

1.4 Description de la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins en hôpital psychiatrique

La fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins consiste à préparer la sortie de l'hôpital des patients pour qui la sortie peut s'avérer complexe et/ou qui présentent un risque de rechute fondamentale après la sortie, et ce avec pour finalité d'éviter cette rechute après la sortie. Cet objectif peut être réalisé en préparant, dès l'admission à l'hôpital, un retour de qualité dans un milieu de vie adapté, familial ou autre, et en favorisant de manière générale la continuité des soins. À cet effet, il convient d'élaborer des processus de collaboration *interdisciplinaire* dans l'hôpital, de même qu'entre les hôpitaux et les structures extrahospitalières.

La fonction de référent hospitalier se décline en trois niveaux: microscopique, mésoscopique et macroscopique. En général, le niveau microscopique prend en compte les relations individuelles avec le patient. Le niveau mésoscopique vise à œuvrer dans l'hôpital à la promotion de la continuité des soins. Enfin, le niveau macroscopique englobe toutes les interactions de l'hôpital avec le secteur extrahospitalier et les Autorités compétentes.

Au **niveau microscopique**, la fonction de référent hospitalier vise à préparer la sortie du patient le plus tôt possible, et ce, dès son admission à l'hôpital. Le patient est suivi selon un processus structuré en cinq étapes: (1) le dépistage des patients à haut risque; (2) la collecte large et approfondie des données concernant les besoins physiques, psychiques et sociaux du patient; (3) la détermination interdisciplinaire des objectifs de soins et établissement d'un *plan de soins individualisé et/ou de réinsertion*, en concertation avec le patient et son entourage si possible; (4) la réalisation du plan de soins; et (5) l'évaluation et l'adaptation régulières des objectifs poursuivis et des actions mises en œuvre." (Moons, P., Steeman, E., Wouters, B., Indenkleeff, S., Bollen, S., Manhaeve, D., et al., 1999)

Par **phase 1** (dépistage des patients à haut risque), on entend le *dépistage systématique* des patients dans le but de sélectionner les patients à haut risque entrant en ligne de compte pour la continuité des soins, le démarrage du processus de continuité des soins chez ces patients à haut risque et l'association de la famille et de l'accompagnant principal, si possible.

La **phase 2** (collecte large et approfondie des données concernant les besoins physiques, psychiques et sociaux du patient) comprend une collecte de données interdisciplinaires et la tenue d'un dossier interdisciplinaire. Cela permet d'évaluer de manière holistique, les besoins des patients ainsi que ceux de leur entourage (réseau d'aide informel).

La **phase 3** (détermination interdisciplinaire des objectifs de soins et établissement d'un plan de soins et/ou de réinsertion, en concertation avec le patient en tenant compte de son projet personnel et son entourage, comprend une *discussion interdisciplinaire du cas du patient* et l'établissement d'un rapport de celle-ci. La discussion interdisciplinaire concernant un patient est une discussion à laquelle tous les membres concernés de l'équipe interdisciplinaire participent, en même temps ou non. Elle vise à identifier les besoins/demandes de soins concrets et à en faire rapport, à formuler des objectifs communs, ainsi qu'à établir et évaluer un plan de soins interdisciplinaire. Le rapport de cette discussion peut comporter, par exemple, les besoins /demandes de soins concrets, objectifs communs, la planification interdisciplinaire des soins, résultats des soins, évaluation et l'adaptation des objectifs et de la planification des soins.

La **phase 4** (réalisation du plan de soins) peut comprendre les éléments suivants:

- psychoéducation dispensée au patient et à son accompagnant principal si possible;
- éducation thérapeutique : compliance au traitement, ...
- information du patient et de son accompagnant principal concernant les services extrahospitaliers disponibles;
- organisation d'une *concertation de soins*;
- établissement d'un *plan de sortie* interdisciplinaire;
- *communication en temps opportun de la date de sortie prévue*;
- transmission des documents de sortie;
- élaboration d'un programme ambulatoire au cours de l'hospitalisation
- ...

La **phase 5** (évaluation et adaptation régulières des objectifs) consiste en une évaluation et une adaptation continue des phases 3 et 4.

Une bonne connaissance du contexte social est indispensable dans le cadre de la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins, car c'est seulement de cette manière qu'on peut proposer au patient à haut risque le contexte de soins le mieux approprié. Ce qui importe pour la continuité des soins, c'est que le patient et l'accompagnant principal, si possible, soient au centre de la démarche.

Pour atteindre les objectifs microscopiques de la fonction, le référent hospitalier doit travailler en étroite collaboration avec le service social de l'hôpital, s'il n'en fait pas partie, ainsi qu'avec les unités de soins.

Au **niveau mésoscopique**, on poursuit les objectifs suivants:

- contribuer en permanence à la culture de continuité des soins dans l'hôpital;
- proposer et développer les lignes d'action de la politique de continuité des soins menée par l'hôpital (objectifs institutionnels);
- intégrer *la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins dans l'organigramme* de l'institution; elle doit occuper une place distincte dans l'organigramme fonctionnel et/ou structurel de l'hôpital et être précisée.
- sensibiliser et/ou faciliter la formation continuée du personnel, spécifiquement centrée sur les principes de la continuité des soins et leur application concrète;
- veiller à intégrer les données utiles à la continuité des soins au sein du dossier interdisciplinaire, de préférence informatisé, des patients;
- créer et développer des synergies interdisciplinaires dans l'ensemble des unités et services;
- développer des instruments et créer des conditions préalables favorables à la mise en œuvre de la fonction au niveau microscopique.

Pour atteindre ces objectifs, le représentant (ou le coordinateur) de la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins fait partie *d'un groupe formel, de travail ou de direction* pour la continuité des soins et propose des initiatives en faveur de celle-ci. Ce groupe peut faire partie d'un groupe déjà existant dans l'hôpital soit être mis sur pied. Ce groupe s'assigne comme objectif de discuter régulièrement de la gestion de la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins et des initiatives prises en ce sens. Ces initiatives peuvent être planifiées, coordonnées, mises en œuvre et évaluées au sein d'une « cellule de continuité des soins ». Cette cellule peut être intégrée au sein de la « cellule qualité » existant dans l'institution, à condition que toutes les parties concernées par la continuité de soins soient présentes, notamment : un ou plusieurs représentants du nursing, d'un ou plusieurs représentants du service social, d'un représentant de l'équipe paramédicale, d'un psychiatre, ou encore d'autres personnes concernées par le système de continuité des soins.

Cette cellule doit également constituer un lieu d'échange d'informations où on peut répondre aux interpellations des équipes pluridisciplinaires. La cellule se réunit au moins deux fois par an. Elle prend également en charge la création ou l'amélioration des instruments d'évaluation liés à la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins, ainsi que la (l'in)formation continuée du personnel. Enfin, la cellule produit un rapport d'activité annuel selon le canevas imposé par les Autorités et au moins un de ses représentants participe aux interventions organisées par les Autorités.

Les objectifs de la fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins au **niveau macroscopique** sont les suivants:

- développer des collaborations avec les services extrahospitaliers et/ou favoriser et intégrer la continuité des soins dans les programmes de soins existants;
- développer des synergies avec les autres hôpitaux;
- participer à des comités de réflexion/ concertation locorégionaux pour la continuité des soins (anciens comités locaux d'accompagnement pluridisciplinaire);
- contribuer à signaler aux responsables de la politique les manquements ressentis et vécus qui font obstacle à la continuité transmurale des soins.

Pour atteindre ces objectifs, le référent hospitalier pour la continuité des soins doit s'inscrire dans les objectifs institutionnels et travailler en cohérence avec la cellule qualité/continuité des soins. En participant aux comités de réflexion/concertation locorégionaux pour la continuité des soins (cfr. supra), le référent hospitalier collabore, au niveau macroscopique, avec l'ensemble des acteurs, au développement et à l'utilisation d'instruments, des moyens de communication, de dossiers et/ou de protocoles de collaboration. Le comité locorégional se réunit deux fois par an au moins et peut également constituer un lieu de réflexion et de développement d'un réseau de référents hospitaliers pour la continuité des soins.

Glossaire

- **Patient à haut risque:** les patients pour qui la sortie peut s'avérer complexe et/ou qui présentent un risque de rechute fondamentale après la sortie
- **Interdisciplinaire:** Interdisciplinaire signifie littéralement "entre les disciplines". Il s'agit d'une approche où on ne se limite pas à sa propre discipline ou à son propre domaine spécialisé. L'interdisciplinarité se distingue du concept de multidisciplinarité par le fait que l'accent est mis sur la collaboration effective entre les différentes disciplines plutôt que sur le travail juxtaposé des disciplines concernées.
- **La rechute fondamentale:** La rechute fondamentale consiste en un retour vers un modèle de comportement, une humeur, une situation ou une symptomatologie qui posait problème initialement et qui intervient après une période de stabilisation/d'amélioration. Un fonctionnement autonome du client n'est alors plus possible puisqu'il y a décompensation dans différents domaines de la vie. Dès lors, il y a, de nouveau, un besoin de soutien professionnel spécialisé intensif au sein d'une structure résidentielle ou ambulatoire.
- **Communication en temps opportun de la date de sortie prévue:** La date à laquelle le patient pourrait quitter l'hôpital ou l'institution psychiatrique doit être communiquée au patient au moins 5 jours ouvrables avant la sortie prévue.
- **Fonction de référent hospitalier pour la continuité des soins:** Il s'agit d'une préparation de la sortie, structurée en différentes phases, qui crée une culture centrée sur la continuité des soins en vue d'éviter la rechute fondamentale des patients à haut risque et de leur offrir le contexte de soins le mieux approprié. Cette fonction se décline aux niveaux microscopique, mésoscopique et macroscopique.
- **Fonction de référent hospitalier au niveau microscopique:** "Il s'agit de préparer la sortie de l'hôpital. La préparation est structurée en différentes phases et débute dès l'admission à l'hôpital. Dans ce cadre, un programme de soins individualisé est élaboré et exécuté en concertation avec des professionnels et des prestataires de soins de proximité en extra-muros en faveur des patients présentant une problématique complexe ou de longue durée. Cet ensemble de soins reprend aussi bien les aspects cliniques et organisationnels que financiers, et vise une réintégration optimale au domicile. Le méthodologie de ce processus de soins est coordonné et suivi par le référent hospitalier." (Moons et al., 2005)
- **Fonction de référent hospitalier au niveau mésoscopique:** elle consiste à créer, au niveau de l'ensemble de l'hôpital, une culture de promotion et de surveillance de la

continuité des soins, de telle sorte que la fonction puisse être menée de façon efficace et efficiente au niveau microscopique. La méthodologie de ce processus est suivie et coordonnée par un groupe formel, de travail ou de direction, intégré ou non dans une cellule qualité. (Moons et coll., 2005)

- **Fonction de référent hospitalier au niveau macroscopique:** elle se situe dans le cadre d'accords de collaboration avec les services extrahospitaliers et les Autorités en vue d'assurer la continuité des soins et la prévention des rechutes, ainsi qu'à permettre l'application de la méthodologie de la fonction de référent hospitalier aux niveaux microscopique et mésoscopique.
- **Plan de sortie:** Plan interdisciplinaire comportant des dispositions relatives à la sortie et aux soins de post-cure d'un patient et destinées à assurer la continuité des soins.
- **Groupe formel, de travail ou de direction:** Commission consultative chargée de travaux préparatoires à la politique institutionnelle. Différents départements et services qui participent à la continuité des soins sont représentés au sein de ce groupe. Ce dernier peut faire partie d'un groupe déjà existant au sein de l'hôpital, mais il peut aussi être créé. Il a pour objectif la consultation régulière de tous les partenaires impliqués dans l'hôpital autour de la question de l'implémentation de la fonction RH ainsi que des autres initiatives pour la continuité des soins.
- **Dépistage systématique:** Procédure systématique organisée qui est appliquée aux patients admis à l'hôpital en vue de détecter les patients à haut risque.
- **Concertation des soins:** Concertation interdisciplinaire et concertation entre le prestataire de soins et le patient et/ou le prestataire de soins de proximité, simultanément ou non, concernant les soins actuels et futurs prodigués au patient.
- **Plan de soins:** Plan élaboré pour un patient comprenant tous les objectifs et toutes les interventions interdisciplinaires. Un plan de soins répertorie tous les soignants professionnels et non professionnels (informels), avec leur fonction spécifique, qui participent à la prise en charge du patient.