

JOURNÉE DE FORMATION ET DE RÉFLEXION AUTOUR DE LA FONCTION DE « RÉFÉRENT DE SOINS DANS LES PROJETS ARTICLE 107

EQUIPES SCIENTIFIQUES
KULEUVEN, CENTRUM VOOR ZIEKENHUIS- EN VERPLEGINGSWETENSCHAP
UNIVERSITÉ DE LIÈGE, DÉPARTEMENT DES SCIENCES DE LA SANTÉ PUBLIQUE

C. GOSSET & I. HEYDEN

Bruxelles, SPF, 13 juin 2012

A decorative horizontal bar at the top of the slide, consisting of an orange square on the left and a blue rectangle on the right.

Journée d'intervision /formation

Objectifs de la journée

- Rappeler le cadre de la réforme en santé mentale
- Faire le point sur
 - ▣ L'évolution de la fonction de « personne de référence ou référent de soins » dans les projets 107
 - ▣ Les stratégies mises en place pour implémenter la fonction de personne de référence
 - ▣ Les besoins rencontrés par les coordinateurs de réseau
 - ▣ Les besoins rencontrés par les personnes de référence
- Faciliter le partage d'expériences

Déroulement de la journée

- Introduction-présentation des participants
- Cadre présenté par le SPF
 - ▣ *Pause-café*
- Partage d'expériences issues des coordinateurs
- Méthodologie du case management
 - ▣ *Pause de midi*
- Comparaison entre différentes fonctions
- Fonction de personne de référence ou référent de soins
- Etat des lieux des projets 107
- Avenir de la fonction de référent et besoins des coordinateurs



Cadre de la réforme en santé mentale

SPF



Méthodologie du Case management (CM)

CM - Définition

- Case: un cas, un patient déterminé présentant un problème de santé déterminé
- Management: gestion

CM – définition

- S'est développé aux USA comme alternative aux soins psychiatriques intra-muros
- ...un modèle de pratique de santé mentale qui, en coordination avec l'approche psychiatrique traditionnelle orientée sur le fonctionnement biologique et psychologique, vise le maintien global de la santé mentale des personnes dans leur environnement physique et social... (Kanter, 1989)

CM – définition

- Le CM est une forme de prestations de services, dirigé vers l'intégration des soins professionnels et des soins informels (donnés par les proches) (Parker, 1988)
- Le CM est une fonction dans laquelle s'intègrent les soins à long terme. (Austin, 1993)
- Le CM vise l'intégration des soins au niveau du client. Il comporte l'indication, l'exécution, l'évaluation de l'aide et la coordination des prestataires de soins issus de différents organismes. (Barach, 1984)

Continuité des soins

- =principe important du CM
- ?? Garantie par la disponibilité d'un personne CM OU par l'utilisation d'un instrument de planification des prestations de différents intervenants???
- L'apport d'une aide adaptée à chaque patient implique la compétence et la disponibilité des différents services et structures de la région (Wolf, 1990)

Application clinique du CM

- Le CMer doit aussi combler les lacunes du système d'aide (Benjamin et Dasjan, 1983)
- Pour la qualité de vie des patients, il est important de créer une relation entre l'équipe des dispensateurs de soins dans son entièreté et le patient et sa famille. La façon dont le patient passe d'un type de soins à un autre et l'expérience est un élément essentiel (Kanter, 1989)
- L'opérationnalisation de la continuité dépend de la communication de l'information entre les prestataires de soins. => importance du transfert de l'information

Application clinique du CM

- Importance de la qualité de la relation et de la communication entre le patient et le CMer (Asselbergs, 1989; Baker & coll, 1984; Goering & coll, 1988)
- Cette relation peut demander du temps (Wolf, 1990)
- Influence de l'attitude et les aptitudes sociales du patient et de sa famille=> l'ambivalence ou le manque de collaboration peuvent amener le CMer à couper la relation de contact ou à augmenter la distance (Henselmans, 1990; Wolf, 1990)

Application clinique du CM

- Favoriser l'autonomie du patient
- Aider le patient à augmenter son contrôle de ses propres conditions d'existence => aider à faire le meilleur choix quant au mode de vie à adopter et aider à y parvenir (Anthony & coll, 1988)

Processus du case management

- Screening/identification
- Assessment/Instrument d'évaluation
- Planning
- Exécution
- Evaluation/monitoring

Composantes du CM : interventions initiales

- Établir un relation de confiance
- Collecter des informations
- Évaluer les besoins et les demandes du client
 - ▣ NB : besoins concernant la santé physique, mentale ou sociales du client
 - ▣ NB : important d'identifier le besoin réel à la base d'une demande justifiée (Willems, 1990)
- Planifier les soins
 - ▣ Processus par étape, par phase (Doerbecker, 1979; Leavit, 1983; Wolf,1990), ce qui peut valoriser le patient et sa famille (besoins pris au sérieux) (Anthony & coll,1982)

Composantes du CM : interventions auprès de l'entourage et des intervenants professionnels

- Mise en contact du patient avec les services de soins
- Maintien et l'élargissement des réseaux sociaux (réseau primaire et social)
- Collaboration pluridisciplinaire
- Nb : si défaillance d'un réseau: développer et maintenir un réseau de substitution sans engendrer de dépendance vis-à-vis du CMer (Harris et Bergman, 1987; Cutler, 1985)

Composantes du CM : interventions auprès du patient et de l'entourage

- CMer = représentant, défenseur des intérêts du patient (par ex. lors des réunions pluridisciplinaires) auprès des professionnels
- Coordination des soins
 - ▣ Continuité des prestations pour satisfaire aux besoins du patients en permanence
 - ▣ Communication interdisciplinaire par écrit
- Soutien
 - ▣ Émotionnel (empathie, implication, attention)
 - ▣ Instrumental, sous forme de services pour assurer un suivi
 - ▣ Au niveau de l'information : information, éducation du patient et de ses proches

Public- cible du CM

- Usage intensif des services des soins de santé
- Admissions à répétition dans des hôpitaux
- Facteurs de risques socio-économiques
- Un très grand nombre de patients.

Ex: personnes âgées fragilisées, sans-abris, malades mentaux, patients SIDA, transplantés,...

Qui peut jouer le rôle de CMer ?

- Situation idéale: le **patient** lui-même
 - ▣ Favorise l'indépendance du patient;
 - ▣ Besoins et demandes clairement connus
- **L'accompagnant principal**
 - ▣ Relation de confiance avec le patient
 - ▣ Besoins et demandes souvent bien connus
 - ▣ Contribution souvent reconnue par les prof.
- **L'infirmier**
 - ▣ Possède une formation (sciences médicales et sciences humaines et sociales), une expérience de collaboration multidisciplinaire, une relation de confiance avec le patient
 - ▣ Peut assurer une liaison entre les soins à l'hôpital et le domicile

Qui peut jouer le rôle de CMer ?

□ **L'aide-familiale**

- Maillon important à domicile
- Offre des services variés
- Peu d'influence sur l'organisation des soins et leur palnification

□ **Le médecin traitant**

- Position centrale dans les soins de 1^è ligne
- Relation de confiance
- Rôle de CM difficilement compatible avec l'emploi du temps

Qui peut jouer le rôle de CMer ?

□ **L'assistant social**

- Connaissance du réseau social, des structures
 - Formation svt orientée vers la résolution des problèmes psycho-sociaux
 - Position de médiateur entre le client et l'environnement social
 - Manque d'approche somatique
-
- NB : Choix du patient
 - NB : Qualités personnelles du CMer

A horizontal bar at the top of the slide, divided into an orange section on the left and a blue section on the right.

Projets relatifs au case management en Belgique

Projets en Belgique

- **1993-1996:** Case management de 104 patients psycho-gériatriques (extramural)
- **1996-1998:** Case management dans 22 hôpitaux belges pour 335 PA à haut-risque (transmural)
- **1996-1997:** Case management dans les soins à domicile pour 44 PA à haut-risque (extramural)
- **1998-1999:** Système du référent hospitalier dans 108 hôpitaux belges (intramural)
- **1998-2001:** Système du référent hospitalier dans 38 hôpitaux psychiatriques (intramural)

Objectifs du RH – hôpitaux généraux

- Prévenir les réhospitalisations et les institutionnalisations de patients à haut risque en préparant, dès l'admission, un retour à domicile qui soit de qualité
- Favoriser de manière globale la continuité des soins en développant des processus de collaboration interdisciplinaire dans l'hôpital ainsi qu'entre l'hôpital et les structures de première ligne

Objectifs microscopiques

- ✓ Dès l'admission du patient, préparer la sortie du patient vers le domicile
- ✓ Dépister les patients à haut risque pour lesquels un retour à domicile est envisagé
- ✓ Évaluer de manière holistique les besoins des patients dépistés et de leur aidant naturel
- ✓ Participer aux plans de soins individualisés établis et mis en œuvre sur une base coordonnée et multidisciplinaire
- ✓ Informer le patient et son aidant naturel sur les aides et services à domicile disponibles
- ✓ Proposer, coordonner un plan de sortie individualisé avec la collaboration des structures de première ligne

Objectifs mésoscopiques

- ✓ Contribuer en permanence à la culture de continuité de soins dans l'hôpital
- ✓ Intégrer le R.H. dans l'organigramme de l'hôpital
- ✓ Proposer et développer les lignes d'action de la politique de continuité des soins (objectifs institutionnels)
- ✓ Veiller à intégrer les données utiles à la continuité des soins au sein des dossiers informatisés des patients
- ✓ Créer et développer des synergies pluridisciplinaires dans l'ensemble des unités et services concernés par le programme de soins
- ✓ Participer à la formation continuée ciblée sur les principes de la continuité des soins et son application concrète

Objectifs macroscopiques

- ✓ Développer des collaborations avec les structures de soins, d'aide et de services extra-hospitaliers
- ✓ Développer des synergies avec les autres hôpitaux ou autres types de structures
- ✓ Participer à la dynamique des plateformes régionales pour la continuité des soins

Référent hospitalier en 2012

- Financement structurel
 - ▣ Services G des HG (AR du 5/4/2002)
 - ▣ Services G isolés (AR du 1/7/2005)
- Projet pilote (contrats annuels)
 - ▣ Services Sp (>80 lits)
 - ▣ Services A

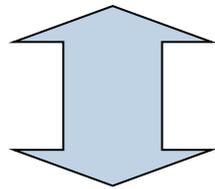


Efficacité du RH dans les hôpitaux généraux

Efficacité du RH –Hôpitaux généraux

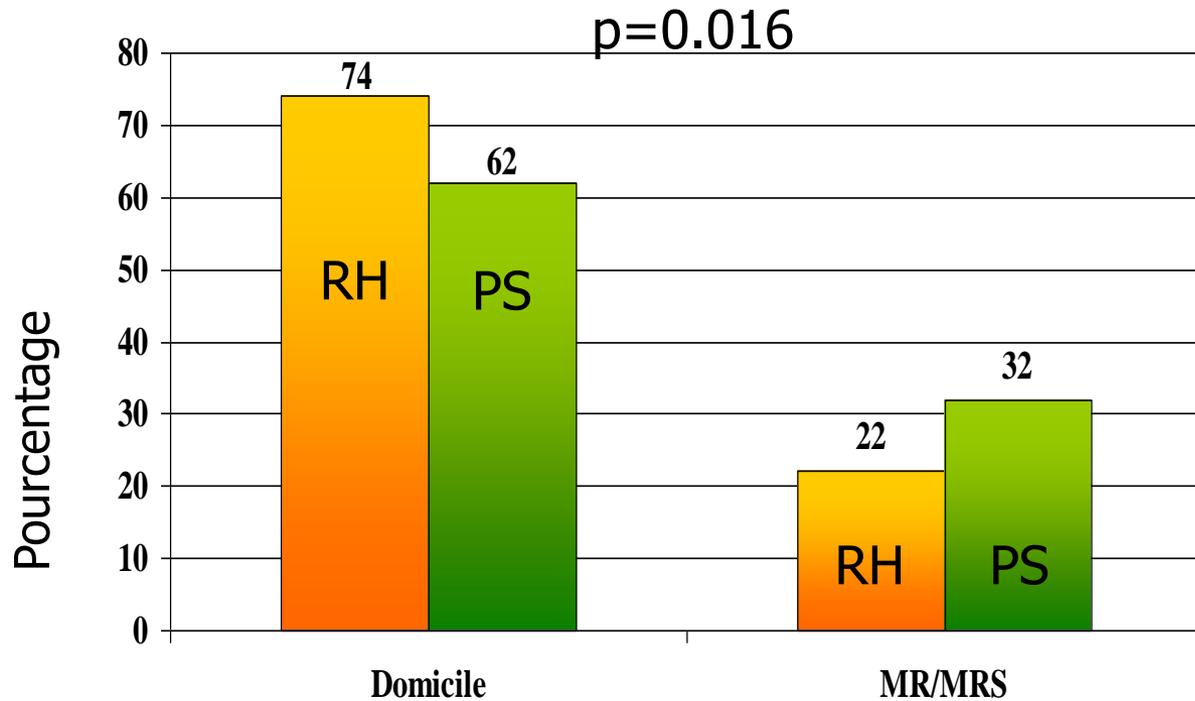
- Réductions des réadmissions dans les hôpitaux et de l'institutionnalisation en MR/MRS

- 356 patients gériatriques avec RH



- 469 patients gériatriques avec une préparation à la sortie habituelle

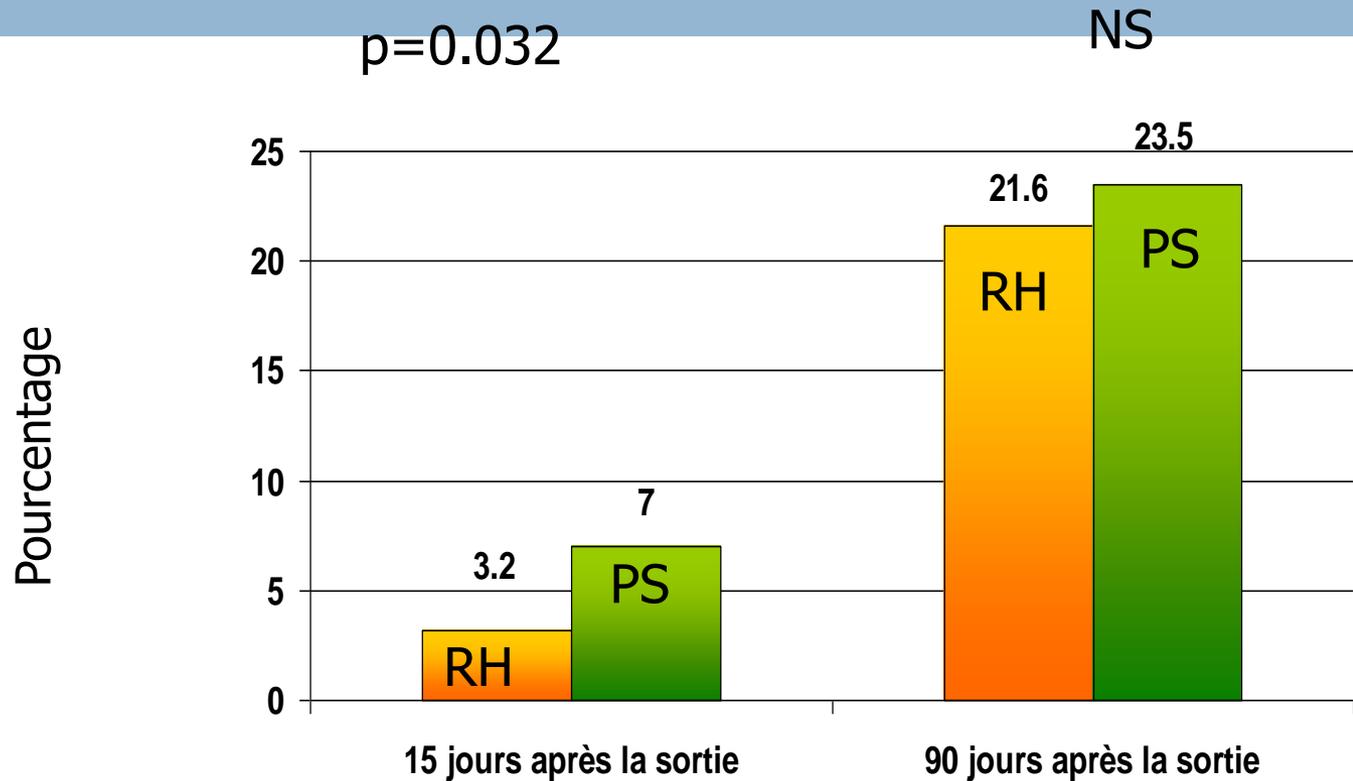
Efficacité du RH – hôpitaux généraux : Sortie



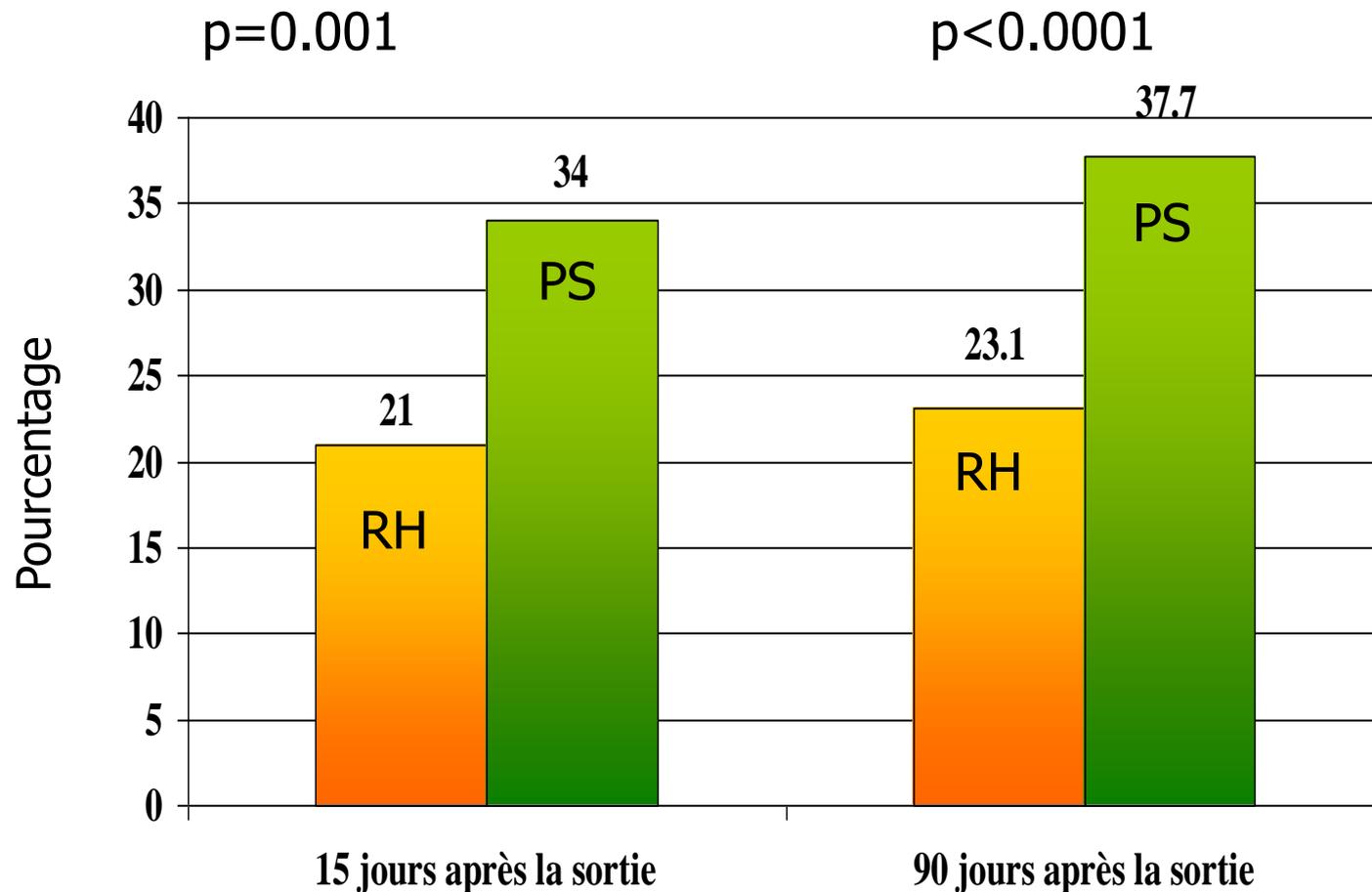
RH: Réfèrent hospitalier

PS: Préparation à la sortie habituelle

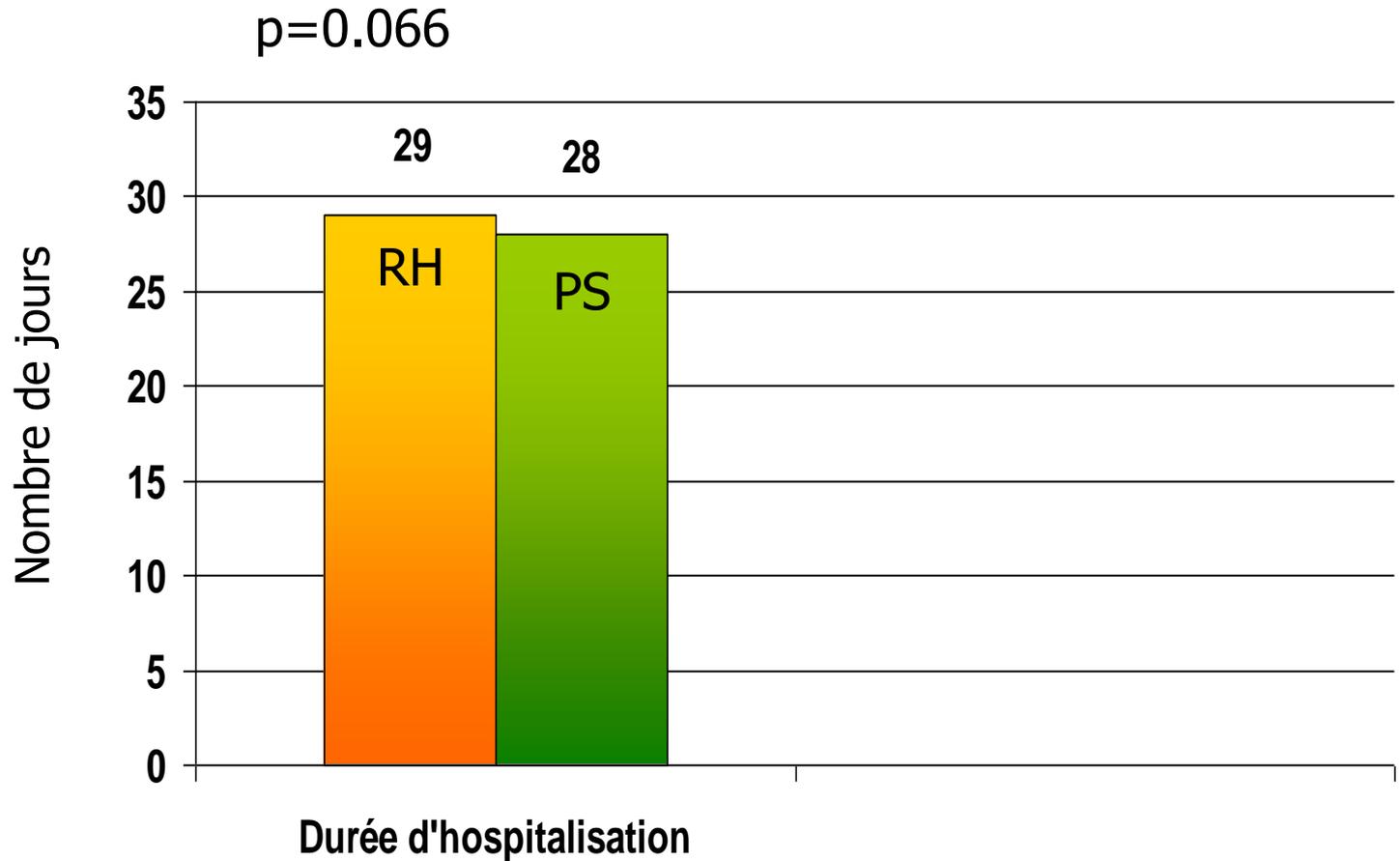
Efficacité du RH – Hôpitaux généraux : Réadmissions



Efficacité du RH – hôpitaux généraux : Institutionnalisation



Effacité du référent hospitalier: Durée d'hospitalisation



Utilisation dans les organisations de soins de santé

- Différences les plus marquantes
 - ➔ plus de travail social
 - ➔ plus de coordination dans les soins à domicile
 - ➔ plus de signaux d'alarmes personnalisés

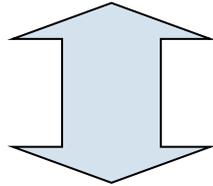


Efficacité RH dans les hôpitaux psychiatriques

Efficacité du référent hospitalier psy

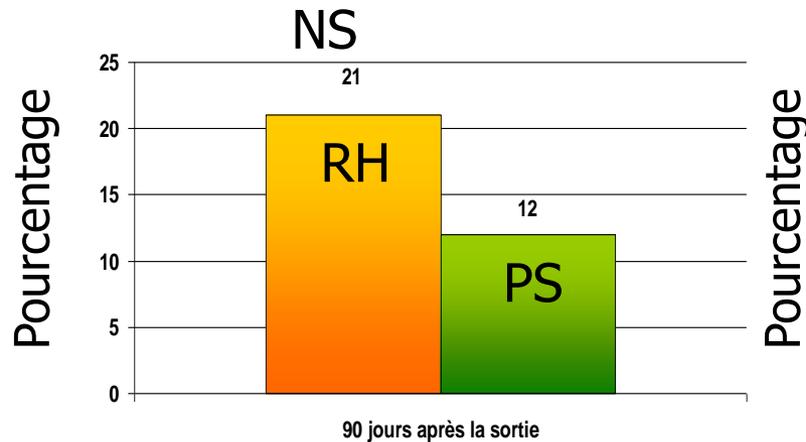
... Réductions des réadmissions à l'hôpital et des institutionnalisations (ex. Hab. protégées.)

- 749 patients psychiatriques avec RH
(1/1999 - 8/2000)

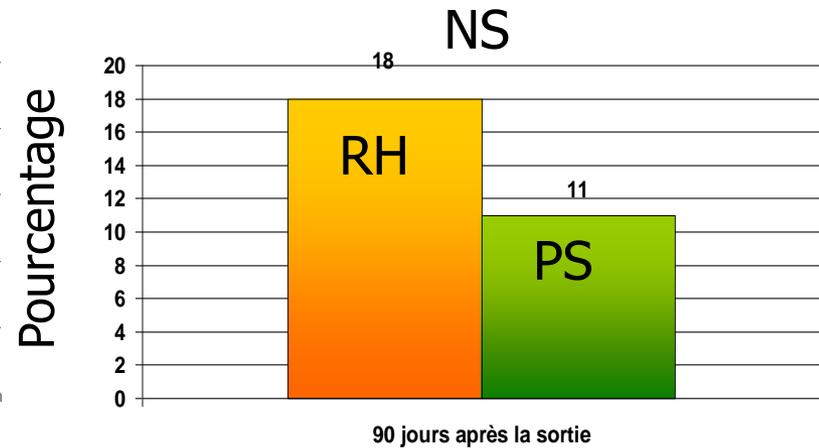


- 1560 patients psychiatriques
RPM (1/1998 - 9/1998)

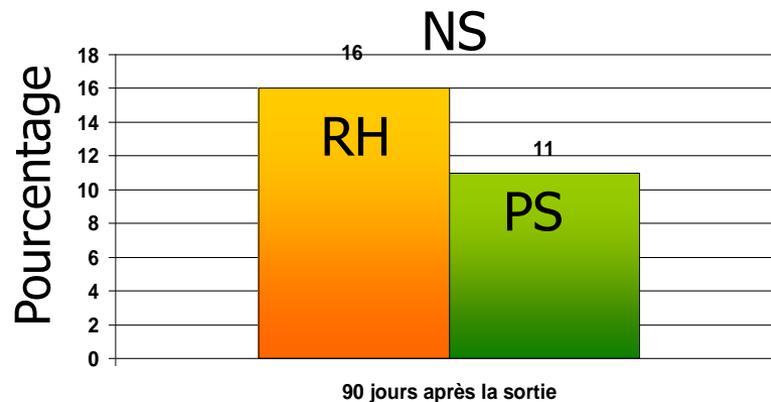
Efficacité du RH psy: Réadmissions à l'hôpital



Troubles du comportement



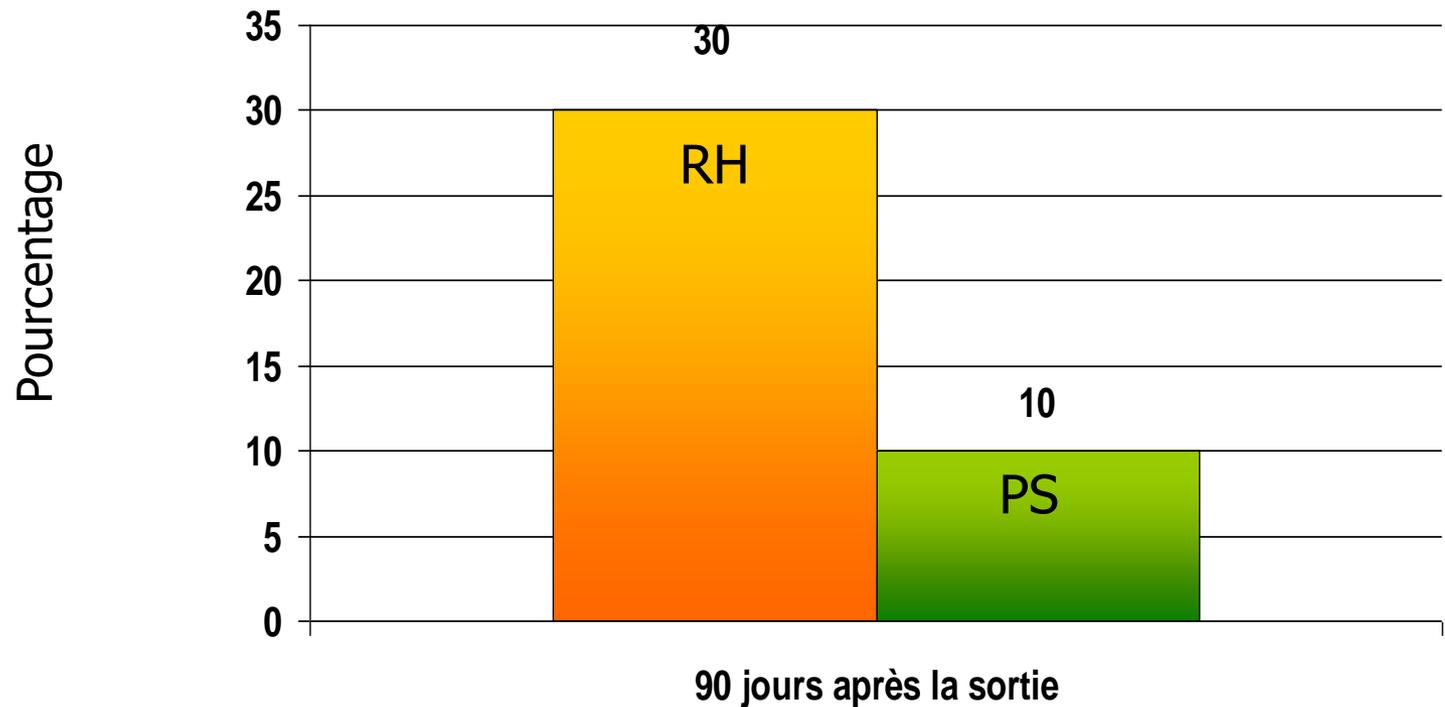
Troubles liés à une substance



Troubles de la personnalité

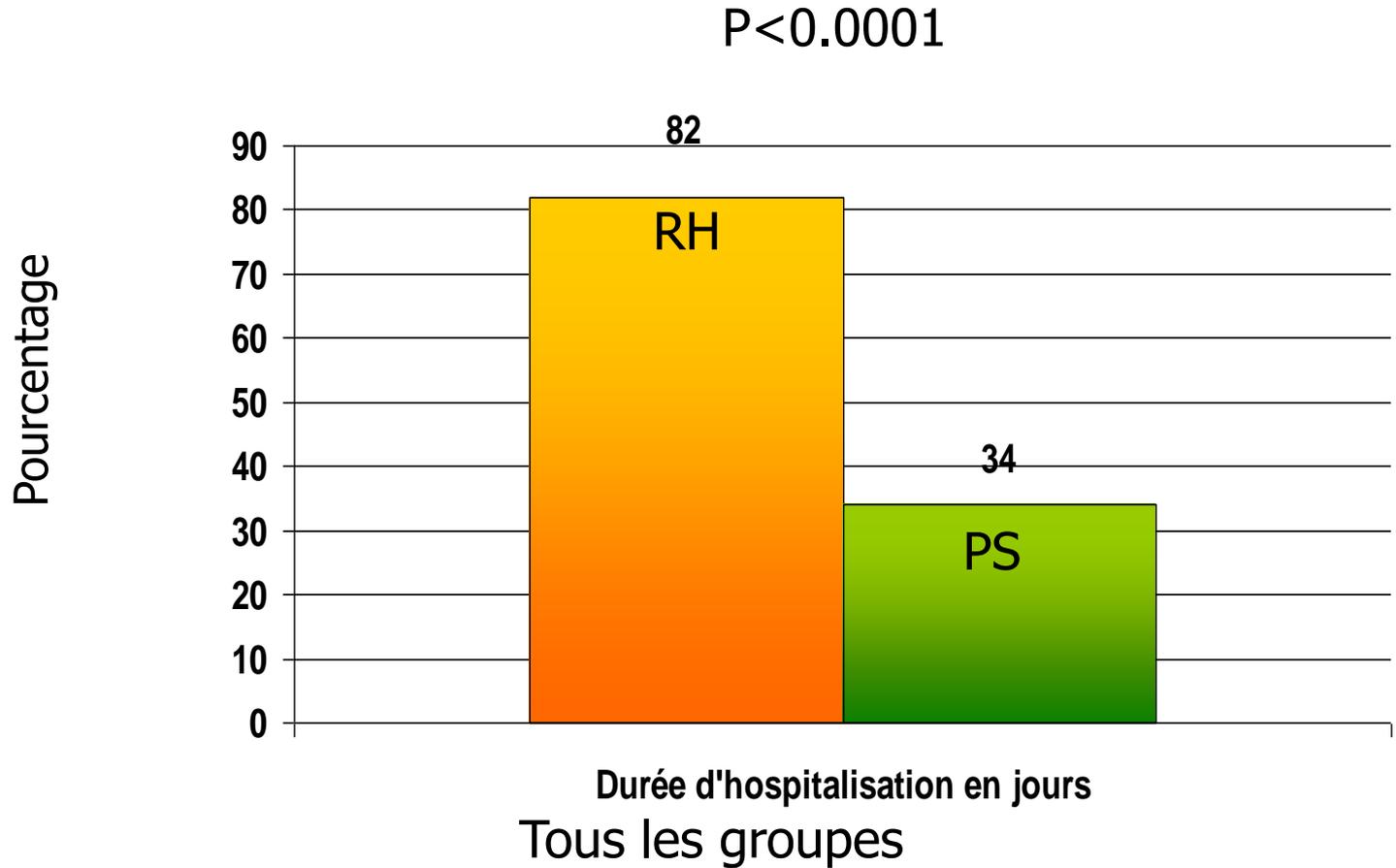
Efficacité du RH psy: Réadmissions à l'hôpital

$p=0.006$



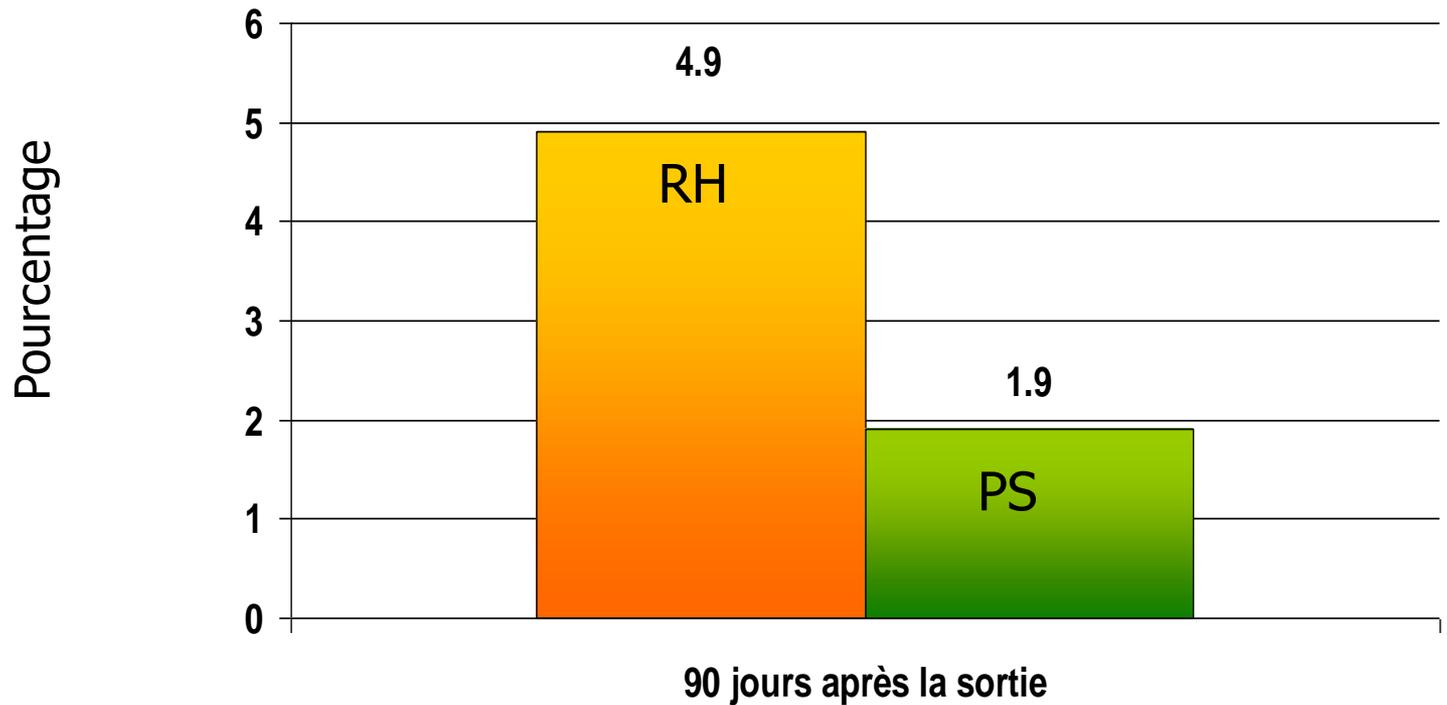
Schizophrénie/autres troubles psychotiques

Effacité du RH psy: Durée d'hospitalisation



Efficacité du RH psy: Institutionnalisation

$p=0.001$



Tous les groupes

Plus-value du RH vue par les RH francophones : préparation de la sortie

- + perspective de sortie dès l'admission et une prise en compte d'échéances
- + systématisation de la détection de patients susceptibles de bénéficier du RH
- + détection systématique de leurs besoins et utilisation d'instruments (NB charge de travail mais aussi partage des tâches !)
- + amélioration du travail avec l'extramuros, via la communication et la transmission de l'information
- + Implication du MG ou incitation du patient à se fidéliser à un MG
- + implication du patient et de la famille
- + valorisation du travail social

Plus-value du RH vue par les RH francophones : préparation de la sortie

- stimulation de la créativité en vue de collaborer avec les services alternatifs
- La préparation intensive de la sortie dans un climat de confiance partagée offre une plus grande satisfaction professionnelle
- compromis entre les questions du patient et les réflexions de l'équipe (NB: demande beaucoup de temps)
- Si le patient a un faible réseau de soutien formel ou informel, la préparation de la sortie exige beaucoup d'efforts pour établir les contacts. NB: nécessité de la bonne volonté du patient qui doit donner son accord

Conclusion

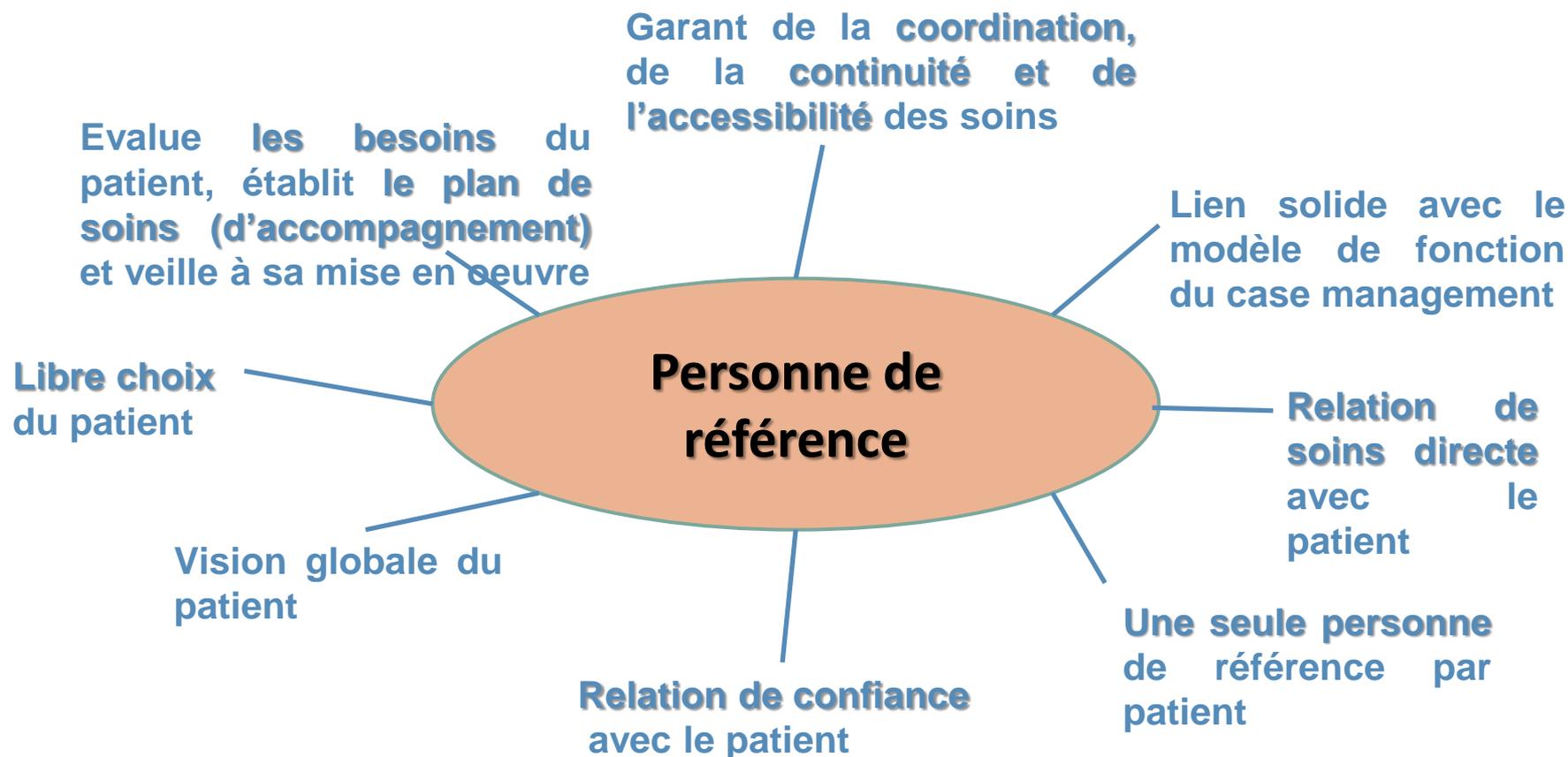
- Le case management est
 - ▣ Un procédé de soins cliniques intégrés
 - ▣ Plus qu'une simple gestion des soins à la sortie
 - ▣ L'application de l'interdisciplinarité
 - ▣ Coordonné par un case manager
 - ▣ Déployé dans plusieurs secteurs : intra-, extra- et en transmuralité
- Le système du RH est
 - ▣ L'usage du case management pour la préparation de la sortie d'un patient

Comparaison des fonctions

Référent de soins

Autres fonctions en SSM et liens

Référent de soins ou personne de référence



<http://www.psy107.be/SiteFiles/Wallonie.pdf%20def.pdf>

http://www.inami.fgov.be/care/fr/mental-health/psychiatric_patient_home/pdf/note.pdf

De Jaegere V., Desmet A. & van Audenhove C. Nieuwe rollen in betere GGZ projecten: competenties van netwerkcoördinator en de referentiepersoon. KUL.

Référent de soins ou personne de référence

❑ ÉLÉMENTS CLÉS

- ❑ 1. Soignant avec un rôle direct dans la prise en charge du patient
- ❑ 2. Agit en fonction du patient
- ❑ 3. Possède des compétences cliniques

Référent de soins ou personne de référence

Caractéristiques du profil	
Communication	<ul style="list-style-type: none">• communiquer spontanément• organiser une concertation si nécessaire• pouvoir indiquer les besoins du patient à l'équipe• proposer le plan de soins à l'équipe• confidentialité de la communication
Evaluation	<ul style="list-style-type: none">• mener une évaluation solide avec le patient et son entourage
Plan de soins/plan d'accompagnement	<ul style="list-style-type: none">• concevoir le plan de soins-d'accompagnement, le suivre, l'évaluer et le gérer
Continuité des soins	<ul style="list-style-type: none">• règle la continuité le soir, le week-end, les jours de congé
Empowerment	<ul style="list-style-type: none">• proposer au patient un objectif à atteindre• considérer le patient dans sa globalité• aider le patient à définir des objectifs personnels• dispenser une psycho-éducation (traitement, maladies,...)
Compétences cliniques	<ul style="list-style-type: none">• compétences pour dispenser des SSM• viser l'amélioration de la santé du patient
Coordination	<ul style="list-style-type: none">• bonnes compétences en coordination• gérer la continuité le soir/WE/congés/...

Qui pourrait être désigné comme personne de référence ?

- Infirmièr(e) (psychiatrique)?
- Professionnel ayant une bonne relation de confiance avec le patient → libre choix ??
- Cadre légal
 - ▣ Soignants (tels que définis dans l'A.R. 78), psychologues cliniciens, orthopédagogues, assistants sociaux
 - ▣ Méd. généralistes, infirmiers à domicile, etc.
- Rem: la personne de référence peut changer au cours du temps pour un patient

Synthèse des fonctions dans les soins de santé mentale

- Diverses fonctions en SM
 - ▣ Référent hospitalier pour la continuité des soins
 - ▣ Coordinateur de soins au sein des plateformes psychiatriques concernant le traitement de personnes présentant un problème lié aux substances
 - ▣ Case manager pour les patients en état de crise psychique ou ayant des symptômes déterminés suite à l'utilisation d'une substance psychoactive
 - ▣ Coordinateur des projets thérapeutiques
 - ▣ Personne de référence ou référent de soins dans le cadre de la réforme en santé mentale

Objectifs par fonction

Référent hospitalier

- Préparer la sortie
- Eviter une sortie complexe et/ou une rechute du patient
- Contribuer à la continuité des soins

Préparation de la sortie
Continuité des soins

Coordinateur de PT

- Organiser la concertation autour du patient en veillant à l'adéquation entre soins et coordination des soins
- Soins adaptés au patient
- Favoriser autant que possible les soins à domicile
- Développer des circuits de soins et des réseaux

Concertation
de soins

Coordinateur de soins pour les problèmes de substances

- Développer un réseau en SSM pour une offre de soins intégrale
- Organiser et aider la concertation entre partenaires
- Faciliter la collaboration entre acteurs

Coordination des soins
Réseaux et circuits

Case manager substances psychoactives

- Accueillir les patients présentant un problème lié aux substances qui se trouvent en crise
- Veiller au sein de cette cellule de crise que le patient soit, dans les 5 jours, stabilisé et redirigé
- Assurer le suivi du patient

Gestion du trajet
de soins

Personne de référence

- Gestionnaire de l'ensemble du trajet de soins
- Evaluation des besoins du patient
- Plan d'accompagnement
- Coordination et communication

Gestionnaire du
trajet de soins =
élément-clé

Patients cibles par fonction

Référent hospitalier

- Patients psychiatriques à haut risque de sortie complexe et/ou de rechute
- Faire partie de 1 des 4 catégories :
 - Schizophrénie
 - Troubles des assuétudes
 - Troubles de l'humeur
 - Troubles de la personnalité

4 types de patients psychiatriques

Coordinateur de PT

- Patients de tous âges présentant une problématique chronique et complexe
- Pathologie du DSM-IV, ICD-9-CM ou ICD-10-CM
- Exclusion :
 - Démence
 - Troubles cognitifs
 - Epilepsie
 - Retard mental
 - Troubles neurologique

Patients^S psychiatriques, patients chroniques

Coordinateur des soins pour les problèmes liés aux substances

- Institutions régionales destinés aux patients souffrant ayant des problèmes liés aux drogues
- *(Indirectement , patients souffrant d'un problème lié aux substances)*

Institutions régionales pour les problèmes de subst.

Case manager substances psychoactives

- Patients souffrant d'un problème lié aux substances dans un état de crise
- Critères d'inclusion strictes pour des patients à haut risque

Hôpitaux aigus pour les probl. de subst.

Personne de référence

- Groupes cibles divers

Groupes cibles divers

Missions pour chaque fonction

Référent hospitalier

- Soins visant à un retour de qualité au domicile
- Favoriser la continuité des soins
- Mettre en place des processus de collaboration interdisciplinaire aux niveaux méso et macro

Coordinateur de PT

- Organiser minimum une concertation par trimestre dans le courant de la première année de prise en charge et minimum trois dans une phase ultérieure

Coordinateur des soins pour les problèmes liés aux

- Faciliter la concertation entre des partenaires en matière de répartition des tâches et une complémentarité de l'offre en soins
- Concertation avec d'autres coordinateurs de plateformes
- Inventorier l'offre et la demande en soins au niveau provincial

Case manager substances psychoactives

- Evaluer les besoins du patient
- Formuler des objectifs à court/long termes
- Informer, conseiller et motiver le patient
- Médiation en cas de conflits
- Orienter le patient
- Accompagner le patient lors de son trajet de soins
- Coordonner les soins à la sortie
- Evaluer les procédés et les objectifs en soins

Personne de référence

- Gestionnaire de soins
- Evaluer les besoins du patient
- Plaque tournante entre le patient et les différents acteurs
- Responsable de l'établissement du plan d'accompagnement
- Garantir la continuité des soins

Missions au niveau MICRO

Référent hospitalier

- 5 étapes :
 - Screening du patient à haut risque
 - Recueil des données en matière de besoins du patient
 - Déterminer de manière interdisciplinaire les objectifs et le plan de soins
 - Mise en œuvre du plan de soins
 - Evaluation et correction des objectifs et du plan de soins

Coordinateur de PT

- Communication à l'inclusion du patient dans le projet
- Recueil des données du patient
- Communication avec le client
- Gestion du dossier des clients
- Mener la concertation à l'inclusion
- Elaborer l'ordre du jour d'une concertation
- Rédiger le rapport de concertation
- Désigner une personne de contact pour les soins

Coordinateur des soins pour les problèmes liés aux substances

- *(Pas d'application)*

Case manager substances psychoactives

- Evaluation des besoins du patient/sa famille
- Réalisation du plan de soins
- Organisation des aides pour le patient
- Accompagnement
- Gestion et évaluation du plan de soins
- Education à la santé du patient et de son entourage
- Gestion de la sortie ou de l'orientation vers une autre institution
- Suivi du patient pendant 3 mois au maximum

Personne de référence

- Rédaction d'un plan d'accompagnement
- Veiller au plan d'accompagnement
- Coordination, mise en œuvre et gestion du plan de soins
- Personne de contact
- Intervention en cas de non-respect des conventions
- Prévoir des moments de concertation si nécessaire
- Gérer la continuité le soir, les WE, etc.

Missions au niveau MESO

Référent hospitalier

- Promouvoir la fonction de référent hospitalier
- Agir en matière de politique visant la continuité des soins à l'hôpital
- Intégrer la fonction de RH dans l'organigramme
- Faciliter la formation continue
- Développer des synergies interdisciplinaires
- Faciliter l'implémentation du RH à l'aide d'outils
- Participer à des groupes de travail

Coordinateur de PT

- Veiller à la diffusion à tous les partenaires des informations issues de la concertation
- Etre la personne de contact du PT pour tous les partenaires de l'hôpital
- Rédiger l'agenda du groupe de pilotage
- Rédiger les PV de réunion du comité de pilotage
- Rédiger le rapport d'activités

Coordinateur des soins problème substances

- *(Pas d'application)*

Case manager substances psychoactives

- Concertation d'équipe pour déterminer les interventions nécessaires
- Vérifier si les services mis en place correspondent aux besoins du client
- Augmenter l'accessibilité et la qualité des services pour le client
- Faciliter la collaboration entre prestataires de l'hôpital

Personne de référence

- *(Pas d'application)*

Missions au niveau MACRO

Référent hospitalier

- Développer/favoriser des liens de collaboration avec des services extramuraux
- Intégrer le RH dans des programmes de soins
- Participer à des concertations régionales
- Signaler les éléments manquants pour garantir la continuité des soins transmuraux

Coordinateur de PT

- Promouvoir les PT
- Etre la personne de contact du PT pour les partenaires extramuraux et les autres secteurs
- Participer à une concertation transversale au niveau régional
- Prendre contact avec des partenaires potentiels pour le projet
- Détecter et faire part des vides à combler en matière de

Coordinateur problème substances

- Inventorier l'offre en soins existante au niveau provincial
- Concertation et collaboration entre institutions
- Enquêter sur les besoins en soins, les lacunes, le superflu et les difficultés
- Inviter des coordinateurs d'autres plateformes à une concertation

Case manager substances psychoactives

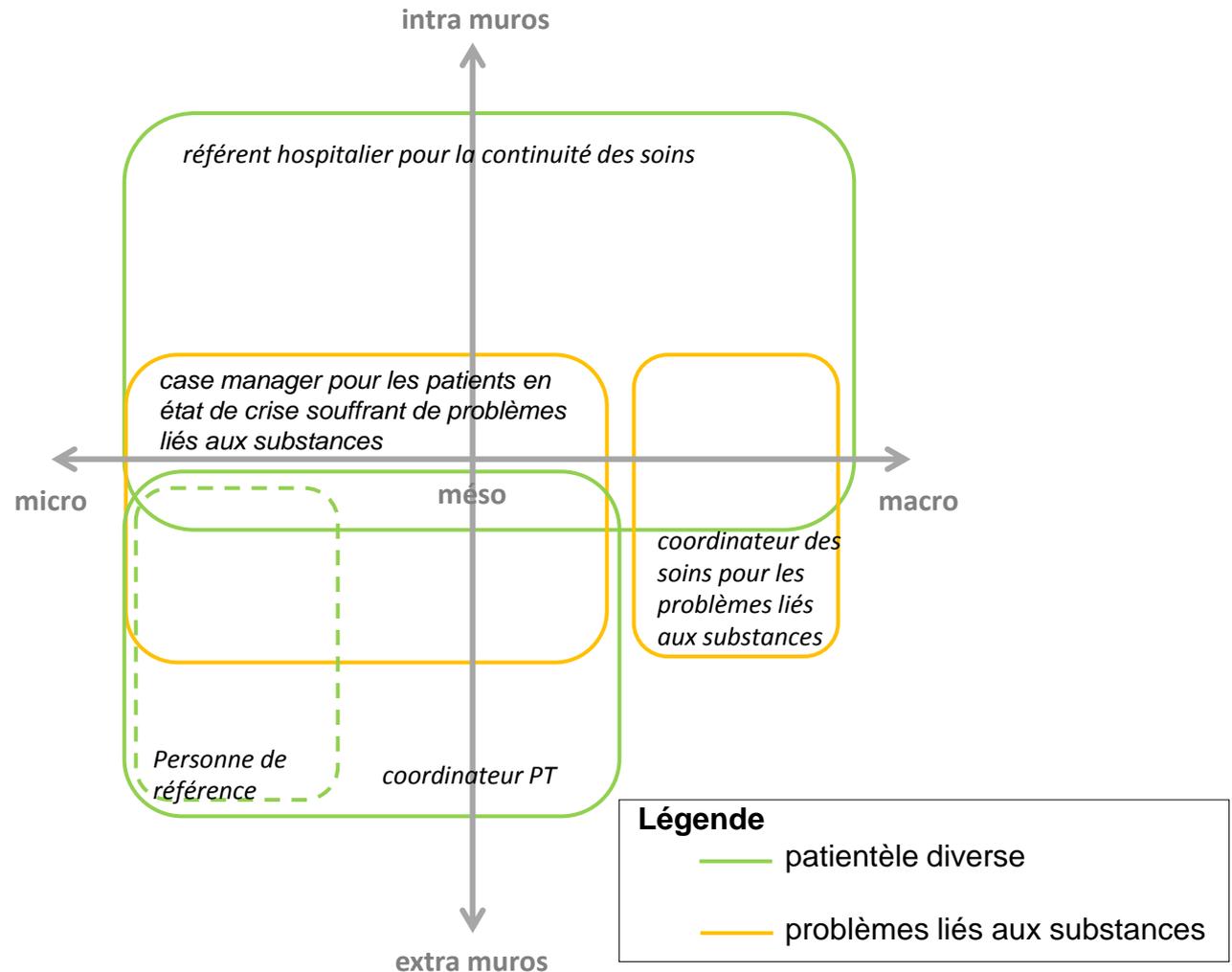
- Favoriser la collaboration entre l'hôpital et la 1^{ère} ligne
- Faciliter la collaboration avec les services des soins à domicile pour le patient
- Planifier une concertation avec les services de soins à domicile
- Discuter avec des partenaires en matière de possibilités d'orientation au niveau régional

Personne de référence

- **(Pas d'application)**

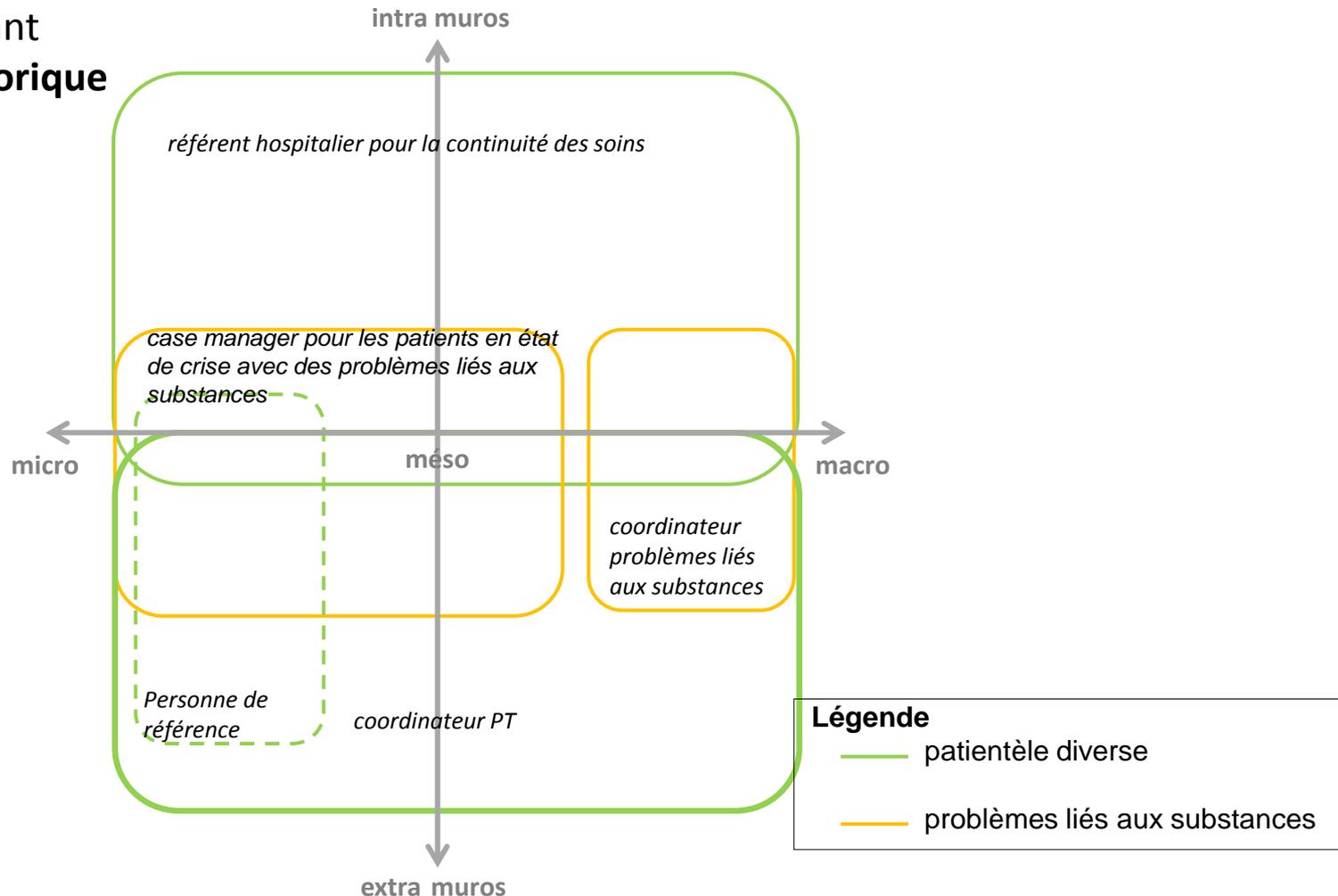
Synthèse des fonctions en SSM

Figure illustrant la pratique actuelle



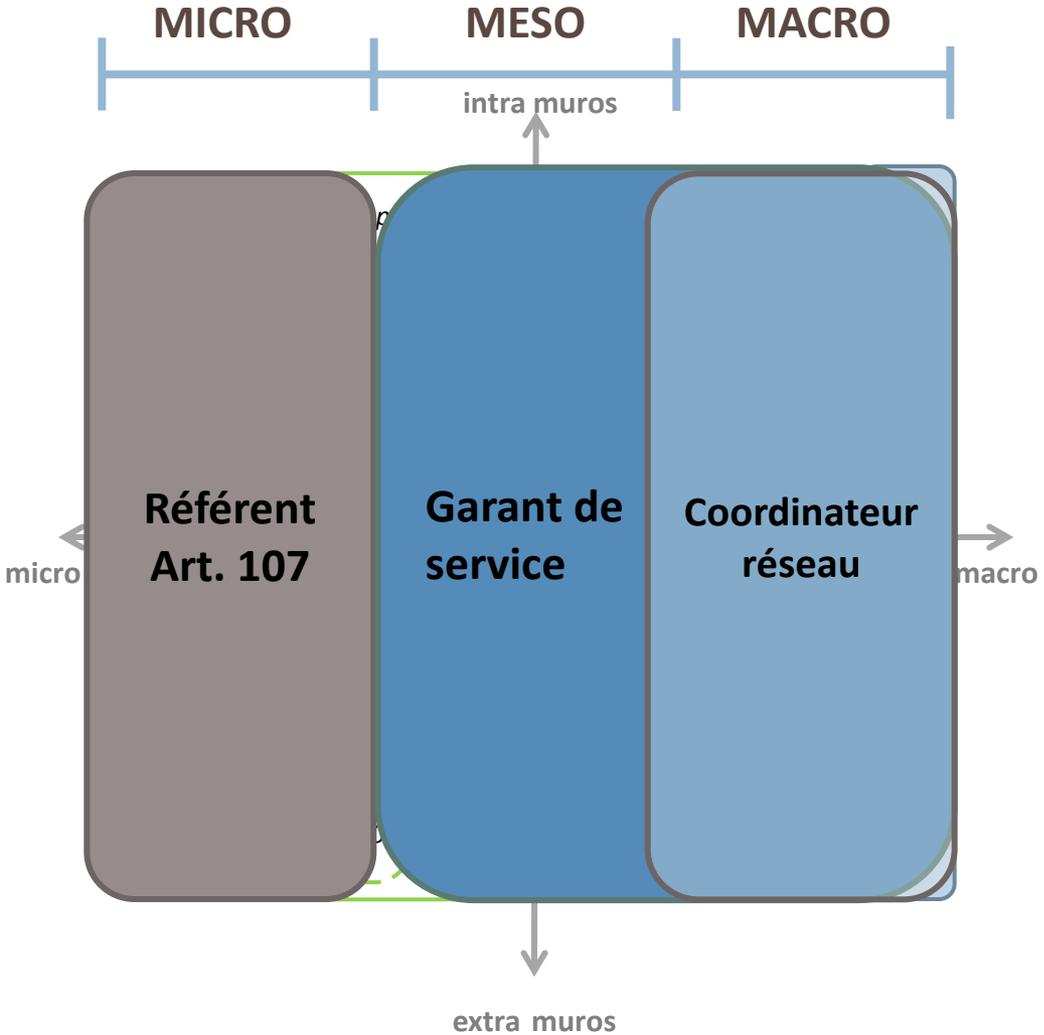
Synthèse des fonctions en SSM

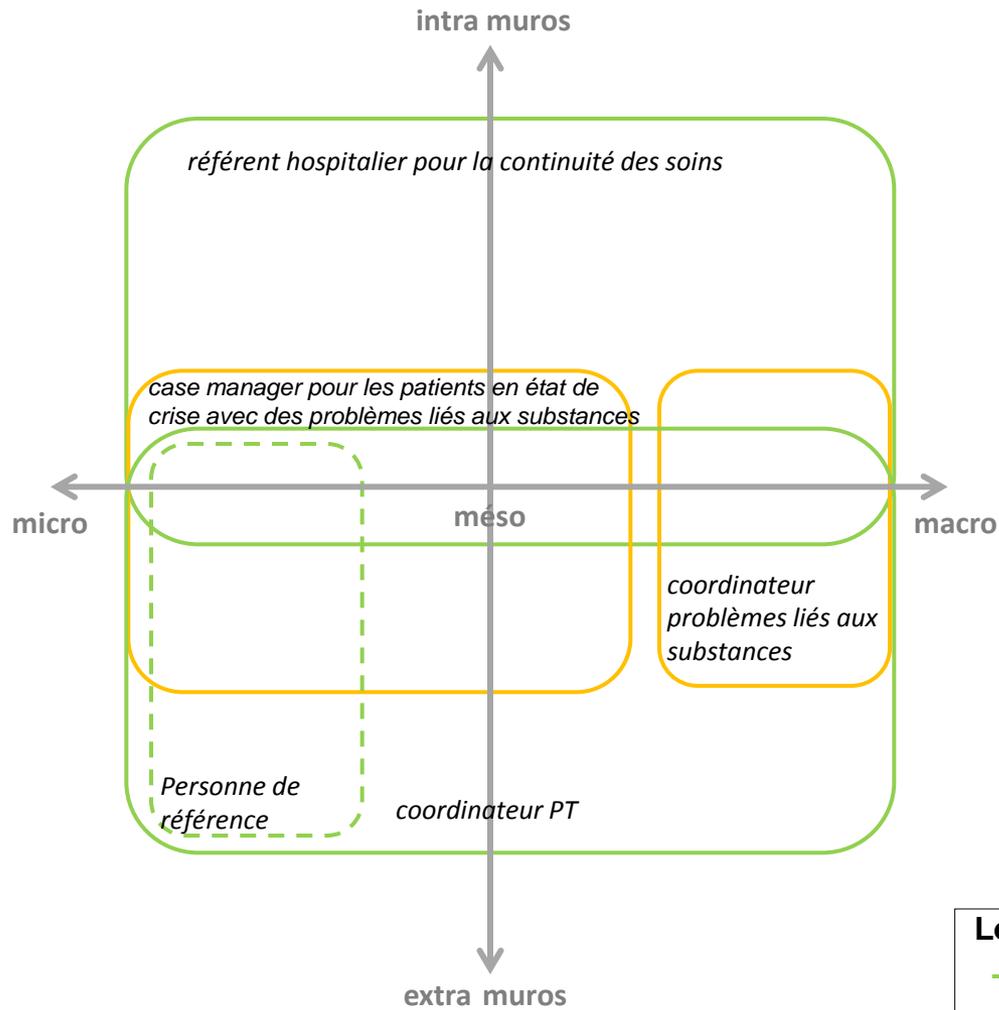
Figure illustrant
l'objectif théorique



Référent Art.107

Garant de service
Coordinateur de réseaux

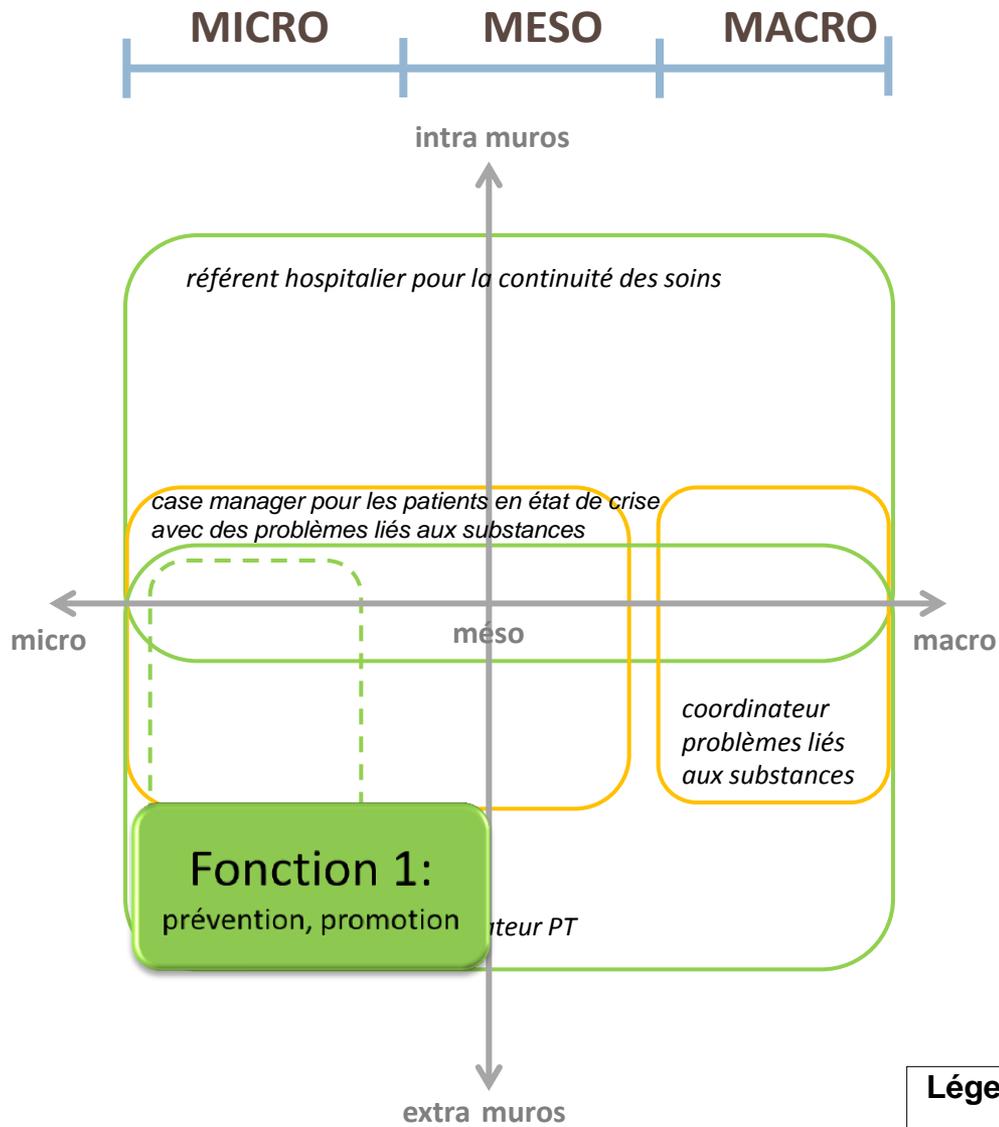


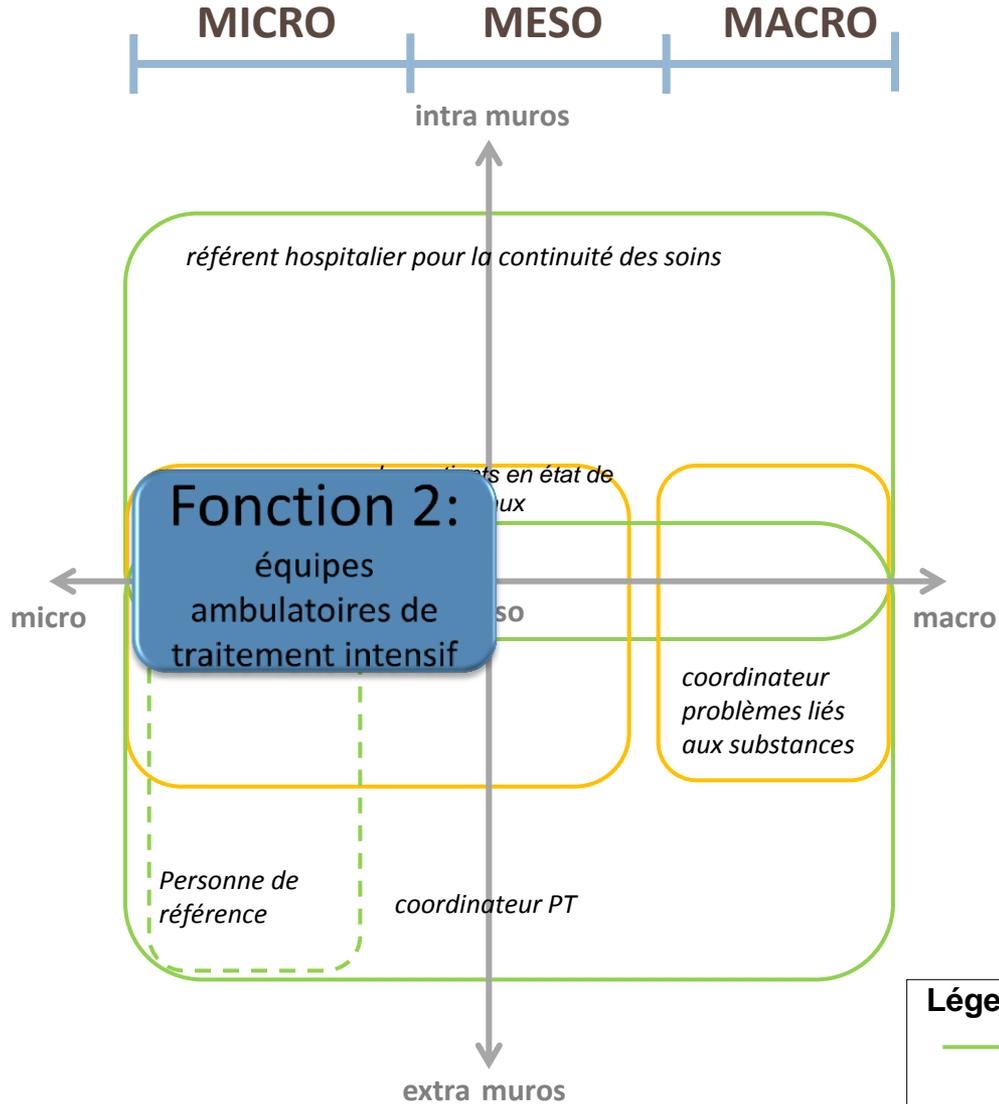


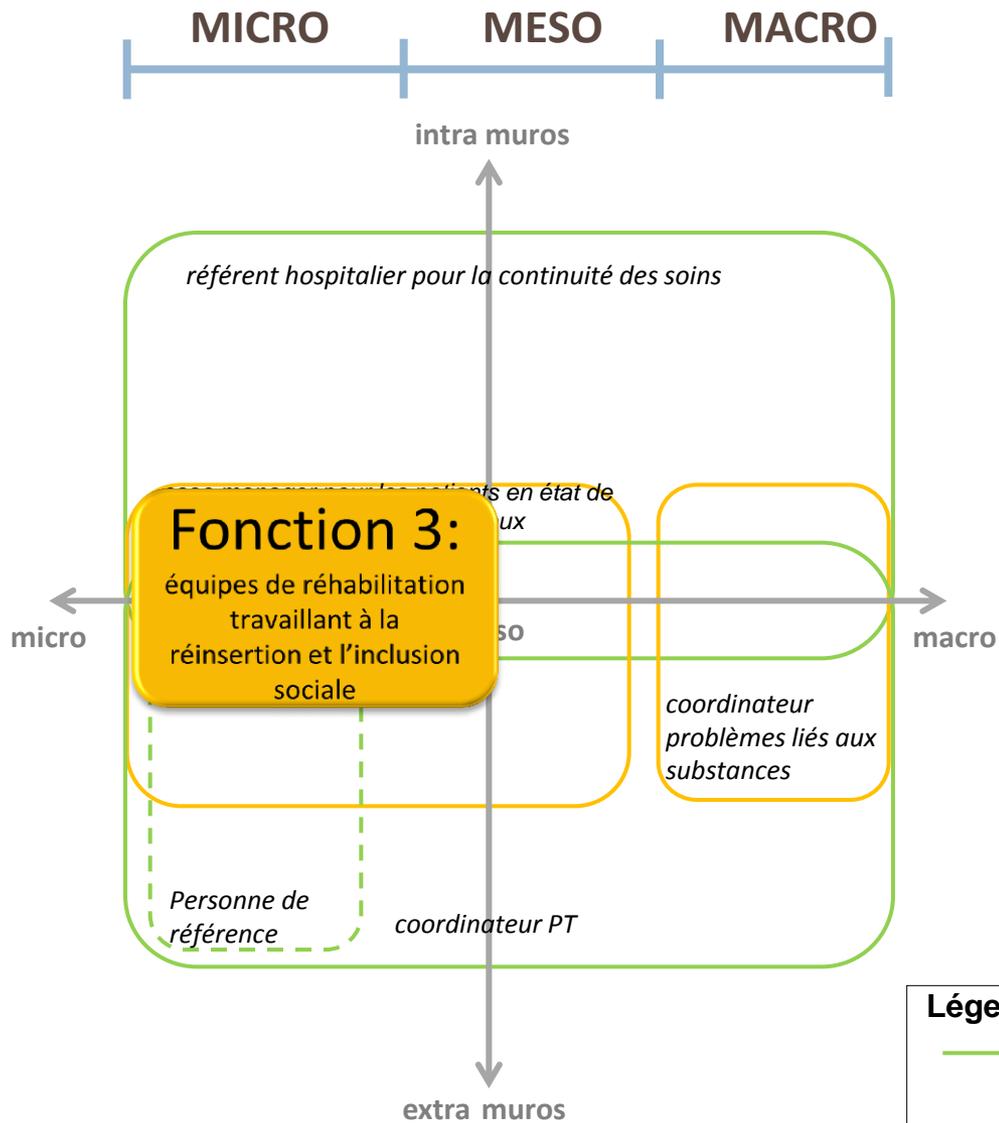
Légende

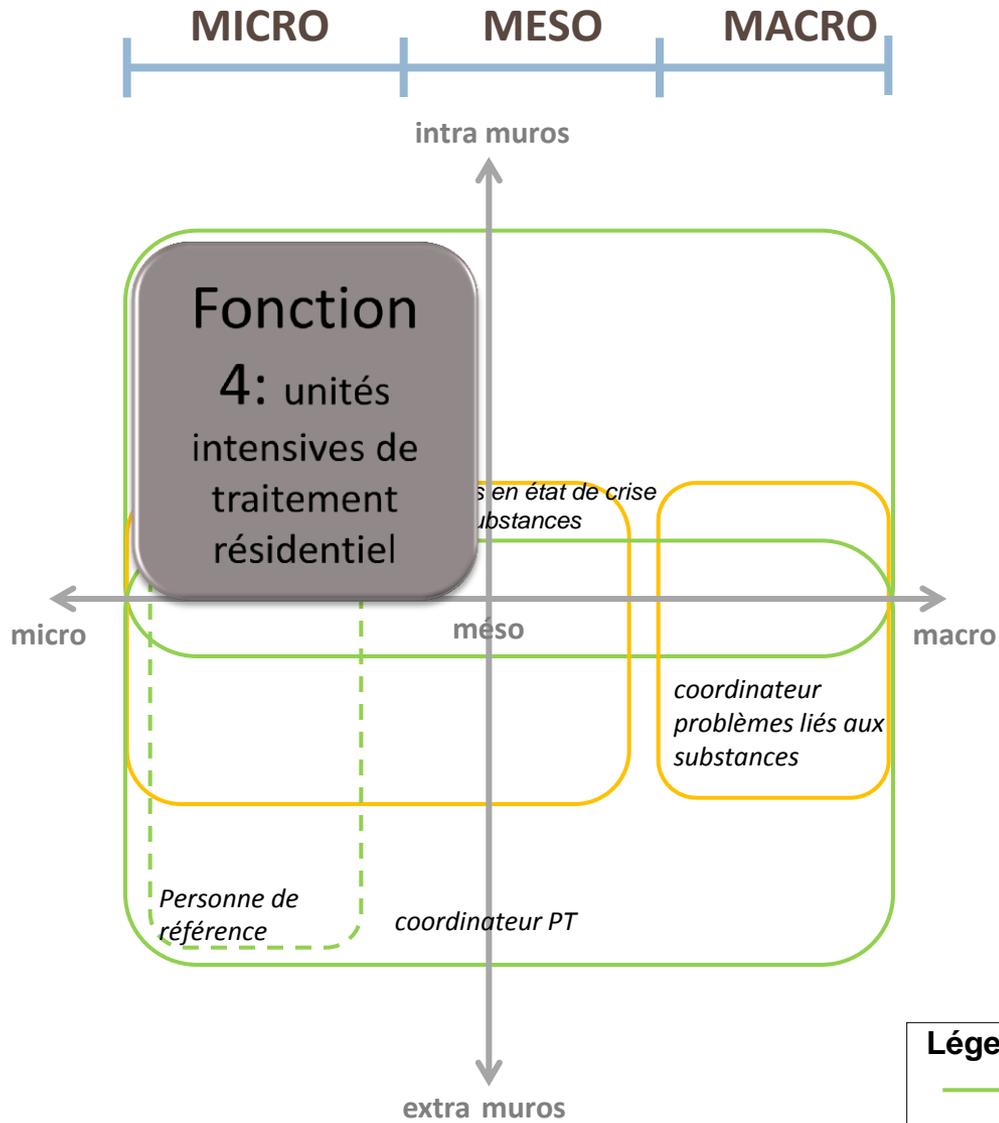
— patientèle diverse

— problèmes liés aux substances



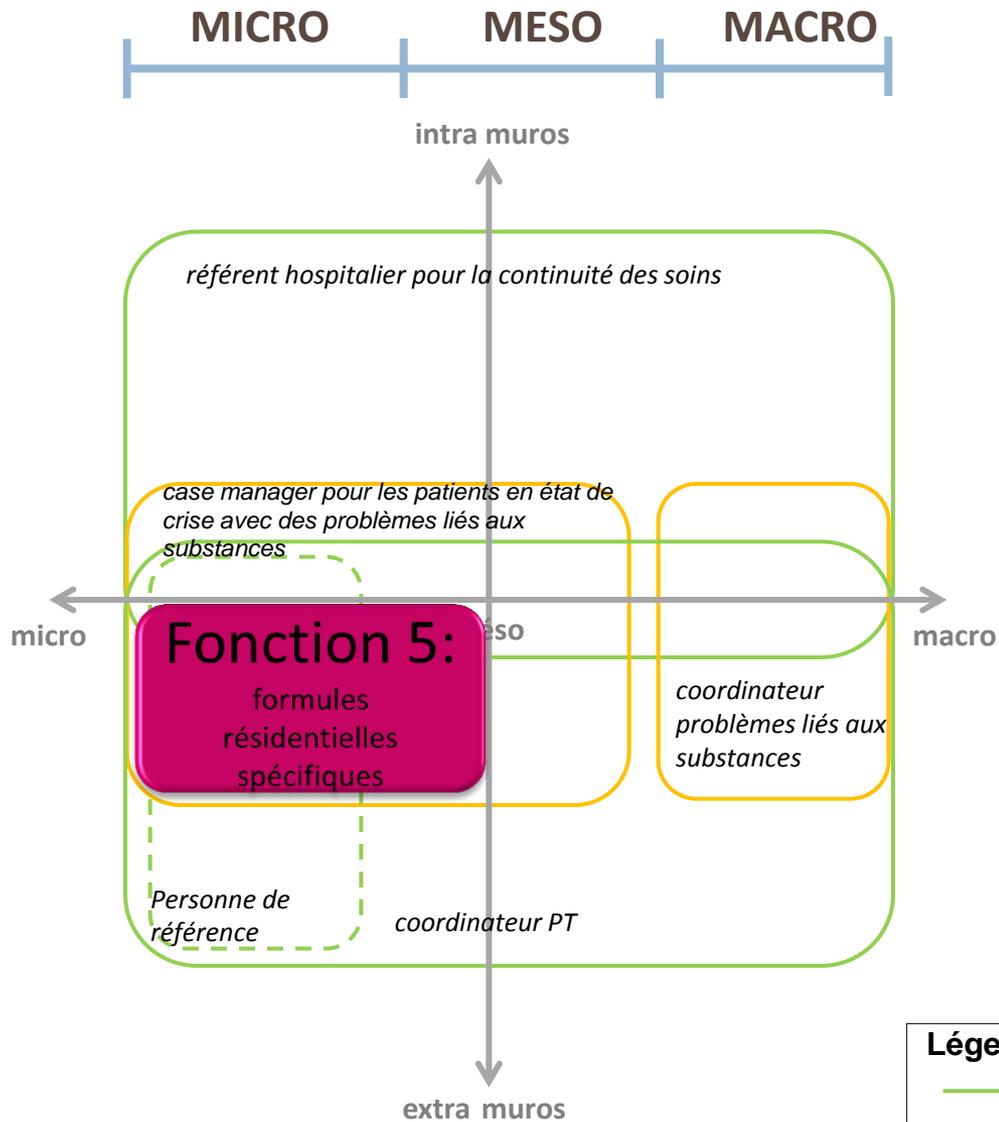






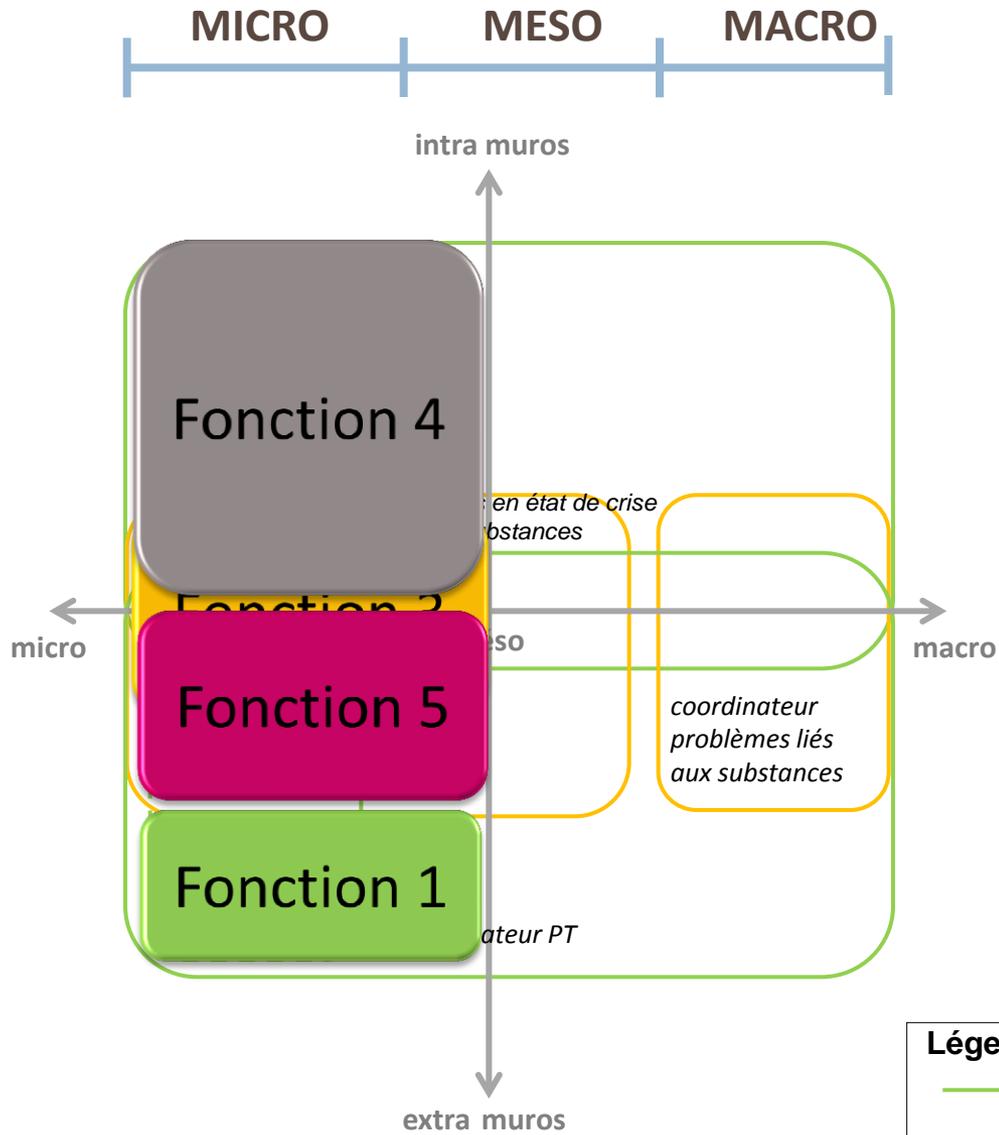
Légende

- patientèle diverse
- problèmes liés aux substances



Légende

- patientèle diverse
- problèmes liés aux substances



Légende

- patientèle diverse
- problèmes liés aux substances

Référent de soins ou personne de référence

- Lien avec le référent hospitalier pour la continuité des soins ?
 - **OUI**, vu que le RH est très en lien avec le bon déroulement des soins à la sortie et qu'il a un rôle majeur au niveau MICRO
 - rédaction , mise en oeuvre , évaluation du plan de soins / d'accompagnement
 - **Mais** le RH travaille au niveau micro de **manière limitée** et pendant une courte période en **trans/extramural** ↔ la personne de référence suit le patient indépendamment du contexte de soins

Référent de soins ou personne de référence

- **Lien avec le case manager?**
 - ▣ **OUI**, le case manager est une figure centrale dans le trajet de soins du patient et suit le patient tout au long de parcours
 - ▣ **OUI**, il fait le bilan des besoins et ressources du patient et de son aidant proche
 - ▣ **MAIS**, il est lié à un groupe cible spécifique (cfr. CM pour les patients en état de crise psychique lié à l'utilisation de substances psychoactives)



Fonction de personne de référence

La Personne de référence...

- **A une relation de confiance avec le patient**
 - Signes de cette relation de confiance? désignation par le patient? par l'équipe de soins?, le MG?,...
 - Procédure de désignation de « principe » mise en place? Liste en cascade?
 - Consensus ?
 - Relation avec le demandeur de la concertation ? Le patient fait-il partie du public ciblé?
 - Place du coordinateur ?

La Personne de référence...

- **A un contact direct avec le patient**
 - ▣ Fréquence des contacts?
 - ▣ Disponibilité pour un rôle plus actif autour du patient?
 - ▣ Rôle stratégique face au demandeur de la concertation?

La Personne de référence...

- **Est responsable du plan d'accompagnement**
 - ▣ Accords aisés pendant la concertation?
 - ▣ Liste des tâches: consensus? Interdisciplinarité effective?
 - ▣ Implication dans le plan de soins : élément favorable ?
 - ▣ Notion de case management connue, pratiquée, expérience nécessaire?
 - ▣ Participation du patient et son entourage: recherchée systématiquement ? Procédure créée?
 - ▣ Place du coordinateur ?

La Personne de référence...

- **Transmet le plan d'accompagnement au SISD**
 - Difficulté?
 - Avantages /inconvénients
 - Procédure de communication créée?
 - Tous les dispensateurs: si changement ?
 - Si pas de SISD: quelle structure?
 - Place du coordinateur?

La Personne de référence...

- **Coordonne l'exécution du plan**
 - ▣ = ? (activités?,...)
- **Si non-respect du plan**
 - ▣ En termes de temps
 - ▣ En termes de réponse aux besoins du patient
 - ▣ Quelle intervention ?
 - ▣ Procédure créée ?
 - ▣ Quelle autorité?
 - ▣ Place du coordinateur?
- **Copie du plan à domicile**
 - ▣ Avantages /inconvénients pour le patient, son entourage, les soignants
 - ▣ Place du MG ? du reste de l'équipe de soins?

La Personne de référence...

- **Assure une continuité**
 - ▣ Solution à prévoir : suppléance?
 - ▣ Procédure concertée?
 - ▣ Place du MG dans la procédure ?
 - ▣ Place du coordinateur ?

La Personne de référence...

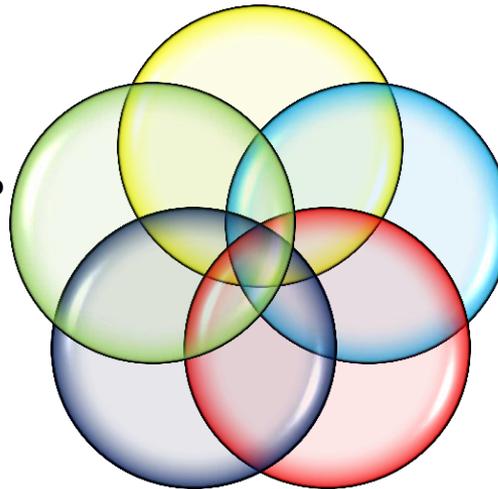
- Discipline(s) rencontrée(s) selon la fonction

Fonction 1:

infirmier à domicile,
MG, AS, psychologue ?

Fonction 5:

infirmier à domicile,
MG, AS, psychologue ?



Fonction 2:

infirmier à domicile, MG,
AS, psychologue ?

Fonction 4:

infirmier à domicile,
MG, AS, psychologue ?

Fonction 3:

infirmier à domicile,
MG, AS, psychologue

La Personne de référence...

□ Issue(s) de

- ▣ Structures de 1^è ligne: Avantages / Inconvénients
- ▣ Structures de 2^è ligne: Avantages / Inconvénients

□ Rôle(s) tenu(s) discipline(s)

- ▣ AS: Avantages / Inconvénients
- ▣ Infirmière: Avantages / Inconvénients
- ▣ Ergo: Avantages / Inconvénients
- ▣ Logo: Avantages / Inconvénients
- ▣ Psychologue clinicien: Avantages / Inconvénients
- ▣ Orthopédagogue: Avantages / Inconvénients

La Personne de référence...

- = **Gestionnaire du réseau individuel du patient, au niveau « microscopique » du système de soins**
 - ▣ Respect vie privée du patient ?
 - ▣ Respect secret professionnel ?
 - ▣ Place du plan de soins dans le plan d'accompagnement?
 - ▣ Nouvelle responsabilité? Reconnue?
 - ▣ Lien privilégié avec une autre fonction ?
 - ▣ Lien privilégié avec le MG ? RH de l'hôpital ? Inf d'une CS? SISD ?
 - ▣ Place du coordinateur ?

La Personne de référence...

- = relais privilégié vers le niveau « mésoscopique »
intrastructurel ?
 - ▣ Avantages/ inconvénients
 - ▣ Procédure créée ?
 - ▣ Liens privilégiés avec les garants des services de la structure?
 - Fonction du garant de services?
 - Une seule personne par service?
 - ▣ Liens privilégiés avec une autre fonction ? Cellule qualité des soins? Comité de direction ?
 - ▣ Place du coordinateur?

La Personne de référence...

- = relais privilégié vers le niveau « macroscopique » interstructurel ?
 - ▣ Avantages/ inconvénients
 - ▣ Procédure créée ?
 - ▣ Lien privilégié avec une autre fonction ? Plateforme ? SISD?
 - ▣ Place du coordinateur ?

La Personne de référence...

- **Changement de la personne de référence**
 - Causes liées au patient? Sa famille?
 - Causes liées au système de santé ?
 - Place du MG?
 - Procédure créée?
 - Place du coordinateur ?

La Personne de référence...

- Nouveau rôle facilement accepté?
- Nouvelles responsabilités acceptées?
- Nouveau rôle de « supervision » ?
- Rôle particulier dans l'éducation thérapeutique du patient à domicile?
- Compétences particulières?
- Formation continuée nécessaire ?

Etat des lieux des projets 107

Etat des lieux des projets 107

- Implémentation des **5** fonctions sur le territoire
 - ▣ Toutes? Certaines uniquement?
 - Raisons?
 - ▣ Comment?
- Forces et faiblesses de votre réseau?
 - ▣ Interne

	Positif	Négatif
Interne	Forces Grande diversité de structures ?	Faiblesses Étendue du territoire ?
	Leviers Soutien de la plateforme ?	Freins La faible implication des MG?

Etat des lieux des projets 107

- Forces et faiblesses de votre réseau?
 - ▣ Externe

	Positif	Négatif
Externe	Forces La réforme de la santé mentale ?	Faiblesses Absence de financement pour certains projets? Absence de structures spécialisées?
	Leviers La réforme de la santé mentale ?	Freins Incertitude du financement?

Avenir de la personne de référence et besoins des coordinateurs

- Quel plan d'action pour la mise en place de la fonction de référent?
- Mérite-t-elle d'être soutenue?
 - ▣ Comment?
 - ▣ à court et moyen terme?
- Place des coordinateurs dans ce soutien?
 - ▣ Leurs atouts?
 - ▣ Leurs difficultés?
- Quel soutien pour les coordinateurs?