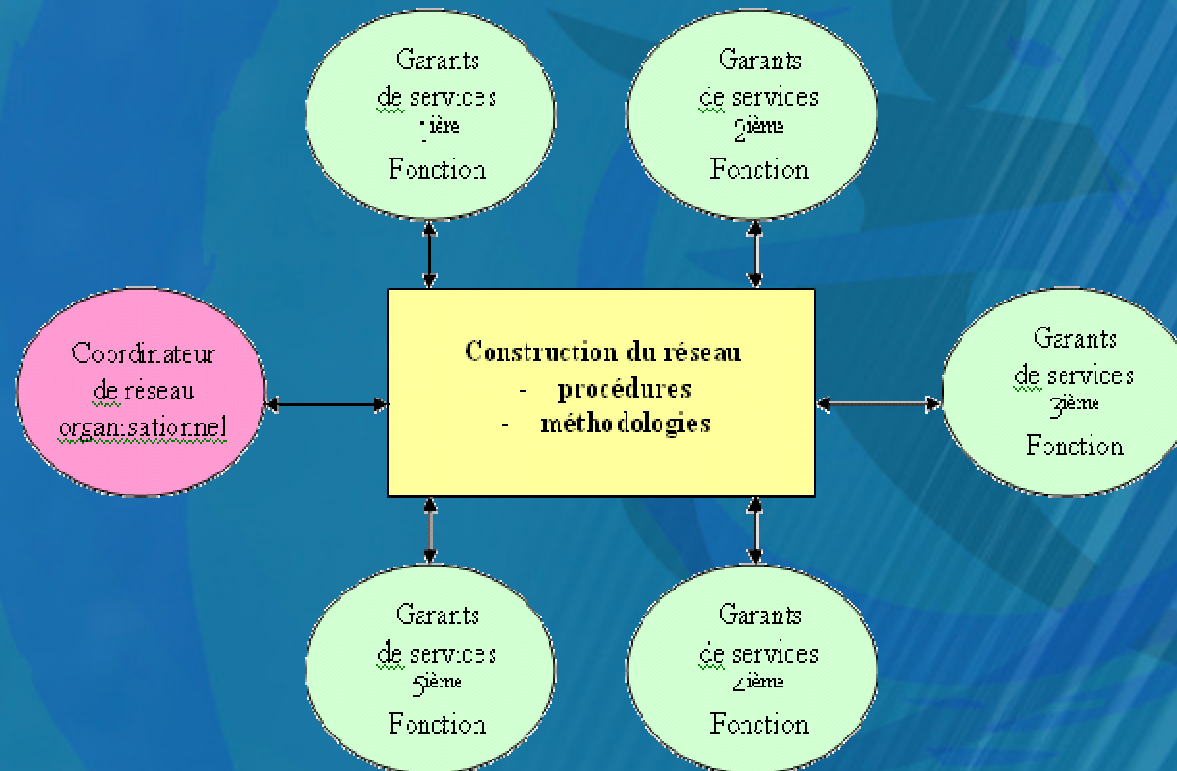
Pour réaliser le réseau, certains éléments de base doivent être pris en considération

- Mise en place des acteurs
- Mise en place du coordinateur de réseau
- Mise en place du comité de travail
- Construction participative des outils.
- Construction participative des méthodologies
- Développement de la fonction « référent de soins »



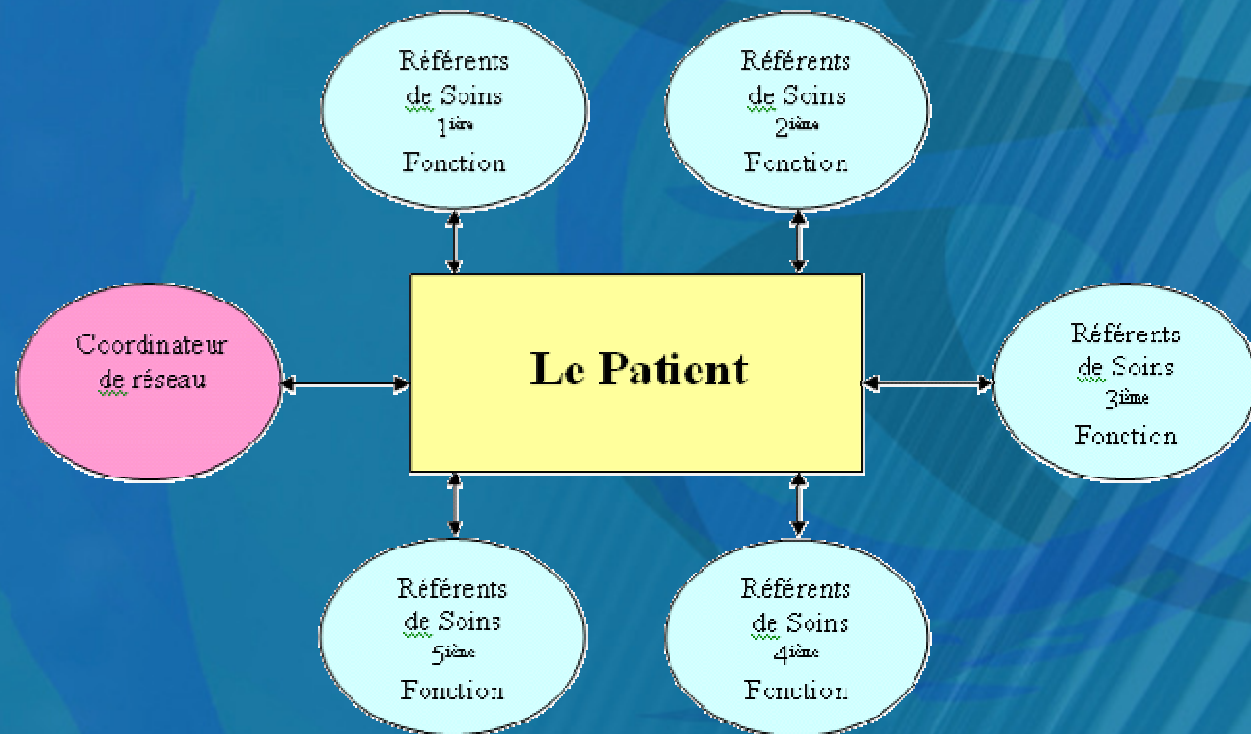
# Implémentation locale, un modèle de travail en réseau

Exemple schéma du groupe de travail du territoire X



# Implémentation locale, un modèle de travail en réseau

Exemple schéma d'utilisation des ressources en fonction des besoins du patient  
Développement de la fonction de référent de soins



# Programme de recherche

## "Vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins "

Inventaire du profil et des rôles inhérents aux nouvelles fonctions liées à la réforme des soins en santé mentale.

Chantal Van Audenhove  
Ann Desmet



Session d'information – 17 juin 2010

# Aperçu

1. Philosophie de l'article 107 et mesures axées sur la réadaptation
2. Brève description des fonctions.
3. Ensemble des tâches liées aux fonctions.
4. Profils de compétence d'après une étude de la littérature



# 1. Philosophie de l'article 107

- Balanced care = soins équilibrés
  - Favoriser l'utilisation des formules de soins ambulatoires, accéder aux soins résidentiels si nécessaire.
  - Privilégier la mise en place de soins au sein de l'environnement de vie.
  - Développer la proximité de l'aide, l'outreaching, un réseau élargi proposant une offre de soins accessible à tous au niveau local.
  - Vision largement basée sur des mesures axées sur la réadaptation, sur le Strengths Model et le ACT Model.



# 1. Mesures axées sur la réadaptation

- La “réadaptation” est un processus dynamique offert à des personnes présentant des problèmes psychiques, permettant d’accéder à la réinsertion sociale et professionnelle, en dépit de leurs limitations et de leurs symptômes.
- Les mesures axées sur la réadaptation sont caractérisées par les principes et les attitudes suivantes en matière d’aide (vs. une vision axée sur le dysfonctionnement).

<b>Chronicité</b>	<b>Réadaptation</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Catégorie diagnostique</i></li><li>• <i>Pessimisme</i></li><li>• <i>Dysfonctionnement</i></li><li>• <i>Modèle fragmenté</i></li><li>• <i>Paternalisme</i></li><li>• <i>Soutien professionnel</i></li><li>• <i>Puissance et contrainte</i></li><li>• <i>Environnement artificiel</i></li><li>• <i>Stabilisation</i></li><li>• <i>Désespoir</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Individualisation</i></li><li>• <i>Espoir, optimisme réaliste</i></li><li>• <i>Force, résilience</i></li><li>• <i>Modèle medico-psycho-social</i></li><li>• <i>Axé sur l'utilisateur</i></li><li>• <i>Soins autonomes, expérience personnelle</i></li><li>• <i>Empowerment et choix</i></li><li>• <i>Soutien naturel et entourage</i></li><li>• <i>Croissance, risques calculés</i></li><li>• <i>Emancipation</i></li></ul>

**Source: Onken et al, 2002**



## 2. Description des nouvelles fonctions

- Le coordinateur du réseau
  - Facilitateur de la création du réseau
    - A titre de comparaison: comprend, mais dépasse les tâches p.ex. du coordinateur des soins assuétudes (pas uniquement le soutien du réseau au macro-niveau, mais également son développement)
- Le garant de services
  - Interlocuteur de sa structure dans la construction organisationnelle du réseau
    - Comparable à un partenaire des projets thérapeutiques
- Le référent de soins
  - Responsable de la réussite du projet de travail en réseau au départ du patient
    - Comparable au coordinateur de fond des projets thérapeutiques ou au coordinateur des soins psychiatriques à domicile (extramuros) ou au référent hospitalier pour la continuité des soins et au case-manager (plutôt intramuros)



### 3. Ensemble des tâches liées aux fonctions

- Du coordinateur de réseau
  - Développer la vision autour de la réadaptation dans le cadre de soins axés sur la société et adapter l'organisation entière en fonction de cette vision.
  - Représenter les intérêts stratégiques du réseau dans le secteur, dans les secteurs avoisinants et en fonction de la politique.
  - Inciter les personnes à collaborer à différents niveaux: au sein de l'équipe, au sein des différents services du réseau mais aussi entre le réseau et d'autres services ressources.
  - Sélectionner et mettre en œuvre des moyens partagés, des outils, des procédures et des méthodologies (avec le groupe de travail)
  - Veiller au bon fonctionnement du service: rapport efficacité-coût, gestion des processus, aspects humains de gestion de la qualité et poursuite des objectifs fixés.
  - Prendre des décisions et les mettre en pratique sur les plans législatifs, exécutifs et administratifs
  - Coordonner les tâches liées à la direction au cours des différentes phases du processus de changement de stratégie
  - Sur les plans éthiques et personnels, transmettre les valeurs de référence du réseau



### 3. Ensemble des tâches liées aux fonctions

- Du garant de service
  - Elaborer une méthode de travail permettant la communication, la collaboration, la coordination et la résolution de problèmes entre les membres de l'équipe.
  - Implémenter la vision de son service concernant la réadaptation en pratique.
  - Sur le plan organisationnel, le garant de service doit veiller à ce que les mesures axées sur la réadaptation soient intégrées dans la mission, la politique, les procédures, les systèmes d'enregistrement et l'ensemble des services connexes liés au programme de traitement.
  - Sur le plan du fonctionnement du personnel, le référent doit veiller à ce que le personnel s'occupe correctement de l'usager, à ce que le personnel sélectionné croie véritablement en la possibilité d'impliquer l'usager dans l'accompagnement vers la réadaptation, à créer un climat positif pour la formation et la supervision.
  - Il doit veiller à ce que le rôle de chaque membre de l'équipe soit clairement défini et à ce que chacun se sente valorisé dans ce rôle
  - Il garantit le fonctionnement transdisciplinaire en élaborant une méthode et un plan de soins.



### 3. Ensemble des tâches liées aux fonctions

- Du référent de soins
  - Garantir la réussite de la trajectoire de soins du patient en vue de la réadaptation, il est le pivot d'une coordination centrée sur les besoins du patient.
  - Veiller à l'évaluation des besoins (également sur les plans sanitaires et sociaux) du patient et de son entourage proche.
  - Jouer l'intermédiaire entre le prestataire d'aide et le patient, afin que le prestataire saisisse bien les besoins du patient et que le patient comprenne la finalité des soins.
  - Veiller à ce que les services ressources soient réunis de façon méthodique.
  - Veiller à ce que l'utilisateur et les prestataires d'aide participent au plan de soins.
  - Veiller à la mise en œuvre du plan de soins défini ou à son adaptation en fonction des besoins du patient.
  - Assurer la continuité des soins si le patient passe par différents services.
  - S'assurer de la reconnaissance du rôle de dispensateur de soins de proximité ou de l'entourage proche et les informer de façon appropriée.



# 4. Profils de compétence

- Du coordinateur de réseau
  - **Leadership dans un contexte:** *pouvoir synthétiser les connaissances, avoir des connaissances transdisciplinaires et de bonnes compétences d'analyse, de connaissances inter-organisationnelles et intersectorielles, bonne compréhension des interdépendances et des systèmes stratégiques, de solides compétences en matière de réseau.*
  - **Leadership personnel:** *avoir de bonnes compétences interpersonnelles (compréhension des besoins du personnel), avoir du charisme, en tant que collègue, ami, se montrer humain auprès de chaque membre de l'organisation, être capable de motiver, être à l'écoute; faire preuve d'empathie, de patience, responsabiliser autrui et encourager à la réalisation d'actions.*
  - **Leadership au niveau de l'équipe:** *pouvoir obtenir et faciliter la collaboration, être capable de former des coalitions et des équipes*
  - **Leadership Organisationnel:** *créer un environnement d'apprentissage et encourager la réflexion et la conceptualisation; être capable, par le biais de stratégies de responsabilisation et de processus de prise de décision, d'élaborer une forme de leadership efficace en terme de coût; être axé sur l'amélioration des processus; pouvoir établir des priorités; avoir la motivation d'atteindre les objectifs fixés.*
  - **Leadership visionnaire:** *inspirer les autres, pouvoir développer et partager une vision ('serving as symbol')*
  - **Leadership politique:** *être capable d'exercer une influence (Agenda du médiateur), notamment sur la politique, de négocier, de réaliser une médiation et de faire preuve de diplomatie.*
  - **Leadership éthique:** *être intègre, avoir de l'autodiscipline; prendre en compte la dimension morale, laquelle va encourager l'initiative individuelle et la prise de responsabilité, mettre en place des règles et des habitudes, mettre l'accent sur la dépendance entre l'individu et le groupe.*
  - **Entrepreneuriat au niveau politique:** *avoir des compétences en matière de "transaction" (médiation en vue de pouvoir faire appel à différents services), en matière d'entrepreneuriat, faire preuve de créativité, être innovant, être capable d'expérimenter et de mettre en pratique des idées novatrices.*



## 4. Profils de compétence

- Du garant de service
  - Être stimulé par la vision des soins axés sur la communauté et conserver cette méthode de travail au sein des équipes.
  - Comprendre les rôles de chacun et communiquer de manière efficace s'avère essentiel.
  - Avoir une bonne maîtrise du travail transdisciplinaire.
  - Être proche du personnel.
  - Avoir des compétences relatives aux travailleurs de première ligne (voir slide suivant).



## 4. Profils de compétence

- Prestataires d'aide de première ligne (garants de service & référents de soins)
  - Valeurs et attitudes
    - Attitude empreinte de respect
  - Caractéristiques personnelles
    - Personnalité qui rend possible une collaboration efficace
  - Compétences en matière de coordination
    - Travailler sur base de toutes les ressources disponibles
  - Travail en équipes transdisciplinaires
    - Compréhension du rôle professionnel et communication efficace
  - Soins axés sur la personne
    - Traiter les personnes en tant qu'individus
  - Droits et participation
    - Garantir les mêmes droits pour tous
  - Soins axés sur la société
    - Créer un climat social, avec davantage de possibilités pour le groupe cible
  - Soins multiculturels
    - Avoir des compétences interculturelles
  - Développer un partenariat avec l'environnement naturel
    - Pouvoir travailler en équipe avec les dispensateurs de soins de proximité



## 4. Profils de compétence

- Du référent de soins
  - **Compétences communicationnelles:** être capable de communiquer spontanément avec le reste de l'équipe, d'organiser une concertation; pouvoir communiquer avec l'utilisateur et son entourage dans un style compréhensible.
  - **Compétences d'évaluation:** évaluer les besoins dans divers domaines (fonctionnel, santé, préférences personnelles, facteurs de risque); savoir comment respecter la confidentialité du patient, tout en encourageant l'implication des membres du système de soutien social.
  - **Plan de soins:** pouvoir transposer l'évolution des besoins de l'utilisateur dans le plan de soins, assurer une évaluation et un suivi de qualité.
  - **Continuité des soins:** être disponible, 24h/24, 7j/7.
  - **Réadaptation et empowerment en pratique:** être capable de donner de l'espoir à l'utilisateur, avoir une vision d'avenir, être en mesure de considérer l'utilisateur en tant que personne à part entière, de regarder au-delà de la maladie; de soutenir le patient qui organise et s'identifie à des objectifs personnels en matière d'apprentissage, de travail, de temps libre et de logement ; pouvoir sentir à quel rythme il peut atteindre ses objectifs; savoir comment permettre au patient de prendre au mieux ses responsabilités ('self-advocacy'); pouvoir rendre des services de façon flexible, en fonction de l'évolution des besoins.
  - **Compétences cliniques:** le référent de soins doit avoir des compétences en matière de soins en santé mentale; les compétences évoquées pour les prestataires de première ligne sont également d'application
  - **Compétences de coordination:** la personne de référence doit avoir de solides compétences en matière d'organisation et de coordination.



## 4. Aperçu des profils de compétence

	Coordinateur de réseau	Garant de service	Référent de soins
Penseur stratégique	✓		
Diplomatie & leadership politique	✓		
Coordination de réseau	✓		
Connaissance du secteur au macro-niveau	✓	✓	
Connaissance de la formation et du fonctionnement des réseaux	✓	✓	
Adhérer à la vision de réadaptation	✓	✓	✓
Mettre en œuvre la vision de réadaptation		✓	✓
Diriger l'équipe		✓	
Compétences cliniques		✓	✓
Lien avec le patient			✓
Coordination des soins			✓



**Vers de meilleurs soins  
en santé mentale  
Réflexion préparatoire sur  
l'élaboration d'un réseau  
Un outil**

**Griet De Roeck et Mark Leys**



Session d'information – 17 juin 2010

# Objectif

- **Créer un cadre**
  - aide à la réflexion sur le développement d'un modèle de réseau

**Non contraignant: cela stimule la réflexion**

- pas de liste formelle de critères



# Deux grandes parties

- **I. Zone géographique et besoins de la population**
  - Caractéristiques de la population et des besoins
  - Analyse de l'offre globale de soins
  - Spécificités d'une région
- **II. Développement d'un réseau**
  - Objectif
  - Structure
  - Accords sur les rôles et les missions
  - Gestion du réseau
  - Outils de support
  - Ressources humaines
  - Gestion des risques



# Partie 1

## Zone géographique et besoins de la population



Session d'information – 17 juin 2010

# 1. Caractéristiques de la population

- **Epidémiologie**
  - Expansion des problématiques de santé mentale au sein d'une région.
- **Composition sociodémographique**
  - Age, sexe, SES, mix culturel, ...
- **Situation de vie et de logement du/des groupe(s) cible(s)**
- **Besoins du/des groupe(s) cible(s)**
  - Par rapport à différents domaines & à la participation sociale



## 2. Caractéristiques de l'offre de soins

- **Offre de première ligne & offre ambulatoire (quel secteur + nombre)**
  - **Eventail de ressources (et groupes cibles)**
  - **Spécificités (et groupes cibles)**
    - **Capacité d'accueil**
    - **Niveaux administratifs**
    - **Quelles fonctions mettre en place?**
- **Offre résidentielle (quel secteur + nombre)**
  - **Eventail de ressources (et groupes cibles)**
  - **Spécificités (et groupes cibles)**
    - **Capacité d'accueil**
    - **Niveaux administratifs**
    - **Quelles fonctions mettre en place?**
- **Offre informelle**
  - **En lien avec différents domaines de la vie quotidienne**



### 3. Caractéristiques d'une région

- **Etendue (superficie)**
- **Profil socio-économique**
- **Accessibilité**
  - Distance
  - Accessibilité en transports publics
  - Temps d'attente
  - Heures d'ouverture ou horaire
- **Les habitudes**
  - En matière d'enseignement, du travail, de la culture, du commerce, des services, du bien-être et de la santé



## Partie 2:

# Développement d'un accord de coopération (réseau)



Session d'information – 17 juin 2010

# 1. Objectifs du réseau

- **Groupe cible général**
  - **Sous-groupes cibles**
    - **Attention: groupes cibles vulnérables**
- **Objectif général à différents niveaux**
  - **Groupe de patients**
  - **Accord de coopération**
  - **Réseau**
  - **Délimitation géographique**



## 2. Structure et complexité

- **Services partenaires**  
(partenaires-clés et pertinents)
  - Quels secteurs de la société?
  - Nombre de services par secteur?
  - Nombre de places agréées par service?
  - Equipe
- **Spécialisations**
- **Soins informels**
- **Chevauchements-complémentarité entre les organisations les services?**



### **3. Accords sur les rôles et les missions**

- **Répartition des tâches, des rôles et responsabilités au sein du réseau**
  - **Inclusion, exclusion, suivi des patients**
  - **Gestion/management du réseau**
  - **Logistique et aspect administratif**
- **Concertation & échange d'information**



## 4. Modèle de gestion du réseau

- **Choix d'un modèle de réseau**
  - Décentralisé (responsabilité partagée)
  - Multi-niveaux (délégation des niveaux d'activité)
  - Centralisé (un acteur central)
- **Coordination**
  - Organisation des réunions
  - Implication des partenaires dans le processus décisionnel
  - Procédures
  - Rapport sur les accords conclus
- **Rôle du coordinateur de réseau**



## 5. Outils de support

- **Objectif: harmonisation des activités au sein d'un réseau**
- **Outils, instruments et documents**
  - au niveau du patient
  - au niveau des services



# 6. Ressources

- **Financières**
  - **Accords sur les coûts directs & indirects**
- **GRH**
  - **Dispositions et tâches relatives au personnel**
    - **Combien, qui, de quel service?**
    - **Qualifications/profil?**
      - recyclage, formation continue
    - **Lieu de travail?**
    - **Forme d'emploi?**
- **Utilisation d'une infrastructure?**



# 7. Risque (management)

- = **évaluation des risques potentiels (internes et externes) susceptibles d'influencer l'efficacité et l'efficience d'un réseau**
- **Différence dans la culture de travail, divergence de vision, ...**
- **Réseaux existants**
  - **Insertion et départ des partenaires**
- **Concurrence et compétition**
- **Résistance & conflits**
- **Différentes stratégies de traitement?**
- **Responsabilités et suivi des tâches?**
- **Qualité?**

