



Processus d'accompagnement des usagers par les professionnels des équipes mobiles

RESEAU : Réseau Santé mentale Hainaut occidental

PERSONNE DE CONTACT : Marie Engelbienne

TELEPHONE : 069 53 27 85

MAIL : marie.engelbienne@marronniers.be

SITE WEB : en cours de réalisation

Nous avons imaginé le travail d'accompagnement des usagers par les équipes 2A et 2B comme un processus, une succession de phases : Analyse de la demande → Accompagnement ou réorientation → Clôture de l'accompagnement. Ce processus a été imaginé pour qu'il soit pratique, accessible et uniforme pour les équipes : nous avons utilisé le logiciel « Mindview » pour la forme et appliqué notre formation de gestion des processus pour le fond.

Ce processus permet de structurer les différentes étapes d'un suivi de nos équipes à partir de la demande initiale jusqu'à l'établissement des relais avec le réseau.

Il permet de clarifier le déroulement d'un suivi par les équipes mobiles en mettant en lien le sens clinique d'un accompagnement, le parcours de soins, le dossier de soins et l'encodage des données pour rendre compte de notre activité.

We hebben het begeleidingswerk van gebruikers van de 2a- en 2b-teams opgevat als een proces, een opeenvolging van stappen: Analyse van de vraag → Begeleiding of heroriëntering → Afsluiten van de begeleiding.

Dit proces moest zowel praktisch als toegankelijk en uniform zijn voor de teams. Voor de vorm wordt gebruik gemaakt van de 'Mindview'-software, en voor de inhoud wordt de opleiding procesmanagement gebruikt.

Dit proces maakt het mogelijk de verschillende fasen van de opvolging door de teams te structureren vanaf de initiële vraag tot en met de doorverwijzing naar het netwerk.

Het maakt het mogelijk om het verloop van een opvolging door de mobiele teams te verduidelijken door een link te leggen tussen de klinische oriëntering van een begeleiding, het zorgparcours, het zorgdossier en de invoer van de gegevens om rekenschap af te leggen over de activiteit.

1. Introduction :

Situation géographique de la région : zone d'action du Réseau Santé mentale Hainaut occidental.

Rôle sur l'ensemble du réseau ou plutôt sur une partie : cette pratique ne concerne que les professionnels des équipes mobiles mais permet de clarifier le déroulement du suivi et le statut du dossier de soins de l'utilisateur pour les partenaires dans un travail de réseau.

2. Description du contenu de l'initiative :

Nous avons envisagé le travail d'accompagnement des usagers par les professionnels des équipes mobiles comme **un processus** qui voit se succéder plusieurs phases.

Dès la réception de la demande, une phase d'analyse de la demande précède une phase d'accompagnement (ou prise en charge) ou un travail de réorientation. Toute fin de suivi se déroulera par une phase de clôture de l'accompagnement (ou fin de prise en charge).

Remarque : à chaque phase, nous avons fait correspondre les documents appartenant aux dossiers de l'utilisateur (code couleur).

Ce processus d'accompagnement vient, de façon complémentaire et collaborative, s'impliquer dans l'entourage de l'utilisateur pour un temps donné dans son parcours de soins, sans se substituer, mais plutôt en renforçant les ressources déjà présentes ou en les développant si elles sont inexistantes.

Grâce à la mise en forme de ce processus d'accompagnement via le logiciel «mindview» et via une formation de gestion des processus (par la firme Consultis dans le cadre des formations de la Région wallonne) pour le fond, nous avons pu mettre en lien le sens clinique d'un accompagnement par les équipes mobiles avec la gestion du dossier de soins, les tâches à effectuer et l'encodage de données pour mesurer l'activité des équipes.

L'approche processus est basée sur le BPR (Business Process Reengineering) inventé par Hammer et Champy. Il permet de structurer le travail clinique que les professionnels effectuent au quotidien.

Un processus est un ensemble cohérent d'actions qui utilise des moyens pour transformer des entrants (usagers en demande d'un accompagnement par nos équipes) en sortants (usagers ayant été suivis par nos équipes, pour qui les objectifs de soins proposés sont atteints).

3. Description des acteurs qui jouent un rôle actif et central dans le développement de la pratique innovante

- 1 psychiatre par équipe mobile : il est le responsable thérapeutique de l'équipe mobile.
- 1 ETP infirmier en chef par équipe mobile : il contrôle l'application du processus par l'équipe mobile, organise et coordonne l'activité de l'équipe.
- L'équipe mobile en soins intensifs (2A) : 13,6 ETP (infirmiers, éducateurs, psychologue, assistante sociale).
- L'équipe mobile en soins assertifs (2B) : 13,3 ETP (infirmiers, éducateurs, psychologue, assistante sociale et ergothérapeutes)

Nous collaborons avec le secrétariat du Réseau Santé mentale Hainaut occidental pour la mise en forme du processus avec le logiciel «mindview», pour la standardisation des documents et via Excel pour l'enregistrement des tâches à effectuer (système d'alertes) et l'analyse des données.

4. Réalisation d'un inventaire des résultats concrets et sur quelles bases se réalise l'opérationnalisation.

- a. Il ne s'agit pas seulement d'une explication de principe ou théorique
- b. Analyser dans quelle mesure l'approche reste fidèle au plan et à la théorie initiale du travail en partenariat (vers où se sont orientées les réflexions par les expériences pratiques).
- c. Peut-on considérer aujourd'hui la pratique innovante en tant que "proof of concept" (projet pilote) ou est-elle déjà validée pour être élargie à l'ensemble du réseau.
- d. Existe-t-il des enregistrements de données / chiffres qui soutiennent la pratique. Quels seraient les bons indicateurs ?

Nous travaillons avec ce processus depuis juillet 2014.

Nous l'avons appréhendé comme une gestion de projet «classique ».

Nous avons analysé l'existant et nous nous sommes posé les questions suivantes :

- Quel est l'objectif de notre projet ?

Avoir un processus qui permet de clarifier le déroulement du suivi et le statut du dossier de soins de l'usager pour les partenaires dans un travail de réseau.

- Quelles contraintes ?

Développer un processus ouvert vers l'extérieur (le Réseau) qui permet de s'inscrire dans le parcours de soins d'une personne pour un temps donné en y dégageant des tâches et des documents liés de façon organisée et normée.

- Quels acteurs et leurs positions ?

cf. réponse 3

- Quel est notre mandat ?

Rétablir ou stabiliser la santé mentale de l'usager dans la cité en travaillant avec son réseau afin d'éviter les hospitalisations et/ou réduire la durée d'hospitalisation. Le développement de ce processus formalise nos accompagnements auprès des usagers.

La réalisation des tâches et des documents de façon normée facilite l'analyse des données (Excel) nécessaires pour mesurer l'activité des équipes mobiles sans devoir enregistrer les demandes et les suivis actifs au sein du service d'admission de l'hôpital promoteur.

L'approche « processus » permettra aussi de dégager divers indicateurs pour évaluer d'autres aspects de notre pratique soignante comme la qualité de soins par exemple.

Cette approche s'est révélée différente et nouvelle pour les soignants issus des unités de soins hospitalières.

Le nombre de données manquantes pour l'encodage a diminué significativement, rendant la mesure de l'activité plus aisée, plus objective. Nous avons aussi créé un système d'alarme (via Excel) afin de nous permettre de rappeler à l'équipe les documents manquants.

Nous avons observé aussi une meilleure tenue des dossiers de soins d'année en année.

Cette approche formalise également la communication nécessaire avec les partenaires (divers appels téléphoniques clés et différents courriers).

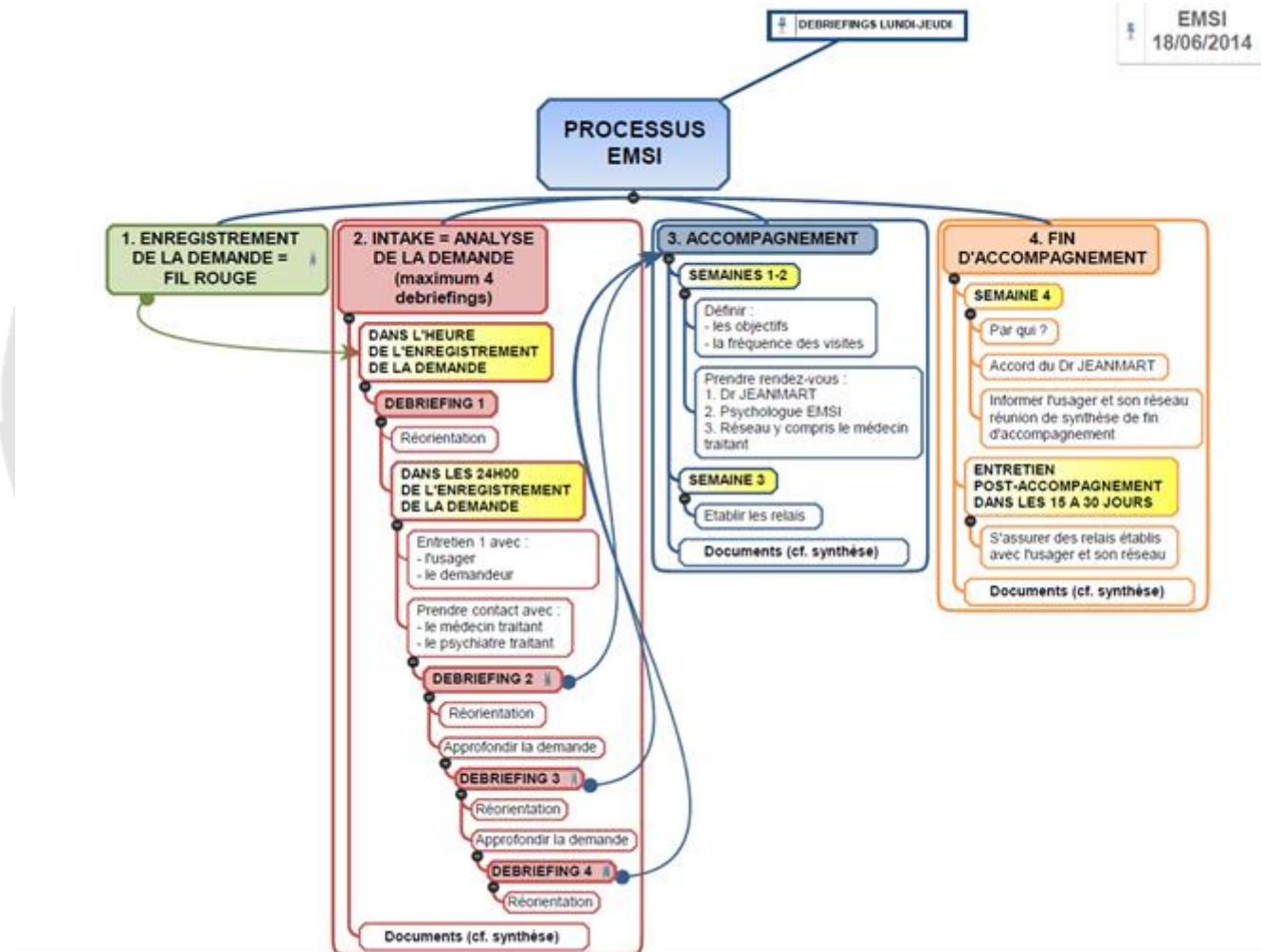
5. Réalisation d'une conclusion : "qu'avons-nous appris ?"

Nous avons mis en pratique la théorie et créé une méthode de travail pratique et claire qui vise à une communication interne (en équipe) et externe (le réseau) plus fluide.

Nous avons un dossier de l'utilisateur qui est régulièrement actualisé et nous pouvons cibler, quand cela est nécessaire les documents manquants (grâce aux alarmes).

Nous nous sommes adaptés aux besoins de terrain au gré de nos vécus : nécessité en 2B de binômes soignants pendant l'analyse de la demande et ponctuellement en cours de suivi

Schéma du processus de suivi EMSI 2A



Lien avec la gestion du dossier de soins et outils cliniques :

EMSI 12/09/2014

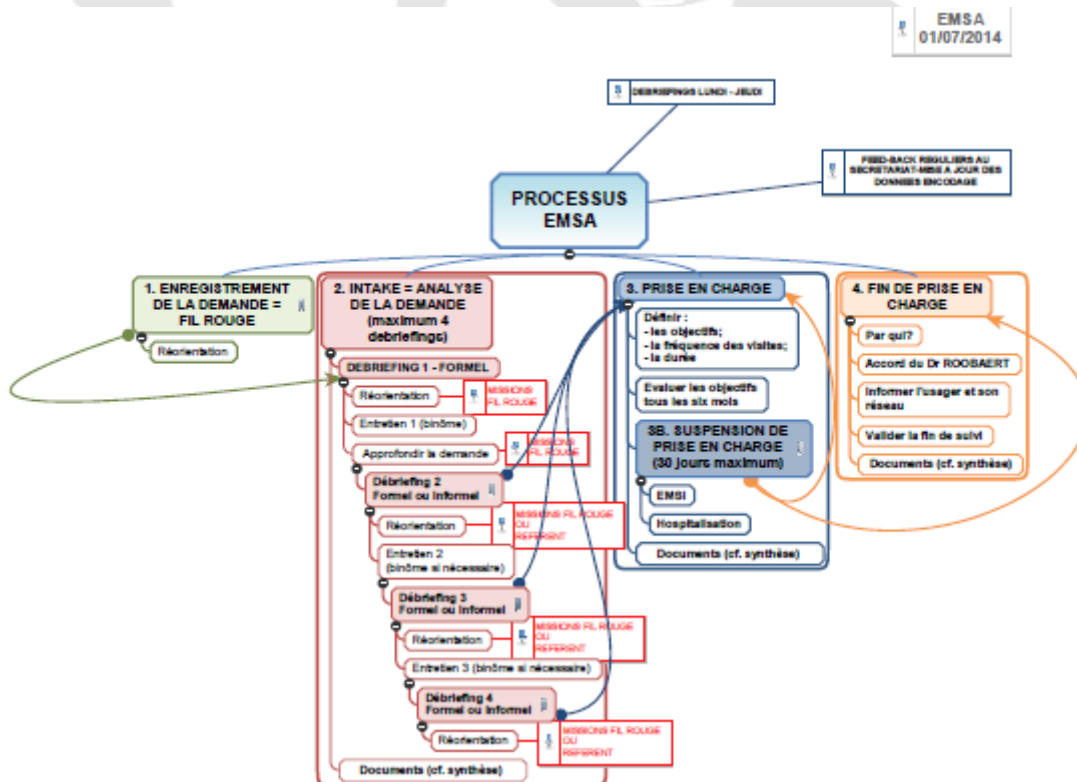
PROCESSUS EMSI - SYNTHESE DES DOCUMENTS ET DES OUTILS CLINIQUES

DOCUMENT-OUTIL CLINIQUE		ACTION	ECHÉANCE
1. ENREGISTREMENT DE LA DEMANDE			
Doc 1	Formulaire de demande de suivi	Fil Rouge	
2. ANALYSE DE LA DEMANDE			
Doc 1	Partie «Analyse de la demande»	EMSI	En fonction des débriefings
Doc 3	Fiche signalétique «Genêts»	EMSI	A partir de l'entretien 1
Doc 4	Courrier «Réorientation» au demandeur, copie au médecin traitant et psychiatre traitant	EMSI + Signature du psychiatre	En fonction des débriefings
3. ACCOMPAGNEMENT			
Doc 12	Feuille récapitulative	EMSI	Dans les 24 heures à dater de l'accompagnement
Doc 2	Convention de suivi	EMSI	Dans les 48 heures à dater de l'accompagnement
Doc 5	Courrier «Accompagnement» au demandeur, copie au médecin traitant et psychiatre traitant	Secrétariat	Dans les 48 heures à dater de l'accompagnement
Doc 7	Partenaires début accompagnement	EMSI	Fin première semaine de l'accompagnement
Doc 11	Carte Réseau (si accompagnement > 7 jours)	EMSI	Fin première semaine de l'accompagnement
4. FIN D'ACCOMPAGNEMENT			
Doc 1	Partie «Fin d'accompagnement»	EMSI	2 semaines maximum à dater de la validation de fin de l'accompagnement par le psychiatre
Doc 8	Epidémiologie (si accompagnement > 7 jours)	EMSI	
Doc 6	DSM IV (si accompagnement > 7 jours)	Psychiatre	
Doc 9	Partenaires fin accompagnement	EMSI	
Doc 10	Synthèse «Fin d'accompagnement»	EMSI + Signature du psychiatre	

SELON LA PERTINENCE :

Doc 5.1 PAI (concertation)
 Doc 13 TDI
 (si accompagnement en lien avec une assuétude – libre à l'utilisateur de le compléter ou non)
 Doc 14 Grille de Palo Alto
 Doc 15 Fiche évaluation clinique des risques suicidaires
 Doc 16 Jeu de cartes des besoins
 Doc 17 Plan de crise conjoint

Schéma du processus de suivi EMSI 2B



Lien avec la gestion du dossier de soins :

EMSA 01/07/2014

PROCESSUS EMSA - SYNTHÈSE DES DOCUMENTS			
DOCUMENT	ACTION	ECHEANCE	
1. ENREGISTREMENT DE LA DEMANDE			
Doc 1	Formulaire de demande de suivi	Fil Rouge	
2. ANALYSE DE LA DEMANDE			
Doc 1	Partie «Analyse de la demande»	Réfèrent	En fonction des débriefings
Doc 2	Convention de suivi	Réfèrent	Entretien 1 si possible
Doc 3	Fiche signalétique «Genéts»	Réfèrent	A partir de l'entretien 2 ou en date de prise en charge plus tous les 6 mois
Doc 4	Courrier «Demande de prise en charge» au demandeur, copie au médecin traitant et psychiatre traitant	Secrétariat	Débriefing 1 →entretien 1
**	Courriel ou communication téléphonique au demandeur, médecin traitant et psychiatre traitant	Réfèrent ou Fil rouge	Débriefings 1 à 4 →approfondir la demande →réorientation ou non suivi
3. PRISE EN CHARGE			
Doc 6	Epidémiologie-Plan de prise en charge	Réfèrent	1 mois maximum à dater de la prise en charge plus tous les 6 mois
Doc 6.1	PAJ (concertation)	Réfèrent	Selon la prise en charge
Doc 8	DSM IV	Psychiatre	
Doc 7	Rapport «Prise en charge»	Réfèrent + Signature du psychiatre	1 mois maximum à dater de la prise en charge
		Réfèrent doit prendre rendez-vous avec le psychiatre pour échanger sur la prise en charge	Tous les un à deux mois
3B. SUSPENSION DE PRISE EN CHARGE			
Doc 1	Partie «Suspension de prise en charge»	Réfèrent + Validation du psychiatre	Le plus rapidement (durée : 30 jours maximum)
4. FIN DE PRISE EN CHARGE			
Doc 1	Partie «Fin de prise en charge»	Réfèrent	3 semaines maximum à dater de la validation de fin de prise en charge par le psychiatre
Doc 6	Epidémiologie-Plan de prise en charge	Réfèrent	
Doc 8	DSM IV	Psychiatre	
Doc 8	Rapport «Fin de prise en charge»	Réfèrent + Signature du psychiatre	
Doc 6.1	PAJ (concertation)	Réfèrent	Selon la fin de prise en charge

Budget pour avoir le logiciel (ex : «mindview») et la formation mind mapping.

La pratique est transférable : présentation PowerPoint à l'équipe, transfert d'information et contextualisation par le cadre.

Le cadre en soins de santé vise à une optimisation du processus («Reengineering») afin d'observer une amélioration continue de ce dernier en terme de réduction de coûts, de qualité de soins, de service, de rapidité, bref d'efficience.

En effet depuis la création de notre processus, nous avons au quotidien :

- analysé et tenté de comprendre les résultats : ce qui fonctionne ou pas;
- réagi pour améliorer l'action future (réévaluation + action);
- préparé l'action : communiquer et impliquer les acteurs aux changements;
- développé et réalisé l'action : évolution et changement du processus et recueil de données.

6. Références bibliographiques.

Formation au SPW en janvier 2013 : « gestion des processus », méthodologie et implémentation par la firme CONSULTIS.

« Le Reengineering » par Mickael Hammer et James Champy Ed. DUNOD.

Utilisation de la théorie de la roue de DEMING qui permet l'amélioration continue de la qualité (PDCA).

