



PRATIQUES DE RÉSEAU EN PSYCHIATRIE

François Wyngaerden

Institut de Recherche Santé et Société, UCL

Epsilon, réseau de soins psychiatriques à Bruxelles



CONTEXTE

Depuis les années 50 : **processus de “désinstitutionnalisation”** : développement de soins dans la communauté.

> **Effets positifs** : Limitation de la chronicisation des patients, réduction des épisodes de crise, réduction de la durée des traitements,...

MAIS l’insertion sociale reste problématique.

> Faible **taux d’emploi**, « Syndrome de la **porte tournante** », **hospitalisation contrainte** en augmentation

POURQUOI?



FRAGMENTATION DES SOINS

Multiplication des services dans la communauté

> Discontinuité de l'offre de soins et difficultés de coordination entre services

Crée des difficultés au niveau de l'articulation entre :

> Hôpital - ambulatoire / santé générale – psychiatrie / santé –social

A **des effets négatifs** sur la qualité de soins, retarde et complexifie la prise en charge, augmente l'intensité des problèmes.

> Amélioration de la **continuité des soins** devient un objectif central



LA CONTINUITÉ DES SOINS, ÇA MARCHE?

La continuité des soins a un effet positif sur :

- > Le **fonctionnement social** dans la communauté (Puntis et al. 2014, Brekke et al. 1999, R. C. Tessler 1987)
- > La **qualité de vie** (Puntis et al. 2014, Joyce et al. 2010, Adair et al. 2005)
- > La diminution des **hospitalisations psychiatriques** (Puntis et al. 2014, Juven-Wetzler et al. 2012, Chien et al. 2000, Brekke et al. 1999)
- > La **sévérité des symptômes** (Adair et al. 2005)
- > La **satisfaction vis-à-vis des services** (Joyce et al. 2010)



CONTINUITÉ DES SOINS?

Continuité “service” c’est-à-dire la **disponibilité**, à un moment donné, d’un ensemble de **services cohérents et coordonnés**

> **les ressources** disponibles (services et modalités de collaboration)

Continuité “patient” c’est-à-dire **la relation du patient** avec les services, sur la durée > perception de la **cohérence des soins**, la **confiance** vis-à-vis des intervenants, l’expérience de la **flexibilité** des services

> **la manière dont on utilise** ces ressources auprès des patients (indication)



AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DES SOINS : 2 NIVEAUX D'ACTION

Le réseau inter-services, soit le niveau de la continuité « service »

> L'articulation des services de soins entre eux, indépendamment d'un patient en particulier. Ce sont les relations « officielles », formalisées entre services de soins.

Le réseau autour du patient, soit le niveau de la continuité « patient »

> L'accompagnement et la coordination autour et avec un patient en particulier. Ce sont les relations des services avec un patient et entre eux à propos de ce patient.

FORMALISATION
FLEXIBILITÉ



AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DES SOINS : 2 NIVEAUX D'ACTION

Le réseau inter-services, soit le niveau de la continuité « service »

> L'articulation des services de soins entre eux, indépendamment d'un patient en particulier. Ce sont les relations « officielles », formalisées entre services de soins.

Le réseau autour du patient, soit le niveau de la continuité « patient »

> L'accompagnement et la coordination autour et avec un patient en particulier. Ce sont les relations des services avec un patient et entre eux à propos de ce patient.



RÉSEAU INTER-SERVICE

Objectifs

- > Apprendre à se connaître, cerner un problème commun et trouver une solution, mettre en œuvre un projet, se positionner vis-à-vis des pouvoirs publics.
- > **L'articulation des différents services de soins**, pour améliorer la continuité des soins

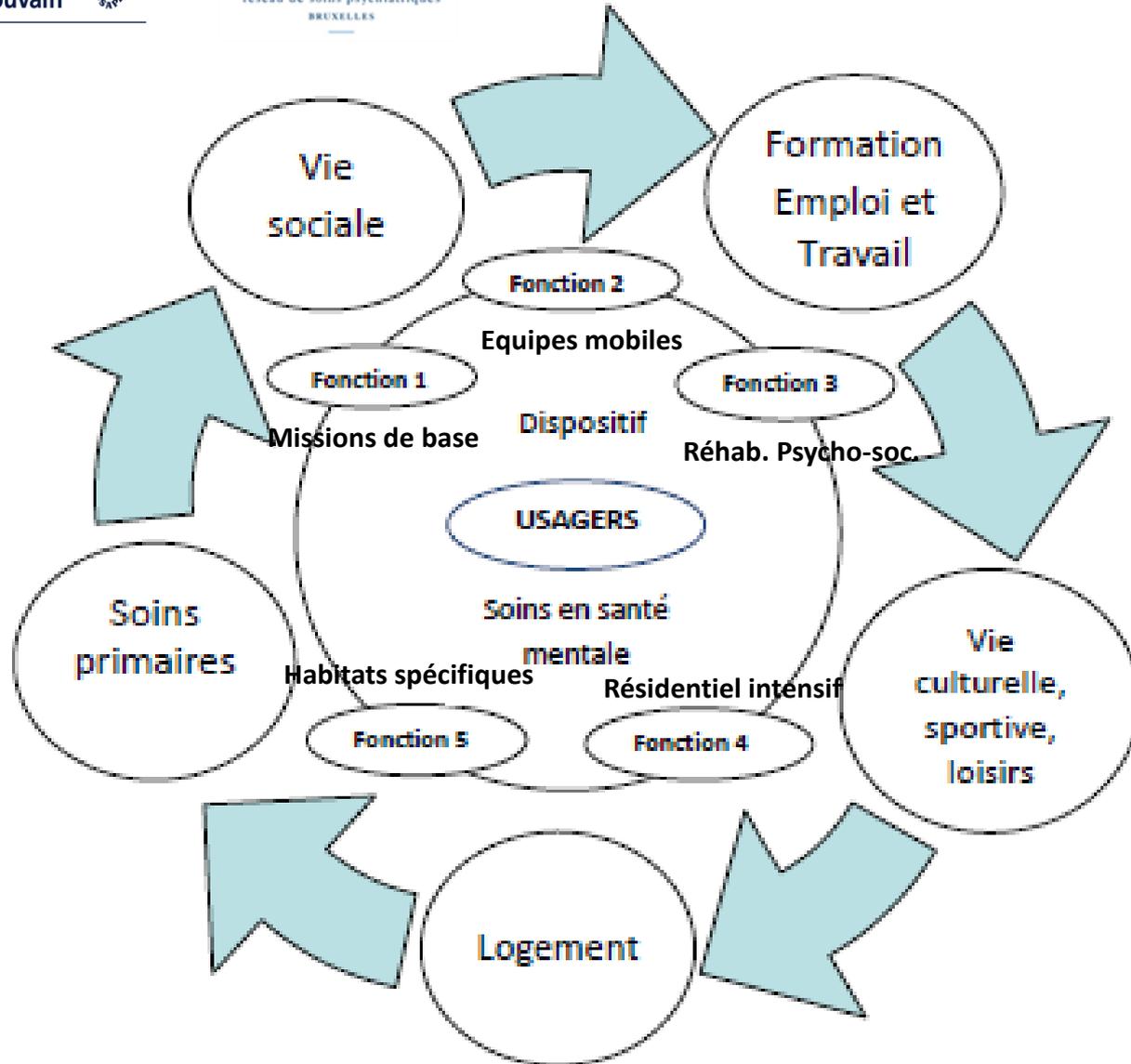
Organisation

- > Vision et **objectifs partagés** en terme d'organisation des soins
- > **Modèle de gouvernance** adapté à la situation des patients et des partenaires
- > **Formalisation** du cadre de travail et des relations entre les partenaires



Modèle d'organisation des soins tel que proposé dans l'organisation mondiale de la Santé (OMS)





Modèle d'organisation des soins tel que proposé dans la réforme « Vers de meilleures soins en santé mentale »

Voir www.psy107.be



NIVEAUX D'INTÉGRATION

Services
indépendants

Orientations
entre services

Sévérité faible à
modérée,
capacité d'auto-
détermination

Réseau inter-
service

Outils de
coordination

Sévérité modéré
à importante,
capacité d'auto-
détermination
variée, peu
d'urgence

Un seul service

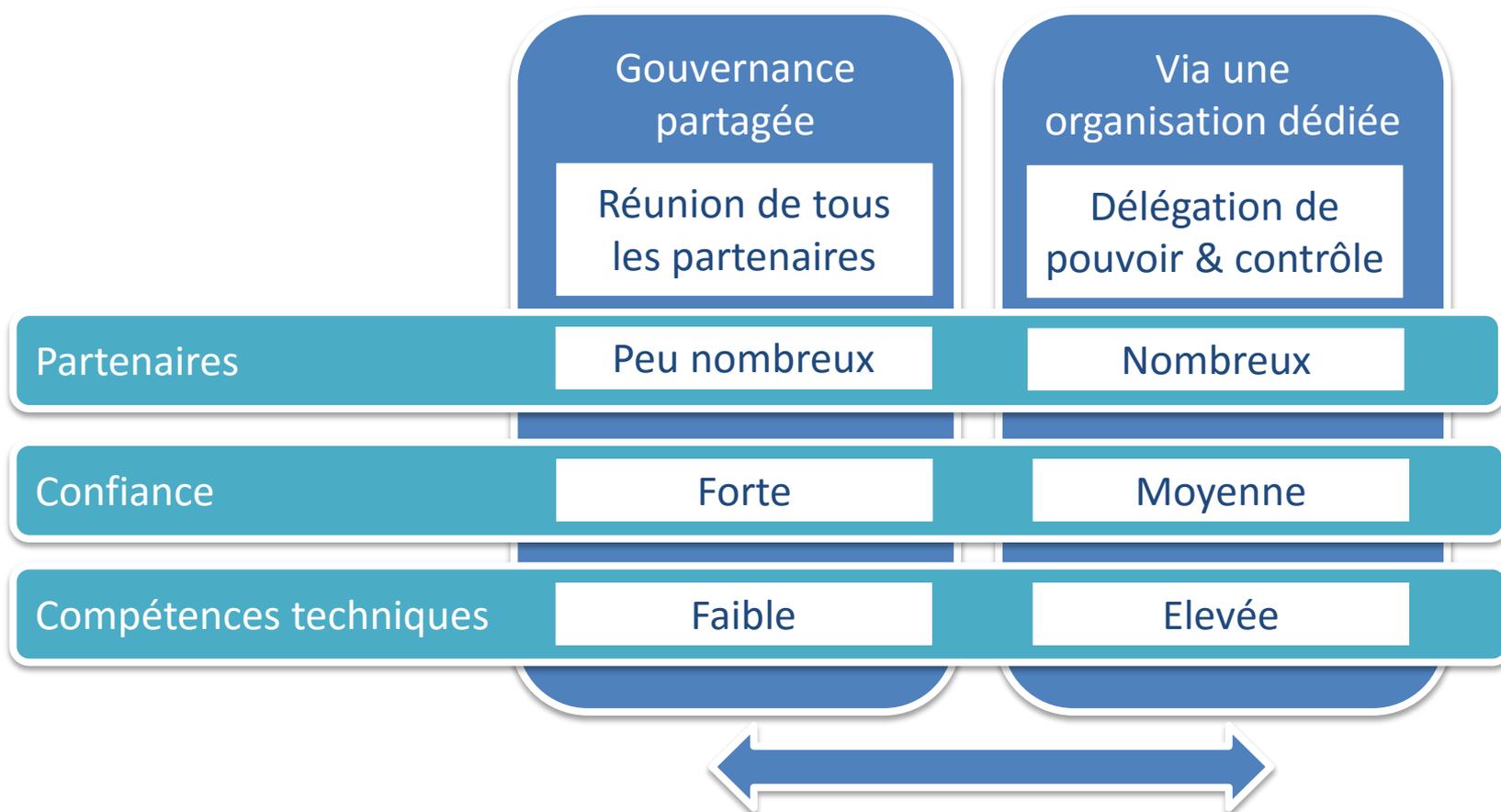
Une seule
équipe soignante

Sévérité
importante,
faible auto-
détermination,
urgence
fréquente





MODALITÉS DE GOUVERNANCE





FORMALISATION

- > **Protocoles de collaboration** pour la gestion des places ou l'orientation des patients.
- > Développement d'**outils de coordinations partagés**, utilisables par les cliniciens dans le cadre de l'accompagnement du patient (**système de partage d'information**)
- > Définition d'un **territoire de référence** et des ressources nécessaires sur ce territoire.
- > Définition **d'étapes dans l'accès aux soins** et dans le passage entre services (lignes de soins, échelonnement)
- > Création de **services spécifiques** de prise charge et de coordination pour des situations complexes (case-management, équipe ACT,...)



AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DES SOINS : 2 NIVEAUX D'ACTION

Le réseau inter-services, soit le niveau de la continuité « service »

> L'articulation des services de soins entre eux, indépendamment d'un patient en particulier. Ce sont les relations « officielles », formalisées entre services de soins.

Le réseau autour du patient, soit le niveau de la continuité « patient »

> L'accompagnement et la coordination autour et avec un patient en particulier. Ce sont les relations des services avec un patient et entre eux à propos de ce patient.



LES PRATIQUES DE RÉSEAU

Trois outils de coordination autour et avec le patient :

- > Plan de service individualisé
- > Wellness recovery action plan (WRAP)
- > Carte-réseau Morpheus



PLAN DE SERVICE INDIVIDUALISÉ

Un document qui précise **les objectifs** des interventions menées **auprès d'un patient**, **l'engagement** de chaque intervenant, l'identification d'une **personne responsable**.

- > **Construit avec le patient**, à partir de son projet de vie, soutien l'expression des aspirations du patient
- > Offre une lecture commune de la situation et favorise la communication, la complémentarité, le partenariat) ;
- > Tient compte de toutes les ressources (famille, quartier,...);
- > Pour des personnes qui vivent des **situations complexes**;



PLAN DE RÉSEAU DE L'USAGER > ENGAGEMENTS/CONCLUSIONS

Usager (nom et prénom)

Rédigé avec (nom et institution)

Date de rédaction / /

Date de révision prévue / /

Accord de l'utilisateur

Accord du référent de réseau

Axe (*)	Objet de l'accompagnement	Décisions en termes d'accompagnement	Personnes impliquées	Commentaires/évaluation

(*) **AXES D'ACCOMPAGNEMENT** soit : 1 = vie quotidienne, 2 = questions de santé physique, 3 = santé mentale et médication, 4 = activités / emploi / formation, 5 = questions financières, 6 = logement.



WELNESS RECOVERY ACTION PLAN (WRAP)

Outils développés en 1997 **par des personnes qui cherchaient à dépasser leurs problèmes de santé mentale** pour vivre leur vie, leurs rêves, leurs projets. Utilisé pour aller mieux, pour rester mieux et pour transformer sa vie comme on le souhaiterait.

Mis en œuvre dans le cadre d'un groupe de pairs, **s'appuyant sur l'entraide et l'échange d'expérience**. Facilité par deux patients formés, qui ont utilisé les outils dans leur propre parcours.

<http://mentalhealthrecovery.com/>



LES 6 COMPOSANTS DU WRAP

- > **Boîte à outil « bien-être »** (liste de ressources personnelles)
- > **Plan de gestion quotidienne** (ce qui est nécessaire au maintien du bien-être)
- > **Evènements déclencheurs** (les évènements extérieurs qui peuvent bousculer + réactions)
- > **Les signes avant coureurs** (les évènements intérieurs qui nous font penser que nous allons moins bien + réactions)
- > **Quand les choses se détraquent** (les signes que nous commençons à nous sentir très mal + réactions)
- > **Plan de crise** (les signes qui doivent amener les personnes autour de nous à réagir + actions)



LE PLAN DE CRISE

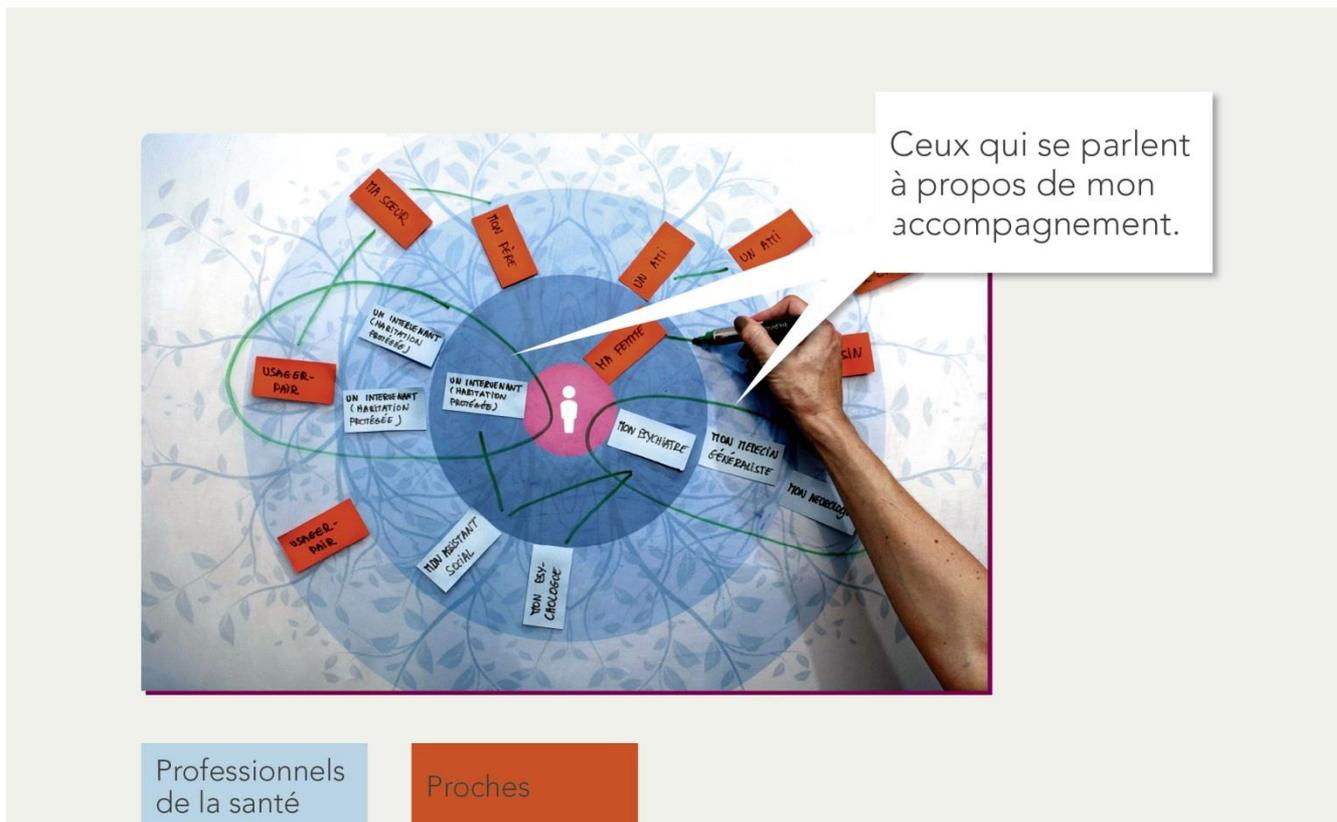
- > Les **symptômes** qui indiquent aux autres qu'ils doivent entrer en action;
- > **Qui** doit entrer en action;
- > **La médication** qui est actuellement prise, celle qui aide en cas de crise et celle à éviter;
- > Les prises en charge **préférées et à éviter**;
- > Un **plan de soins à domicile** réaliste;
- > les **lieux de soins** préférées et à éviter;
- > Les **actions** qui peuvent aider et à éviter;
- > Quand le plan **ne doit plus** être appliqué.

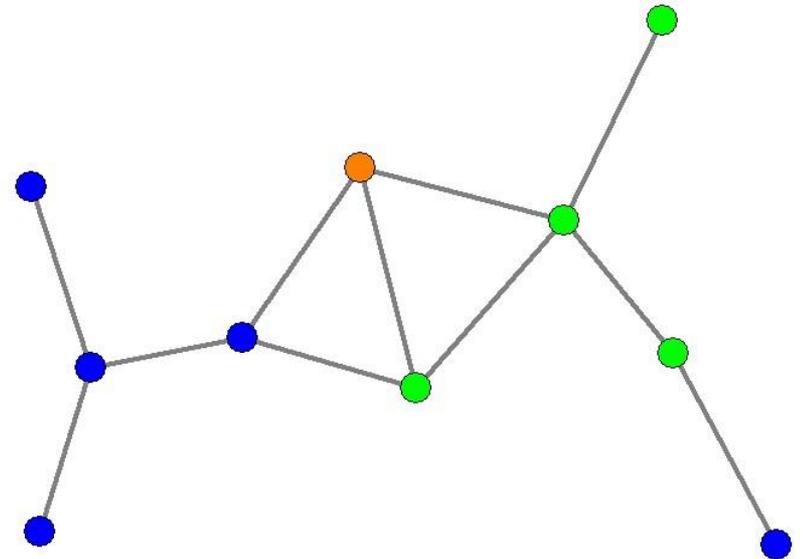
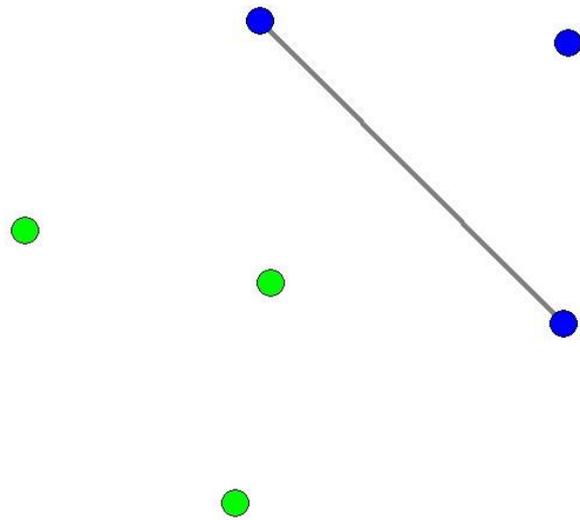
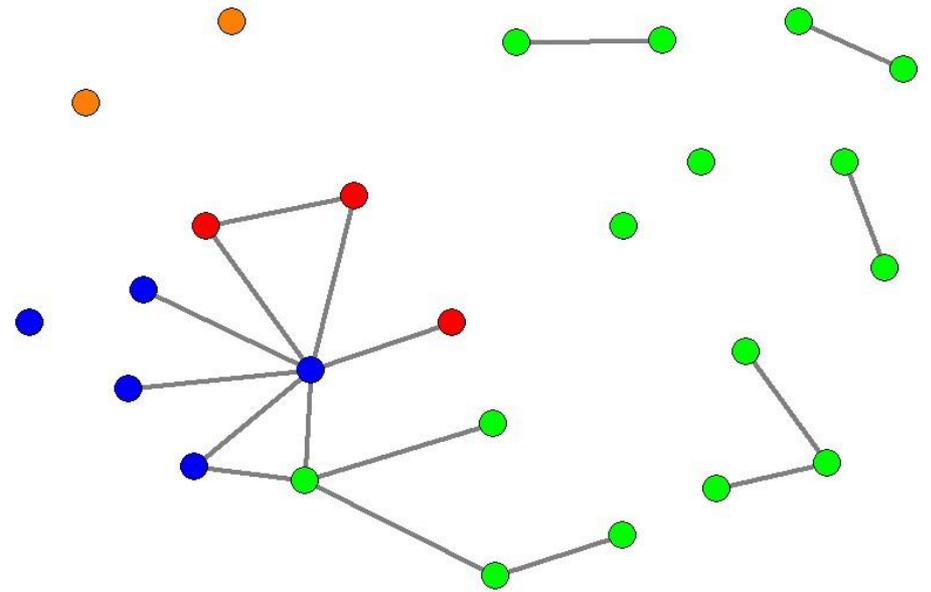
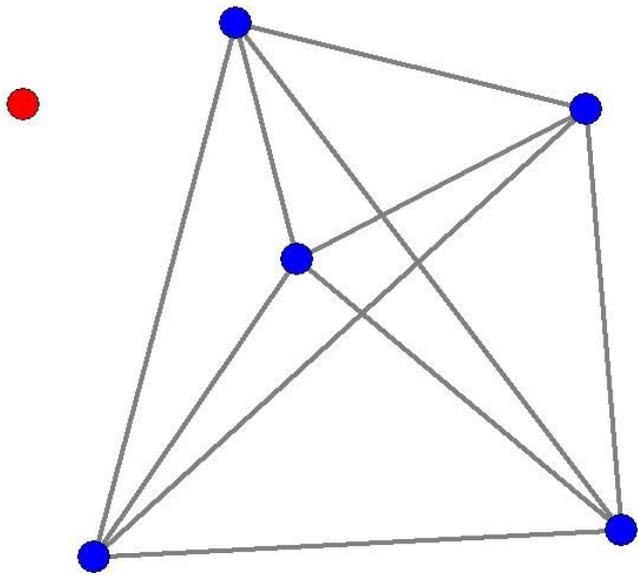


LA CARTE-RESEAU MORPHEUS (2)

Etape 2

Le patient relie les personnes qui communiquent entre elles





Santé mentale / Santé générale / Services sociaux / Proches

Obj. > Continuité des soins

Continuité « patient »

Perception par le patient : cohérence de ses soins, confiance et flexibilité des intervenants.

Réseau autour du patient

Accompagnement et coordination autour et avec un patient

Continuité « service »

Présence d'un ensemble de services accessibles, diversifiés et coordonnés.

Réseau inter-services

L'articulation des services, en dehors de la situation d'un patient

RÔLE DE L'HÔPITAL ?

Utilisation des outils (indication)

Plans de services individualisés

Welness Recovery Action Plan

Carte-réseau Morpheus

Modalités/outils de coordination

Vision et objectifs communs

Modèle de gouvernance adapté

Formalisation du cadre de travail



MERCI!

François Wyngaerden

Institut de Recherche Santé et Société, Université catholique de Louvain
Francois.wyngaerden@uclouvain.be

Epsilon, réseau de soins psychiatriques à Bruxelles
f.wyngaerden@epsilon.be