

« Vers une approche communautaire par une
réforme globale des soins en santé mentale ;
l'expérience belge »

Isabel Moens
Bernard JACOB
Référent : Docteur J.L. ROELANDT



Athènes est, de mémoire d'homme, considérée comme le berceau de la civilisation occidentale. La culture athénienne, supérieure aux cultures voisines de par son intérêt pour l'art et les sciences, et unique et supérieure sur le plan politique du fait de sa démocratie en devenir, a jeté les fondements de ce que nous, Occidentaux, tenons encore aujourd'hui en haute estime socialement et politiquement.

Toutefois, aussi nobles et élevés qu'aient pu être les citoyens athéniens, le modèle social de l'époque présentait lui aussi de nombreuses failles: démocratie rimait souvent avec pouvoir exercé par une poignée d'élus; femmes, esclaves et couches plus pauvres de la population se voyaient exclus et la vie sociale versait souvent dans une espèce de cynisme inspiré par les discours trompeurs des sophistes. Peut-être la vie et l'action du philosophe grec Socrate attestent-ils le mieux de ces zones d'ombre. En tant que fondateur de l'éthique et protecteur des soins d'autrui comme le 'fait primitif' de chaque philosophie, Socrate considérait qu'il y allait de sa mission de délivrer ses concitoyens de l'ignorance et du fourvoiement. Aller à l'encontre des idées reçues, attirer l'attention sur les visions partiales et les positions sociales figées était au cœur du projet socratique. Socrate n'agissait pas pour proclamer une vérité universelle, mais pour percer à jour les fausses vérités et faire prendre conscience à ses concitoyens de leurs propres erreurs et opinions erronées.

Le projet socratique, qui a pour but de servir et d'interroger, frappe de par son caractère: l'attitude socratique, sorte d'obstétrique spirituelle, vise à faire naître une conscience et une sensibilité chez l'auditeur et par extension dans la société au sens large, sans cependant formuler d'arguments d'autorité pour susciter cette conscience ou cet appel.

Comme Socrate, qui a pu donner un regard critique aux Athéniens, Docteur Jean-Luc ROELANDT nous a, pendant cette formation InterUniversitaire, enthousiasmé et confronté aux valeurs fondamentales telles que les droits de l'homme, les droits des patients, l'éthique, la citoyenneté, ...

Nous voulons, ici encore, transmettre des remerciements chaleureux à notre référent, Docteur Jean-Luc ROELANDT pour sa « pensée socratique » et pour tout ce qu'il a souhaité partager avec nous pendant la formation.

Un merci tout particulier à Sonia, sans qui notre travail n'aurait pu se concrétiser.

Table des matières

1.	<i>Thématique générale du mémoire</i>	5
2.	<i>Argumentaire</i>	5
2.1.	Pourquoi nous sommes-nous intéressés à ce thème ? _____	5
2.2.	Dans quel contexte social avons-nous développé notre thématique ? Quelle est l'approche de la santé mentale communautaire que nous envisageons ? _____	6
2.3.	Quelles sont les questions de départ que nous nous posons en choisissant ce thème ? __	12
2.4.	Quel est l'objectif global que nous poursuivons par notre recherche action ? _____	13
3.	<i>Méthode</i>	13
3.1.	La construction du réseau _____	17
3.1.1.	Définition du réseau	17
3.1.2.	Déroulement de l'action	18
3.1.3.	Suivi des projets	22
3.2.	Le soutien lors de l'appel à projets _____	23
3.3.	Formation et coaching des coordinateurs de réseau _____	23
3.4.	Suivi longitudinal des projets _____	23
3.5.	Formation continue _____	24
3.5.1.	Formation et recherche	24
4.	<i>Résultats</i>	30
4.1.	Quels sont les résultats obtenus dans les différentes phases déjà concrétisées et quelle évaluation pouvons-nous proposer à ce niveau ? _____	30
4.1.1.	Au niveau des projets qui débiteront la phase exploratoire :	30
4.1.2.	Au niveau du financement :	33
4.1.3.	Au niveau de la formation :	39
4.1.4.	Concernant la recherche :	41
5.	<i>Discussion</i>	52
5.1.	Discuter les avantages / inconvénients, réussites / échecs et limites de l'action _____	52
5.2.	Présenter des perspectives futures _____	53
6.	<i>Bibliographie</i>	64
7.	<i>Annexes</i>	67

1. Thématique générale du mémoire

« Vers une approche communautaire par une réforme globale des soins en santé mentale ; l'expérience belge »

2. Argumentaire

2.1. Pourquoi nous sommes-nous intéressés à ce thème ?

Les évolutions qui ont marqué les soins en santé mentale belges ces 40 dernières années montrent qu'un certain nombre de jalons importants sont d'ores et déjà posés vers la mise en place de soins plus orientés vers la communauté. Sur le plan international, on note une tendance à amener les soins en santé mentale vers les demandeurs de soins au lieu de les sortir de leur domicile, de les encadrer et traiter en milieu résidentiel (en institution).

Le rapport annuel de 2001 de l'organisation mondiale de la santé (OMS), fait part de l'intérêt social pour les problèmes croissants en matière de santé mentale et du besoin urgent d'un élargissement et d'une meilleure organisation de l'offre de soins. Le 18 mai 2002, sur proposition de la Belgique, cette constatation fut transformée en une résolution « Mental health : responding to the call for action ».

D'où la nécessité de promouvoir une offre de soins en santé mentale qualitative et quantitative optimisée orientée vers la demande. C'est la raison pour laquelle la Conférence européenne des Ministres de l'OMS de janvier 2005 à Helsinki a abouti à des accords politiques concrets et au plan d'action détaillé des soins en santé mentale.

Dans les pays, où les soins en santé mentale axés sur la communauté sont déjà plus développés, on constate que moins il y a de traitements résidentiels plus les problèmes psychiques peuvent être traités avec succès. En d'autres termes, dans ces pays, on remarque que des soins en santé mentale basés sur les besoins et demandes de soins des personnes présentant des problèmes psychiques et offerts d'une manière continue ou aussi proche que possible du domicile donnent de bons résultats.

C'est pour cette raison que nous sommes intéressés à développer la question des soins dans la communauté au départ de l'expérience que nous pilotons en Belgique. En effet, nous représentons dans cette expérience à la fois l'autorité politique fédérale qui a initié le mouvement et la partie plus organisationnelle et stratégique de la construction du modèle.

La participation au Diplôme Inter Universitaire nous permet de mieux comprendre l'évolution du modèle initié chez nos voisins français, d'en tirer des leçons instructives, d'affiner notre perception de son développement et d'adapter et de transférer les bonnes pratiques que nous partageons avec des experts de différents horizons.

2.2. Dans quel contexte social avons-nous développé notre thématique ? Quelle est l'approche de la santé mentale communautaire que nous envisageons ?

Au niveau Européen, nous constatons que le développement des soins orientés vers la communauté, la suppression systématique de l'offre de soins en santé mentale résidentiels et la focalisation sur le dépistage précoce des problèmes psychiatriques ont très nettement et concrètement porté leurs fruits.

Au Royaume-Uni, par exemple, le nombre d'équipes mobiles qui proposent des traitements et un accompagnement au domicile de personnes présentant des problèmes psychiques a augmenté de manière exponentielle depuis le début 2000. Au cours de cette même période, on a observé une forte baisse du nombre de suicides par 12%¹.

On n'a pas encore pu démontrer jusqu'à présent une relation statistique significative entre les deux phénomènes mais de nombreux acteurs des soins en santé mentale britanniques sont convaincus que la modification de l'organisation des soins a pour le moins amorcé la réduction de la problématique du suicide.

En France, dans certaines régions, nous constatons les résultats très encourageants du changement de politique proposant une offre de soins dans la communauté plutôt que le maintien des soins au sein des structures hospitalières.

¹ National Service framework for mental health, modern standards and service models (1999), page 76

Cette même évolution est constatée, avec des résultats assez comparables dans des régions, notamment en Hollande, en Suisse, en Norvège ou encore plus loin de nous au Québec.

C'est la raison pour laquelle, en Belgique, les gouvernements fédéral, des régions et communautés ont mis ensemble leur dispositif pour proposer la mise en place d'une « réforme des soins en santé mentale » qui aurait pour but de continuer à optimiser les soins en santé mentale actuels. Cette nouvelle offre est principalement orientée vers une approche communautaire.

Il ressort de l'enquête de santé par interview de 2004 qu'une personne sur quatre (24%) dans la population des 15 ans et plus, a déjà lutté contre un mal être psychique et que pour plus de la moitié de ces personnes (13%), il s'agissait d'une affection assez grave. Pour un tiers des personnes incapables de travailler durant de longues périodes ou définitivement, la cause de cette incapacité est due à un dysfonctionnement mental. Il s'agit de près de 70.000 personnes. Les données de l'enquête de santé montrent aussi qu'un belge sur quatre rencontre des problèmes de santé mentale². Une subdivision par problématique indique que 8% de la population a présenté des épisodes dépressifs, 8% a rencontré des problèmes somatiques, 6% des symptômes de peur et 20% des dysfonctionnements du sommeil. De plus, 6% des personnes indiquent qu'elles ont traversé une grave dépression durant l'année précédant l'enquête.

Il ressort des statistiques internationales que les taux de suicides se situent parmi les plus élevés au monde dans un certain nombre de pays européens. Le top cinq des pays dans le monde ayant les taux de suicides les plus élevés sont respectivement la Lituanie, la Biélorussie, la Russie, la Slovénie et la Hongrie. La Belgique est en 13ème position, une place peu enviable.

La Belgique propose un large éventail d'offres en matière de soins de santé et de bien-être aux personnes ayant des problèmes psychiques. Les gens viennent essentiellement chez le médecin généraliste avec leurs problèmes physiques mais aussi de plus en plus avec leurs problèmes psychosociaux.

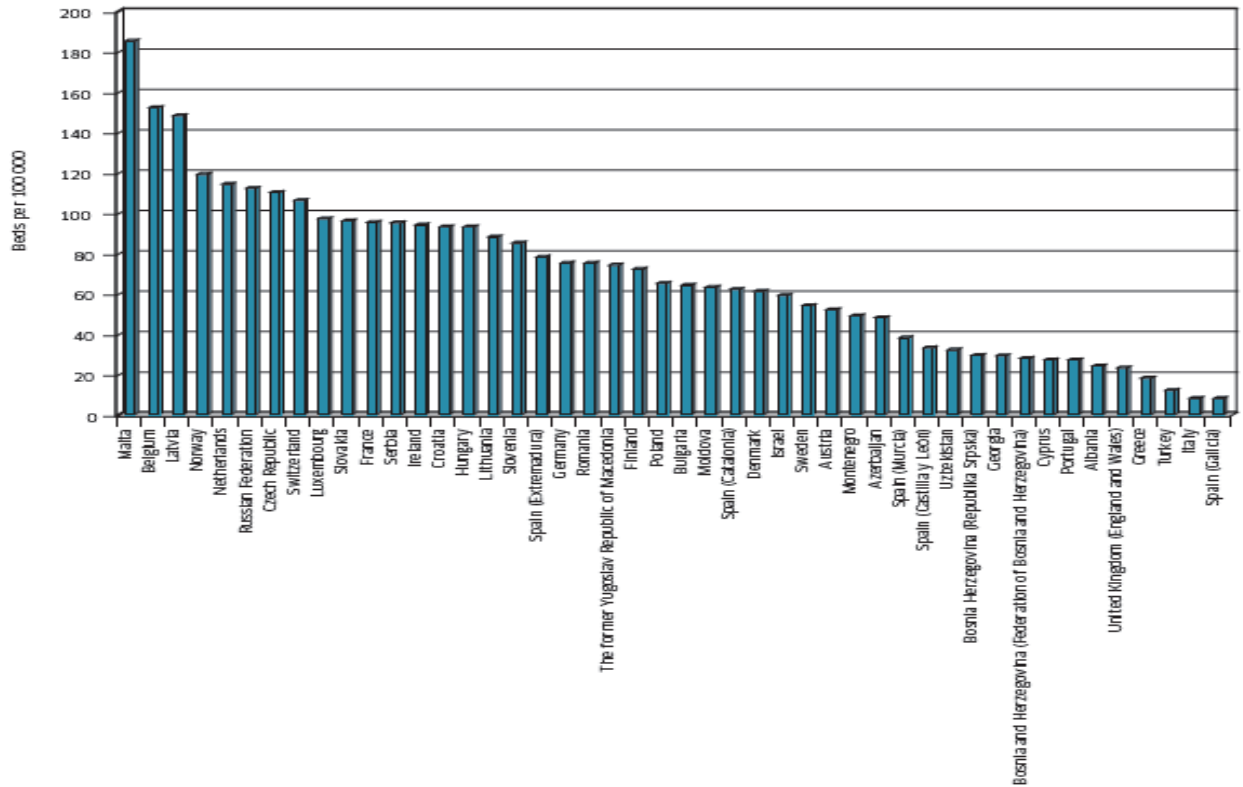
² Gisle, L. (2008). *Enquête de Santé par Interview, Belgique 2008*. page 5. SPF Santé Publique

Différents acteurs du bien-être, acteurs du secteur de l'enseignement, des instances judiciaires des soins aux personnes âgées, des services sociaux des Centres Publics d'Aide Sociale, de l'Office National de l'Emploi, des sociétés de logements sociaux, s'occupent également en première instance des personnes ayant des problèmes psychiques. Suivant la gravité de la problématique, ces personnes sont renvoyées, pour plus d'assistance spécialisée, vers des centres de soins en santé mentale, des hôpitaux psychiatriques, des services psychiatriques des hôpitaux généraux et/ou vers des psychiatres privés et/ou des psychothérapeutes.

Et ce renvoi ne se déroule actuellement pas toujours de manière harmonieuse. Ceci est dû en partie à la méconnaissance de l'offre des soins en santé mentale qui fait que les personnes n'arrivent pas directement au bon endroit, ceci est dû également au tabou qui plane au-dessus des problèmes psychiques. Ce qui influe aussi certainement, ce sont les délais de traitement souvent longs auxquels les personnes présentant des problèmes psychiques et leurs orienteurs sont confrontés.

Des raisons historiques expliquent que la capacité de l'offre de soins en santé mentale résidentiels en Belgique n'a cessé de croître plus fortement que chez nos voisins. Malgré les démarches déjà entreprises pour ancrer les soins en santé mentale plus fortement dans la société, la Belgique est encore et toujours confrontée à l'un des ratios les plus élevés de lits psychiatriques par nombre d'habitants. En 2008, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publiait son rapport *Policies and Practices for Mental Health in Europe - Meeting the Challenges* selon lequel la Belgique dispose de 152 lits psychiatriques (en hôpital psychiatrique et en services psychiatriques des hôpitaux généraux) par 100.000 habitants. De tous les pays européens, seule Malte a un ratio encore plus élevé, avec plus de 180 lits par 100.000 habitants (voir figure 1).

Fig. 1 Nombre total de lits et de places dans les structures psychiatriques résidentielles par 100.000 habitants



La même année, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a constaté dans une étude que 4.730 patients psychiatriques adultes ont résidé en 2003 pendant plus d'un an dans un service de traitement d'un hébergement protégé visant la garantie optimale de leur réadaptation sociale (service T). Un tiers de cette population a déjà séjourné plus de 6 ans dans un service similaire. Une conclusion importante est que les hébergements ne fournissent pas suffisamment d'efforts pour réintégrer ces patients dans la société.

Lorsque des efforts seront faits pour orienter les soins en santé mentale vers la société, 5 mouvements pourront être discernés :

- **La désinstitutionalisation**

Mise en place de formules de soins ambulatoires intensifs et spécialisés en tant qu'alternatives à l'hospitalisation

- **L'inclusion**

Réadaptation et réhabilitation dans le cadre d'une indispensable collaboration avec les secteurs de l'enseignement, de la culture, du travail, du logement social...

- **La dé catégorisation**

Mise en place, via les circuits et les réseaux de soins, d'une collaboration avec et entre les soins aux personnes âgées, les services de santé mentale, le secteur des personnes handicapées et la justice.

- **L'intensification**

Intensification des soins au sein des hôpitaux

- **La consolidation**

Régularisation des différents projets pilotes, tant aux niveaux fédéral, que communautaire et régional, dans le concept de globalisation des soins en santé mentale.

En se basant sur les études mentionnées ci-dessus et sur d'autres études, et pour que l'organisation des soins en santé mentale réponde aux principes fondamentaux de la déclaration commune, la conférence interministérielle (CIM) Santé Publique du 28 septembre 2009 a décidé de passer à la mise en application de l'article 107 de la loi concernant les hôpitaux et autres institutions de soins.

Cet article dit que « Le Roi peut prévoir des modalités spécifiques de financement afin de permettre, sur une base expérimentale et pour une durée limitée, un financement prospectif des circuits et des réseaux de soins, axé sur les programmes. »

Autrement dit, la mise en oeuvre de l'art.107 est une technique financière qui permet la réallocation d'une partie du budget des moyens financiers (bmf) des hôpitaux afin que les moyens et la main d'oeuvre puissent être consacrés à un domaine de travail déterminé en vue d'adapter l'actuelle offre de soins en santé mentale pour personnes présentant des problèmes psychiques à leurs besoins et demandes de soins.

Tous les gouvernements belges compétents se sont engagés à ouvrir l'offre existante des soins en santé mentale afin de réaliser et/ou d'intensifier la coopération intra et extra-muros entre les institutions. De plus, la Conférence Interministérielle Santé Publique a choisi d'utiliser les moyens disponibles pour la création :

- d'équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes de soins en santé mentale aigus que chroniques ;
- d'équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'intégration sociale ;
- d'unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes de soins en santé mentale aigus que chroniques lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable.

Le 14 décembre 2009, la Conférence Interministérielle a franchi une étape de plus. Il a été décidé :

- de lancer une campagne d'information bilatérale sur la création future de circuits de soins et réseaux de soins dans les soins en santé mentale et sur les techniques susceptibles d'être utilisées dans ce but (notamment l'art. 107) afin d'ajouter des accents régionaux ;
- de lancer un appel fédéral en vue d'informer le secteur des soins en santé mentale de l'ambition d'exécuter l'art. 107, des techniques possibles en la matière et plus concrètement de l'implémentation de l'art. 107 ;
- d'élaborer un calendrier précis et un plan de communication ;
- de prendre, au niveau de chaque autorité, des initiatives pour motiver toutes les instances concernées, autant à l'intérieur qu'en dehors des structures du secteur des soins en santé mentale, à participer aux projets dans le cadre de l'article 107 ;
- d'implémenter l'art. 107 non seulement dans les hôpitaux psychiatriques mais aussi dans les sections psychiatriques des hôpitaux généraux (sphg) ;
- de limiter les projets concernant l'article 107 en 1ère phase aux adultes tout en l'élargissant aux adolescents dès l'âge de 16 ans ;
- d'intensifier la coopération entre les soins intra et extra-muros afin que les crises puissent être plus rapidement résolues en ambulatoire et orientées vers le service adapté;
- d'améliorer l'intégration des patients avec des problèmes psychiques dans la société : ceci signifie également l'engagement des soins en santé mentale dans d'autres secteurs politiques comme le logement, le travail et l'économie sociale.

2.3. Quelles sont les questions de départ que nous nous posons en choisissant ce thème ?

Les questions qui seront prises en considération dans le cadre de cette recherche action sont les suivantes :

- sur base de certaines expériences européennes et plus particulièrement du modèle développé dans certaines zones en France, quel serait le modèle le plus pertinent ou cadre dans lequel pourrait se positionner une réforme globale et une approche intégrée des soins en santé mentale orientée vers l'approche communautaire.
- Quelle est l'importance de l'implication des acteurs non issus du secteur des soins en santé mentale pour optimiser les chances de réussite d'un tel projet ?
- Comment, à la fois transformer une partie de l'offre résidentielle en une nouvelle offre communautaire tout en évitant les recouvrements avec le dispositif mis en place depuis de nombreuses années, notamment par le secteur associatif ?
- Comment éviter le cloisonnement, non seulement entre les structures résidentielles et les structures communautaires mais aussi entre les acteurs de la santé mentale et ceux qui occupent le champ de l'action sociale, du logement et de l'intégration socioprofessionnelle ?
- Comment impliquer les associations d'usagers et familles en tant qu'acteurs, participant à la fois au processus politique décisionnel (le niveau macro) mais aussi au niveau des institutions (le niveau meso) pour permettre à chaque usager/client/patient de pouvoir à l'avenir avoir une réelle décision quant à sa participation à son propre programme de prise en charge (le niveau micro) ?
- Comment permettre ce changement d'approche, basée par le passé sur une relation « soignant-soigné », et encore trop souvent réalité actuelle, pour réussir par un bouleversement des cultures à considérer les personnes en souffrance comme pouvant être (co)responsable de leur prise en charge. Quel type de formations mettre en place pour y parvenir ?
- Sur cette base, nous comparerons les différents projets introduits par les candidats promoteurs à débiter une phase exploratoire de la réforme en Belgique.

2.4. Quel est l'objectif global que nous poursuivons par notre recherche action ?

L'action décrite a comme objectif de présenter le modèle que nous développons dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale en Belgique tout en intégrant au fur et à mesure de son développement des éléments de réponses aux questions soulevées au point 2.3.

3. Méthode

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.

Ainsi, l'organisation d'une première ligne à bas seuil facilitera l'accessibilité aux soins en santé mentale, encore trop souvent vécus comme stigmatisant.

La première fonction : activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic

La première fonction concerne les missions de base de l'aide et des soins. Il s'agit d'actions qui se développent dans l'espace communautaire et qui concernent autant des actions de prévention, de détection précoce ou de première intervention.

Cela sous-entend un accueil de la demande accessible, l'organisation d'une réponse de proximité, basée sur un diagnostic qui permettra de donner une réponse adaptée aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population du territoire concerné en assurant, si nécessaire, la continuité thérapeutique sur le long terme.

Dans ce cadre, il faudra aussi associer la première ligne généraliste dans la prise en charge des soins en santé mentale.

La deuxième fonction : équipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques

La deuxième fonction concerne les équipes de traitement à domicile, d'une part, celles qui s'adressent aux personnes en situation aiguë ou subaiguë et, d'autre part, celles qui s'adressent aux personnes qui présentent des difficultés psychiatriques chroniques.

La nouveauté de cette fonction sera d'explorer une nouvelle forme de soins en santé mentale plus rapidement accessibles aux personnes et de leur offrir des soins adaptés là où elles vivent.

L'originalité est donc d'offrir une alternative à l'hospitalisation en créant une offre mobile, avec intervention immédiate et intensive pour les situations aiguës et dont la variabilité en intensité et en durée sera adaptée pour les personnes qui présentent des problématiques chroniques.

Cette nouvelle forme de ressources organise son action en complémentarité avec la première en y ajoutant une mobilité et une expertise. Le partenariat est structuré et s'inscrit dans une approche globale. Dans un souci de continuité, les ressources des autres fonctions seront utilisées de manière individuelle.

La troisième fonction : équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale

La troisième fonction s'inscrit dans le secteur de la réhabilitation psychosociale. Il s'agit d'offrir des programmes particuliers à des personnes qui présentent des problématiques psychiatriques à un stade spécifique de leur maladie.

La réhabilitation psychosociale est un processus dynamique qui s'inscrit dans une logique de temporalité permettant aux personnes d'accéder à la réinsertion sociale et professionnelle dans la société et qui nécessite une approche politique transversale.

C'est un programme particulier qui prendra en considération le développement des capacités permettant une autonomie suffisante dans la vie journalière, des capacités sociales par la participation à une vie communautaire, culturelle, et aussi par l'élaboration d'un projet professionnel adapté.

Ces programmes particuliers peuvent s'inscrire à la suite ou complémentarément aux missions de base remplies par les ressources de la première fonction ou dans la continuité des interventions réalisées dans le milieu de vie par les équipes mobiles.

La quatrième fonction : unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable

La quatrième fonction concerne l'intensification des soins résidentiels spécialisés pour les personnes qui sont dans une phase tellement sérieuse que l'aide dans l'environnement de vie ou au domicile n'est temporairement pas indiquée.

Ces unités peuvent délivrer une observation et un traitement résidentiels spécifiques et intensifs en mettant l'accent sur les soins aigus, sur l'indication et l'établissement de diagnostic, sur la prise en charge intensive.

Ces petites unités sont caractérisées par des séjours de courte durée, d'une grande intensité et fréquence, d'un encadrement spécialisé. Les aspects relatifs à la coordination des soins sont pris en compte lors de la prise en charge. La gestion des hospitalisations est importante. Celles-ci sont réalisées avec une attention à la durée (brève) de l'hospitalisation, des filtres pour l'admission (au moins une procédure d'admission coordonnée), un suivi après la phase aigüe (autant que possible par le professionnel de l'équipe qui est le plus près du patient).

Une communication permanente avec les autres fonctions assure le maintien du lien avec le réseau social des personnes tout en optimisant leur possibilité de retour au domicile et aux chances d'insertion.

La crise nécessite toujours une mise au point diagnostique spécialisée avec une approche médicale somatique, psychologique et psychiatrique qui peut être assurée au sein de chaque fonction du réseau.

L'urgence psychiatrique comporte un aspect d'urgence des pathologies psychiatriques avérées pour lesquelles des modalités d'accueil résidentiel spécifiques sont nécessaires.

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

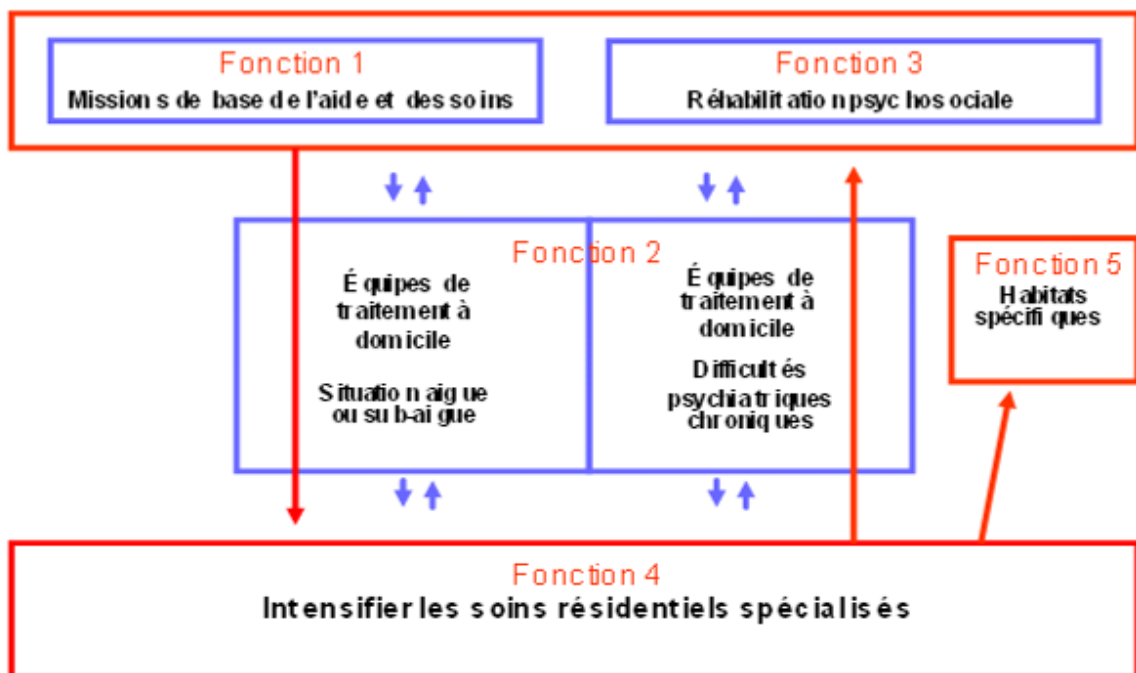
La cinquième fonction concerne le développement d'habitats spécifiques pour des personnes qui souffrent de problématiques psychiatriques chroniques stabilisées et qui présentent des possibilités d'intégration sociale réduites.

Ces habitats ont pour but d'apporter un soutien à l'organisation de la vie quotidienne.

Le but poursuivi est de faciliter l'insertion sociale par des programmes individualisés, qui prennent en compte les besoins d'autonomie exprimés par les personnes.

Intégrés dans le tissu social, ils sont organisés sous forme d'hébergements protégés, d'appartements supervisés ou toute autre forme de logements adaptés.

Fig. 2 Les 5 fonctions dans le nouveau modèle des soins en santé mentale (mai 2010)



Implémentation locale, un modèle de travail en réseau

Nous avons précisé notre démarche comme étant une approche globale et intégrée qui définit toutes les fonctions dans le cadre des soins en santé mentale et ce, au départ d'un modèle intégré.

L'organisation actuelle des soins en santé mentale doit progressivement évoluer et faire place à un réseau de services alternatifs répartis sur le territoire.

Ceci implique une adaptation de chacune des ressources qui, ensemble, vont être amenées dans un souci de complémentarité, à développer leur modèle, basé à la fois sur la créativité et l'originalité des acteurs, de leur localisation, mais aussi et surtout en tenant compte de la philosophie globale de la réforme.

Nous avons insisté sur le fait que ces fonctions fondamentales se traduiront en contenu de soins impliquant nécessairement une collaboration avec tous les acteurs concernés à différents niveaux.

Ceci nous amène à définir préalablement un cadre minimum qui aura pour but d'une part, de déterminer les différentes étapes nécessaires à la construction du réseau de collaboration et d'autre part de définir le profil du coordinateur de réseau ainsi que son rôle essentiel dans la construction du processus.

3.1. La construction du réseau

3.1.1. Définition du réseau

Il faut être très précis sur la notion de réseau que nous devons comprendre comme étant un réseau de collaborations entre des structures et des ressources qui vont, dans un partenariat effectif, définir une finalité, un fonctionnement et des objectifs communs, ceci afin de garantir l'efficacité du suivi des patients, une meilleure continuité des soins, l'amélioration de l'offre et l'amélioration de la qualité de prise en charge.

Il sera nécessairement conçu sur base de la philosophie globale de la réforme. Le réseau se définit sur base de programmes individualisés, dont entre autre l'offre thérapeutique, tout en respectant le libre choix du patient.

Cette finalité doit être visible et doit devenir un modèle opérationnel de travail en réseau ayant comme but d'offrir une réponse adaptée à chacune des situations par la mise en place de parcours thérapeutiques individualisés.

Chaque réseau sera ainsi constitué de l'ensemble des cinq fonctions définies préalablement.

3.1.2. Déroulement de l'action

Pour réaliser le réseau, certains éléments de base doivent être pris en considération³ :

Mise en place des acteurs

Chaque ressource du réseau inscrite dans le projet désigne un représentant qui sera durant tout le processus l'interlocuteur, le garant de sa structure dans la construction organisationnelle du réseau.

Son mandat est clair, il est connu du coordinateur de réseau, il va servir d'appui permanent et de liaison fonctionnelle entre les actions définies dans le projet de construction de réseau et leur concrétisation sur le terrain.

Mise en place du coordinateur de réseau

Un coordinateur de réseau est choisi pour un territoire donné (le territoire est à définir). Ce coordinateur est désigné par l'ensemble des garants et sur base d'un profil précis.

Le coordinateur de réseau prend connaissance des ressources mobilisables existantes sur le territoire du projet. Il se profile comme étant le facilitateur de la création du réseau. Il connaît les spécificités des différentes ressources, il connaît les projets en cours ...

Il rencontre les responsables, pouvoirs organisateurs et directions de ces structures, il s'imprègne de l'offre des différentes ressources mais aussi de leurs limites, il en connaît les législations. Il réalise une cartographie actualisée ...

Mise en place du comité de travail

Le coordinateur de réseau et l'ensemble des garants de services constituent le comité de travail stratégique qui devra aboutir à l'opérationnalisation du travail en réseau sur le territoire défini.

C'est un groupe de préférence fermé, qui établit dès le départ un plan de travail structuré (plan de programme) comprenant obligatoirement :

- la finalité recherchée (construction opérationnelle du réseau)

³ Les notions de coordinateur de réseau, de garant de service et de référent de soins sont le résultat d'un consensus entre les représentants des Cabinets et Administrations ministériels des deux régimes linguistiques du pays. En effet, il fallait arriver à ce consensus pour assurer une bonne compréhension en français et en néerlandais.

- les objectifs généraux pour y parvenir
- les actions à mener
- les moyens à y affecter
- un échéancier
- une analyse feed back (évaluation permanente des résultats).

Ce plan programme est connu et bien intégré par tous les membres du comité de travail (le coordinateur de réseau et les garants de services).

Ce plan programme est sous la responsabilité globale (pilotage) du coordinateur de réseau qui veillera à la réalisation des objectifs par une animation dynamisante des différents acteurs.

Construction participative des outils

Cette étape est bien sûr la plus importante du plan programme. Elle a pour but de renforcer la coopération, résultat attendu d'une construction d'un réseau par les acteurs eux-mêmes.

Les objectifs peuvent être résumés à ces concepts clés : « L'organisation, la planification, l'élaboration des stratégies, l'établissement de complémentarités, la concertation, la coordination, la conception d'outils nouveaux, l'information et le partenariat. »

On comprendra dès lors l'importance du choix du coordinateur de réseau, qui sera en permanence confronté à des missions tant stratégiques et politiques, que d'organisation et de gestion, le tout en faisant preuve d'un savoir-faire en communication.

Il sera aussi le facilitateur des processus de changements.

Dans cette étape de construction des outils, on peut retenir deux axes :

- La mise en commun des pratiques (des ressources)

Cette étape est très importante, et pourtant souvent minimisée. On a trop souvent l'impression de connaître les partenaires mais cette connaissance des différentes ressources du territoire peut être incomplète, obsolète et demande une mise à jour permanente. Ce sera une des missions du comité de travail.

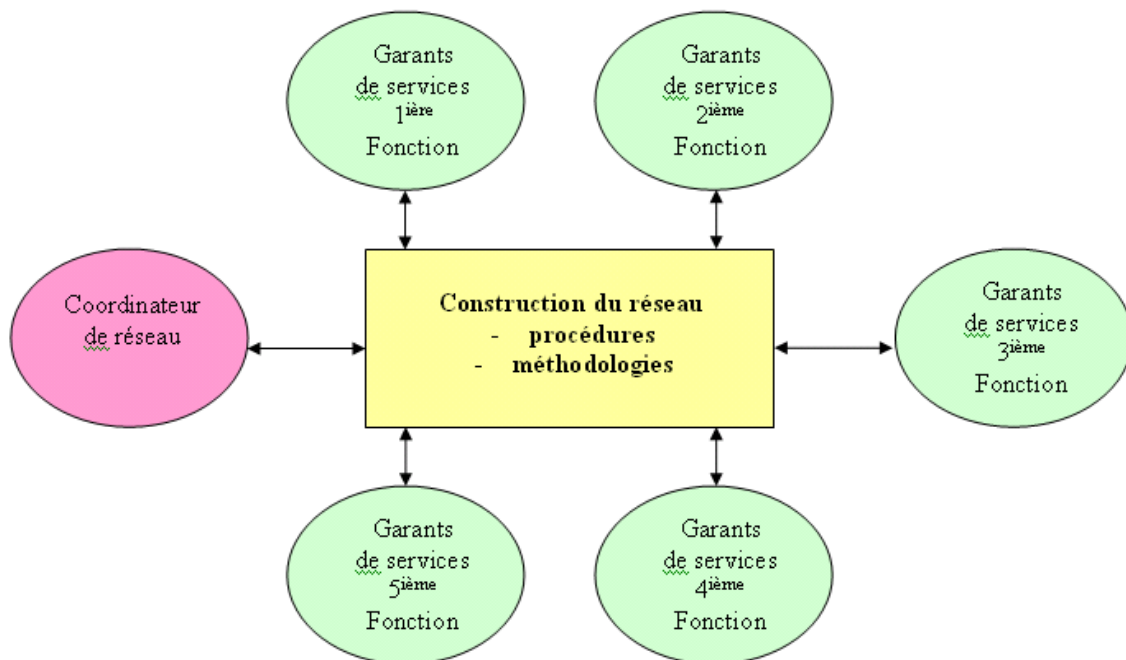
La pratique de l'immersion au sein des services est recommandée. Il s'agit d'un temps pendant lequel le garant de service est intégré, vit de l'intérieur le travail d'un ou de plusieurs services partenaires du réseau territorial. Il s'intéresse en profondeur aux conditions d'accès, à l'organisation du travail, aux programmes ou modules proposés. Il comprend la réalité du quotidien des partenaires, leur potentiel, mais aussi leurs limites.

Cette étape permet la mise en oeuvre des potentialités du terrain, le décloisonnement des acteurs et des pratiques.

- La mise en place de consensus (procédures)

Cette étape est indispensable. Les procédures sont construites par les acteurs eux-mêmes, elles prennent la forme de conventions de collaboration. Ces procédures constituent le cadre opérationnel du travail en réseau précisant de façon très claire, compréhensible, *qui fait quoi, quand*.

Fig. 3 Exemple schéma du groupe de travail du territoire X



Construction participative des méthodologies

A cette étape de construction du réseau, le coordinateur du réseau et les garants de services auront à définir une méthodologie de travail commune, la construction d'un modèle de fonctionnement visant à utiliser de façon intégrée dans un même programme les différentes ressources disponibles dans le réseau.

Parmi les bonnes pratiques issues de la littérature ou des projets thérapeutiques, le modèle du plan de service individualisé ou plan de soins individualisé est l'approche la plus formalisée de ce type de préoccupation.

Ce modèle permet d'établir des procédures de formalisation, de planification et de coordination des interventions liées aux soins, à la réhabilitation psychosociale, à l'insertion des patients, ce qui requiert de multiples ressources.

Chaque projet aura à définir son modèle méthodologique qui aboutira au développement du réseau organisationnel.

Développement de la fonction « référent de soins »

Cette étape est essentielle, elle est l'aboutissement et la réussite du projet de travail en réseau au départ du patient.

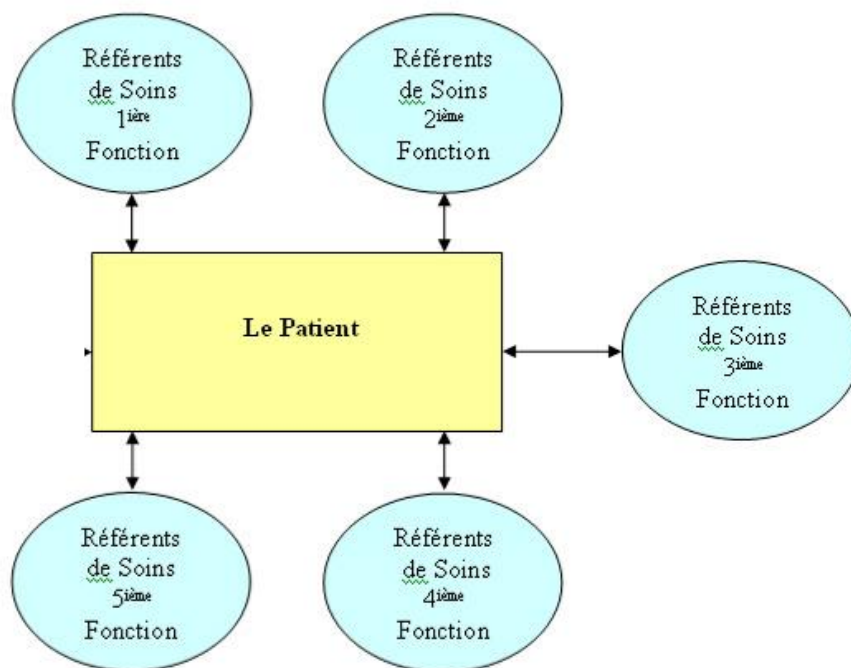
Nous avons insisté sur ce rôle important du référent de soins autour du patient qui sera défini dans chacune des fonctions.

Dans la suite de la construction des procédures et des méthodologies, et dans un souci d'efficacité de travail en réseau autour du patient, cette nouvelle fonction jouera un rôle déterminant.

Ces « référents de soins » utilisent les procédures (conventions) signées par le coordinateur du réseau et les garants de services centrent leur action sur le patient et sont les pivots d'une coordination centrée sur les besoins du patient.

Ils sont responsables d'un parcours réussi du patient et ils assurent la liaison entre les ressources (fonctions) disponibles du réseau.

Fig. 4 Exemple schéma d'utilisation des ressources en fonction des besoins du patient – développement de la fonction de référent de soins



L'auto-évaluation des outils et des méthodes

L'auto-évaluation a pour finalité de mesurer si le coordinateur de réseau et les garants de services ont atteint leurs objectifs et si l'opérationnalisation a été réalisée sur le terrain en respectant la méthodologie construite par les acteurs.

Les résultats sont mis en lien avec les objectifs généraux du plan programme. Les outils et les méthodologies sont adaptés, affinés selon les résultats de l'évaluation.

Cette étape est placée sous la responsabilité du coordinateur du réseau.

Si le processus global a été respecté, si la finalité a été suivie pendant tout le déroulement du projet, le coordinateur de réseau pourra alors déterminer avec clarté les bonnes pratiques, et comment les transférer.

3.1.3. Suivi des projets

Une part importante du processus réside dans l'accompagnement, dès la mise en place des projets et de leur suivi tout au long de l'action.

3.2. Le soutien lors de l'appel à projets

Dès le lancement de l'appel à projet, un soutien est prévu au bénéfice des candidats promoteurs, ceci afin d'assurer une bonne compréhension du concept global de la réforme des soins en santé mentale.

3.3. Formation et coaching des coordinateurs de réseau

Les coordinateurs de réseau des projets sélectionnés bénéficieront d'une formation approfondie :

- au concept global et aux objectifs poursuivis dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale ;
- au contenu des différentes fonctions reprises dans le modèle (cf. point 4) ;
- aux méthodologies de travail en réseau ;
- le réseau, les acteurs ;
- la construction des outils et des procédures.

3.4. Suivi longitudinal des projets

Les coordinateurs de réseau des projets sélectionnés bénéficieront d'un coaching continu tout au long de l'action :

- pour la construction du réseau, par projets et lors de réunions plénières ;
- par des rencontres sur le terrain ;
- par des échanges de bonnes pratiques entre les coordinateurs de projets ;
- par des réunions de capitalisation des résultats obtenus ;
- par le suivi et les évaluations lors de comités d'accompagnement ;
- par l'appui de l'équipe scientifique.

Le suivi longitudinal des projets sélectionnés sera assuré pendant tout le déroulement de l'action :

- par des rencontres sur le terrain avec des équipes partenaires des réseaux ;
- par des échanges de bonnes pratiques entre les partenaires des projets sélectionnés ;
- par des pratiques d'immersion au sein des projets sélectionnés ;

- par des évaluations qualitatives des actions ;
- par le suivi et les évaluations lors de comités d'accompagnement ;
- par l'appui de l'équipe scientifique.

3.5. Formation continue

Tout au long de l'action les coordinateurs de réseaux de projets sélectionnés et les équipes bénéficieront de modules de formation continue adaptés à l'évolution des projets.

3.5.1. Formation et recherche

La formation et la recherche se répartissent en trois phases :

- phase 1: période précédant l'appel à projets
- phase 2: allant de l'appel à projets à la deadline pour l'introduction des projets
- phase 3: formation continue pendant la durée des projets.

Ces phases sont organisées selon un planning précis et pour des publics cibles clairement identifiés.

La planification de la recherche doit permettre d'alimenter le contenu des formations.

Première phase

Input des activités de la recherche

Timing : du 1er avril au 1er juin 2010

1. Revue générale de la littérature sur les critères et les aspects importants pour identifier le choix d'un territoire :
 - Check-list pour l'appel à candidatures formulé sur la forme de questions : aperçu des facteurs généraux que les initiatives candidates doivent prendre en considération pour rédiger leur proposition.

- Etablissement de la cohérence avec les composantes fonctionnelles telles que conçues dans le programme de la réforme des soins en santé mentale : coordination et harmonisation avec les principes et le contenu de la réforme des soins en santé mentale.
2. Revue générale de la littérature sur les critères pour la partie relative au développement d'un projet en matière de modalité de coopération + de modules fonctionnels et de groupes cibles, en harmonie avec les principes de la réforme des soins en santé mentale: pour établir une distinction claire entre approche fonctionnelle, organisation du réseau de partenaires et coopération interprofessionnelle autour du patient.
- Aspects importants d'ordre général dans l'élaboration d'une proposition concernant le modèle de coopération fonctionnelle et organisationnelle entre les différents partenaires.
 - Ces check-lists proposées à partir de juillet peuvent être utilisées comme de l'input quant au fond pour une éventuelle partie accompagnement pour des réseaux candidats.
3. Etude approfondie de la littérature (dans le prolongement du profil du guide : réforme des soins en santé mentale) sur les compétences et les caractéristiques de profil essentielles du « coordinateur de réseau » et du « référent de soins ».
- Aperçu des caractéristiques de profil (compétences de base : savoirs, savoir être et savoir-faire) dans les publications et les pratiques d'excellence nationales et internationales.
 - Evaluation « bottom-up » des caractéristiques de profil pour le « coordinateur de réseau » et le « référent de soins » sur le terrain en Belgique.
 - Modèle de document comme source référentielle pour compléter les différents rôles, pour pouvoir donner aux promoteurs candidats la meilleure base possible pour choisir un « coordinateur de réseau », composer leur réseau et introduire leur dossier.

Formation

Timing : du 1er juin au 31 octobre 2010

Public cible : le secteur dans sa globalité

Objectifs généraux :

- Donner une information complète au secteur sur le concept global de la réforme des soins en santé mentale tel que nous l'envisageons (philosophie, principes généraux, finalité et buts poursuivis), en suivant les étapes du guide et en lien avec le plan de communication.
- Donner une information complète qui doit permettre aux candidats promoteurs de projets de remplir leur dossier de candidature dans les meilleures conditions.

Deuxième phase

Input des activités de la recherche

Timing : du 1er juin au 31 octobre 2010

- Aperçu de facteurs (formulé sous la forme de questions et d'aspects importants) en ce qui concerne une approche territoriale bottom-up que les candidats promoteurs de projet doivent prendre en considération pour rédiger leur proposition : check-list pour l'appel à candidatures.
- Aspects importants dans l'élaboration d'un plan de coopération concernant le modèle de coopération fonctionnelle et organisationnelle entre différents partenaires.
- Aperçu des étapes méthodologiques dans l'élaboration des programmes de soins, harmonisation avec les composantes fonctionnelles (et relation avec la réflexion sur les trajets de soins (individuels) adaptés à des groupes cibles psychiatriques spécifiques).
- Aperçu des pratiques "evidence-based" dans le cadre du fonctionnement concernant le patient dans les équipes mobiles (aigus et chroniques):

- Inventaire des techniques de base qui doivent être abordées dans la formation pour les référents, les équipes mobiles (aigus et chroniques) concernant le contenu du travail.
 - Mise en place d'un cadre de formation qui doit être utilisé par les initiatives locales de formation, dans le prolongement des techniques et compétences de base identifiées.
- Revue générale de la littérature concernant les indicateurs qui doivent être collectés dans le cadre de la réforme des soins en santé mentale pour mesurer la réussite : large aperçu de facteurs qui montrent la réussite d'une réforme des soins en santé mentale – en préparation des focus groupes avec les projets retenus à la phase 3.

Formation

Timing : du 1er novembre au 31 décembre 2010

Public cible : les candidats « coordinateurs de réseaux »

Objectifs généraux :

- Donner une information complète aux « coordinateurs de réseaux » sur le concept global de la réforme des soins en santé mentale tel que nous l'envisageons (philosophie, principes généraux, objectifs), en suivant les étapes du guide.
- Donner une formation aux pratiques et méthodologies de travail en réseaux (actions, moyens, modalités d'évaluation, délais).

Troisième phase

Input des activités de la recherche

Timing : du 1er janvier 2011 - 2014

- Mesures de processus et de résultat pour évaluer des éléments du modèle au niveau de la collectivité, en fonction de ses objectifs ultimes : un certain nombre de résultats cliniques minimaux (nombre de (ré)admissions, degré de réintégration dans la société, inclusion sociale, interventions de crise réussies, etc.), et variables de processus (expérience de formation et autres besoins d'encadrement, etc.), au moyen d'un audit annuel des projets retenus :
 - Focus groups début 2011 pour arriver à un choix soutenu “bottom-up” d'indicateurs ;
 - Mesure de base pour chaque projet qui débute (pour pouvoir mesurer l'évolution en fonction des résultats cliniques et les mettre en parallèle avec l'étude de coût – y compris en terme de charges administratives) ;
 - Mesure de suivi annuel (audit qualitatif) ;
 - Définition de besoins supplémentaires de formation à partir de sondages directs auprès des projets et résultats des mesures de suivi ;
 - Réorientation des projets si nécessaire.
- Evaluation de processus et d'impact relative au service apporté au territoire sous forme « bottom-up ».
- Evaluation de processus et de résultats relative au fonctionnement en réseaux en accordant une importance centrale à la distinction analytique retenue entre collaboration fonctionnelle (programme de soins) et organisationnelle (réseau de soins) pour les groupes cibles (étude des facteurs facilitateurs et des freins dans un contexte local).
- Modalités de financement et étude des coûts en ce qui concerne les accords de coopération (au-delà du niveau sectoriel).

Formation

Timing : à partir du 1er janvier 2011

Public cible 1 : les « coordinateurs de réseaux » et les garants de services

Objectifs généraux :

- Donner une information complète aux « coordinateurs de réseaux » avec les garants de services sur le concept global de la réforme des soins en santé mentale tel que nous l'envisageons (philosophie, principes généraux, finalité, objectifs), en suivant les étapes du guide.
- Donner une formation théorique et pratique aux méthodologies de travail en réseau, les outils, ...

Public cible 2 : les garants des services des équipes mobiles aigus et chroniques + les équipes mobiles aigus et chroniques.

Objectifs généraux :

- Donner une information aux garants des services des équipes mobiles aigus et chroniques sur le concept global de la réforme des soins en santé mentale tel que nous l'envisageons (philosophie, principe généraux, objectifs), en suivant les étapes du guide.
- Donner une formation aux garants de services et aux équipes relative au contenu de travail des équipes mobiles (missions, moyens, ...).

4. Résultats

4.1. Quels sont les résultats obtenus dans les différentes phases déjà concrétisées et quelle évaluation pouvons-nous proposer à ce niveau ?

4.1.1. Au niveau des projets qui débiteront la phase exploratoire :

Tout d'abord, rappelons qu'au 1^{er} janvier 2010, on dénombre, en Belgique, comme lits psychiatriques existants :

- Lits A (adultes) (hôpital général): 2434
 - Lits A jour + Lits A de nuit HG (hôpital général): 263
 - Lits A HP (hôpital psychiatrique) : 4782
 - Lits Ade jour + Lits A de nuit HP (hôpital psychiatrique): 988
 - Lits T (longue durée): 5631
 - Lits T de jour + Lits T de nuit: 1444
- Total = 15.542 lits

Si on analyse les dossiers de la phase exploratoire et d'après les chiffres provisoires, les lits suivants seront neutralisés:

- 663 lits T
- 104 lits A
- 203 lits a/t
- 100 lits tf et 15 Tf

Les projets englobent aujourd'hui environ 60% des lits A et T tant dans des hôpitaux généraux que dans des hôpitaux psychiatriques.

Ces chiffres révèlent qu'environ 1000 lits sont neutralisés sur un nombre total de 9428 lits A et T. En d'autres termes, environ 11% des lits sont neutralisés pour la réalisation des fonctions 2, 3 et 4.

Au niveau politique, on considère que 11% de lits neutralisés est un début encourageant et on attend des projets qu'ils poursuivent le gel des lits lorsque l'expérience de la mise en place des équipes mobiles sera pour eux suffisamment rassurante pour les motiver à poursuivre dans cette démarche.

On a pu heureusement aussi constater que les Régions et les Communautés ont par le passé poursuivi leurs investissements dans la rénovation des institutions, ce qui permet dès lors de constater un bon entretien des bâtiments.

Voici quelques photos des hôpitaux psychiatriques qui participent en tant que promoteur dans la phase exploratoire de la réforme des soins en santé mentale.



La sélection des projets s'est déroulée en plusieurs phases. L'idée était de soutenir les promoteurs afin de leur permettre de proposer leur candidature dans les meilleures conditions. Après la première sélection du jury, la Conférence Interministérielle de décembre 2010 a annoncé que :

- 1 projet était classé en catégorie 1⁴
- 7 projets étaient classés en catégorie 2⁵
- 11 projets étaient classés en catégorie 3⁶
- 4 projets étaient classés en catégorie 4⁷

S'en est suivi un travail intensif du « groupe pilote de la réforme » tant au niveau Fédéral que des Régions et Communautés pour rencontrer chacun des promoteurs et leurs partenaires, ceci afin de commenter, expliquer, réorienter les dossiers de candidature.

⁴ Catégorie 1: à considérer sans correction/adaptation

⁵ Catégorie 2 : le projet nécessite des adaptations limitées

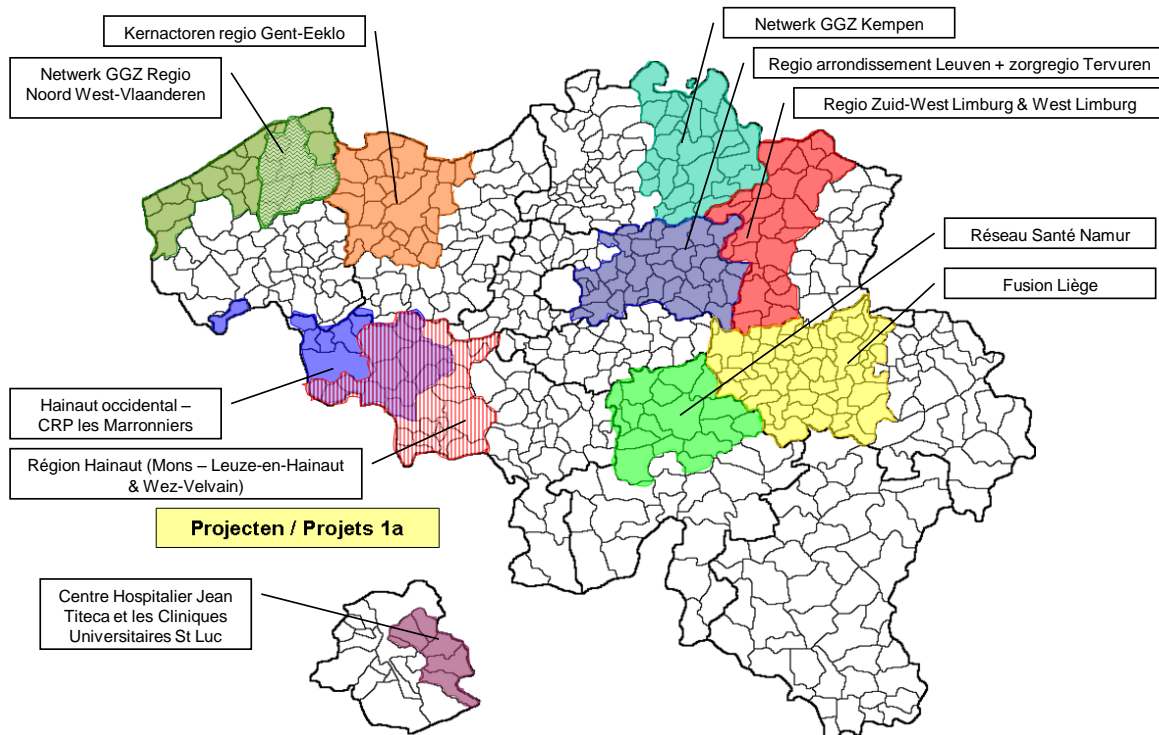
⁶ Catégorie 3: le projet nécessite des adaptations importantes

⁷ Catégorie 4 : la proposition de projet est inadaptée

Ainsi, après la deuxième sélection du jury, la Conférence Interministérielle du 6 juin 2011 a annoncé que :

- 10 projets étaient classés en catégorie 1a⁸
- 2 projets étaient classés en catégorie 1b⁹
- 7 projets étaient classés en catégorie 2¹⁰

Cette sélection des 10 premiers projets qui débiteront la phase exploratoire se traduit en terme de territoire couvert sur la carte de la Belgique :

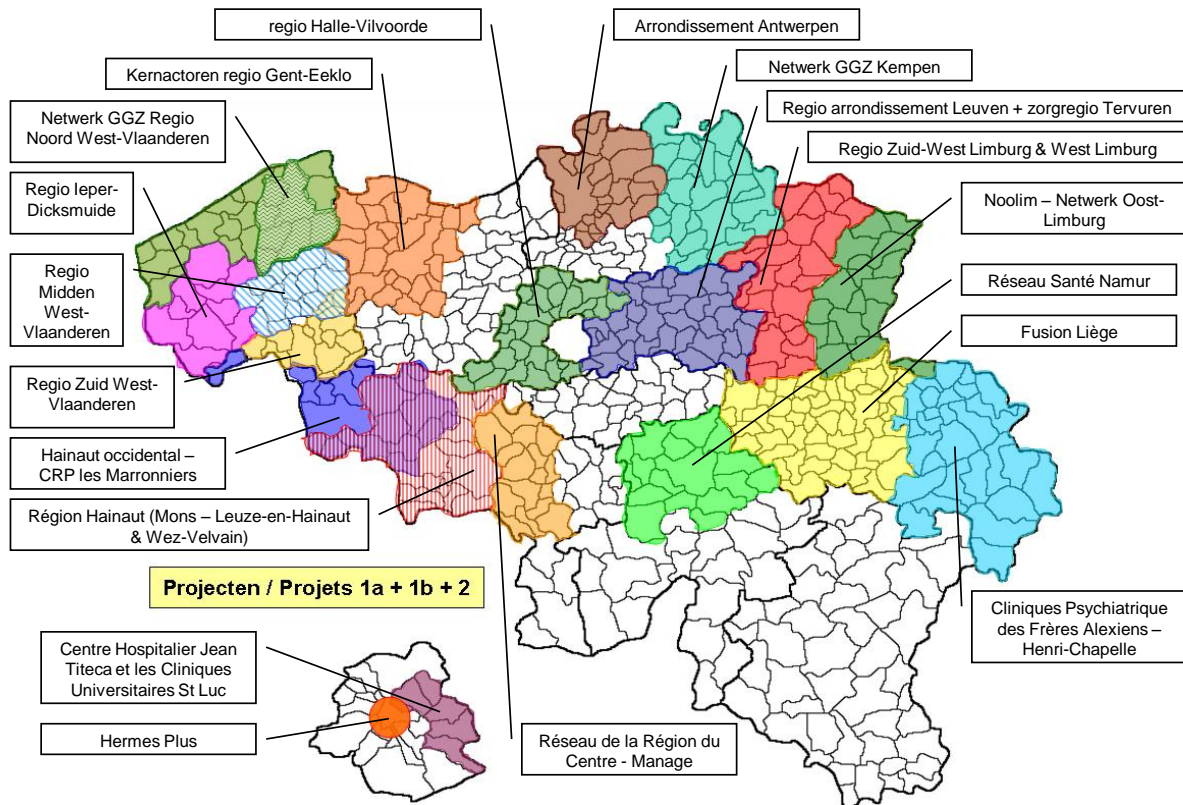


⁸ Catégorie 1a : le projet est sélectionné et peut démarrer, en 2011, moyennant le respect des conditions détaillées dans le courrier qui lui parviendra et avec un budget de maximum € 725.000,-

⁹ Catégorie 1b: le projet est envisagé pour la sélection, moyennant certaines conditions et pour autant qu'un budget soit prévu en 2012

¹⁰ Catégorie 2 : le projet nécessite des adaptations limitées.

Et si l'on considère l'ensemble des projets candidats et qui pourraient prendre place dans la réforme, cette cartographie se présenterait comme ceci :



En annexe, nous proposons, à titre d'illustration, la présentation d'un projet sélectionné pour la phase exploratoire¹¹.

4.1.2. Au niveau du financement :

Au niveau fédéral, un budget de maximum 725.000 euros a été prévu pour chaque projet. Plus précisément, ce montant servira d'une part comme incitant financier au démarrage du projet (500000 euros) et d'autre part pour compenser les honoraires que les médecins psychiatres ne pourront plus facturer dans le cadre des lits neutralisés (225000 euros)

¹¹ Voir Annexe 1

Concernant la fonction médicale, un budget a été prévu et sera fixé dans une convention avec l'hôpital. Nous avons prévu pour cette fonction de psychiatre un montant qui couvre un ensemble de tâches concernant les deux équipes de traitement intensif en ambulatoire.

Le budget de Euros 225000,- est prévu de manière forfaitaire et concerne une responsabilité médicale pour 2 équipes mobiles. Cette somme a été calculée sur base de la fermeture d'un nombre de lits psychiatriques et est équivalente à une « récupération » des honoraires qui ne seront plus possibles pour les patients qui occupaient ces lits.

Concrètement, le budget de Euros 225000,- est le résultat du calcul suivant :

	T	A
Honoraires par an, par 30 lits	80.500	215.000
Honoraires par lit, par an	2683	7167

Dans ce calcul, sont comptés : 75% de patients en lits T et 25% de patients en lits A.

Pour les deux équipes mobiles (fermeture de 60 lits), cela correspond :

		Honoraires
Nombre de lits T fermés	45	120.750 euro
Nombre de lits A fermés	15	107.500 euro
	60	228.250 euro ¹²

L'ensemble de tâches concerne donc en premier lieu la direction des deux équipes. Le chef d'équipe médicale assume la responsabilité de son organisation pratique.

¹² Montant arrondi à Euros 225000,- par projet

Il définit également la politique médicale : en d'autres termes, il détermine l'orientation du fonctionnement médical. Un aspect inhérent à cette tâche est qu'il est conjointement responsable de la planification des activités mais aussi de leur exécution et de leur suivi. Il doit se porter garant de la bonne tenue à jour des dossiers de patient et de l'enregistrement des activités.

En tant que médecin coordinateur des deux équipes, il doit faire en sorte qu'il y ait, avec les membres des équipes, un suivi quotidien des patients au travers de la discussion de leurs cas. Il entretiendra des contacts étroits avec le généraliste qui a réadressé les patients vers les équipes mobiles. Le cas échéant, le psychiatre doit faire en sorte que le patient puisse disposer d'un généraliste de son choix. Le psychiatre doit également viser une bonne collaboration avec les différents partenaires du réseau. Il s'agit en l'occurrence non seulement des partenaires qui offrent des soins médicaux mais aussi des partenaires du secteur socioculturel ; dans ce cadre, le patient est considéré dans son contexte de vie global et, précisément pour cette raison, se voit offrir toutes les chances d'une réintégration et d'un épanouissement optimaux dans la vie sociale. Le psychiatre n'est donc pas seul pour l'exécution de ses tâches. Il s'agit essentiellement d'un fonctionnement en équipe et en réseau qui doit apporter une valeur ajoutée à l'ensemble. La responsabilité n'est donc pas assumée par une seule personne mais est partagée avec d'autres personnes.

La rémunération doit permettre de payer 1,5 équivalents temps-plein pour les deux équipes ensemble. Elle couvre l'ensemble des tâches décrit ci-dessus, y compris la participation aux activités des équipes mobiles si sa présence est indispensable. Cette rémunération ne comprend pas les consultations effectuées par le psychiatre pour d'autres patients que ceux qui sont traités par les équipes mobiles, elle s'ajoute à l'indemnité de médecin coordinateur.

La rémunération doit être garantie durant toute la période de la phase exploratoire, indépendamment du nombre de patients. Cette rémunération fixe est motivée par le fait que la création des deux équipes aura lieu progressivement et demandera donc du temps. Durant la phase initiale, le fonctionnement des équipes devra en effet être mis au point en offrant les instruments indispensables au fonctionnement, en permettant la formation qui sera offerte en collaboration avec le Service Public Fédéral aux psychiatres et aux membres de leur équipe, en établissant des contacts avec les généralistes et le réseau, etc. ...

En d'autres termes, la rémunération fixe doit offrir une compensation pour la période de transition jusqu'à ce que le fonctionnement des équipes atteigne sa vitesse de croisière, de même que pour les activités qui ne sont pas liées aux patients. La rémunération couvre également la participation à une garde médicale qui sera idéalement intégrée à la garde qui est organisée par le médecin en chef pour les autres services de l'hôpital. Si nécessaire et si possible, elle peut être partagée avec d'autres partenaires qui font partie du réseau.

Après la période expérimentale, le financement fixe doit déboucher sur un financement adapté qui soit suffisamment attractif par rapport aux autres activités qu'ont les psychiatres dans le domaine des soins de santé mentale. Par ailleurs, l'expérience doit faire l'objet d'un suivi minutieux par des équipes scientifiques, avec des évaluations intermédiaires et, le cas échéant, des adaptations nécessaires.

Idéalement, les médecins qui participent au projet doivent être impliqués dans la mise sur pied de la convention que les hôpitaux passent avec les autorités. Leurs noms doivent figurer dans l'annexe à la convention par laquelle ils marquent leur engagement complet vis-à-vis du projet pilote.

Les associations qui regroupent les médecins en chef des hôpitaux psychiatriques sont invitées à collaborer à l'élaboration des projets pilotes. Leur expérience et leurs connaissances en soins de santé mentale ont une valeur inestimable à cet égard. Avec leurs associations, ils peuvent formuler des suggestions, collaborer à la création d'instruments de travail et offrir un forum pour pouvoir partager les expériences. Durant l'ensemble de la phase exploratoire, il y aura donc une concertation étroite avec leurs organisations.

Il est donc prévu de conclure des contrats, certains en exécution de l'article 63 §2 de l'AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Cinq types de contrats sont ainsi prévus, certains devant être soumis à la signature de la Ministre fédérale en charge de la Santé publique.

1. Le contrat B4 relatif au financement du projet.
2. Le contrat relatif au coordinateur du réseau.
3. La convention de réseau.
4. Les contrats individuels relatifs au régime particulier du budget des moyens financiers pour les hôpitaux affiliés.
5. L'avenant au contrat de financement relatif à la réalisation du réseau et à sa planification.

1. Le contrat relatif au financement du projet

Il s'agit d'un contrat conclu entre l'un des hôpitaux participant au projet et la ministre. Il règle le financement de l'ensemble du projet: en premier lieu le financement du recrutement d'un coordinateur de réseau (100.000 €), et en deuxième lieu, par le biais d'un ou de plusieurs avenants, l'octroi de moyens supplémentaires pour la réalisation du réseau (400.000 € pour financer les frais de fonctionnement et embauche du personnel supplémentaire + 225.000 € pour l'activité médicale des 2 équipes mobiles).

Cela signifie donc que cet hôpital peut se voir octroyer, dans son propre budget des moyens financiers (BMF), des moyens supplémentaires qu'il devra par la suite redistribuer entre d'autres partenaires, éventuellement d'autres hôpitaux.

2. Le contrat relatif au coordinateur de réseau :

Le deuxième contrat est un contrat conclu entre l'hôpital et le **coordinateur de réseau**. Le coordinateur de réseau y est désigné, ainsi que sa mission.

Y sont mentionnés également le contexte dans lequel il travaille, son profil, la définition de ses missions et son régime financier.

Il est indiqué dans l'avenant au contrat de financement les éléments qui doivent au minimum figurer dans ce contrat.

3. La convention de réseau

La convention de réseau comprend l'ensemble du projet, les partenaires et leurs missions, la description du réseau, etc.

Cette convention est signée par l'ensemble des partenaires, hospitaliers ou non.

Le respect de cette convention sera suivi de près par un comité d'accompagnement. Bien qu'il soit effectif, ce comité d'accompagnement ne sera pas le seul à s'assurer du respect de la convention. En effet, différents audits permettront de s'assurer de l'engagement effectif de l'ensemble des partenaires dans le cadre de la convention. Il ne s'agit donc pas uniquement de se contenter d'un formulaire mais bien d'effectuer continuellement des visites sur le terrain qui permettront d'assurer la bonne mise en place de ce travail en partenariat.

4. Les contrats individuels relatifs au régime particulier du budget des moyens financiers pour les hôpitaux affiliés.

Les **contrats individuels**, sont des contrats conclus entre la Ministre et chaque hôpital individuel pour la réaffectation temporaire des lits.

5. L'avenant au contrat de financement relatif à la réalisation du réseau et à sa planification.

L'**avenant au contrat de financement** mentionnera la façon dont le réseau sera développé, les partenaires qui seront impliqués dans la réalisation des cinq fonctions du modèle proposé, l'attribution des rôles (qui fait quoi) et le calendrier qui sera suivi. Des garanties seront demandées concernant la continuité des soins pour les patients admis dans les lits à réaffecter.

L'avenant au contrat de financement mentionne également les éléments qui doivent au minimum figurer dans cette convention. Ainsi, l'engagement des médecins participants devra notamment être démontré.

On peut constater ici que nous devons faire face à un risque important qui pourrait mettre la réforme en péril, à savoir que les moyens supplémentaires (les 725000 euros) pour démarrer la réforme doivent passer par un mécanisme financier au départ des hôpitaux psychiatriques. Ceci est dû à la répartition des compétences qui obligent le niveau fédéral à passer par les hôpitaux.

On a aussi entendu deux réflexions différentes concernant cet investissement complémentaire de 725.000 euros pour chaque projet :

- en France, il est signalé qu'il ne faut pas donner des moyens supplémentaires pour réaliser une réforme

- d'autre part, en Angleterre, on parle d'abord de financer des équipes mobiles et ensuite de fermer les hôpitaux

La Belgique a choisi une solution intermédiaire sachant que les hôpitaux ont des moyens nécessaires pour créer des équipes mobiles mais :

- que ces hôpitaux n'ont peut être pas toutes les qualifications nécessaires pour créer des équipes mobiles si l'on considère les normes actuelles au sein de l'hôpital
- que les hôpitaux n'ont pas les moyens pour palier aux frais de fonctionnement inhérents à la réforme.

L'autorité souhaitait donc encourager les promoteurs hospitaliers éventuels.

Cette formule a été payante puisque 19 projets ont été retenus administrativement après la sélection.

4.1.3. Au niveau de la formation :

Nous avons insisté sur la place importante que nous mettons à la formation des différents acteurs de la réforme (voir chapitre 3).

Nous vous présentons succinctement l'état d'avancement et les modules déjà dispensés à ce jour.

Une attention particulière a été donnée dans les premiers modules de formation qui ont été dispensés pendant le 1^{er} semestre de l'année 2011 sur :

- les principaux objectifs et procédures possibles qui facilitent la construction d'un réseau par exemple en matière de management de projet
- le développement des compétences des futurs coordinateurs de réseau en matière de travail en réseau et travail en partenariat avec une combinaison d'approches théoriques et de formation pratique
- la présentation des innovations en matière de nouvelles visions des soins et la recherche de nouvelles approches pour développer de meilleurs soins en santé mentale

- la mise en place d'un groupe d'intervision des coordinateurs de réseau, en groupe, ceci afin de mettre en place des liaisons transversales entre ces coordinateurs
- une première approche d'échanges de bonnes pratiques concernant la transformation des soins en santé mentale à travers différentes expériences européennes et plus précisément l'expérience de la France, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de Suisse.

Avant de débiter une 2^{ème} série de modules de formation, nous avons souhaité interroger l'ensemble des coordinateurs de réseau pour mieux évaluer leurs besoins en formation et ainsi construire un programme de formation adapté. Dans cette 2^{ème} phase de formation, outre la formation spécifique dispensée aux coordinateurs de réseau, une attention particulière sera portée à la mise en place de modules concernant le développement des équipes mobiles et aussi l'implication des partenaires et leurs rôles dans la construction d'un réseau opérationnel. Les contenus des modules de la suite de la formation sont discutés pour le moment au niveau des autorités. Cependant, nous pouvons déjà mettre en avant que l'accent dans le 2^{ème} semestre 2011 et l'année 2012 sera mis sur :

- la place des familles/proches et des usagers en tant que formateurs et plus précisément en terme de bonnes pratiques de participation des usagers/familles.

A ce sujet, notons qu'un séminaire sera organisé le 21 octobre 2011 qui aura pour finalité de présenter un premier état de lieux des recommandations des usagers/familles concernant la première phase de la mise en place de la réforme.

Les modules de formation qui sont proposés par les usagers/familles sont pour l'instant en discussion afin de rencontrer au mieux les besoins en formation du terrain¹³.

- la place de la fonction « personne de référence ». Il s'agira, dans ce module, de préciser ce rôle essentiel autour des usagers et en définir le profil et comment l'implémenter chez l'ensemble des partenaires du projet ;

¹³ Voir annexe n° 2

- la compréhension commune de ce que peut être une bonne procédure ou un bon outil méthodologique de travail en réseau ;
- la suite des modules d'intervision, à la fois au niveau de l'ensemble des coordinateurs de réseau pour assurer la transversalité mais aussi dans une approche individuelle par projet ;
- la formation des équipes mobiles vue sous divers aspects ; construction d'une équipe, rôle du psychiatre, notion de risques, ...
- la suite de la formation aux méthodes de construction du réseau organisationnel, mais ici au niveau global du réseau ;
- la suite de l'apport des expertises transnationales en renforçant le partenariat avec les partenaires européens déjà impliqués dans le 1^{er} semestre, tout en ouvrant vers d'autres expériences européennes, par exemple la Norvège, le Portugal, ..., mais aussi au-delà comme par exemple l'expertise venant du Québec. La finalité est double, à savoir d'inviter des experts européens et transnationaux en Belgique pour dispenser cette formation, mais aussi d'organiser des stages à l'étranger qui seront bénéfiques autant aux coordinateurs de réseau qu'aux partenaires de ces mêmes réseaux.

Il faut bien prendre en considération que l'ensemble de ce programme de formation est le résultat d'une concertation permanente entre d'une part les attentes du terrain (par questionnaire, interview, ...), les objectifs généraux repris dans la réforme des soins en santé mentale que nous avons proposées et l'aval des autorités que ce soit au niveau national ou régional.

Cette concertation a pour but de permettre à chaque acteur de la réforme d'adhérer au programme de formations et d'en retirer un maximum de bonnes pratiques tout en restant dans la philosophie du projet tel que défini dans le guide « Vers de meilleurs soins en santé mentale, par la réalisation de circuits et réseaux de soins ».

4.1.4. Concernant la recherche :

Nous avons également souhaité garder une forme de cohérence au niveau de la recherche qui est menée par les experts scientifiques.

Ainsi, les Régions et Communautés ont proposé les universités et les équipes afin de respecter une représentation égale sur le territoire.

Donc, trois universités mais un seul programme de recherches pour une complémentarité des expertises :

- Université Catholique de Louvain (UCL)
- Katholieke Universiteit Leuven (KUL)
- Vrije Universiteit Brussel (VUB)

La recherche s'inscrit également dans un processus de construction commun, discuté préalablement avec les acteurs de terrain (promoteurs de projet, coordinateurs de réseau, professionnels du réseau, usagers, familles, ...) et validé par les autorités que ce soit au niveau Fédéral, des Régions et des Communautés.

Les pages qui suivent, décrivent (sous forme de tableau) l'état d'avancement de la recherche concernant « les indicateurs de résultat » qui seront choisis pour « évaluer » la pertinence de notre réforme.

Aperçu de la méthodologie de travail et la charge de travail représentée

Thème de recherche	Indicateur	Système d'enregistrement :	Questionnaire ¹⁴ :	Interview ¹⁵ :	Utilité pour l'audit (SPF)
		-Charge de travail? -Fréquence ? -Public-cible? -Responsable pour la collecte -Le niveau qui est mesuré	-Charge de travail? -Fréquence ? - Public-cible? - Responsable pour la collecte -Le niveau qui est mesuré	-Charge de travail? -Fréquence ? - Public-cible? - Responsable pour la collecte -Le niveau qui est mesuré	
Analyse géographique	1. Analyse des caractéristiques de la zone concernée (superficie, urbanisation, population, provisions de services)		- Durée:35' - 1 fois&changements - Chez promoteur ou coordinateur du réseau - Remplis par les mêmes - Niveau : projet	- Durée:15' - Fréquence: récurrent - Chez coordinateur et promoteur du réseau - Par Chercheurs - Niveau: projet	x
Collaboration et structure/modèles des réseaux	2. Configuration du réseau, capacité individuelle des partenaires du réseau.		- Durée: 1 heure - 1 fois&changements - Chez promoteur ou coordinateur du réseau - Par promoteur ou coordinateur du réseau - Niveau : projet	- Durée:20' - Fréquence: récurrent - Chez coordinateur et promoteur du réseau - Par Chercheurs - Niveau: projet	x
	3. Analyse du groupe-cible SSM du réseau	- Durée:30' - Fréquence: récurrent - Chez groupe-cible du réseau + échantillon - Par personne de contact - Niveau : patient		- Durée:10' - Fréquence: récurrent - Chez coordinateur et promoteur du réseau - Par chercheurs - Niveau: projet	

¹⁴ Ces questionnaires (fermés) se peuvent référer à différents acteurs (patients, familles, services, professionnels). Cette colonne précise 5 éléments : la charge de travail requise par le questionnaire, la fréquence de collecte des données, l'acteur concerné par la collecte, la personne responsable et le niveau qui est mesuré (région, projet, soignant, famille, patient).

¹⁵ Bien entendu, les données à collecter par interview seront regroupées dans la mesure du possible pour limiter le nombre d'interviews à réaliser. Cette colonne précise chaque fois 5 éléments (cf les questionnaires).

	4. Coordination et partage des tâches entre partenaires du réseau	<ul style="list-style-type: none"> - Durée:45' - Fréquence: récurrent - Chez partenaires du réseau - Par coordinateur du réseau - Niveau : projet 		<ul style="list-style-type: none"> - Durée: 30' - Fréquence: récurrent - Chez coordinateur du réseau - Par chercheur - Niveau: projet 	x
	5. Accessibilité des soins		<ul style="list-style-type: none"> - Durée: 30' - Fréquence: récurrent - Chez garants de services et patients - par garants de services Niveau : patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Durée: 15' - Fréquence: récurrent - Chez coordinateur et promoteur du réseau - Par chercheurs - Niveau: projet 	x
	6. Utilisation des réseaux de soins par les usagers (fréquence/intensité des soins)		<ul style="list-style-type: none"> - Durée : 30' - Fréquence : récurrent - Chez patients (échantillon) - Par chercheur Niveau : patients 		x
	7. Analyse des ressources (coûts et dépenses) ¹⁶			<ul style="list-style-type: none"> - Fréquence: récurrent - Chez promoteur du réseau - Par chercheur - Niveau: projet 	X
	8. Continuité des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Fréquence: récurrent - Chez partenaires du réseau - Par garants de services 		<ul style="list-style-type: none"> - Durée: 15' - Fréquence: Récurrent - Chez coordinateur et promoteur du réseau 	x

¹⁶ Ressources (coûts et dépenses), sous réserve : actuellement, ce n'est pas une partie formelle de l'emploi et il n'est pas inclus dans le contrat.

		- Niveau : projet		- Par chercheur - Niveau: projet	
		- Durée: 10' - Chez tous les patients - Par personne de référence - Niveau: patient		- Durée: 15' - Fréquence: récurrent - Chez échantillon patient - Par chercheur - Niveau: patient	

Thème de recherche	Indicateur	Système d'enregistrement :	Questionnaire ¹⁷ :	Interview ¹⁸ :	Utilité pour l'audit (SPF)
		-Charge de travail? -Fréquence ? -Public-cible? -Responsable pour la collecte -Le niveau qui est mesuré	-Charge de travail? -Fréquence ? - Public-cible? - Responsable pour la collecte -Le niveau qui est mesuré	-Charge de travail? -Fréquence ? - Public-cible? - Responsable pour la collecte -Le niveau qui est mesuré	
Soignants	9. Informations de base concernant les prestataires de soin (fonction etc.)	-Durée : max 15' -Fréquence : 1 seule fois + en cas de changement -Chez soignants (échantillon) - par personne de contact -Niveau : soignants			x
	10. Compétences et modalités de travail axées sur le rétablissement/réhabilitation		-Durée : 20'-25' -Fréquence: Récurrent -Chez échantillon patients, des familles et des soignants ¹⁹ -par personne de contact -Niveau : soignants	-Durée : 2x1h + observation du travail -Fréquence : Récurrent (avant, pendant, après) -Chez échantillon de soignants et patients ²⁰	

¹⁷ Ces questionnaires (fermés) se peuvent référer à différents acteurs (patients, familles, services, professionnels). Cette colonne précise 5 éléments : la charge de travail requise par le questionnaire, la fréquence de collecte des données, l'acteur concerné par la collecte, la personne responsable et le niveau qui est mesuré (région, projet, soignant, famille, patient).

¹⁸ Bien entendu, les données à collecter par interview seront regroupées dans la mesure du possible pour limiter le nombre d'interviews à réaliser. Cette colonne précise chaque fois 5 éléments (cf les questionnaires).

¹⁹ Pour cet instrument, il y a différentes versions pour qu'on puisse mesurer différents perspectives.

²⁰ Cette interview peut être effectuée dans des équipes mobiles (fonction 2&3), des initiatives d'habitations protégées (fonction 5) et des hôpitaux résidentiels (fonction 4). Ce sont des interviews avec les prestataires de soins / gestionnaires, tant avec les patients.

				- Par chercheurs - Niveau: soignants	
	11. Satisfaction des soignants (liée directement au travail)		-Durée: 20' – 25' -Fréquence: Récurrent -Chez qui: Echantillon de soignants -Qui collecte : Personne de contact -Niveau : soignants		
Thème de recherche	Indicateur	Système d'enregistrement : -Charge de travail? -Fréquence ? -Public-cible? -Responsable pour la collecte -Le niveau qui est mesuré	Questionnaire²¹: -Charge de travail? -Fréquence ? - Public-cible? - Responsable pour la collecte -Le niveau qui est mesuré	Interview²²: -Charge de travail? -Fréquence ? - Public-cible? - Responsable pour la collecte -Le niveau qui est mesuré	Utilité pour l'audit (SPF)
Patients	12. Informations de base concernant les patients (données sociodemographiques...)	-Durée: Max 15' - 1 fois + en cas de changement - Chez tous les patients - Par personne de contact - Niveau : patients			
	13. Rétablissement/Réhabilitation et auto-gestion		-Durée: 15'-20' -Fréquence: Récurrent -Chez échantillon soignants & patients ²³ -Par personne de contact -Niveau : patients		
	14. Autonomie		- Durée: 30' - Fréquence: Récurrent - Chez échantillon de patients		

²¹ Ces questionnaires (fermés) se peuvent référer à différents acteurs (patients, familles, services, professionnels). Cette colonne précise 5 éléments : la charge de travail requise par le questionnaire, la fréquence de collecte des données, l'acteur concerné par la collecte, la personne responsable et le niveau qui est mesuré (région, projet, soignant, famille, patient).

²² Bien entendu, les données à collecter par interview seront regroupées dans la mesure du possible pour limiter le nombre d'interviews à réaliser. Cette colonne précise chaque fois 5 éléments (cf les questionnaires).

²³ Pour cet instrument, il y a différentes versions pour qu'on puisse mesurer différentes perspectives.

Familles			- Par personne de contact - Niveau : patients		
	15. Satisfaction des patients (liée aux soins) – Qualité des soins		-Durée: 15' -Fréquence: Récurrent -Chez échantillon soignants, familles et patients ²⁴ -Par personne de contact -Niveau : patients		
	16. Participation du patient dans les soins		<i>Pas un questionnaire à part - fait partie de l'indicateur 10 (entre autre)</i>		
	17. Inclusion sociale	- Durée: 5' - Fréquence: Récurrent - Chez tous les patients - Par personne de contact		- 30' - Récurrent - Chez échantillon patients - Chercheur	
	18. Qualité de vie		- 15' - Récurrent - Chez échantillon P - Par personne de contact	- 30' → 1h - Récurrent - Chez échantillon P - Par personne de contact	
	19. Satisfaction de la famille liée aux soins offerts aux patients		<i>Voir le questionnaire de satisfaction des patients –une version pour la famille, c'est-à-dire :</i> -Durée : 15' -Fréquence: Récurrent -Chez échantillon soignants, familles et patients -par personne de contact		
	20. Participation de la famille dans les soins offerts aux patients		<i>Pas un questionnaire à part - fait partie de l'indicateur 10 (entre autre)</i>		
	21. La charge et soutien pour la famille, reconnue comme		-Durée: 15' -Fréquence: Récurrent		

²⁴ Pour cet instrument, il y a différentes versions pour qu'on puisse mesurer différents perspectives.

	soignant		-Chez qui: Echantillon (famille) -Qui collecte: Personne de contact -Niveau famille		
--	----------	--	---	--	--

Explications complémentaires concernant le tableau « Aperçu de la méthodologie de travail et la charge de travail représentée »

- **Charge de travail:** temps nécessaire pour la collecte/enregistrement...
- **Fréquence de la collecte:**
 - Récurrent signifie que la collecte des données se fait de manière récurrente, à intervalles de 6 mois
 - Une seule fois pour une période référence + s'il y a des changements
- **Public-cible de la collecte de données :** acteurs auprès desquels les données sont collectées. Le public-cible pourrait être les promoteurs de réseau, les coordinateurs de réseau, les soignants, la famille, les patients.
 - Echantillonnage (patients, familles, professionnels, projets)
 - Tous les acteurs du groupe-cible, concernés par le projet
- **Qui collecte:** personnes qui seront responsable de la collecte de données
 - Chercheur, membre d'une équipe scientifique
 - Personne de contact au sein de chaque projet 107 (surtout au niveau des patients et familles). Cette personne est responsable de la collecte de données au sein de son projet. Cela ne signifie pas que c'est exclusivement cette personne qui a en charge la récolte et l'enregistrement de données (plus d'information est mentionné dans les recommandations, à la fin de ce document.
 - Autre (p.ex. garants de services, promoteur ou coordinateur du réseau), surtout au niveau du projet et réseau
- **Niveau :** data peuvent être générées aux niveaux suivants: projet, soignants, la famille et patient

Les indicateurs

Liste d'indicateurs

Domaines de recherche	Indicateur	Collection de data pour la recherche ²⁵	Audit (SPF)
Analyse géographique	1. Analyse des caractéristiques de la zone concernée (superficie, urbanisation, population, provisions de services)	Projet	X
Collaboration et structure/modèles des réseaux	2. Configuration du réseau, capacité des partenaires du réseau.	Projet	X
	3. Analyse du groupe-cible du réseau	Echantillon	
	4. Coordination et partage des tâches entre partenaires du réseau	Projet	X
	5. Accessibilité des soins (tarification, accessibilité géographique)	échantillon	X
	6. Utilisation des réseaux de soins par les usagers (fréquence et intensité des soins)	échantillon	X
	7. Analyse des ressources ²⁶	Projet	X
	8. Continuité des soins (envoi de patients, file d'attente)	Continu et exhaustif	X
	Soignants	9. Informations de base concernant les prestataires de soin (fonction etc .)	échantillon
10. Compétences et modalités de travail axées sur le rétablissement/réhabilitation		échantillon	
11. Satisfaction / charge de travail des soignants (liée directement au travail)		échantillon	
Patients	12. Informations de base concernant les patients (données sociodemographiques...)	Continu et exhaustif	X
	13. Rétablissement/Réhabilitation et autogestion (=apprendre à vivre et savoir manier son désordre)	échantillon	
	14. Autonomie	échantillon	
	15. Satisfaction des patients (liée aux soins) – Qualité des soins	échantillon	
	16. Participation du patient dans les soins	échantillon	
	17. Inclusion sociale	Continu et exhaustif	
	18. Qualité de vie	échantillon	
	19. Satisfaction / charge de travail de la famille liée aux soins offerts aux patients	échantillon	
Familles	20. Participation de la famille dans les soins	échantillon	
	21. La charge et soutien pour la famille, reconnue comme soignant	échantillon	

²⁵ Les données sont recueillies soit sur base d'un enregistrement continu et exhaustif pour un petit nombre d'indicateurs (appelé enregistrement continu et exhaustif dans le tableau), soit via un enregistrement discontinu pour un échantillon de soignants, patients, familles (appelé échantillon) ou de projets (appelé projet).

²⁶ Ressources (coûts et dépenses), sous réserve : actuellement, ce n'est pas une partie formelle de l'emploi et il n'est pas inclus dans le contrat.

Explications concernant le tableau « les indicateurs »

- **L'Indicateur** est composé des variables (le plus souvent plusieurs questions) par lesquelles il est possible de récolter des informations de différentes manières
- **Enregistrement**: les données sont recueillies soit sur base d'un système d'enregistrement continu et exhaustif pour un petit nombre d'indicateurs (appelé enregistrement continu dans la suite du texte), soit via un enregistrement discontinu (via questionnaire) pour un échantillon de soignants, patients et/ou familles ou de projets (coordinateur, promoteur du réseau).
- **Interview**: les données qualitatives sont recueillies via une interview, dans un projet en particulier. Nous tenons à préciser qu'ici que les données recueillies par les équipes de recherche sont collectées à des fins de recherche uniquement, soit sur les projets, soit sur des échantillons de patients. Ceci se distingue de l'audit que le gouvernement mettra en œuvre, en tant que tâche "administrative".
- **Audit**: est une tâche dite "administrative", par laquelle les autorités examinent dans quelle mesure le projet remplit les conditions du contrat. Les tableaux ci-dessous spécifient si les données récoltées par les équipes de recherche peuvent être utilisées dans le cadre de l'audit mené par les autorités.

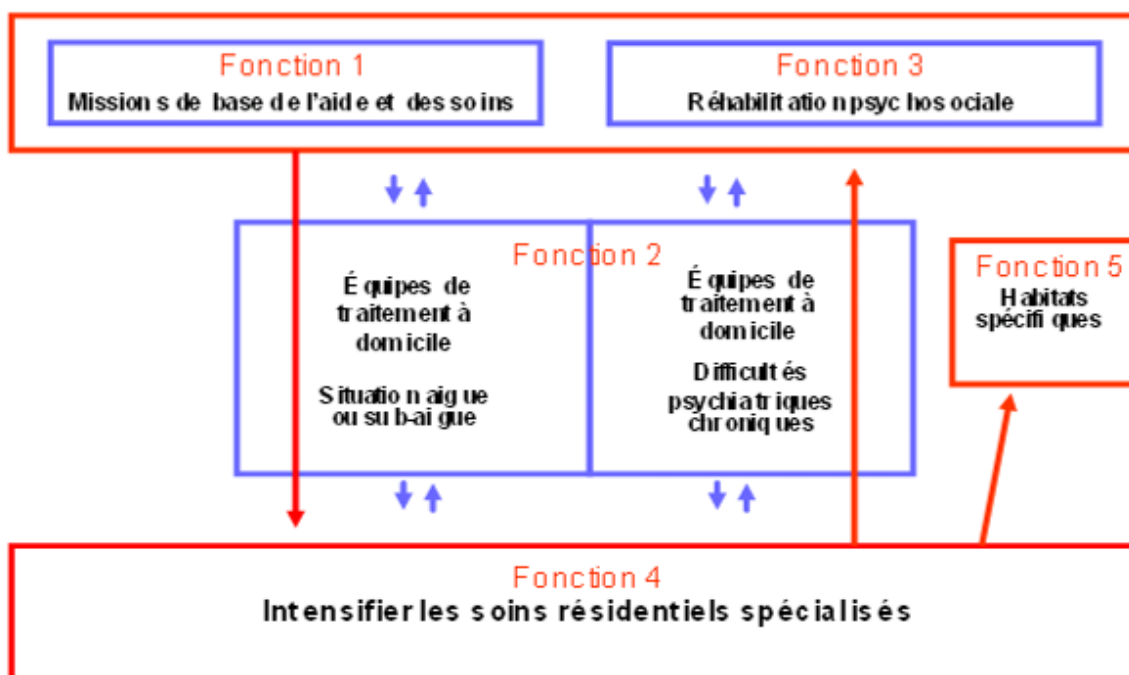
5. Discussion

5.1. Discuter les avantages / inconvénients, réussites / échecs et limites de l'action

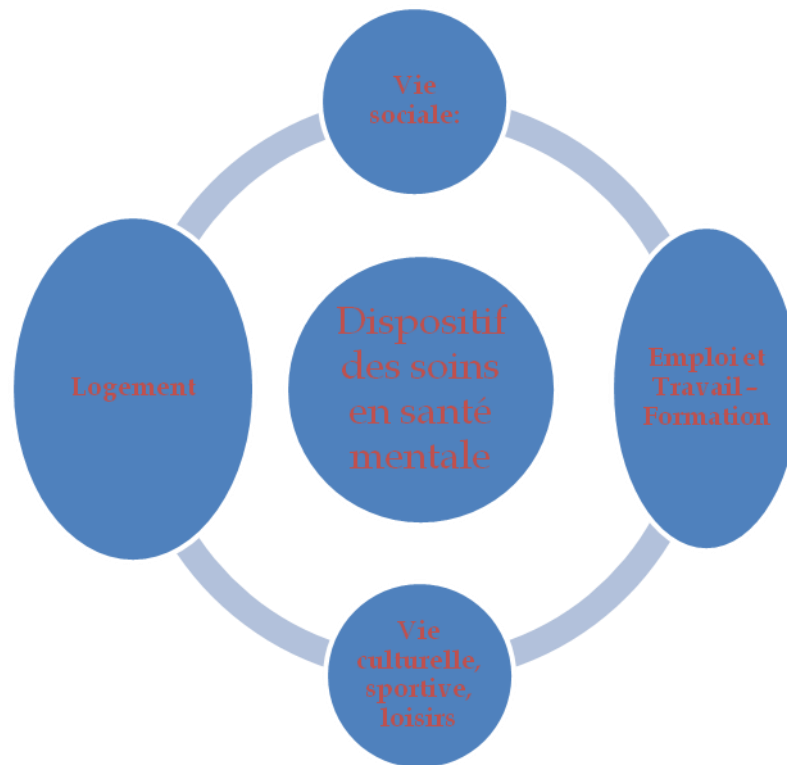
Nous souhaitons tout d'abord mettre en avant un élément qui nous apparaît comme étant significatif d'une bonne évolution de nombreux projets dans le concept de « l'approche globale ».

En effet, si dans une première phase, nous avons perçu un renforcement du partenariat entre les acteurs du champ de la santé mentale (acteurs des 5 fonctions), par la suite, nous avons constaté, avec grande satisfaction, une ouverture assez « naturelle » de ce partenariat vers d'autres ressources hors champ de la santé mentale et notamment : celles de la culture, du travail, du logement social, de la commune, ...

Ainsi, du schéma proposé dans le guide « Vers de meilleurs soins en santé mentale, par la réalisation de circuits et de réseaux de soins »



Nous avons évolué vers un nouveau schéma, plus complet, orienté vers une santé mentale qui s'appuie sur les ressources de la communauté, une approche plus citoyenne :



5.2. Présenter des perspectives futures

Il ne faut pas beaucoup d'imagination pour associer les soins socratiques de l'âme au projet de la réforme des soins en santé mentale que nous menons à ce jour. Tout comme Athènes avait ses failles, notre société est elle aussi en proie aux opinions erronées, à l'ignorance et à une dynamique d'exclusion s'agissant des soins de santé mentale.

Seules peu de personnes abordent le sujet. Les soins de santé mentale restent quelque chose d'intime, quelque chose de mystérieux, quelque chose de caché, et ne sont bien souvent révélés au grand jour que quand un problème prend une intensité telle qu'il en devient 'gênant' au sein de la famille, sur le lieu de travail ou dans la société.

Nous remarquons que l'image de la personne 'malade mentale' dans le grand public est restée archaïque: il s'agit d'une personne malade, imprévisible et dangereuse, qu'il faut par conséquent interner dans un hôpital psychiatrique en vue d'un traitement médicamenteux. Les problèmes de santé mentale sont toujours synonymes d'exclusion sociale et le tabou qui les entoure renforce cette dynamique.

La discrimination et la stigmatisation de ces personnes sont encore tellement présentes dans notre pays qu'il est très difficile pour le citoyen concerné de vivre au grand jour avec sa maladie.

L'exclusion de personnes présentant des problèmes de santé mentale va de pair avec leur stigmatisation, l'une et l'autre étant alimentées par l'ignorance, le manque d'information et la réputation simpliste véhiculée par divers médias. Cela peut quelque peu étonner étant donné qu'aujourd'hui, il est question dans le monde de quelque 400 millions de personnes confrontées à un problème de soins de santé mentale. Il ressort d'une enquête de santé réalisée en Belgique qu'1 personne sur 4 souffre de problèmes de santé mentale. Des signes laissent toutefois penser qu'un changement d'attitude vis-à-vis de la santé mentale est possible. Ainsi, des associations de patients et de familles sont de plus en plus reconnues dans leur fonctionnement et un nombre croissant de personnes (aussi bien des malades que leur entourage) témoignent de leurs expériences.

Malgré le faible impact aujourd'hui au niveau politique des associations de patients et de familles à cause de leur structure et base de financement, on continue à soutenir les organisations de patients et de familles par :

1. Financièrement.

Depuis 5 ans, deux associations des patients, Psytoyens et Uilenspiegel, bénéficient d'un subside fédéral dans le cadre des « projets pilotes de petite taille concernant le renouvellement des soins ». Il couvre une période d'un an, renouvelable.

Depuis avril 2007, ces associations avec les associations Similes Flandre, Similes Francophone et avec le soutien du Centre de recherche Lucas de la Katholieke Universiteit Leuven (KUL) et de l'Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS) sont impliqués officiellement dans les projets pilotes « projets thérapeutiques et concertation transversale ». Ce projet est prolongé mais les missions sont adaptées en fonction des projets de la réforme. Leurs missions sont définies comme :

- les six partenaires, par leur expérience complémentaire, s'inscrivent dans un projet commun.
- La mission globale et les moyens y afférents sont en lien direct avec la « réforme des soins en santé mentale ».

- Dans la suite du programme « Participation usagers/familles » et tenant compte des recommandations dans le rapport final, il s'agit :
 - De prendre connaissance et d'informer les associations d'usagers, les groupes locaux de représentants des familles du concept « Vers de meilleurs soins en santé mentale, par la réalisation de circuits et réseaux de soins » et de son évolution.
 - Les partenaires scientifiques (experts) participent aux séances d'information et se tiennent au courant des évolutions de la réforme des soins en santé mentale.
 - De donner des avis et des recommandations concernant le déroulement et l'évolution de la « réforme des soins en santé mentale » (finalité du projet)
 - Déterminer des objectifs généraux
 - Déterminer des objectifs spécifiques
 - Élaborer un tableau de recommandations
 - de s'inscrire dans le programme global de formation initié par le coordinateur formateur de la « réforme des soins en santé mentale » et ce en qualité « d'expert d'expérience ».
 - Soutien à l'élaboration de modules de formation ;
 - Validation des modules de formation dans le cadre du programme global ;
 - Elaboration d'un dossier de proposition de formation en concertation avec les associations partenaires
 - Communication de la proposition de formation au pouvoir subsidiant dans le respect des délais convenus
 - de participer aux réunions d'évaluation du projet programmée par la coordination fédérale (1 réunion tous les 2 mois)
 - présentation exhaustive de l'évolution du projet :
 - objectifs généraux
 - objectifs spécifiques
 - recommandations

- de s'inscrire, pour les thématiques que les concernent, en partenariat avec les équipes qui assurent le suivi scientifique de la réforme des soins en santé mentale.
- De faire le lien avec les projets soutenus par les régions et communautés et de rédiger une éventuelle annexe au guide.
 - Soutien à la rédaction des annexes du guide

2. Augmenter leur visibilité et participation au niveau macro, meso et micro.

Au niveau macro, les organisations de patients et de familles participent à des groupes de travail en tant qu'experts et ont un rôle de consultation et d'avis.

Au sein même des projets, elles ont été proposées, dans le cadre de la réforme, en tant que partenaires dans la construction des réseaux.

A signaler également que les autorités soutiennent l'apport que pourrait amener l'intégration du concept des pairs aidants au sein de futures équipes mobiles. Des contacts formels sont pris dans ce sens.

Remercions ici Mr Julien Grard, notre condisciple dans la formation du Diplôme InterUniversitaire, qui nous a accueilli très chaleureusement le 19 avril 2011 à Lille et nous a permis durant toute une journée de vivre avec les adhérents du GEM (groupe d'entraide mutuelle). Le concept du GEM (groupe d'entraide mutuelle) nous a beaucoup inspiré et les documents reçus seront transmis vers la Commission des droits du patient pour examiner la possibilité de mettre en place des initiatives semblables en Belgique.

Tout ceci nous amène au fait que:

- Nous souhaitons donner à la psychiatrie une place intégrée dans la société et au sein de la commune, et donner à la société et à la commune une place dans le secteur psychiatrie. Nous ne nous limiterons donc pas à organiser un réseau d'institutions des soins en santé mentale dans les communes par le biais des équipes mobiles, mais nous deviendrons aussi des partenaires, au niveau des soins, des acteurs sociaux, des élus locaux et des représentants des citoyens.

- Nous ne nous focaliserons pas uniquement sur les soins et sur le traitement. Nous agirons également de façon préventive en intégrant les soins en santé mentale dans les soins de première ligne, mais aussi en dehors des acteurs de soins (par exemple sur le lieu de travail).
- Nous diversifierons davantage l'offre, de manière à pouvoir proposer tant aux utilisateurs qu'aux professionnels une gamme étendue et variée permettant de répondre individuellement aux besoins des personnes.

Les expériences issues de l'étranger nous montrent que l'ouverture de la psychiatrie aux soins de première ligne, à des professionnels qui ne sont pas issus du secteur des soins, mais impliqués dans le secteur social, débouche sur des résultats positifs pour les usagers et aussi pour les familles. Il en est de même lorsque l'ensemble des acteurs s'inscrit dans une dynamique commune, que ce soient les élus locaux, les utilisateurs eux-mêmes et leurs proches, les représentants des institutions des différents secteurs, qu'ils soient de la culture, du monde de l'emploi, ...

À l'occasion des interviews que nous avons eues récemment avec les promoteurs et les partenaires des projets inscrits dans la réforme, nous avons également observé cette évolution.

Quelques exemples:

- Des réunions des différents groupes de travail dans la construction du réseau ne sont plus organisées au sein de l'hôpital, mais dans des locaux intégrés dans la commune
- Des coordinateurs de réseau utilisent des bureaux situés dans des maisons dans la communauté.
- Des projets examinent également dans quelle mesure la liaison de leurs projets serait possible avec des plans stratégiques sociaux du niveau local. Ce qui amène l'idée d'adapter certains décrets de manière à pouvoir créer des conseils locaux pour la santé mentale en plus des conseils consultatifs des seniors au sein des communes.

En France par exemple, ces Conseils locaux de santé mentale sont créés sous le contrôle du maire. Des élus locaux y siègent. Ces Conseils sont parfois même présidés par un volontaire membre de l'association de familles (l'Unafam en France).

Notons qu'à Bruxelles, l'ensemble des bourgmestres (maires) des différentes communes sont, à l'initiative d'une la plate-forme de concertation, conviés à clarifier le rôle qu'ils pourraient jouer dans le cadre la réforme des soins en santé mentale

Un autre exemple montre que :

- Les sociétés de logements sociaux sont de plus en plus disposées à libérer des places pour autant qu'elles puissent compter sur le soutien d'équipes mobiles en cas de nécessité.

Ces différentes initiatives des secteurs sont extrêmement encourageantes et nous confortent dans l'idée que la réforme que nous souhaitons initier est, en réalité, déjà en cours et qu'elle évolue positivement. Elle initie, sur le terrain, tout un mouvement, une autre réflexion, qui dépasse la simple organisation des soins en santé mentale en dehors de l'hôpital et dépasse très souvent la frontière des soins.

C'est également le défi auquel toutes les autorités politiques doivent faire face aujourd'hui. Comme décrit au point 5.1, nous nous sommes en premier lieu penchés sur le cercle des soins de santé mentale lors de la Conférence interministérielle Santé publique. Les guides qui décrivent le modèle fonctionnel des soins en santé mentale sont soutenus par les différents ministres en charge de la Santé publique. C'est unique dans l'histoire belge qui en plus a un gouvernement en affaires courantes.

Il faut maintenant élargir ce cercle et vu les compétences fédérales, on va établir une collaboration avec différents Ministres comme :

- o Cabinet de l'Intégration sociale.

Il est évident que dans le concept de la réforme, à savoir le développement d'un nouveau modèle de soins de santé psychique axé sur la communauté, l'intégration dans la société occupe une place capitale.

Nous pensons bien entendu à l'intégration sociale et au développement de formules d'accompagnement vers la culture et le temps libre, mais aussi à la possibilité d'offrir aux personnes présentant un problème de santé psychique, une formation professionnelle et un emploi.

De nombreuses études internationales montrent que presque 80% des personnes présentant des problèmes de santé psychique souhaitent travailler. Ces chiffres ne diffèrent aucunement du pourcentage de la population générale.

Parmi ces personnes, nombreuses sont celles qui sont capables de travailler et de mener une carrière pour autant qu'elles soient bien accompagnées. De nombreuses expériences et études ont démontré, au niveau international, comment les personnes présentant des problèmes de santé psychique pouvaient, moyennant un soutien adapté, assurer certaines formes de travail.

Les choses bougent effectivement pas mal ce niveau sur la scène internationale.

Fin 2008, la Commission a rédigé une recommandation dans laquelle elle invitait les États membres à prendre des mesures afin d'inclure activement les personnes exclues du marché de l'emploi. La Commission recommande la mise en place d'une stratégie globale et intégrée articulée autour de trois volets:

- Un complément aux revenus nécessaires
- L'intégration sur le marché de l'emploi
- L'accès à des services de qualité

Ces mesures doivent donc favoriser l'intégration des personnes capables de travailler et leur procurer suffisamment de revenus afin qu'elles puissent vivre décemment, mais également aider les personnes qui ne sont pas capables de travailler, afin qu'elles puissent malgré tout participer activement à la vie sociale.

La recommandation de la Commission visait en premier lieu les personnes exclues en raison de la pauvreté, mais elle a récemment été adaptée et concerne désormais toutes les personnes exclues de la société. C'est la raison pour laquelle le cabinet de l'Intégration sociale a principalement suivi cette directive, mais des rencontres sont prévues sous peu afin d'examiner comment nous pouvons développer cette collaboration.

L'élaboration de programmes de soutien à l'emploi pour les personnes présentant des problèmes de santé psychique devrait être une priorité dans la politique sociale et dans la politique de santé.

Sur la base de statistiques alarmantes récentes, l'INAMI (Institut National Assurance Maladie Invalidité) avance une augmentation importante (largement 57% en 10 ans) du nombre de personnes en invalidité pour cause de problèmes psychiatriques au sens le plus large du terme.

**Personnes en invalidité
pour causes psychiques**

1999 54.838

2000 57.654

2001 60.125

2002 63.337

2003 66.805

2004 69.014

2005 71.334

2006 74.008

2007 77.340

2008 81.428

2009 86.578

Il est donc absolument nécessaire de jeter des ponts entre la réforme que nous mettons en place et la politique en matière d'accès pour tous à la formation et à l'emploi.

Nous avons la chance de pouvoir d'ores et déjà compter sur des initiatives encourageantes développées sur proposition du gouvernement fédéral, des Régions et des Communautés.

Ici aussi, nous devons éviter que ces diverses initiatives ne soient mises en œuvre de façon isolée. Nous devons à nouveau mettre en place une offre globale et coordonnée en rapport avec notre réforme, en vue d'aider les personnes présentant des problèmes de santé psychique à trouver la carrière la plus adaptée à leur intégration professionnelle.

Parler de l'accès à l'emploi implique également de pouvoir maintenir les personnes à leur poste. Des actions spécifiques auprès des employeurs devront être menées parallèlement.

Il s'agit donc d'un domaine étendu qui requiert des discussions communes au niveau des différents ministres compétents²⁷.

- Cabinet de la Justice

Nous constatons, sur la base des données FINHOSTA d'une part, et d'une enquête envoyée aux hôpitaux d'autre part, que le nombre d'admissions forcées augmente continuellement, tant chez les adolescents que chez les adultes. On observe une augmentation d'environ 50% entre 2003 et 2009.

Évolution des admissions forcées > 18 ans.

2003	4579
------	------

2004	5195
------	------

2005	5434
------	------

2006	5573
------	------

2007	5592
------	------

2008	6360
------	------

2009	6743
------	------

Nous espérons que les projets relevant de l'article 107 pourront apporter des alternatives aux mesures coercitives, ou à tout le moins qu'ils en permettront un meilleur accompagnement. Toutefois, cela demandera également une modification du fonctionnement actuel du parcours judiciaire. Nous notons en effet que la loi de 1990 est appliquée de façon illégitime pour forcer des admissions ou pour contourner les listes d'attente. C'est plus grave encore lorsqu'il n'y a même pas de psychopathologie présente. Les raisons de sécurité, la gestion de crise et la recherche d'une solution dans les plus brefs délais (souvent le vendredi soir) semblent surtout être les motifs d'une admission forcée.

²⁷ Voir annexe n°3 : compétences des différents niveaux d'organisation en Belgique

- Cabinet de l'Intérieur

Le glissement des soins au sein de l'hôpital vers des soins à domicile aura également un certain nombre d'implications majeures, notamment pour ce qui est de la maîtrise des agressions. Il n'est, en effet, pas inconcevable qu'une équipe mobile apportant des soins à un patient psychiatrique en situation de crise, se trouve confrontée à une agression au domicile de ce patient. Il est essentiel que le prestataire de soins sache comment il peut réagir au mieux dans pareille situation.

Les procédures et programmes relatifs à la prévention des agressions, dont pratiquement chaque hôpital a élaboré un exemplaire sur mesure dans l'intervalle, ne sont pas applicables tels quels aux prestataires de soins de l'équipe mobile de l'hôpital.

Il existe à l'administration du Service Public Fédéral « Intérieur », un groupe de travail "Criminalité dans les hôpitaux". L'objectif est de conclure des conventions de travail avec le cabinet concerné et d'encourager une bonne collaboration avec les services de police.

Après l'appel à projets et la première évaluation des projets dans le cadre de la réforme que nous menons, nous savons qu'il reste encore beaucoup à faire. Les étapes à franchir sont encore nombreuses. Mais nous sommes convaincus qu'il n'y a plus de retour en arrière possible. Nous nous sentons soutenus par beaucoup de personnes qui ont réalisé un tel mouvement de réforme dans leurs pays. Nous avons croisé ces experts en Europe et nous sommes convaincus que nous devons investir plus largement dans la construction de collaborations et notamment avec l'OMS.

Depuis le congrès organisé ce 1 et 2 septembre à Lille sur *'The formulation, dissemination and implementation of Mental Health policies and practices in Europe : what do we need to know ?'*, nous avons décidé de collaborer plus étroitement avec l'OMS. Dans ce sens, nous souhaitons installer un centre de collaboration OMS en Belgique. Des contacts avec le président de l'OMS Europe sont en cours afin de définir les critères nécessaires pour mettre en place un centre de collaboration qui reflèterait bien la philosophie communautaire.

Nous espérons qu'à travers notre mémoire, nous avons pu démontrer que l'article 107 est bien plus que la simple création d'équipes mobiles.

Il faut savoir que de nombreuses critiques, en réaction au modèle de réforme, nous parviennent avec comme argument le fait que la société actuelle n'est pas nécessairement favorable à accueillir la réinsertion des patients souffrant de problématiques de santé mentale et psychiatriques.

On est convaincu qu'une réforme en profondeur des soins de santé mentale ne pourra réussir que si l'attitude sociale vis-à-vis de l'image et de la réalité des patients/usagers change. Cela ne signifie pas qu'une base est présente et peut être fournie pour une telle attitude sociale, mais que, au sens socratique du terme, il faut avant tout un processus de conscientisation rendant possible une intégration meilleure et adaptée.

Nous espérons de trouver cette attitude socratique dans les projets 107. En effet, si nous voulons changer la société, nous devons avant tout oser commencer par nous-mêmes.

6. Bibliographie

Albernhe K. et Albernhe T. (2003). *Organisation des soins en psychiatrie*

Anthony William; Cohen Mikal; Farkans Marianne; Gagne Cheryl (2003). *La réhabilitation psychiatrique*. Socrate Editions Promarex. Belgique

Anthony, W.A. (1998). *Psychiatric rehabilitation technology : operationalizing the black box of the psychiatric rehabilitation process*. New Direction for Mental Health Services.

Association Interrégionale de Guidance et de Santé (2010). *Bilan des activités*. www.aigs.be

Basaglia, F. (1970). *L'institution en négation : rapport sur l'hôpital psychiatrique de Gorizia*. Editions du Seuil

Basaglia, F (1976). *Psychiatrie et antipsychiatrie*. Volume 95 de Bibliothèque Laffont des grands thèmes. Editions Laffont

Becker, D.R. et coll. (2006). *Le modèle Individual Placement and Support (IPS) du soutien à l'emploi (Manuel de base IPS)*, Traduit en français par Régis De Cooman et Guy M. Deleu pour Socrate-Réhabilitation
[<http://www.espace.socrate.com/SocProAccueil/Rehabilitation.aspx?page=3>]

Besançon M.-N. et Jolivet B. (2009). *Arrêtons de marcher sur la tête ! Pour une psychiatrie citoyenne*.

Conférence Interministérielle (CIM) Santé Publique (septembre 2009). Belgique

Conférence Interministérielle (CIM) Santé Publique (décembre 2009). Belgique

Conférence Interministérielle (CIM) Santé Publique (décembre 2010). Belgique

Conférence Interministérielle (CIM) Santé Publique (juin 2011). Belgique

Corbière, M. et C. Briand (2004). « Evaluation en réadaptation psychiatrique ». Dans T. Lecomte et C. Leclerc (édit), *Manuel de réadaptation psychiatrique* (379-456). Sainte-Foy, Presses de l'Université du Québec.

Corbière Marc & Durand Marie-José (2011). *Du trouble mental à l'incapacité au travail*. Presses de l'Université du Québec. Canada

Debray Q, Granger B. et Azais F. (2001) « *Psychopathologie de l'adulte* »

Demailly, L (2001). *Sociologie des troubles mentaux*. Editeur La Découverte Collection Repères Sociologiques

Emard R. « *Le développement des compétences des intervenants en suivi communautaire : un élément clé pour soutenir le rétablissement* ».

Emard Rosanne & Aubry Tim (2004). *Le suivi communautaire en santé mentale*. Les Presses de l'Université d'Ottawa. Canada

Gisle, L. (2008). *Enquête de Santé par interview, Belgique 2008*. SPF Santé Publique

Guide « *Vers de meilleurs soins en santé mentale, par la réalisation de circuits et réseaux de soins* ». <http://www.psy107.be/SiteFiles/Wallonie.pdf%20def.pdf>

Hutchinson, D. et M. Farkas (2004). « Le suivi communautaire axé sur la réadaptation ». Dans R. Emard et T. Aubry (édit), *Le suivi communautaire en santé mentale : Une invitation à bâtir sa vie (67-89)*. Ottawa, Les Presses de l'Université d'Ottawa.

KCE (2008). *Les séjours psychiatriques de longue durée en lits T*. http://www.kce.fgov.be/index_fr.aspx?SGREF=10498&CREF=11313

Latimer, E., C. Mercier et A. Crocker. (2001). *Prestation de soins intégrés pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et persistants dans leur milieu de vie (Projet QC407)*, Montréal, Rapport soumis au Fonds pour l'adaptation des services de santé, [En ligne]. [[http://www2.itssti.hc-sc.gc.ca/hpd/hcpd/pchd/projetc.nsf/ExecSum/QC407/\\$File/QC407.pdf](http://www2.itssti.hc-sc.gc.ca/hpd/hcpd/pchd/projetc.nsf/ExecSum/QC407/$File/QC407.pdf)]

Latimer, E. (2008). *Le soutien à l'emploi de type placement et soutien individuels pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves : Sa pertinence pour le Québec*, Montréal, Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), [En ligne]. [http://www.aetmis.gouv.qc.ca/site/fr_publications_2008.phtml].

Liberman, R.P. (2008). *Recovery from disability : Manual of psychiatric rehabilitation*, Arlington, American Psychiatric Publishing, Inc.

Lemperiere T., Feline A, Ades J., Hardy P. et Rouillon F. (2006). « *Psychiatrie de l'adulte* ».

Massimo, M (2011). *Psychiatrie communautaire en Italie : bilan et perspectives*. (format powerpoint)

Massimo, M (2011). *Programme National Médiateurs de santé/Pairs 2010-2013*. (format powerpoint)

Michel A. (2009). *Ville et santé mentale ; projections, politiques, ressources*.

Minkowski Eugène (2005). *Le temps vécu*. Presses Universitaires de France. France

Morandi, S (2010). *Equipes mobiles : un modèle de soins communautaires dans le département de psychiatrie du CHUV*. (format powerpoint)

Morandi, S (2010). *Le suivi intensif dans le milieu*. (format powerpoint)

Nadeau, B. (1989). "Le case management au carrefour de l'intervention clinique et communautaire". *Santé mentale au Québec*, 14(2), 51-89, [En ligne]. [<http://benhur.teluq.quebec.ca/smq/1989014/1989v14n2a04.pdf>].

NHS National Service Framework for mental health, modern standards and service models (1999). page 76

OMS (2001). *Rapport annuel*, [En ligne] [<http://www.who.int/whr/2001/fr/index.html>].

OMS sur la santé mentale (2005). *Conférence ministérielle européenne*, [En ligne] [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/009/88596/E85446.pdf].

Pelletier J.-F., Davidson L., Roelandt J.-L., et Daumerie N. (2009). *Citizenship and Recovery for Everyone : A Global Model of Public Mental Health*. International Journal of Mental Health Promotion.

Ramonet M., Roelandt J.-L., Defromont L. et Daumerie N. *Modèles de soins en psychiatrie : comment mesurer leurs effets cliniques ?* Revue de la littérature.

Roelandt J.-L., Desmons P., et Kouchner B. (2002). *Manuel de psychiatrie citoyenne : l'avenir d'une désillusion*. Paris, France : Editions in Press

Roelandt J.-L., Daumerie N., Caria A., Eynaud M, et Lazarus A. (2007). *Changer la psychiatrie pour déstigmatiser* Revue Santé Mentale 115.

Roy, C et O. Perron. (2009). “Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social : Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l’habitat”. Dans J.F. Pelletier et coll. (edit), *Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale : Pourquoi et comment faire évoluer les pratiques ?* (123-132). Québec, Presses de l’Université du Québec.

Santé et Services sociaux Québec (2005-2010). *Plan d'action en Santé Mentale 2005-2010. La force des liens*.

SPF Santé Publique, [<http://www.health.belgium.be/eportal/Healthcare/index.htm>].

Tessier, L., M. Clément et V. Wagener-Jobidon. (1992). *La réadaptation psychosociale en psychiatrie : Défis des années 90*, Boucherville, Comité de la santé mentale du Québec/Gaëtan Morin Editeur.

Thornicroft, G. et M. Tansella. (2003). *Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité ?*, Copenhague, Organisation mondiale de la santé, [En ligne]. [<http://www.euro.who.int/document/e85238.pdt>].

Wallonie - Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l’Action sociale et de la Santé, [En ligne] [<http://guide.wallonie.be/jsp/guide/pgShowGuide5.jsp?path=RW-SPW-DG05>].

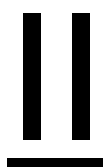
World Health Organization Regional Office for Europe (2005). *Mental health : facing the challenge, building solutions : report*. [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96452/E87301.pdf].

World Health Organization (2005). *Mental Health Policies and programmes in the workplace*.

7. Annexes

Annexe n° 1 :

PROJET 107



Hainaut Occidental

PROMOTEUR : CENTRE REGIONAL DE SOINS PSYCHIATRIQUES

LES MARRONNIERS

Organisme d'intérêt public doté de la personnalité juridique

Décret du 6 avril 1995 relatif à la gestion des hôpitaux psychiatriques de la Région Wallonne

94, Rue Despars 7500 TOURNAI

Tél. 069/88.02.01 Fax 069/88.02.53

PREAMBULE : Adaptations suite aux remarques du jury

1. VISION DU PROJET
2. GROUPE CIBLE
3. OBJECTIFS-MISSIONS-RESULTATS ATTENDUS
4. ZONE GEOGRAPHIQUE D'ACTIVITE
 - 4.1. Phase 1
 - 4.2. Phase 2
 - 4.3. Services offerts actuellement sur la zone concernée
5. DESCRIPTION DE LA NOUVELLE STRUCTURE :
 - 5.1. Composition du réseau et relevé des besoins par fonction
 - 5.2. Répartition des tâches dans le réseau par fonction
 - 5.3. Nouveaux rôles
 - 5.4. Instruments pour la communication et suivi qualité
 - 5.5. Modèle de gestion et d'administration
6. STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT DU RESEAU
 - 6.1. Echelonnement
 - 6.2. Gestion des risques
7. FINANCEMENT ET ALLOCATION DE MOYENS

PREAMBULE

Adaptations suite aux remarques formulées par le jury

Le projet a été remanié en fonction des remarques du jury.

Ces remaniements sont présents tout au long des chapitres sous forme de précisions ou d'ajouts **en bleu dans le texte**.

Cependant, pour plus de clarté et de lisibilité, les réponses aux remarques du jury ont été rassemblées ci dessous :

1. Prendre davantage en considération la révision du budget et les priorités de réforme visées par le projet.

La révision du Budget : nous n'avons pas reçu d'avis de la part du service comptable du SPF concernant le budget. Néanmoins nous avons revu celui-ci en fonction de l'évolution du projet (achat d'un immeuble pour la Permanence Psychosociale) et des remarques orales formulées lors de notre première audition, en veillant à éviter les éventuels doubles financements, notamment des réunions. Le financement des familles d'accueil, lui, pourrait se faire via l'index Tf et a donc été entièrement retiré du budget 107.

Nous joignons également un tableau de financement du personnel affecté aux équipes mobiles. (p.31)

Les priorités de réforme consistent à orienter les soins de santé mentale vers la société, et ce en 5 mouvements que le projet prend en compte de la façon suivante :

Désinstitutionnalisation : le projet pourra mettre en place dès juin 2011 des soins **intensifs et spécialisés** à domicile comme alternative nouvelle à l'hospitalisation.

Intensifs : en juin 2011 une équipe mobile de soins psychiatriques à domicile de longue durée et en octobre 2011 une équipe mobile de soins psychiatriques intensifs de durée limitée. Ces équipes pluridisciplinaires sont constituées de 30 ETP soignants psychiatriques volontaires.

Spécialisés : Ces soignants vont au cours des années 2011 et 2012 suivre des formations pour se spécialiser en soins psychiatriques au domicile, notamment sous forme de stages d'immersion, à Lille est et chez les principaux partenaires du territoire concerné. Ils travailleront en outre avec les projets existants d'outreaching et le SPAD. Ils seront basés au même endroit que le SPAD, hors des murs de l'hôpital, dans une Permanence Psychosociale située en ville.

En outre, des **familles d'accueil** seront trouvées et constitueront pour certains cas une autre alternative nouvelle à l'hospitalisation. Le modèle de fonctionnement retenu pour les familles d'accueil est celui du secteur de Lille Est. Leur financement pourrait être assuré par une reconversion de 2 ou 3 lits T en index Tf.

Inclusion : pour mieux promouvoir l'inclusion sociale et professionnelle, le projet institue des collaborations avec d'autres secteurs que la santé mentale : enseignement (nombreux nouveaux accords de collaboration avec des organismes de formation), travail (nouveaux accords avec des organismes de placement), culture (nouveaux accords avec la maison de la culture, la ville de

Tournai...), logement social (nouveaux accords avec le logement social de la Ville, l'agence immobilière sociale...)

Intensification des soins à l'hôpital : suite à la fermeture de 44 lits, le projet a entraîné une réorganisation générale de l'activité médicale dans toutes les autres unités de soins. Le conseil médical soutient très activement le projet, et les psychiatres attendent avec impatience de pouvoir compter sur les équipes mobiles pour raccourcir les durées d'hospitalisation, de manière -notamment- à continuer d'admettre sans difficultés les patients pour qui d'autres solutions ne peuvent être trouvées. Pour raccourcir les durées d'hospitalisations, des programmes thérapeutiques sont mis en place par pathologie dans un nouveau et important centre d'activités thérapeutiques de jour, réservé à la partie hôpital des Marronniers. Les infrastructures nécessaires à ce centre d'activités thérapeutiques de jour sont fournies suite à la désaffectation des 44 lits gelés.

Décatégorisation par une approche intégrée : par la création de circuits et réseaux et par une collaboration avec les secteurs des personnes âgées, du handicap, de la Justice, du trajet de soins ados.

Circuits et réseaux : le réseau est à présent mieux structuré. (p. 27), plus représentatif et plus fonctionnel. Il inclut 32 institutions (+ les Marronniers) de chacune des 5 fonctions. Les réunions autour du patient et les réunions d'intervision de réseau améliorent la coordination des soins et assurent leur continuité.

Collaboration avec d'autres secteurs : une collaboration très importante s'est mise en place avec le secteur du handicap pour les internés handicapés mentaux, et sera étendue ensuite aux patients handicapés non internés. La collaboration avec la Justice fonctionne depuis très longtemps aux Marronniers (mises en observation et internement). La collaboration avec le secteur des personnes âgées fonctionne également au niveau du service Sp des Marronniers, qui est en relation étroite avec de nombreuses MR et MRS de la région. Le coordinateur du trajet de soins ados fera le lien avec le secteur ados.

Le projet bénéficiera pleinement de toutes ces collaborations.

Consolidation des projets pilotes: Le SPAD (renforcé prochainement par les emplois accordés dans le cadre de l'accords non-marchand fédéral 2011) est intégré au projet et sera basé à la Permanence psychosociale. Les projets d'outreaching seront intégrés dès la mise en place des équipes mobiles.

2. Approfondir le travail sur les potentialités apportées par chaque partenaire et par l'ensemble du secteur se trouvant sur la zone déterminée.

Les moyens mis en oeuvre pour approfondir ce travail ont été les suivants :

- Structuration plus rigoureuse du réseau (p.27)
- Plus grand souci de représentativité et de légitimité des garants de service et des garants de fonction élaboration en commun du nouveau projet, légitimé par une assemblée générale des partenaires le 11 mai 2011.
- Accords obtenus pour des **stages d'immersion** entre de nombreux partenaires (maisons médicales, équipes mobiles, SPAD, IHP, Soins et Aides à domicile, services de réadaptation psychosociale, et moyennant des modalités à fixer de commun accord : département de psychiatrie du CHWapi, AID actions intégrées de développement, CRF L'Ancre-Le Cap...) ainsi que dans l'équipe de secteur psychiatrique de Lille Est.
- Extension à d'autres secteurs sur le territoire du projet : présentation du projet au Collège communal de la ville de Tournai et échanges avec les élus locaux, qui seront représentés au Comité de pilotage. Rencontres avec le CPAS, la maison de la culture, le secteur de la réadaptation et de la formation professionnelle, le secteur de l'emploi (Agence Locale pour l'emploi, Déclic Emploi).
- Plusieurs EFT et OISP ont été rencontrés, toutes ont manifesté un intérêt pour le projet (OISP Cap Emploi, OISP IFI), l'une avait déjà signé une convention de collaboration en 2010 (EFT L'Escale AID), et d'autres ont signé une convention de collaboration en 2011 (OISP Déclic Emploi, OISP Lire et

Ecrire, EFT Cuisine en Herbe) Un groupe de travail spécifique avec ces OISP et EFT commencera en septembre.

-Des organismes dépendant de l'AWIPH ont également été rencontrés : PRORIENTA (centre de formation professionnelle et de réadaptation), CERAT. Ils soumettront prochainement la convention de collaboration à leur CA.

Les résultats sont les suivants :

-Contacts plus approfondis, plus structurés, plus fréquents entre les partenaires, entre les garants de fonction et les garants de service, entre les membres du comité de travail (réunions hebdomadaires)
-Meilleure connaissance des autres, de leurs ressources et de leurs difficultés, notamment par les stages d'immersion.

-Meilleure prise en compte de la nécessité de travailler avec la population (par exemple le voisinage, les commerçants...) pour assurer une *véritable* inclusion et pas seulement un déplacement de l'exclusion au cœur de la ville

-Adhésion formelle de 10 nouveaux partenaires au projet : le CPAS de Tournai, le SISD, le CHWapi (hôpital général), le SSM provincial de Tournai, le SSM provincial de Mouscron, l'Agence Immobilière Sociale, l'Agence Locale pour l'Emploi, OISP Déclic Emploi, OISP Lire et Ecrire, EFT Cuisine en Herbe.

3. Ne pas trop orienter vers la toxicomanie et la psychiatrie légale.

Toxicomanie : une collaboration avec la CAHO (coordination assuétudes Hainaut occidental) et avec le réseau Citadelle (réseau spécialisé en assuétudes à Tournai) permet d'assurer un suivi de réseau spécialisé pour les patients toxicomanes.

Les dispositifs prévus dans le projet devront pouvoir être utilisés par la patientèle toxicomane, notamment dans le cadre de co-morbidités. Néanmoins, il nous a semblé nécessaire d'organiser une réflexion par rapport à un trajet de soins différencié pour la toxicomanie.

Cette réflexion émergera in fine d'un groupe de travail portant sur ce groupe spécifique mais d'ores et déjà, notamment à travers la nécessaire ré-organisation des admissions, le CRP Les Marronniers a déterminé les services et lits qui collaboreront à ce travail de réseau spécifique, ainsi 8 lits IB (gestion de la crise ou de la situation aiguë de troubles du comportement et de l'agressivité), 10 lits A et 10 lits B seront consacrés à cette patientèle.

L'objectif est de construire un trajet de soins propre à la toxicomanie, disposant de ses propres ressources, et non envahissant pour le projet 107 Hainaut occidental, mais pourvu de liens clairement définis et identifiés avec celui-ci.

Psychiatrie légale : Il est vrai que le CRP les Marronniers abrite une importante section de psychiatrie légale (Défense Sociale) à côté de la section psychiatrique non légale (hôpital psychiatrique classique). Néanmoins le projet s'adresse prioritairement aux patients non délinquants et non antisociaux.

La réflexion concernant la patientèle internée s'organise parallèlement dans le cadre du circuit de soins internés et dans le cadre de collaborations avec l'AWIPH

4. Développer la collaboration avec les psychiatres

Les psychiatres et le réseau :

Une des difficultés soulevées par le réseau était d'obtenir un contact téléphonique avec un psychiatre et si besoin une consultation rapide .

Deux psychiatres seront affectés à la permanence psychosociale : ils seront facilement accessibles par téléphone pour tous les partenaires du réseau et pourront se déplacer pour une consultation si nécessaire.

La nuit et les weekends cette fonction sera reprise par le psychiatre de garde du CRP Les Marronniers.

En outre les psychiatres des équipes mobiles assureront une fonction de liaison avec les psychiatres traitants et les médecins généralistes.

Au CRP « Les Marronniers », une procédure plus claire a été mise en place avec la centrale téléphonique

et les secrétariats médicaux pour favoriser l'accès aux psychiatres.

Au CHWAPI une garde psychiatrique est organisée 24h/24 via le service des urgences.

Les psychiatres entre eux :

Des réunions de coordination médicale mensuelles sont organisées au CHS. S'y retrouvent les psychiatres du CRP, de la MSP, des Habitations Protégées , du SSM Provincial, du Pact (outreaching) et du CRF Le CAP.

Des situations cliniques y sont exposées.

Le comité de travail , les réunions d'intervisions de réseau et les réunions de concertations autour du patient seront autant de lieux où des échanges pourront se faire.

Par ailleurs une présentation du projet 107 à différents GLEM de psychiatres (hospitaliers et non hospitaliers) et de généralistes ainsi qu'à la Société de Médecine du Tournaisis est prévue d'ici fin 2011.

5. Améliorer la coopération entre les équipes mobiles

Les deux équipes mobiles seront basées à la permanence psychosociale et coordonnées par les deux psychiatres affectés au projet 107. Le SPAD sera basé au même endroit.

Elles seront donc constamment en liaison à travers des échanges formels (les réunions d'équipes hebdomadaires et les remises de service quotidiennes communes) et informels .

Les équipes interviendront suite à l'appel téléphonique d'un des partenaire du réseau .

Un numéro unique va être mis en place et communiqué à tous les partenaires .

Ce premier contact permettra de collecter des éléments cliniques et de déterminer lors d'une première concertation la façon de procéder et le degré d'urgence.

Une rencontre avec le patient et l'intervenant du réseau souhaitant l'intervention pourra avoir lieu rapidement si nécessaire.

Le but est de réaliser dans un premier temps une évaluation pluridisciplinaire, de faire un état des lieux des services existant autour du patient, puis de favoriser à partir d'un travail mobilisant les ressources proches de son milieu de vie, l'adhésion de l'usager concerné à un projet de soins.

L'équipe mobile de crise pourra proposer si nécessaire une hospitalisation à domicile moyennant plusieurs passages quotidiens. Son intervention sera limitée à maximum un mois. Elle débouche sur la mise en place de relais adaptés en cas de besoin. Un de ces relais peut être l'équipe mobile assertive.

L'équipe mobile peut être comparée à un « pivot facilitateur » autour duquel s'établissent les articulations du réseau.

Le réseau va assurer la continuité entre l'amont et l'aval.

6. Porter une attention particulière aux patients se trouvant dans les lits qui vont être gelés

Les admissions et les programmes thérapeutiques du CRP Les Marronniers sont organisés et coordonnés de manière transversale et pluridisciplinaire.

Ainsi, en marge des réunions d'équipes organisées une à deux fois par semaine dans chaque unité, des réunions de coordination transversales ont été mises en place en janvier 2009.

Ces réunions de coordination clinique sont organisées mensuellement, elles regroupent l'ensemble du corps médical et les directeurs et chefs de service de départements de soins. Les MSP sont invitées.

A travers ces dispositifs, la politique d'admissions du CRP Les Marronniers a été complètement modifiée. Cette redéfinition porte sur les missions attribuées à chaque unité de soins, sur la collaboration entre elles et sur l'intensification du travail avec le réseau.

La collaboration intensive avec le réseau qu'a nécessitée la réflexion autour du projet 107 a, de plus, permis de redéfinir et de retravailler les programmes thérapeutiques en activant des pistes extra-institutionnelles.

Pour prendre l'exemple concret des 8 patients autistes pris en charge depuis de nombreuses années par le CRP, la grande intensification du travail avec l'AWIPH a permis de les placer dans des structures adaptées; un autre exemple est celui de la collaboration avec la MSP, à travers laquelle la réhabilitation psychosociale et la réinsertion sont activées afin de permettre le retour du patient dans son milieu de vie grâce à l'intensification de séjours de moyennes durées en MSP.

Grâce à cette réflexion transversale et à une réorganisation globale de la politique d'admissions du CRP, le taux d'occupation de l'ensemble du CRP a été diminué progressivement et ce, sans jamais refuser la moindre admission.

La réorganisation des services a été réalisée de telle manière que l'unité de soins Les Frênes(22 lits A) soit fermée le 15 juin grâce aux dispositifs décrits. De plus, les taux d'occupation des Dalhias étage (22lits T) et Dalhias Rez-de chaussée (30 lits T) ont été réduits à un taux d'occupation de 20 lits chacun depuis le 15 avril. Ceci pour fusionner en une seule unité T de 30 lits pour le 15 octobre grâce à la diminution de la durée de séjour moyenne au sein des services (intensification du travail de réseau), et à la redistribution des admissions sur l'ensemble des services.

1. VISION DU PROJET

Depuis longtemps, de nombreux intervenants en Santé Mentale du Hainaut Occidental, et du Tournaisis en particulier, se connaissent, se rencontrent, et travaillent en collaboration.

Un **réseau** de soins existe sans être entièrement formalisé comme tel.

Des **circuits se construisent pour** chaque patient, en fonction de ses besoins et en fonction des possibilités offertes par le **réseau**.

De nombreuses lacunes existent cependant : il manque fortement de moyens pour accompagner valablement les patients à domicile, de logements adaptés, de collaboration entre hôpital et domicile, de possibilités d'intervention d'urgence, de diversification de l'offre de soins permettant d'éviter les hospitalisations ou de hâter le retour au domicile, **de possibilités de réinsertion sociale et professionnelle**.

Tant au niveau de la collaboration entre les intervenants qu'au niveau de la diversification de l'offre de soins, les besoins des usagers sont donc insuffisamment rencontrés.

Afin de mieux rencontrer les besoins des usagers, un noyau d'intervenants issus de l'ambulatoire et de l'hôpital se sont réunis régulièrement depuis mai 2009, ont identifié les problèmes et réfléchi à des réponses avec la collaboration du Centre Franco Basaglia de Liège, et en s'inspirant notamment de l'expérience du secteur voisin de Lille Est, qu'ils ont rencontré à plusieurs reprises.

Ont participé à ce travail des professionnels issus des services de santé mentale, de l'hôpital psychiatrique dans ses diverses composantes, des maisons médicales, des habitations protégées, de SIMILES (association de familles de patients), du SPAD (service de coordination des soins psychiatriques à domicile), des clubs psychosociaux, etc...

Ce travail a servi de base à l'élaboration du présent projet dans le cadre de l'article 107

Les rencontres ont ensuite été élargies à l'ensemble des acteurs intervenant en qualité de spécialistes ou non dans le champ de la santé mentale.

Dans un objectif de déstigmatisation et de réintégration du patient dans la société, notre philosophie de travail est d'impliquer, progressivement, au maximum les acteurs généralistes (médecins généralistes, maisons médicales, aides familiales, etc.). Dans cette optique, les nouvelles équipes travailleront dans une logique d'appui (en termes de prestations et de coordination) aux acteurs existants, sans se substituer à eux. Ceci pour éviter toute concurrence stérile.

Nous avons adopté la **méthode de travail** suivante :

- 1) Choisir, dans un premier temps, une zone d'action pas trop étendue (100.000 habitants), et l'étendre dans un second temps à l'ensemble du Hainaut Occidental.
- 2) Etablir la liste de tous les intervenants de cette zone, spécialisés en santé mentale et non spécialisés, qui peuvent apporter ou apportent déjà une aide à l'utilisateur.
- 3) Réunir ces intervenants par fonction assurée (certains assurent plusieurs fonctions et sont présents dans plusieurs groupes)
- 4) Pour chaque fonction, repérer avec eux les lacunes au niveau de l'offre de soins et au niveau de la collaboration entre eux
- 5) Chercher par quels moyens combler ces lacunes
- 6) Faire des propositions concrètes d'utilisation des moyens qui pourraient être dégagés par l'application de l'article 107
- 7) Evaluer les résultats obtenus en fonction des objectifs recherchés par critères quantitatifs (nombre et durées d'hospitalisations, nombre de réinsertions dans une activité professionnelle ou non) et qualitatifs (questionnaire de satisfaction des patients et de leur famille-entourage, échelle d'autoévaluation de la qualité de vie)

Ce projet de réseau est donc l'aboutissement d'une collaboration constructive entre l'ensemble des acteurs de la santé mentale, généralistes et spécialistes, de la zone concernée dans un premier temps, soit le grand Tournai.

Il est établi dans le strict respect du projet thérapeutique propre et indépendant de chaque partenaire et n'établit aucun rapport hiérarchique actuel ou futur entre les différentes institutions.

2. GROUPE CIBLE

Toute la population des adultes + jeunes à partir de 16 ans. Dans la population concernée (Hainaut Occidental) les troubles psychiatriques sont souvent associés à d'importantes difficultés socio-économiques. Cet aspect doit donc être pris en compte (logement social par exemple).

Pour ce qui concerne les jeunes de plus de 16 ans et moins de 18 ans, il existe déjà des liens entre les unités K (20 lits) + FOR K (8 lits) et le secteur de l'aide à la jeunesse, le secteur de l'enseignement (écoles extérieures + école à l'hôpital), le secteur de la justice (tribunaux de la jeunesse), [coordonnés par le coordinateur de trajets de soins ados, M. Damien BAEL](#).

Des prises en charge spécifiques pourraient voir le jour pour des jeunes de 16-22 ans présentant des troubles psychiatriques : un projet de MAJ (maison de mise en autonomie pour jeunes) a été déposé.

3. OBJECTIFS – MISSIONS – RESULTATS

ATTENDUS

3.1. Objectifs

= AMELIORER GLOBALEMENT LA QUALITE DE VIE DES USAGERS DU HAINAUT OCCIDENTAL EN REpondant MIEUX A LEURS BESOINS :

1) être **soignés** grâce à une offre de soins souple, diversifiée, et accessible, le plus possible dans leur milieu de vie. L'hospitalisation intervient seulement en dernier recours et est la plus courte possible.

2) être **aidés** sur le plan du logement, du travail, des liens sociaux, et de la participation à la vie citoyenne en général

3.2. Missions pour atteindre ces objectifs :

- 1) constituer un réseau de caractère pluridisciplinaire, centré sur le patient, et coordonné par un coordinateur de réseau (cfr 5.3.1, p. 20)

- 2) un réseau constitué de soignants, d'usagers et de leurs proches, dans le but de cogérer une partie des activités

- 3) un réseau en partenariat avec des organismes sociaux, de réinsertion ou de formation professionnelle, d'enseignement, et des organismes culturels

- 4) un réseau établissant des collaborations « décatégorisées » avec d'autres secteurs : personnes âgées, justice, handicap ...

3.3. Résultats attendus

- Amélioration de la qualité de vie des usagers (cfr point 7, p.6)
- Diminution progressive du nombre et de la durée des hospitalisations
- Amélioration de la réinsertion dans une activité professionnelle, dans la vie sociale et dans les activités citoyennes (cfr point 7, p.6)
- Augmentation des possibilités pour les patients d'intégrer les logements sociaux et privés via un accompagnement adapté, spécialement pour les patients occupant actuellement les lits qui seront « gelés » (5.2.2., p 18)
- Implication des responsables politiques locaux pour faciliter l'insertion des patients dans la cité
- Implication plus grande des généralistes et autres acteurs de première ligne généraliste
- Renforcement de la collaboration entre généralistes et spécialistes
- Changement de paradigme du soin hospitalier vers le soin à domicile chez les soignants «réaffectés» aux équipes mobiles (grâce à des stages et des formations, cfr 5.3.4, p. 21)

4. ZONE GEOGRAPHIQUE CONCERNEE(annexe 1)

Installation du projet sur le grand Tournai (100.000 habitants : Tournai + communes limitrophes).

Carte en annexe.

Ce territoire correspond grosso modo au « bassin de vie » tournaisien. En effet, le Hainaut Occidental a la caractéristique d'être composé de petites et moyennes villes (Tournai, Mouscron, Ath, Leuze, Péruwelz). De ce fait, il existe des habitudes de vie, des collaborations entre professionnels, des réseaux sociaux... fort différents entre ces pôles urbains.

Construire d'emblée un **réseau** de soins sur l'ensemble du Hainaut Occidental apparaît démesuré, voire impraticable dans un premier temps.

Construire un réseau, c'est mettre en lien des acteurs nombreux et très différents qui doivent apprendre à se connaître et à travailler ensemble. Notre projet s'est construit sur des bases solides avec des acteurs qui travaillent déjà ensemble mais qui souhaitent améliorer le service offert à la population : partir de là nous permet de nous donner les meilleures chances de réussite. Nous remarquons qu'en France, la taille des secteurs psychiatriques est d'environ 80.000 habitants.

Communes concernées :

Tournai : 67.476 habitants

Brunehaut : 7.771 habitants

Antoing : 7.540 habitants

Rumes : 5.067 habitants

Pecq : 5.301 habitants

Celles : 5.541 habitants

Total : 98.696 habitants

440 km²

Une extension aux autres sous-régions, bassins de vie ou secteurs du Hainaut Occidental pourrait être envisagée par la suite, pour couvrir alors une zone d'action de 293.770 habitants et 1.000 km².

- Une extension au Nord Ouest du Hainaut Occidental (Mouscron-Comines) se ferait en concertation avec les institutions mouscronnoises avec lesquelles des collaborations sont déjà en cours, notamment après l'ouverture de places d'IHP à Mouscron. (CHM Hôpital général avec 30 lits psychiatriques, Centre de réadaptation fonctionnelle Laurent Maréchal, Projet thérapeutique Un Lieu Un Lien, SSM provincial de Mouscron)

- Une extension à l'Est du Hainaut Occidental (vers Leuze, Perulwez, Ath) pourrait être envisagée en concertation avec le projet déposé par Leuze-en-Hainaut, après discussion à la plate forme Picarde de Concertation pour la Santé Mentale.

Arrondissements administratifs du Hainaut Occidental :

Ath :	81.361 habitants	487 km ²
Mouscron :	70.619 habitants	100 km ²
Tournai :	141.790 habitants	440 km ²
Total :	293.770 habitants	1.027 km ²

4.3. Services offerts sur la zone concernée

4.3.1. Services hospitaliers psychiatriques

CRP Les Marronniers :

-240 lits psychiatriques répartis en différentes unités ayant chacune leurs spécificités.

-350 lits psychiatriques en section de Défense Sociale

Centre Hospitalier Wallonie Picarde (CHwapi) :

Unité ouverte de crise psychiatrique et d'accueil en urgence de 30 lits A, travaillant en liaison psychiatrique et assurant une garde permanente avec les urgences générales, actuellement sur le site de la Dorcas du CHwapi (Centre Hospitalier Wallonie Picarde).

4.3.2. Services ambulatoires spécialisés en santé mentale

Les SSM :

- service de Santé Mentale du Tournaisis ;
- centre de guidance provincial ;

Le Cap : centre de rééducation fonctionnelle (revalidation ou réadaptation psychosociale), prenant en charge de nombreux patients psychiatriques. Lieu thérapeutique qui offre la possibilité de s'exprimer en groupe sous forme d'ateliers. Prise en charge individuelle également possible.

Citadelle : service d'aide aux toxicomanes constitué de 2 SSM et de 2 maisons médicales.

CAHO : coordination assuétudes du Hainaut Occidental

Le SPAD : Bien Chez Soi

Les Clubs thérapeutiques :

-situé à Tournai, le B'eau B'art (ex Brebi's Flub, bistrot sans alcool) est né en 2006. Cogéré par patients et soignants sur le modèle des Clubs thérapeutiques, il s'adresse à des adultes qui souffrent de difficultés psychologiques ou psychiatriques.(Initiative commune CRP Les Marronniers, Habitations Protégées du Hainaut, Maison médicale Le Gué, Service de Santé Mentale du Tournaisis)

-Le Bric à Brac, club psycho-social fondé au départ des Habitations Protégées en 2007, offre un espace d'activités, d'échanges et d'expressions à toute personne adulte qui rencontre des problèmes psychiatriques.

L'hôpital de Jour psychiatrique (CRP Les Marronniers)« La Colline » : 30 lits a

Les équipes d'outreaching dépendant des Marronniers :

- For K ;
- Outreaching K ;
- Outreaching pour internés libérés à l'essai ;
- Outreaching prison.

4.3.3. Services ambulatoires non spécialisés en santé mentale

Les 3 maisons médicales : le Gué, la Venelle, Maison médicale du vieux chemin d'Ere

Les services d'Aide familiale, aide ménagère

- le service d'aide aux familles et aux personnes âgées ;
- la SAFTAM, service d'aide familiale des arrondissements de Tournai-Ath-Mouscron
- l'ASD, aide et soins à domicile
- CSD, centrale de soins à domicile

- l'ADMR, aide à domicile en milieu rural
- le service d'aide ménagère du CPAS

Les services infirmiers à domicile

- l'IMSTAM, intercommunale d'oeuvres médico-sociales de Tournai-Ath-Mouscron
- CSD, centrale de soins à domicile
- ASD, aide et soins à domicile

Le Centre de coordination des soins à domicile :

- CMD, coordination pour le maintien à domicile

Le SISD, service intégré de soins à domicile

La Maison de Justice

Le bureau d'Assistance aux victimes du Tournaisis (Police)

Le service d'aide aux victimes

SAIS : service d'aide à l'intégration sociale de la ville de Tournai

Service d'accompagnement pour personnes handicapées

3 centres de Planning familial : La famille heureuse, Aurore Carlier, Au quai

Les services sociaux des mutuelles

Les services sociaux des logements sociaux et de l'agence immobilière sociale

Le CPAS :

- service social général (pour tout public) ;
- la Ruche : maison de quartier qui propose d'intégrer au maximum les patients aux activités culturelles et aux festivités à Tournai. Elle propose aussi un lavoir accessible à tous.
- Centre de Scolarité et de Loisirs
- Service d'insertion professionnelle
- Médiation de dettes
- Energie
- Service logement
- Maison d'enfants

Aide à la réhabilitation professionnelle

- MIRHO, mission régionale du Hainaut Occidental
- CFRP, centre de formation et de réadaptation professionnelle
- OISP, organisme d'insertion socio-professionnelle : IFI, initiative formation réinsertion, femme active
- CERAT, centre d'éducation et de réadaptation au travail, secteur AWIPH
- AID ESCALE, action intégrée de développement
- EFT, entreprise de formation par le travail
- La cuisine en herbe
- Service de réinsertion professionnelle de l'AWIPH
- FOREM

Services d'aide à la jeunesse

- SAJ
- SPJ
- AMO, aide en milieu ouvert: Canal J et Graine
- SAIE, service d'aide et d'intervention éducative

- SOS parents-enfants

Maisons de quartier

-Le pain sur la planche

-La Ruche, maison de quartier qui propose d'intégrer au maximum les patients aux activités culturelles et aux festivités à Tournai. Elle propose aussi un lavoir accessible à tous.

Télé-service Ecoute-Accueil

Vie féminine

ONE

4.3.4. Services d'hébergement spécialisés en santé mentale

Maison de soins psychiatriques : 120 lits

Le Relais : Habitations protégées : 80 places

- 55 places d'habitations protégées communautaires
- 20 places d'habitations protégées en studio
- 5 places d'habitations protégées en suivi individuel en ville

4.3.5. Services d'hébergement non spécialisés en santé mentale

Les maisons d'Accueil :

- les chênes de Mambré ;
- l'Etape
- la Consoude, pour les femmes victimes de violences conjugales
- les Oliviers, pour les jeunes de 18 à 25 ans

La Maison maternelle l'Espérance (accueil de futures mères et/ou mères accompagnées d'au moins un enfant de moins de 7 ans).

Les services résidentiels de transition : appartements supervisés du Home Valère Delcroix (AWIPH/ CPAS)

4.3.6. Les acteurs indépendants

Les médecins généralistes regroupés au sein du cercle AGT, cercle des médecins généralistes du Tournaisis.

Les psychiatres indépendants.

Les psychologues-psychothérapeutes indépendants

Les infirmières indépendantes à domicile

...

Remarques :

- Cette liste n'est pas exhaustive, de nombreux autres acteurs non spécifiques sont susceptibles d'intervenir comme acteur d'un réseau autour du patient : familles, entourage, **voisins**, propriétaires, pharmaciens, commerçants du quartier, enseignants, etc...

- Tous les services cités ne participent évidemment pas au même titre au fonctionnement d'un réseau. Leurs rôles respectifs devront être clarifiés progressivement en accord avec chacun. Ce sera une des fonctions du coordinateur de réseau.

5. NOUVELLE STRUCTURE DU RESEAU

5.1. Composition du réseau et relevé des besoins par fonction

Tous les prestataires de service de la zone concernée, regroupés par fonction, ont été invités à analyser les lacunes et les besoins en matière de santé mentale dans cette zone. Les partenaires clés sont ceux qui collaborent activement à la réalisation du projet 107.

5.1.1. Fonction 1

Activités en matière de prévention, promotion des soins en santé mentale, détection précoce et pose d'un diagnostic.

Présents lors de la discussion : (en gras **partenaires clés**)

- les Maisons Médicales
- L'AGT (cercle des généralistes du Tournaisis)
- Similes Wallonie
- Le Centre de Guidance Provincial (service de santé mentale)
- Psytoyens, associations de patients
- Le SSMT (service de santé mentale du Tournaisis)
- 3 plannings familiaux

Les plannings n'identifient pas de difficulté particulière : quand la situation devient trop lourde, ils réorientent.

Le SSMT (service de santé mentale du Tournaisis) souhaite jouer un rôle de « ressource extérieure » pour le réseau. Son activité essentiellement centrée sur les consultations de psychothérapie implique, pour des raisons éthiques, la préservation d'une confidentialité optimale.

Différents besoins et lacunes sont mis en évidence :

Lacunes :

- manque de communication entre les acteurs de l'ambulatoire et l'hôpital
- souhait des médecins généralistes de pouvoir joindre rapidement un psychiatre pour avoir une aide, un conseil dans la gestion des situations psychiatriques à domicile

- difficultés rencontrées lors de la gestion de la crise : Où orienter ? A qui s'adresser ? surtout les week-ends et en soirée ? Que faire lorsqu'une hospitalisation n'est pas souhaitable ou souhaitée ?
- Difficulté à obtenir un rendez-vous rapide en consultation psychiatrique
- Manque de formation de certains intervenants à domicile par rapport à la souffrance psychique

Besoins :

- proposer des lieux d'intervention, pour penser, comprendre, agir, soigner et créer ensemble ... avec celui qui le demande. Ce lieu permettrait aussi à chacun de mieux connaître les pratiques des autres intervenants du réseau.
- Renforcer les équipes mobiles qui pourraient intervenir au domicile lors des crises pour éviter l'hospitalisation
- Ouvrir un lieu ou une consultation est rapidement possible pour poser une indication de soins et réaliser la mise en route de celui-ci
- Préciser les liens et la coordination avec l'unité de psychiatrie actuellement sur le site Dorcas.
- Créer une permanence psychosociale 24 h/24.

5.1.2. Fonction 2 :

Equipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques

Présents : (en gras partenaires clés)

- **SPAD Bien chez soi, coordination soins psychiatriques à domicile**
- **SIMILES Wallonie**
- **Hôpital de jour La Colline**
- **4 services d'aide familiale**
- **3 services d'infirmières à domicile dont un service d'infirmières indépendantes**
- **Maison de justice**
- **CPAS de Tournai**
- **CAHO**
- **2 Maisons médicales**

- 5 représentants du CHP « Les Marronniers » : outreaching K, For K, infirmière d'un service A, référente

hospitalière, outreaching internés libérés à l'essai.

- Bureau d'assistance aux victimes de la zone de Police du Tournaisis

Les nombreux participants, venant de services variés, montrent un intérêt pour les soins psychiatriques à domicile. Le débat a confirmé une réelle envie de travailler à domicile en réseau. Peu de services n'ont pas répondu à l'invitation (les services sociaux des mutuelles).

Lacunes :

-Manque de soutien pour les familles et les services tout venant, non habitués à prendre en charge des patients psychiatriques.

- Prise en charge difficile quand le patient est isolé, n'a pas d'entourage et quand la collaboration se passe mal avec le médecin traitant.

- Manque de formation, besoin de réassurance et cadre de travail pas toujours clairement mis en place à la sortie de l'hôpital pour les équipes d'infirmières à domicile et les aide-familiales. Ces services sont alors peu à l'aise dans ces situations où le relationnel est plus important que l'acte technique. Il peut aussi y avoir des craintes quant au comportement imprévisible potentiellement agressif de ces patients.

- Difficultés à trouver des pistes lors d'une situation de crise, d'urgence ou lors de la sortie de l'hôpital.

- Manque de relais possible dans les maisons d'accueil ou maternelles.

- Conditions d'accès strictes pour accéder à certains services spécialisés (procédures d'admission).

Besoins :

- Mieux coordonner entre les membres du réseau les moyens de prendre en charge la crise ou les urgences psychiatriques.

- Renforcer les équipes mobiles tel le SPAD (moyens insuffisants).

- Pouvoir offrir un lieu de formation, de supervision aux personnes qui le désirent.

- Prévoir un relais ou intervenir plus tôt avant la sortie du patient de l'hôpital (équipe mobile qui pourrait prendre contact dès l'admission). Faciliter la collaboration avec les services hospitaliers

- Améliorer la prise en charge des patients psychiatriques chroniques à domicile en concertation étroite avec le SPAD et les différents intervenants généralistes (médecins généralistes, aides familiales, CPAS,...) autour du patient

Le groupe exprime clairement une demande d'intensification des moyens pour la psychiatrie à domicile en tenant compte de ce qui existe déjà (outreaching et SPAD).

Une référence à long terme est également nécessaire pour les services non spécialisés en santé mentale, ainsi qu'un coaching (sensibilisation, soutien,

information) en vue d'améliorer la continuité des soins (travail de concertation en réseau).

5.1.3. Fonction 3 :

Equipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale.

Présents : (en gras partenaires clés)

Le CPAS ;

Les Maisons Médicales ;

Le Cap et l'Ancre

Les Chênes de Mambré ;

Les services d'Outreaching dépendant des « Marronniers » ;

Le B'eau B'art, anciennement Brebi's Flub ;

Le Bric à brac ;

L'hôpital de Jour « la Colline ».(Marronniers)

Lacunes :

- manque de personnel formé et présent dans la ville pour assurer des permanences d'écoute et de soutien
- manque de moyens des services existants ;
- manque d'un lieu d'accueil qui puisse accueillir les patients en dehors des « heures de bureau » : en soirée et le week-end ;
- isolement social fréquent (manque de lien social, manque de lieux adaptés pour créer ce lien) ;
- difficulté pour l'usager de formuler ses demandes et de briser seul sa situation d'isolement ;
- l'absence de communauté thérapeutique sur le territoire de Tournai ;
- manque d'échanges entre les intervenants ;

Besoins :

- intensifier les initiatives qui existent déjà, notamment celles qui permettent d'intégrer les personnes en souffrance psychique dans des activités culturelles ou des ateliers ne dépendant pas spécialement du domaine psychiatrique ;
- proposer un lieu d'échanges entre les intervenants pour permettre de meilleurs relais entre les différentes structures ;
- créer un lieu d'accueil ouvert sur la ville, les soirs et les week-ends, y compris en périodes de vacances
- renforcer les équipes mobiles.

5.1.4. Fonction 4 :

Unités intensives de traitement résidentiel aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques lorsqu'une hospitalisation s'avère nécessaire.

Présents : (en gras **partenaires clés)**

CRP Les Marronniers : 3 lits de crise K, 1 lit de crise FOR K, 3 lits de crise internés libérés à l'essai, 16 lits IB, 30 lits T intensifs

CHWAPI site La Dorcas : 30 lits A

Le nombre de places « intensives » disponibles dans les hôpitaux psychiatriques et généraux semble suffisant, sauf pour ce qui est des lits K : nous sommes très souvent confrontés, dans le cadre de demandes de prise en charge, à une impossibilité d'hospitalisation avec parfois des délais d'attente de plusieurs mois)

Il reste cependant de nombreux autres problèmes :

Lacunes :

- Importance de responsabiliser les acteurs de l'ambulatoire par rapport à la gestion de crise, l'hospitalisation n'étant pas toujours la seule solution.
- Nécessité d'évaluer la disponibilité des services de crise et de la prise en charge urgente psychiatrique ainsi que la possibilité de trouver une réponse urgente à la crise.
- Difficulté de trouver des relais externes pour les patients ayant séjourné longtemps à l'hôpital et entre autres pour les internés libérés à l'essai, spécialement les déficients mentaux
- Manque important de logements à des prix abordables ou de propriétaires prêts à louer un bien à des personnes présentant une pathologie psychiatrique ou étant sous APG, d'où allongement des durées d'hospitalisation.
- Manque de structures extérieures à l'Hôpital pouvant suffisamment prendre en

charge les patients à leur sortie, et donc séjours qui se prolongent

-Insuffisance des équipes mobiles existantes : un manque important au niveau du SPAD dont les capacités de prise en charge sont totalement saturées.

-Difficultés pour les patients hospitalisés d'envisager de s'inscrire dans des activités ouvertes à tous (ex : Académie, Conservatoire, ...).

Besoins :

La mise en place du réseau ambulatoire devrait grandement faciliter la fluidité et la qualité de la prise en charge des patients.

Une discussion est ouverte avec le service de psychiatrie du Chwapi, qui joue déjà un rôle important dans la gestion des urgences psychiatriques, pour tenter de mieux définir les complémentarités entre ce service, les services intensifs et non intensifs des Marronniers, et le nouveau dispositif ambulatoire. Permettre aux personnes souffrant de troubles psychiques d'avoir, comme les autres, accès à des logements convenables à des prix abordables.

Développer pour cela des collaborations avec les responsables politiques locaux, les sociétés de logement social, et des éventuelles familles d'accueil.

5.1.5. Fonction 5 :

Formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible

Présents : **(en gras partenaires clés)**

- IHP, Habitations protégées du Hainaut
- MSP la Traversée
- DAL de Tournai , collectif du droit au logement (collectif d'associations mobilisées autour du droit au logement).
- Tournai logement (agence immobilière sociale)
- Logements sociaux du CPAS
- Logis tournaisien.
- Maisons d'accueil. (Etape, Chênes de Mambrée)
- CAHO en tant que porteur d'un projet de centre d'hébergement
- Maison maternelle l'Espérance (accueil de futures mères et/ou mères accompagnées d'au moins un enfant de moins de 7 ans).
- La consoude (femmes victimes de violence : CPAS)
- Les oliviers (CPAS)

Lacunes :

- Manque crucial de logements salubres à prix abordable. L'instabilité résidentielle est le deuxième facteur de rechute dans la maladie mentale. Dans certains services des Marronniers, la proportion de SDF dépasse 50 %.
- Saturation des places en Habitations Protégées, et listes d'attente importantes en MSP .
- Certains patients ne souhaitent pas vivre en communauté.
- Dans les maisons d'accueil, les patients psychiatriques demandent plus de temps au détriment des autres personnes. De plus la cohabitation n'est pas toujours aisée.
- Difficultés à joindre les psychiatres après 18h et les weekends.

Besoins :

- Ouvrir des places en HP et MSP et demande d'assouplissement des conditions d'accès
- Créer des équipes mobiles qui pourront faciliter l'acceptation des patients psychiatriques dans les structures d'hébergement existantes en passant régulièrement et en informant les intervenants sur la prise en charge de personnes souffrant de problèmes psychiques.
- Créer des partenariats avec des services qui seraient intermédiaires entre les propriétaires privés et les patients psychiatriques.
- Informer, conscientiser la population et les politiques à cette problématique pour déstigmatiser la maladie mentale.
- Etablir davantage de connexions entre les structures du milieu psychiatrique et les services sociaux généraux tout en pouvant compter sur l'appui et l'aide de services à domicile de type « outreaching »
- A plus long terme, si possible pouvoir développer comme à Lille, des placements dans des familles d'accueil même temporaires. A Lille, ce type de solution permet d'éviter certaines hospitalisations.
- Créer des liens plus étroits avec le CPAS et les sociétés de logement.
- Possibilité de pouvoir interpellé un professionnel après 16h et le week-end. Ces moments correspondent à des situations difficiles rencontrées par les équipes.
- Elargir les heures d'ouverture du bistrot thérapeutique aux soirées et we.
- Etendre la réflexion avec les services de l'AWIPH étant donné qu'il y a souvent une intrication des pathologies psychiatriques et du handicap (double diagnostic).

5.1.6. Conclusions :

Lacunes

Les principales lacunes relevées par l'ensemble des participants sur la zone d'action concernée sont les suivantes

- Difficulté à joindre les psychiatres et surtout à obtenir une consultation et éventuellement une hospitalisation rapidement
- Coordination des lieux d'hospitalisations psychiatriques d'urgence
- Coordination des lieux d'hospitalisations psychiatriques de crise (quelques jours)
- Service de soins psychiatriques à domicile 24h/24 inexistant : à créer
- Accueil et permanence de crise inexistant : à créer
- Communication ambulatoire – hôpital : à améliorer
- Concertation entre intervenants autour du projet de vie du patient : à organiser
- Manque de logements à bas prix
- Manque de places d'habitations protégées
- Manque de places en MSP
- Capacité de prise en charge du SPAD limitée par manque d'effectifs
- Les services psychiatriques aigus sont souvent encombrés parce que mal utilisés par méconnaissance des ressources existantes et insuffisance de clarification des rôles de chacun.
- Les acteurs généralistes, comme les maisons médicales, les médecins généralistes et les services à domicile manquent fortement de moyens spécifiques pour assurer leur part de prise en charge de ces patients, que ce soit en terme de formation (en psychiatrie) et de personnel psychosocial.

Pour répondre à ces lacunes, il faut concrètement :

- Clarifier et identifier les responsabilités et les rôles de chaque intervenant, dans un esprit de complémentarité optimale, et diffuser l'information auprès des professionnels comme des usagers.
- Préciser les différentes gardes institutionnelles et les référents joignables et les coordonner.
- Définir le projet thérapeutique identitaire des différents intervenants du réseau psychiatrique auprès des intervenants du réseau de santé mentale avec une concertation éclairée, afin d'éviter l'encombrement des demandes de prises en charge psychiatriques en aigu et des crises.
- Diversifier l'offre d'aide, notamment en matière de réinsertion-réhabilitation sociale et professionnelle
- Etendre l'offre ambulatoire en dehors des heures de bureau
- Créer des équipes mobiles,
- Créer un lieu permanent d'accueil permettant si nécessaire une consultation rapide avec un psychiatre
- Créer un lieu clairement identifié d'échanges entre professionnels
- Assurer une meilleure concertation entre les intervenants autour du projet de vie du patient,
- Quand l'hospitalisation est nécessaire, en réduire la durée par une intensification des soins et par l'augmentation des possibilités de réinsertion
- Créer des places en habitations protégées
- Créer des places en MSP
- Développer des collaborations avec des organismes sociaux (logement), éducatifs

(formation professionnelle), culturels ...

–Attribuer des moyens nouveaux en terme de personnel psychosocial aux services généralistes et organiser les formations nécessaires en terme d'approche du patient psychiatrique pour les acteurs généralistes

Ces tâches au sein du réseau seront réparties, par fonction, de la manière suivante :

5.2. Répartition des tâches au sein du réseau par fonction

5.2.1. Fonction 1

Activités en matière de prévention, de promotion des soins de santé mentale, détection précoce, dépistage, pose d'un diagnostic :

-médecins généralistes (AGT : cercle des généralistes du Tournaisis, partenaire du projet). **Nouveau : présentation du projet 107 dans les GLEMs du Tournaisis par les psychiatres des équipes mobiles et le coordinateur de réseau.**

-département de psychiatrie du CHWapi, partenaire du projet

-maisons médicales (Le gué, la venelle ...partenaires du projet)

-SSMT, Centre de guidance provincial, partenaire du projet

-SIMILES , partenaire du projet

-PSYTOYENS, partenaire du projet

- **NOUVEAU : création d'un Centre de permanence psychosociale** en ville, ouvert de 8 à 22h tous les jours, y compris le weekend, et aussi accessible la nuit par téléphone.

Ce centre fonctionnera dans le cadre des circuits de soins propres à chaque patient faisant appel au réseau de partenaires, sans préjudice de l'autonomie d'action de ceux-ci et des itinéraires cliniques ou programmes thérapeutiques qu'ils ont développés le cas échéant.

Lieu **d'accueil permanent**. Fonction d'accueil cogérée par soignants et usagers

Lieu **d'orientation** vers généralistes ou vers structures adaptées, et en cas de crise psychiatrique vers le service de psychiatrie du Chwapi ou vers les lits de crise (ados, ados délinquants) du CRP Les Marronniers

Lieu de **consultation** rapide d'un psychiatre de l'équipe mobile (par téléphone immédiatement, sur place dans la journée) selon des procédures à définir.

Lieu de **concertation** et de **réunion** disponible pour les acteurs du réseau entre eux et pour les réunions autour du patient (lorsqu'une réunion au domicile ou chez l'un des partenaires n'est pas possible ou souhaitable.)

Phasage : Un bâtiment disposant de 10 bureaux, de deux salles de réunion et d'un lieu d'accueil a été acquis. Il se situe en ville à Tournai, est facilement accessible à pied, à vélo, en bus ou en voiture (places de parking gratuites). Il sera disponible en août ou septembre 2011.

La « Permanence Psychosociale » y sera installée.

5.2.2. Fonction 2

Equipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour problèmes psychiques aigus que chroniques.

Les médecins généralistes, les maisons médicales et les infirmières à domicile par exemple assurent déjà un accompagnement à domicile de nombreux patients. Les généralistes de garde interviennent à domicile la nuit et le WE. Mais les ressources de ces acteurs sont nettement insuffisantes pour pouvoir faire face à toutes les situations

NOUVEAU : création de 2 équipes mobiles capables d'intervenir rapidement à l'appel téléphonique d'un médecin dans la zone d'action (grand Tournai), basées à la "permanence psychosociale", et animées et dirigées sur place par **deux psychiatres**, ainsi que le SPAD "Bien chez soi" (coordination des soins psychiatriques à domicile). Les actuelles équipes d'outreaching (internés libérés, ados) pourront s'intégrer dans les équipes mobiles.

- 1 équipe mobile aigus (16 ETP) interventions au domicile 24h/24 pendant max 1 mois pour un patient
- 1 équipe mobile chroniques (14 ETP) interventions au domicile de 8h à 22h y compris le we, pendant une durée illimitée

Ces équipes mobiles travailleront en appui des structures existantes

Des accords avec l'AWIPH **sont en voie d'être concrétisés** concernant un suivi mixte (AWIPH-Marronniers) à domicile d'internés handicapés mentaux libérés à l'essai.

Phasage : gel de **44 lits (22 lits A et 22 lits T) sur une période d'une année, équipe de soins continus en juin 2011, équipe de soins intensifs en octobre 2011**, et réallocation simultanée des moyens ainsi dégagés.

Ressources à développer pour assurer la continuité **et l'accessibilité** des soins : augmentation du nombre de places IHP et MSP (56+60), projets liés au logement (logements sociaux, agence immobilière sociale, placement en famille d'accueil, collaboration avec structures existantes accueillant patients non psychiatriques etc.), projets liés aux soins à domicile (équipes mobiles, outreaching), **intensification des soins à l'hôpital permettant un raccourcissement des durées d'hospitalisation.**

5.2.3. Fonction 3

Equipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et l'inclusion sociale dans le but d'augmenter les capacités d'autonomie dans la vie journalière, les capacités de créer ou recréer du lien social, et d'élaborer des projets individualisés d'activités professionnelles.

–hôpital de jour 30 places	CRP Marronniers
–programmes de rééducation fonctionnelle	CRP Marronniers
–centre de réadaptation fonctionnelle	CAP
–ateliers thérapeutiques en ville LA RUCHE	BRIC à BRAC, atelier du Gué
–bistro thérapeutique BREBI'S FLUB	B'EAU B'ART, anciennement
–centres de formation professionnelle cuisine en herbe ...	CFRP, MIRHO, CERAT,
– NOUVEAU : fonction d'accueil cogérée	Centre permanence psychosociale

Phasage: août ou septembre 2011.

5.2.4. Fonction 4

Unités intensives de traitement résidentiel pour problèmes psychiques aigus ou chroniques quand une hospitalisation s'avère indispensable

–unité d'hospitalisation de crise de 30 lits A CHWAPI	
–mise en observation patients agressifs 8 lits intensifs Marronniers	
–patients avec troubles du comportement 8 lits intensifs Marronniers	
–patients chroniques 30 lits intensifs Marronniers	
–lits K de crise 3 lits	Marronniers
–lits Forensic K de crise 1 lit Marronniers	
–lits de crise internés libérés à l'essai 3 lits Marronniers	

NOUVEAU : Procédures d'admission et procédures de suivi après sortie de ces différentes unités hospitalières seront à préciser selon les itinéraires cliniques spécifiques du CHWapi et des Marronniers en lien avec la "Permanence Psychosociale"

Intensification des soins pour 30 lits T.

Phasage : Juin 2011

5.2.5. Fonction 5

Formules résidentielles spécifiques, habitats spécifiques pour problèmes psychiques chroniques stabilisés

-55 places d'habitations protégées communautaires	IHP Le Relais
-20 places d'habitations protégées en studio	IHP Le Relais
- 5 places d'habitations protégées en suivi individuel en ville	IHP Le Relais
-120 places en MSP	MSP La Traversée

NOUVEAU : Création par reconversion de lits de 56 nouvelles places d'Habitations Protégées sur l'ensemble du Hainaut Occidental (entre 2011 et 2016) et de 60 nouvelles places de MSP (entre 2012 et 2016).

Une négociation est entamée avec les différents acteurs du logement social pour favoriser l'insertion des patients dans les logements sociaux. Par ailleurs, une réflexion est entamée pour examiner l'opportunité de créer une nouvelle offre de logement à bas prix accessible aux personnes présentant des troubles mentaux.

Des prises en charge spécifiques pourraient être réalisées dans les IHP pour l'accueil de personnes moins autonomes ou d'un public plus diversifié tel que les **jeunes de 16-22 ans.**

Moyens : un renfort de l'équipe mobile et de l'outreaching K ou FOR K auprès de l'équipe IHP afin d'apporter des soins flexibles en fonction d'une demande croissante d'apprentissage de l'autonomie vu leur jeune âge. Un soutien de l'équipe mobile permettrait d'envisager la prise en charge plus globale de ce public pour lequel peu de structures alternatives existent, et pour qui les IHP pourraient alors organiser une prise en charge de type IHP+.

Phasage: procédures juin 2011, ouverture de nouvelles places entre 2012 et 2016.

5.3. Nouveaux rôles

5.3.1. Coordinateur de réseau

La première mission du coordinateur de réseau est de permettre, par l'organisation et l'animation des différentes structures de réseau (AG des partenaires, Comité de pilotage, Comité de travail, Réunions d'intervisions de réseau, réunions autour du patient) la concrétisation des conventions de collaboration déjà signées (fichier PDF en annexe) sous la forme d'une **convention de réseau** avec chacun des partenaires qui sont à l'origine du projet, mais surtout avec les partenaires hors champ spécifique de la santé mentale (le social, le politique, le culturel, l'éducatif). La participation de ces partenaires hors champ spécifique de la santé mentale est en effet indispensable pour atteindre l'objectif final de « retour dans la cité » et de « retour dans le circuit général des soins de santé » des usagers souffrant de troubles psychiques.

A cet effet, des contacts avec les élus locaux ont été pris, et une présentation du réseau et des objectifs de la réforme a eu lieu au Collège Communal. La collaboration des différentes structures du CPAS entre autres est en cours, de même que la participation d'un représentant du Collège au Comité de pilotage.

Les **conventions de réseau** préciseront le rôle de chaque partenaire dans le réseau et les modalités précises de collaboration par la mise au point de procédures. Elles seront élaborées par le coordinateur de réseau et les garants de fonction avec les garants de service des institutions partenaires.

Le coordinateur de réseau organise également les réunions nécessaires autour de chaque usager avec les garants de service concernés d'une part avec le ou les référents de soins choisis en accord avec l'utilisateur d'autre part.

Le profil de fonction du coordinateur de réseau a été défini au cours de la session d'information du 17/06/10.

Phasage :

Le 25/02/2011, l'AG des partenaires a désigné M. Jean Luc HOEBANX, psychologue, psychanalyste, directeur des services paramédicaux et psychosociaux au CRP Les Marronniers, promoteur du projet 107 Hainaut Occidental, administrateur délégué des Habitations Protégées du Hainaut « IHP Le Relais », en tant que coordinateur à temps plein du réseau Hainaut Occidental.

A cette occasion, M. Jean Luc HOEBANX a quitté toutes les fonctions qu'il occupait au CRP Les Marronniers.

5.3.2. Garants de service, Garants de fonction, Comité de Travail

Les responsables ou garants des différents services partenaires dans le réseau auront mandat de leur PO pour engager leur service.

Le profil de fonction des garants de service a été défini au cours de la session d'information du 17/06/10.

Des « garants de fonction » ont également été désignés. Ils sont mandatés par et représentent les garants de service de leur fonction.

Ils constituent, avec le coordinateur de réseau, un Comité de travail qui se réunit chaque semaine.

Les missions de ce Comité de Travail sont :

a. Mettre en commun les infos sur chaque fonction

b. Etablir avec les partenaires du réseau des procédures de collaboration entre eux, notamment :

-qui fait quoi ?

-quand, dans quelle situation ?

-comment ?

c. Communiquer avec l'ensemble des partenaires sur les procédures mises au point.

Garants de fonction :

NOMS

FONCTIONS

Dr Olivier MARIAGE, Médecin Directeur Maison Médicale Le Gué
Fonction 1

Me Marie Christine DEREUSE, coordinatrice SPAD Bien chez soi
Fonction 2

Me France DUJARDIN, coordinatrice du club thérapeutique B'eau B'art
Fonction 3

Dr Virginie JEANMART, psychiatre aux Marronniers
Fonction 4

Me Virginie DELARUE, coordinatrice Habitations Protégées Le Relais
Fonction 5

5.3.3. Personnes de référence

La personne de référence sera un interlocuteur privilégié pour une personne soignée donnée et son entourage, une personne qui maintient un fil conducteur au cours du temps et assure ainsi un rôle primordial dans la cohérence et la continuité des soins, si nécessaire par des visites au domicile.

Elle sera choisie parmi les référents de soins avec l'accord du patient.

Ses objectifs seront :

- solliciter les ressources de l'entourage familial, social (voisinage, amis) et professionnel du patient
- être le garant des liens et du relais entre le patient et le réseau, et avec l'équipe mobile pluridisciplinaire
- être le garant de la temporalité : veiller à ce que le projet du patient suive son cours et s'adapte en fonction de l'évolution clinique.
- veiller à la coordination entre les différents acteurs de soins ou d'aide autour du patient
- participer à la réflexion commune et pluridisciplinaire sur le sens des besoins de la personne soignée et sur les réponses à y apporter
- favoriser la dynamique thérapeutique en participant à l'élaboration du projet de soins et de réinsertion
- solliciter les réunions de concertation si besoin est

Les personnes de référence ou référents de soins seront les personnes responsables de la réalisation du plan de soins et du projet d'insertion mis au point avec chaque patient. Pour chaque fonction, un référent de soin devra être, si pas directement concerné, au moins prêt à assumer ce rôle en cas de besoin.

Le profil de fonction des personnes de référence a été défini au cours de la session d'information du 17/06/10.

5.3.4. Equipes mobiles

Basées à la permanence psychosociale, les 2 équipes mobiles dirigées par deux psychiatres (le Dr Virginie JEANMART et une nouvelle consœur engagée spécifiquement pour ce projet) seront constituées dès accord du Fédéral.

Les infirmiers-chefs et les membres de ces équipes mobiles auront été choisis sur base volontaire (les organisations syndicales ont été concertées sur le projet en Comité de Concertation de Base, 3 séances d'informations ont été données à l'ensemble du personnel du CRP Les Marronniers en mars et avril, un échange avec

l'équipe pluridisciplinaire de Lille Est a eu lieu le 8 avril, et un appel interne à candidats a été lancé en avril-mai.)

Deux chefs infirmiers, Monsieur Stéphane LIEGEOIS pour l'équipe soins intensifs et Madame Nicole DECHENNE pour l'équipe des soins continus ont été sélectionnés (sur base volontaire).

L'équipe mobile « soins continus » pourrait être effective dès le 15 juin, les recrutements sont en cours. Un appel à candidat a été lancé en avril-mai (14 soignants : 6 ETP infirmiers, 4 ETP éducateurs, 1 ETP psychologue, 1 ETP assistant social, 1 ETP kiné, 1 ETP ergo). Une sélection sera effectuée dans le courant du mois de juin parmi les candidats volontaires. En octobre 2011 ce sera le tour de l'équipe de soins intensifs (16 soignants : 7 ETP infirmiers, 6 ETP éducateurs, 1 ETP psychologue, 1 ETP assistant social, 0,5 ETP kiné, 0,5 ETP ergo).

Plusieurs demandes de prise en charge de patients émanant de psychiatres et de médecins généralistes sont en attente. La mise en place de cette équipe en juin 2011 est souhaitée par le Conseil Médical ; elle permettrait d'accompagner dans des conditions optimales une partie des patients de retour dans le circuit ambulatoire suite à la fermeture des lits 22 T pour octobre 2011. Ces équipes assureraient en outre un accueil des patients à la permanence entre 8 h 00 et 22 h 00 en semaine et les week-ends. Elles seraient joignables 24 h/24 h avec possibilité de déplacement à domicile.

Les membres des équipes mobiles bénéficieront au préalable de formations spécifiques :

- sous forme de **stages d'immersion** de deux semaines dans le CMP (centre médico-psychologique) du secteur de Lille Est. La convention concernant ces stages est rédigée.
- sous forme de contacts avec les équipes hospitalières d'outreaching actuellement en fonction. Composées de psychologues, d'assistants sociaux et d'infirmiers, ces équipes feront bénéficier les équipes mobiles à constituer de leur expérience du domicile.
- sous forme de **stages d'immersion** avec les acteurs non hospitaliers du secteur de la santé mentale et de la réhabilitation sur le territoire concerné par le projet. Ceci permettra aux soignants hospitaliers et non hospitaliers d'apprendre à mieux se connaître et donc à mieux collaborer. Ceci permettra en outre à terme d'étendre les heures d'ouverture des clubs thérapeutiques, en soirée et le weekend notamment. Les structures suivantes participeront aux stages d'immersion : maisons médicales, habitations protégées, SPAD « Bien chez soi », clubs et ateliers thérapeutiques (B'eau B'art, Bric à Brac), services de soins et de services à domicile (CSD, ASD sous l'égide du SISD), et moyennant des modalités à fixer de commun accord : département de psychiatrie du CHWapi, AID (actions intégrées de développement), CRF

- L'Ancre-Le Cap...
- Le SPF organisera également des formations spécifiques

5.3.5. Comité de pilotage

Le comité de pilotage est constitué par les membres du comité de travail, + un représentant du promoteur, + un représentant des usagers, + un représentant de la Ville, + un représentant du CPAS + un représentant du CHWapi + un philosophe invité.

Le projet a été présenté au Collège Communal de Tournai ainsi qu'au CPAS de la ville.

Ces présentations ont permis de mettre notamment en évidence les attentes et les craintes des uns et des autres par rapport à la réforme, ainsi que la nécessité de contacts beaucoup plus systématiques entre le secteur de la santé mentale et la Ville. Il a donc été décidé que les élus locaux et le CPAS seraient représentés au sein du Comité de pilotage.

Le comité de pilotage se réunit une fois par mois.

Ses missions :

- a. Réfléchir au développement du réseau, notamment avec l'aide du philosophe invité
- b. Evaluer le fonctionnement du réseau par rapport aux besoins des usagers
- c. Valider les procédures mises au point en comité de travail

5.4. Instruments pour la communication et le suivi qualité

Une des fonctions de la «permanence psychosociale» est d'offrir aux partenaires du réseau un lieu d'échanges, de concertation **et de transactions**. Des salles de réunion pourront accueillir les garants de service et les référents de soins.

« Le réseau ne peut pas être pensé comme une organisation. Il ne peut pas, pour le patient, être un parcours balisé d'avance. Le réseau est plutôt un milieu, un environnement, peuplé de ressources, de ressources mobilisables.

Le réseau doit être un espace de **transactions** entre acteurs, transactions qui peuvent se stabiliser, par exemple se contractualiser, mais pour lesquelles la dimension dynamique est évidemment essentielle, le réseau doit toujours se défendre de devenir une organisation et doit donc lutter constamment contre le risque d'une stabilisation sclérosante.

Pour assurer ces transactions, il faut souligner l'importance de la **traduction** d'une part, et de la **controverse** d'autre part.

Dans une logique réticulaire, il est en effet nécessaire qu'il y ait régression ou relativisation des savoirs hyperspécialisés et, à tout le moins, ouverture à des logiques de traduction.

Il est aussi nécessaire que se créent dans le réseau des espaces de discussion rassemblant des acteurs pluriels, où se visibilisent les tensions du réseau et aussi où se conçoive et se réfléchisse sa dynamique. »

Jean Louis GENARD

Une Charte de Réseau rédigée par l'ensemble des partenaires (avec l'aide éventuelle de Fondations) permettra de définir quelques principes déontologiques qui régleront les échanges entre eux en garantissant la possibilité de la traduction et de la controverse

5.4.1 Plans d'Accompagnement Individualisés

Des **PAI**, « **plan d'accompagnement individualisé** » seront mis au point par les référents de soin avec chaque patient inclus, en fonction des ressources mises à disposition par l'entourage et par les partenaires, et en fonction des besoins individualisés de chaque patient. C'est la raison pour laquelle nous avons rassemblé le plus possible de ressources, spécialisées et non-spécialisées, pour qu'elles soient partenaires, même occasionnellement.

Les PAI seront accessibles à chaque partenaire concerné par les soins au patient, et ce avec son accord. Ils ne contiendront pas d'autres données personnelles du patient que celles nécessaires à la réalisation de son projet d'insertion.

Plus qu'un outil de travail, le PAI est surtout une manière de penser ...

Le PAI permet de mettre en place une approche globale fondée sur des valeurs qui visent à répondre aux besoins des patients, à promouvoir l'autonomie, et à faciliter l'intégration sociale des personnes qui nécessitent des réponses particulières ou adaptées à leur situation.

Le PAI s'intègre dans un processus où les intervenants travaillent de manière pluridisciplinaire à évaluer les compétences, les vulnérabilités et les besoins de la

personne, à élaborer des objectifs de travail individualisés, et à développer des pistes pour pouvoir y répondre.

Il permet donc aux intervenants de se rassembler autour du et pour le patient, afin de l'aider ensuite à évoluer dans son projet personnel.

Le PAI est en perpétuelle évolution, il suit le patient dans son projet et il doit donc être régulièrement évalué.

L'évaluation régulière du PAI est un des rôles essentiels du référent de soins.

5.4.2. Processus d'évaluation

Un processus d'évaluation permanent devra permettre au **comité de pilotage** d'identifier les dysfonctionnements et d'élaborer de nouvelles procédures permettant d'améliorer la qualité du service à la population.

Des enquêtes basées sur des critères quantitatifs (nombre et durées d'hospitalisations, nombre de réinsertions dans une activité professionnelle ou non) et qualitatifs (questionnaire de satisfaction des patients et de leur famille-entourage, échelle d'autoévaluation de la qualité de vie) seront menées par le comité de pilotage. (point 5.3.5, p. 20)

5.4.3. Démarche Qualité

Dans le cadre de la signature du contrat « coordination de la qualité et de la sécurité des patients 2011 » signé par le CRP « Les Marronniers », le pilier 2 prévoit que l'hôpital s'engage à initier un processus transmurale pour les soins complexes.

Il est fait explicitement mention de l'article 107 concernant les hôpitaux psychiatriques.

Des soins transmurales impliquent un partenariat entre :

Différents hôpitaux,
L'hôpital et les soins à domicile,
L'hôpital et les maisons de repos et de soins.

Des soins complexes peuvent être définis comme des soins qui sont dispensés à un patient :

Qui présente simultanément plusieurs problèmes dans plusieurs domaines : somatique, psychologique et social ;
Chez qui des conditions différentes s'influencent mutuellement et complexifient le problème ;
Pour lequel il est difficile d'estimer son besoin de soins et son fonctionnement ;
Pour qui il existe une incertitude sur la demande de traitement de l'offre possible ;
Qui est (potentiellement) instable ou présente des difficultés pour les activités de la vie quotidienne ;
Pour qui plusieurs professionnels de première ou seconde ligne sont impliqués ;
Pour une prolongation du délai de traitement nécessaire ;
Chez qui il existe un risque élevé de (re)admission dans un établissement de soins.

Un processus transmurale sur la complexité des soins a démarré au CRP Les Marronniers ;
Les médecins sont impliqués dans sa préparation ;

5.5. Modèle de gestion et d'administration

Le modèle de construction du réseau que nous avons choisi consiste à améliorer et formaliser pas à pas les collaborations déjà existantes sur la zone concernée, **et à en créer d'autres en fonction des besoins, notamment avec le « 3ème cercle » des institutions hors champ de la santé mentale et de la santé : le social, le culturel, l'emploi, la formation.**

En plus des réunions autour du patient, ce modèle implique donc de nombreuses réunions entre les acteurs de terrain d'abord, entre les partenaires de référence ensuite, et enfin avec les partenaires plus « périphériques » ou occasionnels.

Ces réunions doivent être structurées. La structure de réseau choisie est la suivante :

1) Assemblée Générale des partenaires

Elle regroupe l'ensemble des garants de service ou dirigeants des institutions partenaires

Missions : valider les décisions du Comité de pilotage

Fréquence des réunions : deux réunions par an. Possibilité de réunions extraordinaires.

Convocations et PV : coordinateur de réseau

2) Comité de pilotage

Il regroupe les garants de fonctions + le coordinateur de réseau + le promoteur + un représentant des usagers + un représentant de la Ville + un représentant du CPAS + un représentant du CHWapi + un philosophe invité

Missions :

a. Réfléchir au développement du réseau, notamment avec l'aide du philosophe invité

b. Evaluer le fonctionnement du réseau par rapport aux besoins des usagers

c. Valider les procédures mises au point en comité de travail

Fréquence des réunions : une fois par mois

Convocations et PV : coordinateur de réseau

3) Comité de travail

Il regroupe les garants de fonction + le coordinateur de réseau + des garants de services invités, dont un représentant du CHWapi.

Missions :

- a. Mettre en commun les infos sur chaque fonction
- b. Etablir avec les partenaires du réseau des procédures de collaboration entre eux, notamment :
 - qui fait quoi ?
 - quand, dans quelle situation ?
 - comment ?
- c. Communiquer avec l'ensemble des partenaires sur les procédures mises au point.

Fréquence des réunions : hebdomadaire

Convocations et PV : coordinateur de réseau

4) Réunions d'intervision de réseau

Elles regroupent une ou des personnes des institutions ou services partenaires autour de cas concrets problématiques.

Missions :

La première partie de ces réunions est consacrée à l'exposé de cas problématiques, et la deuxième partie à une concertation du réseau au sujet de ces cas.

A partir des réponses apportées, des procédures de collaboration pourront être proposées.

Fréquence des réunions : mensuelle

Convocations et PV : coordinateur de réseau

5) Réunions autour du patient

Elles regroupent autour du patient et de la personne qu'il a choisie ou qui a été choisie avec son accord comme son référent de soins, tous les soignants des différentes fonctions qui font partie de son circuit de soins.

Missions :

Définir, organiser, et adapter avec l'accord du patient son PAI (plan d'accompagnement individualisé)

Fréquence des réunions : selon nécessités d'adaptation du PAI

Convocations et PV : référent de soins du patient, avec copie au coordinateur pour info.

Les réunions pourront avoir lieu à la permanence psychosociale, où des salles de réunions sont disponibles. Le fait de baser au même endroit la permanence psychosociale, le coordinateur de réseau, les réunions de réseau, le SPAD, les équipes mobiles et leurs psychiatres, devrait permettre une visibilité optimale du réseau sur le territoire concerné.

Ces réunions auront un coût relativement important pour les partenaires. Pour certains partenaires, ces réunions ne sont pas financées. Un budget « défraiement réunions » a donc été alloué dans le budget 107 (pp. 26-27) pour les partenaires ne disposant pas d'un financement pour la participation à ces réunions.

6. STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT DU RESEAU

6.1. Echelonnement (annexe 3)

- La fermeture des lits en vue de la mise en place des équipes mobiles a sollicité une réorganisation générale de l'activité médicale sur le site du CHS.

Il est prévu que deux unités soient « gelées » : les Frênes (22 lits A) le 15 juin 2011 et une unité de 22 lits T (les Dahlias) pour le 15 octobre 2011.

Dans ce cadre, depuis le 15 avril 2011, une nouvelle politique d'admissions est mise en place et chaque psychiatre active au mieux le réseau pour permettre au patient d'intégrer ou de réintégrer son circuit ambulatoire (*Habitations protégées, MSP, SPAD, SRT, services d'accompagnement à domicile, etc...*).

La capacité de chacune des deux unités des Dahlias a été réduite à 20 lits dès le 15 février.

En juin 2011, l'équipe mobile de soins continus pourrait déjà prendre en charge des patients.

Dès octobre 2011, l'équipe de soins intensifs pourrait elle aussi démarrer.

- Le bâtiment de la Permanence Psychosociale (abritant les différentes réunions de réseau décrites pp. 24-25, le SPAD, les équipes mobiles et leurs psychiatres, et le coordinateur de réseau) a été acheté. Il sera disponible en août ou septembre 2011.

- Construire un réseau qui ne correspondrait pas aux bassins de vie de notre région du Hainaut Occidental nous paraîtrait antinomique avec le principe de proximité qui prévaut dans la réforme.

Le bassin de vie de Tournai constitue un point de départ.

Le projet vise à s'étendre au nord au bassin de vie de Mouscron-Comines. [L'extension du projet à Mouscron a été entamée en 2011 et sera finalisée en 2012.](#)

Une des institutions du réseau de Tournai (L'IHP « le Relais ») [a en effet étendu](#) ses activités sur la région de Mouscron en ouvrant, le 1^{er} janvier 2011, 8 places d'IHP à Mouscron. Des contacts avec les institutions mouscronnoises (le Centre Hospitalier de Mouscron, leur projet thérapeutique : « un lieu un lien », Le Centre de Réadaptation Fonctionnelle Laurent Maréchal, le SSM provincial de Mouscron...) [ont été pris](#) dans ce contexte afin d'inscrire ces nouvelles places d'IHP dans une perspective de réseau à Mouscron. Par ailleurs un projet a été introduit par L'IHP « le Relais » afin de couvrir la région Mouscron-Comines par le SPAD.

A l'est du Hainaut Occidental se trouvent les bassins de vie de Leuze et Ath, et de Péruwelz au sud.

[Une extension à l'Est du Hainaut Occidental pourrait être envisagée en concertation avec le projet déposé par Leuze-en-Hainaut, après discussion à la plate forme Picarde de Concertation pour la Santé Mentale.](#)

6.2. Gestion des risques

- Risque de se disperser : coordonner les interventions de chacun selon les procédures à mettre au point
- Risque d'oubli de la place centrale de l'utilisateur : veiller à garder l'utilisateur acteur de son plan de soins et de son projet d'insertion en référence à la ligne directrice commune définie par le projet.(point 3 : Objectifs, missions, résultats attendus, p.7), respecter le secret professionnel et veiller à ne se partager que les informations « utiles » dans l'intérêt du patient. [Rédaction en commun d'une Charte Réseau.](#)
- Risque de « choc des cultures » de travail : assurer stages [d'immersion \(voir p.22\)](#), formations permanentes et supervisions externes pour le personnel hospitalier réaffecté aux soins à domicile. Référence à une ligne directrice commune définie par le projet.(point 3 : Objectifs, missions, résultats attendus, p.7, et [Charte Réseau](#)). [Réunions d'intervision de réseau](#) entre les partenaires du réseau permettant de faire le point sur les écueils rencontrés et d'adapter les stratégies. Comité de pilotage.
- Risque de violences : formation en gestion de la violence
- Risque de réactions de défense des territoires de travail de chacun : [réunions d'intervision de réseau](#) (ci dessus)

Cette liste n'est pas exhaustive. [Le comité de pilotage sera le lieu où valider les solutions proposées en fonction des résultats obtenus.](#)

7. FINANCEMENT ET ALLOCATION DE MOYENS

-Réallocation des moyens afférents aux lits « gelés » par maintien du BMF (B1 et B2) pendant au moins

3 ans

-Financements supplémentaires via le B4 :

-500.000 € annuels pendant au moins 3 ans pour : le coordinateur de réseau, la formation du personnel, les frais de fonctionnement (dont le loyer ou l'amortissement de bâtiments, les frais de déplacements, l'achat éventuel de véhicules, les frais de participation des acteurs indépendants aux réunions...). Dont 100.000 € (maximum) disponibles dès le 01/01/2011 pour la fonction de coordinateur de réseau. Voir budget prévisionnel ci dessous.

-225.000 € annuels pour l'activité médicale de l'ensemble des équipes mobiles, soit 1,5 ETP psychiatre.

Le projet engendrera un certain nombre de dépenses nouvelles pour l'institution (dépenses qui ne sont actuellement pas prises en charge dans le Budget des Moyens Financiers) :

L'engagement du coordinateur de réseau de niveau de direction (A4), de niveau universitaire.

Les frais de déplacement de ce coordinateur (évaluation basée sur une hypothèse de 5.000 Km par an) ; ainsi que son matériel informatique et ses fournitures de bureau.

L'engagement d'une secrétaire de niveau B3 (10 ans d'ancienneté).

L'engagement de deux assistants sociaux supplémentaires (10 ans d'ancienneté) pour les équipes mobiles, en fonction de la nécessité d'adapter les qualifications aux nécessités de la tâche.

L'amortissement du bâtiment acheté pour accueillir les équipes mobiles, les bureaux médicaux des psychiatres, le coordinateur, le secrétariat, et des salles de réunion ; ainsi que les charges :

Pour l'aménagement et l'entretien général des locaux (remise en peinture, etc.).

Pour l'entretien de ces bureaux, l'engagement d'une femme de ménage de niveau D4 (5 ans d'ancienneté) ½ temps.

De l'équipement en mobilier et des fournitures de bureau pour le cabinet médical et pour les autres bureaux.

De l'équipement informatique et bureautique pour les collaborateurs.

Des frais de communication (réalisation d'un film, publication de folders

d'information...).

Des charges de création et de maintenance d'un site Internet.

Les défraiements des différents partenaires qui participeront aux différentes réunions de réseau lorsqu'ils ne sont pas financés par ailleurs pour ce faire.

Pour les déplacements des équipes mobiles, l'acquisition de 3 véhicules (en leasing) ; ainsi que les taxes, assurances et frais d'entretien.

Les charges en carburant de ces véhicules.

Pour les communications, des lignes téléphoniques fixes, des téléphones portables et une ligne ADSL.

Les formations spécifiques de 30 agents de soins psychiatriques à domicile.

Les soins en famille d'accueil :

Plutôt que d'imputer ces frais au budget 107, nous demanderons l'agrément de 5 lits Tf par reconversion de lits T, de manière à couvrir les frais des familles d'accueil (logement, nourriture, charges locatives, etc.) et ceux du CRP.

BUDGET PREVISIONNEL DE L'UTILISATION DE L'ENVELOPPE

Nature de la dépense		Charge annuelle estimée
Coordinateur	1/95	111.000,00
Déplacements	5.000 Km / An	2.000,00
Matériel Informatique	1.500 EUR / An	1.500,00
Fournitures de Bureau	1000 EUR / An	1.000,00
Secrétaire	B3 / Anc. 10 ans	39.000,00
2 Assistants sociaux	1.55-1.61-1.77 / Anc. 10 ans	102.000,00
Achat immeuble	2.750 EUR / Mois	33.000,00
Charges énergétiques eau, chauffage, électricité	1000 EUR / Mois	12.000,00
Aménagement / Entretien	6.000 EUR / An	6.000,00
Pers. Entretien (1/2 Temps)	D4 / Anc. 5 ans	15.000,00
Mobilier et fournitures Cabinet Médical	5.000 EUR / An	5.000,00
Mobilier et fournitures Autres Bureaux	10.000 EUR / An	10.000,00
Matériel Informatique et bureautique	12.000 EUR / An	12.000,00
Frais de communication	10.000 EUR / An	10.000,00
Création / Maintenance Site Internet	2.500 EUR / An	2.500,00
Défraiements participants aux réunions		70.000,00
Leasing 3 Voitures	400 EUR / Mois / Véhicule	15.000,00
Taxes, Entr., Assur. Véhicules	2.000 EUR / An / Véhicule	6.000,00
Carburant Véhicules	50.000 Km / An / Véhicule	15.000,00
Communications (8 GSM)	600 EUR / An / GSM	5.000,00
5 Lignes Fixes + 1 ADSL		2.500,00
Formations Eq. Mobile	30 ETP	22.500,00
Défraiements familles d'accueil	index Tf	-
Total		498.000,00

Financement du personnel affecté aux équipes mobiles du projet 107

Financements normatifs (provenant directement du gel des lits A et T)

Norme A	22 lits A	16 / 30 lits	11,73 ETP
Renforcement équipe de nuit	22 lits A	0,5 / 60 lits	0,18 ETP
Norme T	22 lits T	10 / 30 lits	7,33 ETP
Encadrement renforcé T1-T2	22 lits T	0,1512 / lit (*)	3,33 ETP

Total **22,57 ETP**

(*) Norme calculée sur base du nombre d'ETP financés via la mesure T1-T2 (30,543) et du nombre de lits T agréés (82 au CHS et 120 en DS).

Financements alternatifs (décision du CRP d'affecter du personnel supplémentaire financé de manière alternative)

Maribel social **5,43 ETP**

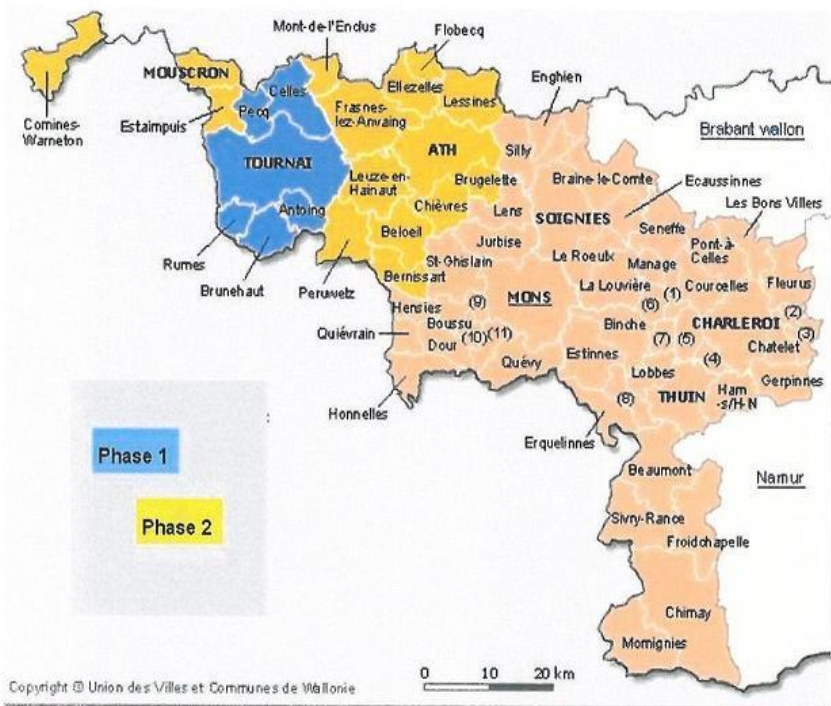
Total du personnel mis à disposition par le CRP **28,0 ETP**

Financement 107 (pris sur l'enveloppe fermée dédiée au projet)

Assistants sociaux **2,0 ETP**

Total général **30,0 ETP**

ANNEXE 1 : Carte des zones concernées - Hainaut Occidental



- ANNEXE 2 : - Travail préliminaire
- Calendrier des réunions préparatoires
- Accord du Conseil d'Administration et du Conseil
Médical du CRP Les Marronniers

TRAVAIL PRELIMINAIRE

15 réunions de réseau de mai 2009 à mai 2010, rassemblant 12 à 15 participants issus des services de santé mentale, de l'hôpital psychiatrique dans ses diverses composantes, des maisons médicales, des habitations protégées, de SIMILES (association de familles de patients), du SPAD (service de coordination des soins psychiatriques à domicile), du Centre de rééducation fonctionnelle Le Cap, des clubs psychosociaux, etc... avec la collaboration du Centre Franco Basaglia de Liège, et en s'inspirant notamment de l'expérience du secteur voisin de Lille Est, qu'ils ont rencontré à plusieurs reprises.

CALENDRIER 107

21/05/10	information nationale 107 bxl
11/06/10	réunion réseau
17/06/10	Information 107 outils bxl
30/06/10	réponse positive Marronniers
09/07/10	réunion réseau/mise en place GT
10/08/10	réunion GT4 hôpitaux
17/08/10	réunion coordination 107
19/08/10	réunion GT5 hébergement
20/08/10	réunion GT1
27/08/10	réunion réseau
30/08/10	réunion GT2 domicile
02/09/10	réunion 107 bxl/fixation dates tournoi
08/09/10	réunion GT3 réhabilitation
10/09/10	réunion coordination 107 réunion réseau
01/10/10	visite Lille Est réunion réseau
05/10/10	réunion coordination 107
06/10/10	réunion 107 bxl / infos réunion GT5 hébergement
07/10/10	réunion coordination 107
12/10/10	réunion coordination 107
14/10/10	approbation projet 107 par CA Marronniers
18/10/10	réunion coordination 107
28/10/10	réunion coordination 107
29/10/10	approbation projet 107 par CM Marronniers
14/01/11	réunion 107 CHWapi

02/02/11	réunion coordination 107
07/02/11	réunion comité de travail
08/02/11	réunion coordination 107
08/02/11	réunion 107 SSM provincial Tournai
09/02/11	réunion 107 SSM provincial Mouscron
09/02/11	recherche bâtiment Permanence
11/02/11	recherche bâtiment Permanence
16/02/11	réunion coordination 107
18/02/11	réunion coordination 107
21/02/11	réunion coordination 107
21/02/11	recherche bâtiment Permanence
24/02/11	approbation réorg services par CM Marronniers
25/02/11	AG partenaires réseau HO
28/02/11	réunion coordination 107
01/03/11	Info 107 aux Marronniers
03/03/11	réunion comité de travail
04/03/11	recherche bâtiment Permanence
14/03/11	recherche bâtiment Permanence
15/03/11	réunion 107 SSM provincial Tournai
16/03/11	réunion coordination 107
16/03/11	info 107 aux Marronniers
16/03/11	recherche bâtiment Permanence
18/03/11	visite B. JACOBS, coordinateur fédéral
23/03/11	réunion coordination 107
29/03/11	Audition chefs infirmiers 107
01/04/11	réunion coordination 107
01/04/11	réunion comité de travail
01/04/11	recherche bâtiment Permanence
02/04/11	Info 107 Généralistes Ath
04/04/11	recherche bâtiment Permanence
05/04/11	Réunion 107 SISD
05/04/11	Réunion 107 CHWapi
06/04/11	Info 107 Initialis Mons
07/04/11	Réunion 107 Police communale et Pompiers
08/04/11	Conférence Lille Est
08/04/11	réunion comité de travail
11/04/11	recherche bâtiment Permanence
11/04/11	réunion coordination 107
13/04/11	réunion coordination 107
15/04/11	réunion comité de travail
15/04/11	visite à Lille Est
22/04/11	recherche bâtiment Permanence
27/04/11	réunion comité de travail
28/04/11	Info 107 Marronniers
28/04/11	Réunion 107 SISD
05/05/11	Réunion 107 Collège communal Tournai
06/05/11	réunion comité de travail
09/05/11	Réunion 107 CHWapi
11/05/11	AG partenaires réseau HO
13/05/11	réunion comité de travail

ACCORD DU CA DU CRP LES MARRONNIERS

Le CA du CRP Les Marronniers a approuvé le projet 107 Hainaut Occidental en date du 14-10-10

ACCORDS DU CONSEIL MEDICAL DU CRP LES MARRONNIERS

Le Conseil Médical ainsi que l'AG des Médecins du CRP Les Marronniers ont marqué leur accord sur le projet 107 Hainaut Occidental le 29/10/10 [et le CM sur la réorganisation des services le 24/02/11](#)

ANNEXE 3 : Planning des réalisations

PLANNING DE MISE EN PLACE DES PROJETS

FONCTION	PROJETS	Mars 2011	Juin 2011	Sept 2011	Oct 2011	Jan 2012	Jan 2016
	coordinateur réseau						
F1,F2,F3	création Permanence Psy/accueil						
F2	installation du SPAD à Permanence Psy						
F4	gel complet de 22 lits A						
F4	gel complet de 22 lits T						
F2	formations/stages équipes mobiles						
F2a	équipe mobile intensive						
F2b	équipe mobile longue durée						
F5	Création progressive de 56 places IHP						
F5	Création progressive de 60 places MSP						
F5	Création d'une MAJ (Hab Prot pour jeunes)						
F4	30 lits T intensifs						
F4	hospitalisations d'urgence et de crise						
F1-2-3-4-5	extension à Mouscron						

ANNEXE 4 : Conventions de collaborations signées au 20/04/2011

Les conventions de collaboration engagent les partenaires à participer à la construction du projet, à informer ses membres du contenu et des missions du projet, et à collaborer à la mise en place du projet dès sa mise en application en cas d'acceptation de celui-ci.

32 conventions de collaboration ont été signées à la date du 12 mai 2011. Un certain nombre d'autres conventions de collaboration seront signées ultérieurement, le réseau étant ouvert.

Le coordinateur de réseau et les garants de fonction organisent actuellement des rencontres avec chaque partenaire afin de définir son apport dans le réseau et des modalités de collaboration avec les autres partenaires. Le passage du projet en catégorie 1 serait évidemment de nature à faciliter grandement ces démarches dans la mesure où il conditionne entièrement l'apport nouveau et très significatif des équipes de soins psychiatriques à domicile.

Le premier apport de chaque partenaire sera d'encourager son personnel « de terrain » à participer aux réunions d'intervision de réseau.

Liste des conventions signées et datées, et annexées dans un fichier pdf multipages :

PARTENAIRES	RESPONSABLES
PSYTOYENS	Chantal GELDERS, coordinatrice
MSP « La Traversée »	Jean FONCOUX, directeur général adjoint ff
SIMILES Wallonie	André BOUCHART, président
Centre de Rééducation Fonctionnelle Le Cap	Sergio CAVALERA, directeur
Centre de planning et de consultation familiale et conjugale « La Famille Heureuse »	C. PONCIN, vice-présidente
Le SPAD « Bien chez soi »	Marie-Christine DE REUSE, coordinatrice
AIIHO	Isabelle CROP
Aide à domicile en milieu rural	Christelle VERBEURE, directrice régionale
La Maison Médicale	Caroline CALLENS
La Maison Médicale « La Venelle »	Dr Michel DE JONGHE
Le service d'aide aux familles et aux personnes âgées asbl	Paul BILTRESSE, administrateur délégué
Les Habitations Protégées « Le Relais »	Virginie DELARUE, coordinatrice
Club Psycho Social « Bricabrac »	Virginie DELARUE, coordinatrice
AID « L'Escale »	A. WANTHIER, directrice
Centre de planning familial « Aurore Carlier »	Dorothee DEPOORTERE, directrice
La Maison Médicale « Le Gué »	Dr Olivier MARIAGE, directeur

La SAFTAM (service d'aide familiale)	Vincent HECQ, directeur
L'AGT (Association des Généralistes du Tournaisis)	Dr BONSIGNORE, président
La Maison Maternelle « Espérance »	Mme HUVENNE, directrice
Collectif Droit Au Logement	Coralie LADAVID, vice-présidente
IMSTAM	Vincent HECQ, directeur
Le PACT (outreaching internés libérés à l'essai)	Dr YOUSSEFI, psychiatre
Le SISD	Dr Damien SIEUW, président
Le CHWapi	Pierre TEMPELS, Directeur Général
TOURNAI LOGEMENT, agence immobilière sociale	Catherine DALLENS, Directrice
SSM Provincial de Tournai provincial	Patrick ANTOINE, Responsable
SSM Provincial de Mouscron provincial	Patrick ANTOINE, Responsable
AGENCE LOCALE POUR L'EMPLOI	Laurence BARBAIX, directrice
LIRE et ECRIRE Hainaut Occidental asbl directeur	Dominique BRASSEUR,
DECLIC EMPLOI asbl trésorière	Anne SPITALS, secrétaire-
CPAS Tournai	Rita LECLERCQ, présidente
EFT Cuisine en Herbe	

Annexe n° 2

**PROPOSITION COMMUNE DE FORMATION DES
COORDINATEURS RÉSEAUX PAR LES
REPRÉSENTATIONS DES PATIENTS ET LES
REPRÉSENTATIONS DE LEURS FAMILLES**



Organisations représentatives des usagers et des familles/proches

Psytoyens asbl

UilenSpiegel vzw

Fédération Similes Wallonie

Federatie van Vlaamse

Simileskringen

Avec le soutien de l'Association Interrégionale de Guidance et de Santé & LUCAS- K.U. Leuven.

Introduction

Depuis 2007, les associations Similes Vlaanderen et Similes Wallonie, Psytoyens et UilenSpiegel collaborent étroitement dans le cadre de la recherche-action «participation des organisations représentatives des usagers et de leur famille aux projets thérapeutiques et à la concertation transversale ». Elles furent en cela soutenues par les experts scientifiques et de terrain LUCAS et l'Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS). Pour rappel un des objectifs de ce projet était d'élaborer des recommandations sur la prise en compte de la parole et sur la place donnée aux usagers et à leurs familles/proches au sein des projets thérapeutiques.

En 2010, le mandat a été adapté aux attentes du SPF, à savoir élaborer des formations à la participation à destinations des usagers et de leurs proches.

Avec la réforme de la santé mentale, on veut améliorer la qualité du soin. Le soin sur demande, la continuité et l'harmonisation du soin, l'organisation du soin dans le lieu de vie sont les accents les plus importants de cette réforme. Ceci a des conséquences sur le rôle de l'utilisateur et de sa famille. Les usagers veulent participer activement à l'organisation de leur trajet de soin et les proches veulent être reconnus en tant que partenaires. Les associations d'utilisateurs et de proches demandent également à participer à l'organisation des soins aux niveaux méso et macro. Pour réaliser cette réforme, des outils sont nécessaires tant pour les usagers et les proches que pour les professionnels.

Depuis 4 ans, nous, associations d'utilisateurs et associations de proches nous sommes préparées à ces nouveaux rôles et avons bâti notre expertise.

La formation des coordinateurs réseau nous permettra de partager avec ceux-ci notre expertise très spécifique. La connaissance et la compréhension de la situation des usagers et des proches permettra de démarrer un processus de coopération efficace.

Nous avons développé des outils concrets et pratiques qui peuvent aider les professionnels à optimiser cette coopération. Ces outils permettront aux coordinateurs réseau de stimuler les membres de leur réseau quant à la participation des usagers et des familles/proches

Avec cette formation, nous souhaitons démontrer aux professionnels, la plus value qu'apporte la participation des usagers et des usagers/proches en tant que partenaire de soin.

Formation des coordinateurs réseau

Formation organisée par les associations d'usagers

Psytoyens et UilenSpiegel prévoient une formation d'une journée pour les coordinateurs de réseau, qui comprend deux thèmes fondamentaux:

La *sensibilisation* par les récits de vie, les témoignages. Il sera ici question de sensibiliser les professionnels à la réalité, à la perspective des usagers. Créer une dynamique favorable à l'empathie mutuelle: pour l'utilisateur, la possibilité de se mettre à la place du professionnel, aussi bien que pour le professionnel se mettre à la place de l'utilisateur. Ceci par l'utilisation de jeux de rôles, de mise en situations.

Un deuxième point important abordé avec les professionnels est constitué par des notions telles que: les *droits des patients*, le *secret professionnel partagé*, les *experts d'expérience* ce de façon plutôt interactionnelle, sous forme de débat, de questions réponses.

En filigrane, sur cette journée planeront les concepts d'empowerment, de réhabilitation, de concertation, d'horizontalité, ...

Il y aura un dossier de lecture pour les professionnels. Il contient des outils pragmatiques.

Par exemple :

-Des bonnes pratiques concernant la participation des usagers.

-Des témoignages d'usagers.

-Informations sur les contenus traités (la réhabilitation, le récit de vie, les droits du patient, le rôle des experts d'expérience, le secret partagé,...).

-Divers guides.

Formation organisée par les associations de proches

Similes Wallonie et Similes Vlaanderen se proposent de donner une formation d'une journée durant laquelle ils pourront notamment visionner le photomontage de Similes la Wallonie et la vidéo de Similes Flandre.

Seront abordés les thèmes suivants :

-Les besoins propres aux proches.

-Que peuvent offrir les réseaux et/ou comment tenir compte de ces besoins ?

-La coopération/partenariat avec les familles

-L'utilité et l'intérêt du partenariat avec les proches.

-Les difficultés éprouvées dans la collaboration avec les proches, et le risque possible. (but préciser l'utilité des outils)

-Après-midi : sur base de la discussion et des demandes, selon leurs propres besoins, offre des outils pertinents (d'une façon participative)

1. À l'inclusion d'un patient dans le réseau
2. Lors de la formation du réseau
3. Lors de la collaboration effective dans le réseau

Formation organisée en commun par les associations d'usagers et de proches

Les associations d'usagers et de proches souhaitent organiser une troisième journée de formation en commun et par rôle linguistique.

Cette journée traiterait de l'implémentation et du changement des pratiques.

"Vous avez entendu le point de vue des usagers, vous avez entendu le point de vue des proches, maintenant réfléchissons ensemble à votre pratique, aux changements que vous pouvez y apporter. Changements que vous estimez nécessaires et réalisables. Comment implémenter certaines bonnes pratiques de votre choix dans ce contexte professionnel existant, parfois contraignant? "On y abordera également la notion de dialogue.

Nous insistons sur l'aspect pragmatique de cette journée: comment concrètement et à l'avenir les changements peuvent se mettre en place

Annexe n° 3

La Belgique a une structure d'état complexe, les compétences étant réparties entre les autorités fédérales et les Communautés et les Régions.

Dès les années 1970, la Belgique s'est graduellement transformée d'un état unitaire en état fédéral à travers des réformes démocratiques.

La Belgique a un gouvernement fédéral, 3 régions et trois communautés, chacune ayant son propre gouvernement et parlement autonome.

Les trois régions de la Belgique sont :

- la Flandre ;
- la Wallonie
- Bruxelles-Capitale

Les trois communautés de la Belgique sont :

- la Communauté flamande
- la Communauté française
- la Communauté germanophone

Les régions et communautés se recouvrent partiellement. La Région Bruxelles-Capitale par exemple, est une région bilingue dans laquelle la Communauté flamande ainsi que la Communauté française ont des compétences particulières. La Communauté germanophone fait partie de la Région wallonne.

Cette structure fédérale implique que les compétences sont réparties entre les différents niveaux politiques. Selon la Loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, la Flandre est compétente pour les matières dites "personnalisables", telles que l'enseignement, la culture, la santé, et l'assistance aux personnes, dénommée également "aide sociale". Les régions sont compétentes pour les matières dites territoriales, telles que l'emploi, l'économie et l'environnement.

Or, la Flandre a décidé de réunir les compétences de la Communauté flamande avec celles de la Région flamande. Le résultat est que la Flandre a un parlement flamand, un gouvernement flamand et une administration flamande, compétents pour les matières de la communauté et de la région. En Wallonie par contre, on a la région wallonne et la communauté francophone, chacun avec leur propre gouvernement, parlement et administration.

En matière de santé les Communautés sont, en principe, compétentes en ce qui concerne la politique de la santé pour la politique de dispensation de soins de santé dans et en dehors les institutions de soins (politique de soins curative), pour l'éducation sanitaire ainsi que pour les activités et services de Médecine préventive (politique de soins préventive).

En outre le législateur spécial a attribué les compétences exceptionnelles suivantes au gouvernement fédéral :

- la législation organique (la loi sur les hôpitaux et les formes alternatives de soins (Maisons de soins psychiatriques, maisons de repos et de soins et les initiatives d'habitation protégée) ;
- le financement de l'exploitation si réglé par la législation organique (budget des moyens financiers des hôpitaux) ;
- la législation relative à l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) ;
- les règles de base de programmation (des services ainsi que des appareils) ;
- les règles de base en ce qui concerne le financement de l'infrastructure y compris l'appareillage médical lourd ;
- les normes d'agrément nationales autant qu'elles ont une répercussion sur les compétences du gouvernement fédéral en ce qui concerne le financement de l'exploitation, l'assurance maladie-invalidité, les règles de base en ce qui concerne la programmation, et les règles de base en ce qui concerne le financement de l'infrastructure ;
- la fixation des conditions et la désignation comme hôpital universitaire ;
- les vaccinations obligatoires ;

A côté, il est mentionné que le gouvernement fédéral est estimé posséder quelques compétences en ce qui concerne la politique de santé sans que celles-ci soient attribuées par le législateur spécial. Cela concerne plus particulièrement :

- toutes les choses qui sont en relation avec la pratique de l'art de la médecine (e.a. réglementation des professions de la santé, droits des patients, transplantation d'organes) ;
- la législation sur les médicaments ;
- l'aide médicale urgente.

Dans la pratique, les compétences sont réparties comme suit :

Autorité fédérale	Communautés
<ul style="list-style-type: none"> ▪ la fixation du budget général pour les soins de santé ▪ la législation relative à l'INAMI ▪ la législation relative aux hôpitaux (critères, financement) ▪ la législation relative aux qualifications professionnelles et aux indemnités ▪ la régulation et fixation des prix des médicaments ▪ la supervision de technologies 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ l'organisation des soins de santé ▪ la coordination des soins aux personnes âgées ▪ l'application des normes hospitalières (accréditation) ▪ la prophylaxie (des maladies infectieuses, y compris la vaccination) ▪ la prévention d'affections non infectieuses ▪ la promotion de la santé

Les provinces sont au nombre de dix depuis la quatrième réforme de l'État.

Les provinces peuvent agir dans une série assez large de domaines. Elles ont développé des initiatives en matière d'enseignement, d'infrastructures sociales et culturelles, de médecine préventive et de politique sociale.

Elles s'occupent également d'environnement, ou encore de routes et de cours d'eau, d'économie, de transport, de travaux publics, de logement, d'emploi des langues,...

Les provinces sont des institutions autonomes mais sous tutelle. Cela signifie qu'elles exercent leurs compétences tout en étant soumises au contrôle des autorités supérieures. Ainsi, par exemple, une école provinciale sera gérée sous le contrôle de la communauté. Une initiative en matière d'aménagement du territoire sera surveillée par la région.

En bref, sur son territoire, la province gère tout ce qui est d'intérêt provincial, c'est-à-dire ce qui ne relève ni de l'intérêt fédéral, communautaire ou régional, ni de l'intérêt communal.

Les compétences communales sont très larges, couvrant tout ce qui relève de "l'intérêt communal", c'est-à-dire des besoins collectifs des habitants.

Théoriquement, une commune peut faire tout ce qui ne lui est pas interdit, aussi bien construire un hall sportif qu'aménager une voirie ou bâtir une maison de repos. Elle est bien sûr contrôlée par les autorités de tutelle, c'est-à-dire l'État fédéral, les communautés, les régions et les provinces.

Les communes doivent aussi exécuter les missions qui leur sont imposées par les autorités supérieures. Elles sont chargées plus particulièrement du maintien de l'ordre public, de la gestion de l'état civil et de la tenue des registres de la population.

C'est aussi au niveau de la commune qu'a été créé le Centre public d'Aide sociale, l'organe qui gère l'aide sociale.

La commune est compétente en matière de travaux publics, de maintien de l'ordre, de logement, d'enseignement,...

Dans chaque commune, il y a un Conseil communal composé de 7 à 55 membres, en fonction du nombre d'habitants. Ce Conseil règle tout ce qui est "d'intérêt communal" par le biais de règlements communaux.

Le Conseil communal élit les échevins qui forment, avec le bourgmestre, le Collège des Bourgmestre et Échevins.