



Vers de meilleurs soins en santé mentale

par la réalisation de circuits et de réseaux de soins



Proposition de projet introduite par le Centre Hospitalier Jean Titeca dans le cadre de l'implémentation de l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins

Cette candidature est le fruit de la « fusion » des projets initialement développés par le Centre Hospitalier Jean Titeca et les Cliniques Universitaires Saint-Luc.

Version mai 2011

Pour contacter le projet:

projet107@chjt.be

0491 34 80 25

Coordinateur	Mme Anne Schellekens	projet107@chjt.be	0491 34 80 25 0470 22 70 50
Promoteur CHJT	Monsieur Francis Broeders	francis.broeders@chjt.be	02 735 01 60
Promoteur C.U. St-Luc	Professeur Vincent Dubois	vincent.dubois@uclouvain.be	02 764 21 75
Conseiller méthodologique	Monsieur François Wyngaerden	francois.wyngaerden@uclouvain.be	0485 13 81 26

1. Explication sur la vision du projet

Comme nous en avons témoigné précédemment, la pratique du travail en réseau sur la région bruxelloise est déjà ancienne et les collaborations entre secteurs y sont quotidiennes. Le réseau ambulatoire bruxellois est tout particulièrement riche en initiatives, aux fonctions et orientations multiples constituant ainsi un tramage particulièrement dense au sein de la cité tout en assurant de par cette diversité la relative assurance de pouvoir rencontrer les besoins spécifiques de chaque usager. Il ne s'agit donc pas ici d'initier des pratiques de réseau ou de développer l'ambulatoire mais bien de poursuivre leur mise au travail via une nouvelle aventure et selon des modalités complémentaires et originales introduites par les projets articles 107 (notamment les interventions mobiles et l'accent mis sur le maintien à domicile). Processus de longue haleine dont les objectifs restent notamment :

- D'assurer une accessibilité à des soins individualisés de qualité et de soutenir une insertion sociale, citoyenne des usagers et notamment pour des populations particulièrement précarisées (patients présentant des troubles « chroniques » nécessitant la coexistence et/ou l'articulation de plusieurs types de soins et d'accompagnements sur des périodes souvent longues et pour lesquels les réponses traditionnelles du secteur restent souvent peu opérantes ou se sont montrées défailtantes à certains moments-clefs...) quant à cette accessibilité.
- De développer la prise en compte de l'environnement (proches, habitat, tissu socio-culturel et économique local,...) de l'usager dans l'élaboration de ses soins et de son accompagnement.
- De développer des modalités d'intervention et des dispositifs originaux non stigmatisants, à même de soutenir l'intégration sociale, citoyenne de l'usager et par ce biais de contribuer à sa santé.
- De soutenir et développer des pratiques locales et de réseau à même de rencontrer les besoins de la population et notamment ici de favoriser le maintien des usagers dans la cité, la communauté et notamment à leur domicile / environnement.
- De contribuer à la concertation des différents acteurs (usagers, proches, professionnels de la santé mentale, professionnels de la santé, professionnels hors santé, associations ...) au niveau de l'organisation de nos dispositifs, de nos collaborations...
- De développer l'inscription de l'usager au sein et au centre de la concertation entre les acteurs engagés à ses côtés comme partenaire à part entière dans l'élaboration des services dont il bénéficie.
- ...

2. Groupe cible

Le groupe cible est constitué de l'ensemble de la population adulte à partir de l'âge 16 ans jusqu'à 65 ans sur la zone expérimentale prioritaire (ZEP) définie au point 4.

Il nous semble également important de cibler l'une ou l'autre population prioritaire parmi celles qui ont le plus de difficultés à accéder à des soins de qualité sur mesure et à la continuité de ceux-ci. Nous souhaitons ainsi nous focaliser dans un premier temps sur les usagers vivant des situations complexes, qu'elles soient chroniques ou non.

Quelques exemples

Les situations médico-légales sont associées à un défaut de l'accès aux soins, à une difficulté accrue d'assurer la continuité de ceux-ci, tout comme l'assertivité des patients... Ce qui amènera éventuellement à ce que des actes dommageables soient éventuellement posés et/ou pressentis.

Classiquement, la littérature scientifique met bien en évidence que ces patients médico-légaux présentent des caractéristiques associées à un moins bon pronostic, plus d'hospitalisations et de réhospitalisations (29,23,24,33), le plus souvent sous contrainte légale (4, 26, 25, 7, 3, 15, 4), des durées d'hospitalisations plus importantes (9,23), des ruptures de suivis,... La problématique de l'augmentation des mises en observation sur Bruxelles (11,32,14,21) associée à la diminution du nombre des services agréés de même que la frilosité persistante d'un grand nombre d'acteurs de la santé mentale à prendre en charge des populations médico-légales (PPMM, Défense sociale, ForK) ont contribué à ce que les conditions d'accueil et d'accompagnement de ces populations se dégradent de manière importante et ce malgré des initiatives extrêmement porteuses dans le secteur (service d'outreaching ForK, service d'outreaching Défense sociale, ...).

A l'occasion des différents groupes de travail menés dans le cadre de l'examen des pistes d'amélioration des collaborations sur le Réseau Bruxellois autour des situations médico-légales, il est rapidement apparu que ces pistes étaient susceptibles de bénéficier à tous les usagers. D'autre part, les actions de prévention nécessitaient que les interventions dépassent le strict groupe cible précédemment défini. En conséquence, le groupe cible initial relativement restreint a été élargi.

Lors des rencontres exploratoires avec les différentes initiatives actives sur la zone expérimentale prioritaire, une série de problématiques particulièrement aiguës ont été évoquées pour des groupes cibles spécifiques. Exemple : problématiques relatives aux personnes âgées (4 et 5 ème âge, troubles démentiels versus troubles dépressifs, etc). Autre exemple : de nombreuses structures dont ce n'est pas la vocation accueillent de plus en plus de patients du secteur de la santé mentale. Ces patients sont plus jeunes que les résidents traditionnels et présentent de vraies particularités. Le personnel au sein des maisons de repos n'est pas toujours à même de gérer les troubles de cette nouvelle population.

Les problématiques que nous avons pu identifier seront mises au travail quant aux modalités d'accès à des soins et à des accompagnements spécifiques. Ainsi, même si certaines problématiques et/ou groupes cibles particuliers sont en dehors du mandat du projet (par exemple 4^e, 5^e âge), il existe une nécessité de penser une articulation au sein du réseau pour rencontrer les besoins du terrain.

3. Objectifs

Description de l'objectif de l'offre de soins et des résultats attendus.

Il s'agit de **soutenir les usagers dans la création d'un équilibre personnel** qui doit notamment reposer de plus en plus sur des ressources hors-psychiatrie. Mais cela passe également par **l'amélioration de l'accessibilité aux soins, de leur continuité, de l'insertion sociale et du bien-être des usagers**. Le concept de « rétablissement » correspond parfaitement à cet objectif, étant entendu que s'il s'agit de chercher à maintenir le plus possible les usagers dans la communauté, il ne s'agit pas ici de chercher une "guérison" vue comme une absence de symptômes.

Une attention plus spécifique est portée envers des sous-groupes classiquement associés à un défaut de l'accès aux soins et aux accompagnements adaptés ainsi qu'à une difficulté accrue d'assurer la continuité de ceux-ci. Ces situations sont délétères à de nombreux niveaux (santé mentale, inscription sociale, professionnelle, santé physique, relations interpersonnelles,...) et s'accompagnent d'une dégradation du pronostic.

Parmi les résultats escomptés, nous espérons avoir une action:

- Sur **l'inscription-la réinscription du patient en position d'acteur-sujet de ses soins dans le respect de ses droits et dans le souci de l'amélioration** de:
 - son intégration sociale, culturelle et économique,
 - son inscription auprès des initiatives de l'ambulatoire.
- Sur **la restauration des relations entre l'utilisateur et son environnement proche**. Cela concerne tant les membres de la famille du patient, ses proches ou les professionnels des structures accueillant le patient que son inscription dans la cité, la vie associative ou professionnelle... Avec une attention

spécifique pour les ruptures avec la famille qui sont malheureusement particulièrement délétères quant au parcours à venir pour l'usager (3, 4, 6, 15, 25, 26, 30, 32).

- **Préventive sur les hospitalisations**
 - Quant à leur fréquence (admissions et réadmissions)
 - Quant à leur durée (préventive notamment sur les risques de séjour de très longue durée)
 - Par le biais du développement d'alternatives à l'hospitalisation et notamment aux hospitalisations sous contrainte légale. Transformer la contrainte en soins volontaires hospitaliers ou non (3,4, 7,11,14,25,26,32) et renforcer l'alliance thérapeutique afin d'améliorer le pronostic.
- **Préventive sur le recours aux services d'urgences.**
 - Diminution du nombre de demandes d'expertise dans le cadre de la loi du 26 juin 1990. Or celles-ci sont en augmentation très problématique depuis de nombreuses années (11,32,14,21)
 - Diminution du nombre de mises en observation et réintégrations.
- Sur **le renforcement des partenariats existants et le développement d'initiatives originales** à même de rencontrer les besoins spécifiques de la population (équipes mobiles notamment).
- ...

Comment ces objectifs sont-ils opérationnalisés?

Des pistes novatrices diverses ont été dégagées lors de nos différentes rencontres de 2010 (cf. point 5.2.2.C dossier d'octobre 2010). Les partenaires travaillent depuis lors à l'opérationnalisation des pistes retenues, notamment par le biais de procédures, de conventions, d'outils, de dispositifs...

Pratiquement, il s'agira de :

- Mettre en place **des nouveaux dispositifs cliniques** :
 - Une équipe mobile de soins et d'accompagnement à domicile et au long cours pour des usagers nécessitant une approche holistique. (F2b) (cf. 5.2.3.4)
 - Une équipe mobile de crise de type F2a (cf. 5.2.3.3)
- **Structurer l'offre de services sur le territoire** du projet en fonction des niveaux de territoire et des fonctions assurées par les acteurs des secteurs de la santé mentale, de la santé et hors secteur de la santé (logement, travail, formation, culture, loisir...)
- Poursuivre de manière cohérente **une élaboration collective** selon les méthodes développées au point 6 afin d'arriver à :
 - Un ensemble de procédures de collaboration et de concertation autour des situations cliniques.
 - Des outils communs de circulation d'information et d'identification des besoins.
 - ...

4. Délimitation du domaine d'activité géographique

Au vu des spécificités du travail clinique et en réseau sur la Région et de la nature même de la réforme soutenue par les projets 107, **la délimitation géographique doit être ici envisagée à trois niveaux**, soit **une zone générale** et en son sein **une zone expérimentale prioritaire (ZEP)**, elle-même subdivisée en **plusieurs zones locales**. Ceci afin de rencontrer notamment les impératifs méthodologiques de la **phase exploratoire du projet**.

En effet, le développement d'aspects novateurs comme les équipes mobiles, nécessite de circonscrire plus précisément une zone limitée (zone d'intervention de ces équipes) afin de ne pas perdre les effets escomptés par une dilution des moyens sur les 19 communes avec entre autres pour conséquence une diminution importante des actes pouvant être posés auprès du patient (maîtrise du rapport entre temps de transport et temps d'intervention,...). D'autre part, les dynamiques locales, de quartiers au sein de la zone plus vaste des 19 communes gardent une importance fondamentale, que cela soit au niveau des collaborations cliniques ou des initiatives visant le maintien des usagers à leur domicile.

Trois zones de travail

- La Région de Bruxelles-Capitale constitue la zone générale retenue (1.200.000 habitants).
Au vu des partenariats cliniques indispensables dans la construction de l'accompagnement et de la réinsertion des patients rencontrés par les partenaires, il a rapidement été évident que la zone ne pouvait être « découpée » selon la modélisation d'origine (zone définie par 300.000 habitants). Il faut y voir les effets : des spécificités du travail clinique sur Bruxelles (répartition des acteurs sur la région), dont le travail en réseau est déjà ancien, d'une spécialisation accrue de certains acteurs, de la réalité de la dynamique urbaine...
- La Zone "Bruxelles-Est" (250.000 habitants)
Cette zone de travail nous semble compatible et adéquate quant à la perspective du développement des équipes mobiles. Elle encadrera également la réflexion autour de l'opérationnalisation de la fonction de réhabilitation psycho-sociale (F3)
- Les 4 territoires locaux (+/- 60.000 habitants)
Ce dernier cadre de travail permettra d'impliquer non seulement les acteurs de la santé mentale les plus proches du milieu de vie des personnes – les services de santé mentale – mais également tous les acteurs de la première ligne généraliste et de secteurs connexes (secteur social, secteur handicap, etc.). Ce niveau de territoire doit permettre d'identifier toutes les ressources du territoire en ce compris les ressources « hors santé mentale ». Une carte est disponible en annexe et reprend la division territoriale des deux derniers niveaux.

Les zones de travail telles que définies ci-dessus sont susceptibles d'évoluer en fonction du travail d'élaboration collective qui se poursuivra dans la suite du projet. Pour rappel, cette division a été **élaborée à partir de la division de Bruxelles en quartiers proposée par l'Institut Bruxellois de Statistiques et d'Analyse (IBSA) dans le cadre du projet "Monitoring des Quartiers"**¹. Ces quartiers qui ont été conçus comme des entités d'observation urbaine, permettent une lecture fine et aisée du territoire régional à une échelle infra-communale. L'objectif du Monitoring est de mettre à disposition une sélection d'indicateurs caractérisant les dynamiques et les disparités territoriales au sein de la Région de Bruxelles-Capitale. Des cartes, des tableaux et des graphiques illustrent l'état des quartiers selon différentes thématiques : la démographie, l'économie, le logement, le cadre de vie, ...

Ces quartiers sont constitués d'un ensemble de secteurs statistiques sociologiquement homogènes, déterminé selon une série de critères élaborés par un consortium interuniversitaire. Ces quartiers ne correspondent pas nécessairement au découpage communal.

En prenant comme base cette division en quartiers, **nous disposons donc de ressources importantes pour mieux connaître les caractéristiques de la population** desservie par nos institutions.

¹ <http://www.monitoringdesquartiers.irisnet.be/>

Si la division territoriale 60000 habitants avait été conçue à partir de données démographiques socio démographiques et sociologiques, cette division devait encore être testée également quant à sa pertinence en ce qui concerne l'organisation du travail clinique. Le groupe de travail « territoire » nous a permis de mener à bien cet examen et le découpage d'origine a ainsi été avalisé.

5. Description de la nouvelle structure

5.1. Composition du réseau

Le projet regroupait 65 initiatives en soins et accompagnement lorsque la première version fut introduite en octobre 2010. Aujourd'hui le projet regroupe 71 partenaires en soins et accompagnement en SM directement engagés dans le projet dont 23 sont situés sur la ZEP soit, l'ensemble des initiatives professionnelles « santé mentale » y étant localisées (à l'exception d'un SSM¹). Les 5 fonctions y sont représentées à des degrés divers. Outre les acteurs localisés sur la ZEP, de nombreux autres partenaires bien qu'étant localisés en-dehors de la ZEP mènent néanmoins des accompagnements sur la ZEP.

Quelques exemples:

Un service comme trACTor bien que localisé sur Ixelles mène des accompagnements sur l'ensemble de la Région bruxelloise. Un SPAD comme Prisme Nord ouest est également susceptible d'y mener des accompagnements. Une association telle que les AA ont 10 groupes en fonction sur la ZEP, les NA un groupe.

Type de partenaire	Fonctions principales	Partenaires zone de Bruxelles	Initiatives SM localisées sur la ZEP
SSM	F1 F2	12	7
SPAD service d'outreaching	F2 F1	6	3
Rehab. Psycho. Soc.	F3	14	3
MSP	F5	5	1
IHP	F5	12	4
Hôpitaux	F4	11	3
Initiatives de coordination de réseau		3	3
Autres		8	-
Total		71	24

Pour rappel, les partenaires – qui sont présents sur l'ensemble des 19 communes bruxelloises – s'impliquent de manière différenciée en fonction de leur présence ou non dans la zone expérimentale et des thématiques travaillées dans les divers groupes nous permettant de construire le projet. Si le nombre de partenaires rassemblés autour du projet semble important, il n'est pas pour autant le strict reflet ni de la réalité du travail clinique quotidien du réseau (cf. remarque de la version du mois d'octobre du dossier de candidature) ni de l'avenir de ce réseau à court ou moyen terme.

Depuis février 2010, un groupe de travail a réalisé un premier sondage spécifique de la ZEP dans le but d'identifier l'ensemble des acteurs du champs de la santé et hors santé qui constituent a priori des partenaires clefs dans le cadre des objectifs soutenus par le projet.

¹ Ce SSM se prononcera pour rejoindre le projet dans le courant du mois de juin 2011

Partenaires hors santé mentale

Ainsi, outre les partenaires déjà engagés dans le projet et présents sur la ZEP, 74 autres acteurs de première importance ont à ce jour été identifiés. Acteurs que nous avons répartis en 11 secteurs d'accompagnement dont la quasi totalité s'inscrit hors du champ spécifique des accompagnements en santé mentale.

Secteurs rencontrés	Nombre d'acteurs identifiés sur la ZEP (hors partenaires déjà présents dans le projet)	Date des rencontres
Maisons médicales	10	05/04/11
Plannings Familiaux	9	
Services d'aide à domicile	10	
CPAS	6	15/03/11 07/04/11
Services d'aide aux victimes	4	05/04/11
Secteur assuétudes (hors partenaires déjà présents dans le projet)	3	05/04/11
Secteur ado	4	22/03/11

Secteurs d'accompagnement devant encore être rencontrés	Nombre d'acteurs identifiés sur la ZEP (hors partenaires déjà présents dans le projet)
Logement	2
Formation	11
Groupes de self help et d'information	10
Secteur handicap	5

A partir de cet inventaire des ressources disponibles sur la ZEP, le groupe de travail « territoires » a débuté ses prises de contact avec ces divers secteurs d'accompagnement afin:

- de les informer de l'existence du projet, de sa nature, de ses perspectives pour les usagers, les partenaires...
- d'enregistrer les personnes de contact de ces initiatives
- d'identifier avec eux et d'enregistrer :
 - les difficultés auxquelles ces services sont confrontés quotidiennement et pour lesquels, de nouvelles modalités de collaborations et d'interventions représenteraient sinon une solution tout au moins une voie d'amélioration.
 - les besoins identifiés des usagers des soins et accompagnements en santé mentale pouvant être rencontrés dans le cadre du développement de collaborations dans le cadre du présent projet.
- de les mobiliser en vue de la construction de partenariats locaux

Bien qu'il s'agisse là d'un premier inventaire devant se poursuivre et être complété (médecins généralistes, polices, communes, homes, pôles cultures, participation sociale et citoyenne,...) ces rencontres nous ont déjà permis d'identifier certaines difficultés, axes de travail, groupes cibles spécifiques dans et hors projet...

Quelques exemples:

- Un CPAS témoigne de ce que 80% des « incidents » dans ses services impliquent des usagers présentant très clairement des problématiques de santé mentale et/ou toxicomaniaques.
- Un représentant d'une maison médicale témoigne de ce que la population qu'elle accueille ne fait pas la différence entre leur travail et celui d'un service de santé mentale. Elle est régulièrement confrontée à des demandes qui dépassent clairement son cadre de travail.
- Un service d'aide aux victimes témoigne du peu d'écho et de proactivité quant à diverses situations « chroniques » et relevant du secteur de la santé mentale que la police locale gère au quotidien.
- De nombreuses structures de type « Home » dont ce n'est pas la vocation accueillent de plus en plus de patients du secteur de la santé mentale. Ces patients sont plus jeunes que les résidents traditionnels et présentent de vraies particularités. Le personnel

n'est pas toujours à même de gérer les troubles de cette « nouvelle population ». Un soutien spécifique de ces équipes et une amélioration des partenariats avec les initiatives en SM et les coordinations sociales sont nécessaires.

• ...

Cet inventaire se poursuivra dans les semaines et mois à venir. Mais c'est à l'occasion de la mise en place des groupes locaux de coordination au niveau des territoires 60000 habitants (Autorités Locales de Santé Mentale) que ces partenariats seront de manière systématiques et spécifiques particulièrement sollicités.

Usagers et proches comme partenaires

Les promoteurs et les partenaires du projet ont soutenu la participation directe et indirecte des usagers et proches au développement du projet. Une représentation et un partenariat actif avec les usagers et leurs proches ont été assurés dès le début de la phase préparatoire et ce sous diverses formes (cf. dossier de candidature du mois d'octobre 2010). Depuis, les partenaires se félicitent d'avoir vu grandir cette participation.

Un groupe de travail a été spécifiquement mis en place afin de permettre à ces diverses associations d'œuvrer plus directement et de manière plus fonctionnelle au développement du projet (cf. point 5.2.3.5). Enfin, les associations d'usagers et proches ont également une représentation au sein de Groupe de Travail Stratégique (GTS).

Notons que pour des questions spécifiques, des collectifs de réflexion déjà inscrits dans les structures pourraient s'étendre et se développer dans d'autres structures pour y mener différentes missions afin d'alimenter le processus de co-construction entre les usagers et les autres partenaires du projet.

Les associations d'usagers et proches dispensent également des accompagnements auprès de la population. Ainsi, parmi nos collaborations actives (mais non inscrites comme partenariat) des associations comme les AA, les NA mènent des activités sur la ZEP. Concernant le développement des ces initiatives sur la ZEP voir point 5.2.3.5.

Partenaire universitaire

L'Institut de Recherche Santé et Société (IRSS) de l'UCL est associé au projet. D'une manière générale, l'IRSS souhaite offrir un cadre novateur aux chercheurs intéressés par le développement d'activités de recherche qui visent à mieux comprendre les déterminants de la santé, les services et systèmes de santé et les interactions complexes qui les relient à la santé des individus et des populations.

Pratiquement, dans le cadre qui nous occupe, un chercheur issu de l'Institut de Recherche Santé et Société offre une série d'outils de monitoring et d'évaluation qui constitueront autant d'outils d'aide à la décision pour le coordinateur et le groupe de travail stratégique.

Les perspectives actuelles d'implication du conseiller méthodologique du projet sont décrites au point 5.3.3. François Wyngaerden occupera cette fonction de conseiller méthodologique. Il est supervisé par le Professeur Vincent Dubois.

Fonctions assurées par les partenaires du projet

L'ensemble des 5 fonctions reprises dans la modélisation des projets 107 est représenté. Quelques partenaires ne sont pas repris à proprement parlé dans la modélisation d'origine car situés hors soins de santé mentale au sens strict (CPAS, Centrale des Services à Domicile, ...), d'autres assurent certaines de ces fonctions pour des groupes cibles spécifiques (assuétudes, adolescents, défense sociale,...). Afin de donner un lisibilité de ces différents acteurs, trois documents avaient été annexés au dossier de candidature précédent:

- La liste des partenaires (identification, coordonnées, personne de contact).
- Une cartographie sommaire des partenaires avec leurs fonctions principales et complémentaires.

- La déclaration d'action propre à chaque partenaire.

Pour cette seconde étape du dossier, **nous avons actualisé la liste des partenaires du projet.**

5.2. Répartition des tâches au sein du réseau

5.2.1. Travaux préliminaires

À l'occasion de sessions de travail spécifiques ayant eu lieu en septembre et octobre 2010, les partenaires du projet ont eu l'opportunité de cerner des difficultés et pistes par fonction et par articulation entre fonctions (groupes de travail des 10, 13, 14, 15, 16, 29 septembre notamment). Des extraits de ces travaux étaient largement repris dans la première version du dossier de candidature, point 5.2. 2.C, pp 16 à 22.

Il s'agissait là, tant sur le fond que sur la forme de réaliser un premier état des lieux qui a alimenté la réflexion, fait naître des idées, nous a permis d'identifier des problématiques cibles, des pistes de travail... et également d'alimenter la construction du projet et du dossier de candidature qui fut introduit fin octobre 2010.

5.2.2. Développement de la structure du réseau

5.2.2.1. Préambule

Bien que la pratique du travail en réseau soit ancienne sur la Région bruxelloise, la formalisation de celui-ci tant au niveau de l'organisation entre institutions qu'au niveau de la formalisation des pratiques cliniques entre partenaires représentent de vrais défis. Les enjeux sont de taille tant pour les structures, que pour les professionnels ou que pour les usagers et les services qui leur sont offerts.

La situation est ici tout particulièrement complexe. Complexité dont nous reprendrons ici quelques dimensions spécifiques à la situation bruxelloise: nombre d'acteurs particulièrement importants, la grande variabilité tant des moyens que des services offerts par un même type de structure, des pratiques de réseau anciennes mais non ou peu formalisées, la nécessité de travailler à trois niveaux de territoire pour y penser l'articulation des différentes fonctions, la situation économique, socioculturelle des habitants de Bruxelles, la mobilité des bruxellois, la quasi absence de responsabilité territoriale...

Si cela témoigne notamment de l'importance des ressources en présence, de leur extrême diversité et spécialisation, on ne peut également que constater... une certaine désorganisation. Ces éléments alourdissent et complexifient considérablement le développement de la structure du réseau.

Au vu de ces éléments, il est rapidement apparu que le développement de cette structure devait

- se penser et se réaliser par étapes,
- conserver prioritairement un sens quant à l'organisation des services aux usagers,
- « faire exister », promouvoir la notion de responsabilité territoriale,
- organiser une certaine décentralisation tout en veillant à la cohérence de l'ensemble et à l'articulation des initiatives locales et de celles œuvrant sur des territoires plus vastes,
- organiser, la promotion des partenariats locaux entre structures, initiatives de grandes proximités des champs de la SM, de la santé mais également de secteurs primordiaux hors santé (logement, formation, emploi, culture, CPAS, police,...) ce qui aura pour conséquence d'accroître considérablement le nombre de partenaires et de structures à coordonner,

- permettre aux nouveaux dispositifs de se mettre en place de manière cohérente avec les besoins des usagers, le réseau de partenaires existants...
- maintenir le caractère évolutif de la structure du réseau afin de rencontrer les besoins du terrain,
- ...

Cet état de fait nous a conduit à concevoir les premières étapes d'un développement où les représentations des différentes fonctions reprises au guide, l'organisation d'une offre globale, devront s'exercer prioritairement au niveau des zones 60000 habitants tout en s'articulant à un niveau plus général (19 communes) via: le GTS et la coordinatrice. Celle-ci devant parallèlement s'articuler avec des organes de concertation et de développement de coordination existants tels que le Réseau Bruxelles-Est actif sur la ZEP.

Cette option réalise les objectifs de la modélisation d'origine présentée dans le « guide » mais à un niveau plus local. Le contexte particulier dans lequel se développe le projet nécessite ces aménagements.

Il est ainsi rapidement apparu aux partenaires que la mise en place d'un GTS construit avant tout sur les représentations des 5 fonctions nous conduirait à une centralisation beaucoup trop importante de l'organisation. Cette « lourdeur » nous apparaît comme incompatible avec la flexibilité, la réactivité nécessaire au développement du projet. C'est pourquoi, au vu du contexte décrit précédemment, les grandes options suivantes ont été retenues:

- Nécessité d'une décentralisation partielle mais importante sur les zones 60000 habitants où chacune des 4 structures de concertations et d'actions ayant « autorité » pour leur territoire de 60000 habitants pourront organiser les partenariats locaux de grande proximité entre les acteurs SM et hors SM. C'est à ce niveau territorial que la question des représentations des différentes fonctions reprises au guide, ainsi que la question de l'organisation d'une offre globale, devra s'exercer prioritairement tout en s'articulant à un niveau plus général (ZEP et 19 communes) via le GTS, la coordinatrice et d'autres organes évoqués plus haut.
- Un GTS avant tout basé sur une représentation des zones 60000 habitants tout en veillant à ce que ces représentations soient dans la mesure du possible également représentatives des fonctions F1, F2, F3, F5 (F4 étant représentée au sein du GTS par les promoteurs).
- Le GTS et la coordination ont notamment pour fonction d'assurer une homogénéité dans le développement d'outils communs aux différentes zones, de la répartition de certains moyens, des articulations, de la concertation et des accords avec les acteurs partenaires actifs au niveau des 19 communes...
- Le GTS veillera également à fournir l'appui nécessaire pour que les intervenants se sentent soutenus et équipés.

Mais soulignons que l'implémentation de cette structure correspond à la mise en place d'un processus particulièrement complexe dont seules les premières étapes sont ici présentées. Toute projection qui irait au-delà nous semble à ce jour prématurée. Le modèle de développement repris ici a été retenu lors de la réunion plénière de 10 février 2011 et s'est affiné lors de la première réunion du GTS (5 mai 2011) en ce qui concerne sa 4ème phase.

Cette nouvelle grande étape de la structuration du projet, franchie le 5 mai 2011, nous permet :

- de donner forme à la structure décisionnelle du réseau,
- de donner forme à la structure organisationnelle du travail visant la mise en place du projet dans ses volets les plus significatifs et notamment au niveau de l'organisation du travail clinique.

Phase 4 Opérationnalisation des territoires 60000 habitants (situation correspondant à la période débutant en décembre 2011) et des Autorités Locales de Santé Mentale

La phase 4 débutera lorsque 3 conditions seront réunies:

- Le groupe de travail "Territoires" aura pu mettre en évidence un découpage cliniquement et organisationnellement pertinent de la zone expérimentale à partir de la modélisation d'origine (cf 1er dossier de candidature), de l'analyse de la répartition des acteurs de première ligne sur la ZEP (Condition réalisée fin avril 2011).
- La méthodologie de soutien et d'activation des dispositifs de concertation et de développement du projet sur les 4 zones 60000 habitants sera arrêtée (Projection Aout 2011).
- L'implémentation de cette méthodologie, l'activation du processus et son développement menant à l'instauration d'une structure locale par zone 60000 habitants permettant:
 - La délocalisation de l'organisation des partenariats locaux de grande proximité entre les acteurs SM et hors SM.
 - La mise en place d'une structure de concertation et d'actions ayant « autorité » pour le territoire 60000 habitants concerné.
 - Le développement de la complexité du réseau et notamment une certaine décentralisation vers les territoires 60000 habitants.

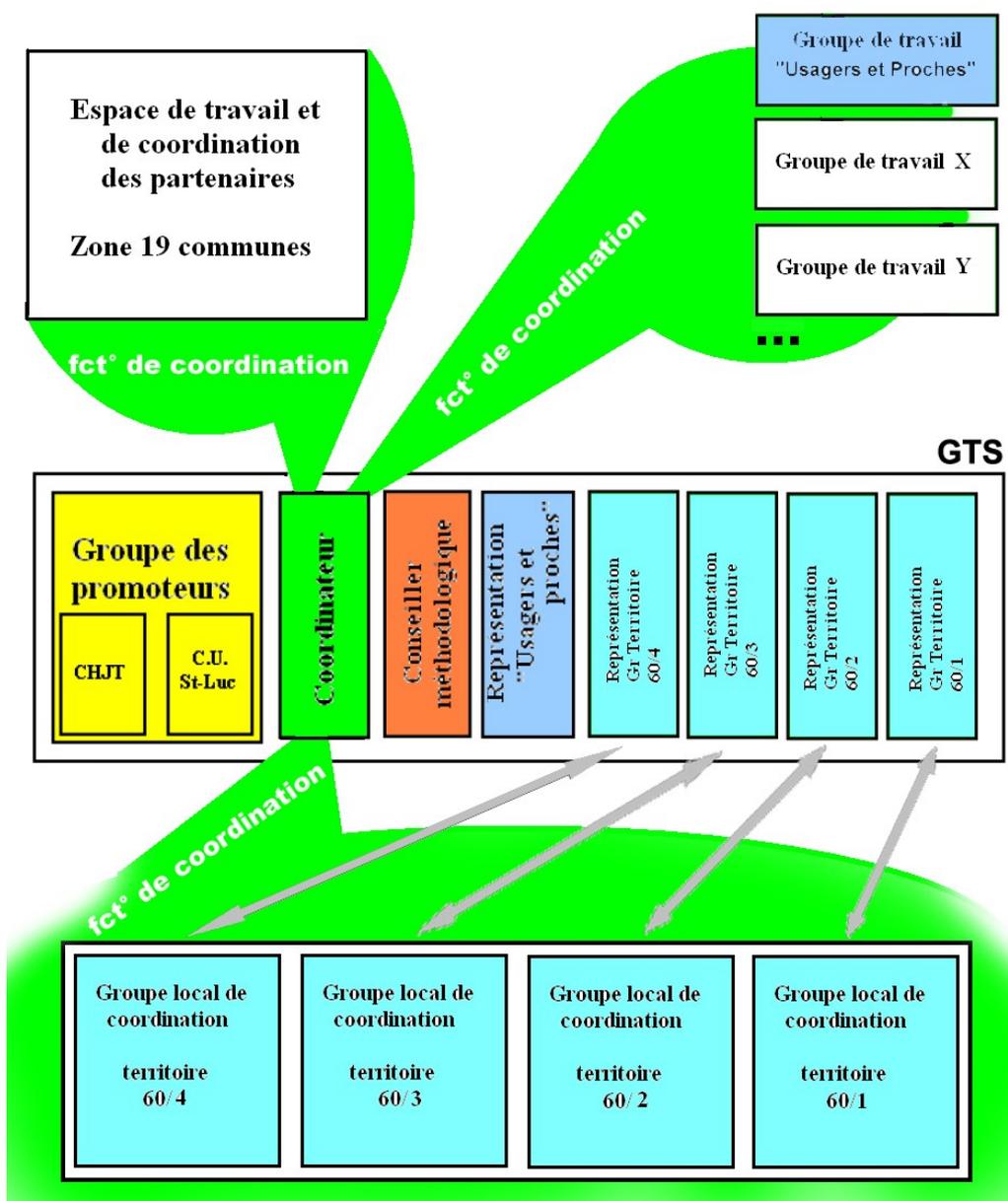
Le détail de la méthodologie est disponible dans la présentation du groupe de travail « territoires » (point 5.2.3.1).

Projection décembre 2011-Janvier 2012

Adaptation de la structure du GTS

- Une fois ces conditions réalisées, **la composition du GTS sera adaptée** en fonction de la constitution des groupes locaux de coordinations (zone 60000 habitants). **Les 4 structures de concertations et d'actions ayant « autorité » pour les territoires 60000 habitants, les Autorités Locales de Santé Mentale, génèreront chacune une représentation au sein du GTS.** Tandis que le groupe de travail « territoires » cessera d'exister, ses missions ayant été menées à bien.
- Ces représentations pour les territoires 60000 habitants veilleront dans la mesure du possible à assurer également **une représentation de 4 fonctions (F1, F2, F3, F4). F5 étant représentée via le groupe des promoteurs.**
- **Les groupes de travail précédemment actifs** lors des phases précédentes seront normalement dissouts à cette époque, leurs missions ayant été menées à bien. A titre d'exemple, à cette date les groupes de travail F2a et F2b auront cessé d'exister, ces initiatives étant alors en place. Si certains de ces groupes continuent à travailler et/ ou si le GTS met en place de nouveaux groupes de travail autour de projets spécifiques, ils ne génèreront plus une représentation au sein du GTS. Le lien et les interactions entre le GTS et les groupes de travail seront alors gérés par la coordinatrice. Ce qui n'exclut pas pour autant des participations ponctuelles de représentants au GTS à titre d'invités. Seul le Groupe de Travail « Usagers et Proches » sera structurellement maintenu.

- **Un groupe de travail « 19 communes bruxelloises »** regroupant les acteurs spécifiquement actifs sur ce niveau de territoire ou dont la fonction est spécifiquement développée à ce niveau (exemple: partenaires de type F3 situés en-dehors de la zone expérimentale prioritaire) sera mis en place. Le lien et les interactions entre le GTS et les groupes de travail seront alors gérés par la coordinatrice. La mise en place de ce groupe correspond au souci de rencontrer les motifs pour lesquels nous avons envisagé de travailler également au niveau de l'ensemble du territoire bruxellois (voir point 4).
- **Éléments du GTS étant maintenus:**
 - **Le groupe des 2 promoteurs.** Pour le bon exercice de leurs responsabilités administratives, contractuelles, financières, les deux promoteurs constituent un sous-groupe au sein du GTS.
 - **Une représentation des usagers et proches**
 - **La coordinatrice (point 5.3.2)**
 - **Le conseiller méthodologique (point 5.3.3)**



5.2.3. Les cinq groupes de travail actifs au sein du projet

5.2.3.1. Le groupe de travail “Territoires”

Les objectifs de ce premier groupe de travail ont été déterminés comme suit :

- Faire une cartographie des structures psycho-médico-sociales actives sur les trois niveaux de territoire,
- Rencontrer une série d'acteurs clefs au niveau local (secteurs SM et hors SM),
- Évaluer la pertinence de la division territoriale en 4 zones de 60000 habitants,
- Organiser des rencontres au niveau local afin d'évaluer les ressources et les difficultés dans l'accompagnement des usagers (point de vue des usagers – point de vue des professionnels),
- Mettre sur pied des groupes de coordination au niveau local (zone 60000 habitants) pour les acteurs de grande proximité.
- Générer une représentation au sein du GTS

Étape 1 : Cartographie des structures psycho-médicosociales

Le premier enjeu du groupe de travail a été d'entamer une cartographie des ressources psycho-médico-sociales mais aussi hors santé mentale au sein de la zone expérimentale prioritaire. L'objectif de cette partie du travail est d'identifier toutes les institutions avec lesquelles le projet doit se mettre en lien pour construire les procédures de travail au niveau des territoires 60.000 habitants. Dans un deuxième temps, l'intérêt sera de disposer d'un outil pour identifier toutes les autres ressources hors santé mentale mobilisables dans le cadre d'un projet individualisé d'un usager.

Pour répondre à cet objectif, le groupe de travail a jeté les bases de la construction d'un outil informatique de cartographie. Sur un modèle de cartographie on-line de type googlemap, nous envisageons de “tagger” toutes les structures existantes sur les ZEP en leur associant une carte d'identité minimum mentionnant le type de structure, le type de service proposé, les conditions d'accès, l'adresse, le téléphone...

Des contacts préliminaires ont été pris avec les PFCSM, l'Observatoire bruxellois de la santé et du social et la Fondation Roi Baudouin afin de mutualiser la construction de cet outil au niveau de la Région bruxelloise.

Étape 2 : Rencontre d'une série d'acteurs-clefs

La mobilisation de tous les acteurs de la ZEP est un travail important et continu. Dans la perspective d'une partie importante de l'élaboration collective des procédures de travail vont se faire au niveau des territoires 60.000 habitants, ce travail a été discuté au niveau du groupe “territoires”.

Le groupe de travail a organisé avec le coordinateur une série de rencontres non seulement avec des acteurs centraux, comme les services de santé mentale, mais aussi avec des acteurs non spécifiquement santé mentale mais qui vont plus que probablement s'avérer centraux dans le travail d'accompagnement, comme par exemple les CPAS (cf. point 5.1.)

Étape 3 : Construction et validation de la division territoriale.

Comme mentionné au point 4.2. (La détermination des trois zones de travail), une autre tâche importante du groupe de travail a été de valider la division territoriale présentée dans le premier dossier. Pour rappel cette division territoriale a été réalisée sur base des agrégats de secteurs statistiques proposés par le “Monitoring des quartiers”.

Le groupe de travail a validé la proposition sur base d'une évaluation de la présence des services de santé mentale, des centres de planning familiaux et des maisons médicales, considérés comme les "animateurs" de base d'un réseau de soins au niveau local.

La connaissance du terrain (quartiers, limites symboliques, axes de mobilité) d'une série de partenaires (SSM, SPAD, IHP) a permis de valider la division territoriale sur une base solide.

Étape 4 : Mise en commun des pratiques et des difficultés

Cette étape est une des plus importantes du projet. Elle constitue la base qui, partagée par tous, permettra de négocier des procédures de coordination réellement adaptées aux besoins des usagers. C'est à partir de la poursuite de ce travail que seront mise sur pied des Autorités Locales de Santé Mentale dans chacun des 4 sous-territoires de 60.000 habitants, Autorités qui auront la responsabilités de construire les procédures de travail opérationnelles entre les 5 fonctions de soins. Ce niveau territorial nous est apparu comme étant le plus pertinent pour mener ce travail puisqu'il est le niveau le plus proche de la réalité quotidienne des personnes.

Si un premier travail a été effectué entre les acteurs des 5 fonctions de soins (cf dossier de candidature octobre 2010 point 5.2.2,C), dans une deuxième phase, toutes les structures d'accompagnement actives sur chacun des 4 territoires poursuivront ce travail mais à un niveau local (première ligne généraliste, secteur handicap, services sociaux, secteurs associatif, culturel, etc). Ces différentes structures sont non seulement des acteurs qui connaissent et accompagnent au quotidien les usagers mais ils connaissent également le mieux les ressources, parfois improbables, du territoire.

Les associations d'usagers et les groupes d'entraide seront invités à participer à ce processus et ce pour deux raisons. La première est que, en offrant un espace d'entraide entre pairs, ils sont aussi des acteurs de l'aide et des soins. La deuxième raison est plus méthodologique : leur présence soutiendra l'orientation de la réflexion vers l'expérience vécue par les usagers.

Comme mentionné dans la première version du dossier, ce travail s'organisera à deux niveaux :

- Le premier niveau s'attaquera à une évaluation collective des difficultés et des expériences positives vécues par les usagers dans le cadre de leurs contacts avec les services d'aide et de soins en santé mentale. Il s'agit ici d'essayer de faire une évaluation centrée sur les besoins des usagers.
- Le deuxième niveau d'analyse se centrera sur l'évaluation des ressources des services de soins et leur niveau d'interaction avec d'autres services du secteur ou de secteurs connexes.

Les méthodologies susceptibles d'être utilisées ici sont développées au point 5.3.3/2.1

Étape 5 : Mise sur pied d'une Autorité locale de santé mentale

Ce travail de mise en commun des pratiques et des difficultés doit servir de ciment à la mise en place de lieu de coordination entre tous les acteurs locaux de la santé mentale. C'est l'explicitation de constats communs ainsi qu'une plus grande interconnaissance qui constitueront ce ciment.

C'est donc à ce niveau que va s'organiser une partie importante dans la mise en cohérence des 5 fonctions de soins. Comme évoqué plus haut, des représentants de ces 5 fonctions devront être actifs au sein de chacune des Autorités locale de santé mentale.

Les **premières missions** de cette « autorité locale de santé mentale » pourraient être :

- lancer le travail d'**élaboration de procédures de collaboration** en réseau au niveau du territoire local
- **articulation**, au niveau des procédures de collaboration en réseau, **avec les nouveaux dispositifs mobiles**
- lancer un travail de collaboration **au delà des partenaires d'accompagnement psycho-social** : emploi, culture, logement, etc.

- **opérationnaliser les outils de communication** élaborés et testés au niveau du groupe « outils de communication » (voir 5.2.3.2)
- **coordination avec les autres « autorité locale de santé mentale »** et avec les niveaux de décision et d'élaboration supérieurs (la ZEP et la Région Bruxelloise).
- soutenir les intervenants; accès aux formations (formations continuées), supervisions, intervisions, séminaires,... notamment via la collectivisation des moyens et des expertises disponibles au sein du réseau.
- ...

5.2.3.2. Le groupe de travail “Outils de communication”

Les objectifs du groupe de travail ont été définis comme suit :

- Sélection, consultation et implémentation d'outils de suivis des usagers (plan de services individualisé, directives anticipées) afin d'assurer la continuité des soins,
- Sélection, consultation et implémentation d'outils de suivis du travail en réseau et d'évaluation des besoins afin d'adapter l'organisation du réseau.

Il est bien évident que ce groupe de travail, s'il se penche sur un aspect concret du travail en réseau ne pourra se penser séparément du travail effectué au niveau des équipes mobiles d'une part, et au niveau de l'opérationnalisation de la division territoriale et de la mise en place des Autorités locales de santé mentale, d'autre part.

Cet aspect est également un point très important du projet, puisque ce ou ces outils de communication et de coordination avec et autour du patient sont un ciment important du travail en réseau.

Le graphe ci-dessous (51) illustre la nécessité d'élaborer des outils formalisés qui permettent la collaboration effective.

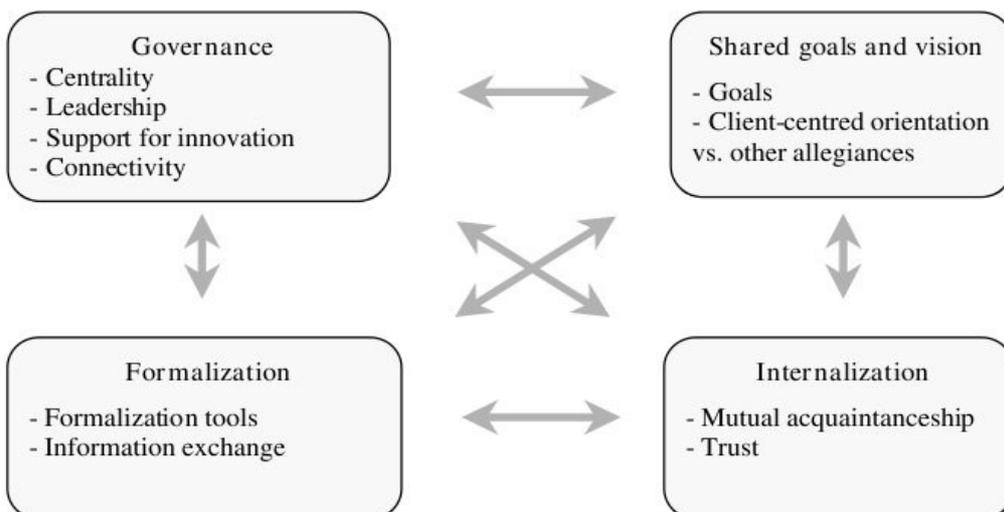


Figure 1
The Four-Dimensional Model of Collaboration. This figure shows the four dimensions of the model of collaboration and the ten indicators associated with these dimensions. The arrows indicate the interrelationships between the four dimensions and how they influence each other.

Étape 1 : Documentation et discussion des pratiques existantes

Diverses méthodes de coordination clinique sont décrites dans la littérature ou sont issues d'expériences belges et pourront nourrir l'imagination des membres du groupe de travail stratégique. Nous pouvons citer, entre autres,

- le Care Programm Approach – version anglaise du Plan de Service Individualisé (53, 54, 55)
- les Directives anticipées en psychiatrie (PAD) (43, 44, 45, 46, 47, 48)
- le Case-Management (49,50,51)
- les systèmes d'information sanitaire (49,50,51)
- les méthodes de Soutien à l'Emploi,
- la Clinique de la Concertation, la concertation autour du patient (issue des projets thérapeutiques),
- le référent de fonctions (proposé dans le cadre de la présente réforme)

La région bruxelloise (et les autres régions du pays) ne manque pas d'expériences particulières qui devront également être analysées et proposées à titre de réflexion dans le cadre d'élaboration de procédures concrètes de travail en réseau.

Nous pouvons citer, entre autres, le Réseau Bruxelles-Est, la Coordination Urgences, trACTor, Eole-Liens, et d'autres encore à découvrir au cours des investigations que nous mènerons dans le cadre du projet.

Différentes méthodes ont ainsi été discutées au sein du groupe de travail et ont permis de dégager une série de réflexions. L'intérêt principal des membres du groupe de l'amélioration de la coordination entre les acteurs et aider l'utilisateur à formuler ses propres objectifs, mais dans le fait d'aider le professionnel soutenir son attention dans une démarche holistique. Le groupe de travail insiste surtout sur le fait qu'il doit s'agir d'un outil processus de négociation, qui soutienne la relation, qui offre un cadre à la négociation des besoins et des objectifs. L'objectif serait de faire clairement apparaître les objectifs identifiés par l'utilisateur, ses proches et par les professionnels à des niveaux différents.

Au niveau plus formel, le groupe oscille entre l'intérêt d'un « screening » systematique d'une série de champs d'intervention afin de faire le point régulièrement sur les changements et la nécessité de laisser des colonnes ouvertes, de s'adapter à la singularité de chacun. Le groupe imagine plutôt un « pense-bête », un « diagramme » à l'usage des professionnels et des usagers.

Une série de questions pratiques est également évoquée : la place d'une personne de référence, l'importance de l'historique, l'accessibilité, l'accord du patient, la compatibilité entre supports informatiques, etc.

Au niveau scientifique, deux types d'outils, particulièrement décrits dans la littérature et pour lesquels nous disposons de nombreuses évaluations vont rester en point de mire pendant la suite du travail : Il s'agit du Care Programme Approach (pour l'aspect coordination et élaboration de plan de soins) et des Psychiatric Advance Directive (pour l'aspect empowerment et prise en compte des désirs des usagers). Ces deux outils sont plus particulièrement décrits au point 5.4 (Instruments pour la communication et le suivi de la qualité)

Étape 2 : Élaboration collective d'un (ou plusieurs) outils

L'étape suivante consiste, sur la base de la documentation accumulée au point précédent, à construire collectivement sur base de l'expérience de terrain et de la particularité de notre réseau de service, l'outil qui soit le plus adapté.

Une liste de questions a été élaborée pour servir de fil rouge au travail du groupe « outils de communication » et devra aboutir à la construction d'un outil.

1. Quels sont les problèmes qui justifient la construction d'un outil de communication ? Quel est l'état des lieux ?

2. Quel serait l'objectif d'un outil de communication entre professionnels et usagers tant au niveau clinique qu'organisationnel ?
3. Quels sont les professionnels et institutions concernés par cet outil de communication ?
4. Quelles informations sont importantes à collecter ?
5. Quelles sont les bonnes circonstances/ les bonnes indications pour entrer dans une telle démarche ?
6. Quand et comment ces informations sont réévaluées ?
7. Qui doit avoir accès à quelle information ?
8. Par quels moyens pratiques organise-t-on cet accès ?
9. Qui est responsable tant des décisions prises collectivement que de l'éthique d'intervention? Comment vérifier que les décisions prises ont été appliquées et que l'information a été accessible au moment où elle était utile ?

Pratiquement, nous pouvons envisager à cet égard plusieurs étapes de travail :

- **Étape 1 : cerner le travail à faire**, c'est-à-dire répondre aux trois premières questions ainsi que délimiter la zone géographique à prendre en compte.
- **Étape 2 : construire l'outil**, c'est à dire aux questions 4 à 9. Nous imaginons ici répondre à ces questions grâce à l'aide d'un groupe plus large afin de s'assurer de la participation de représentants de tous les types d'institutions/professions susceptibles d'utiliser les outils.
- **Étape 3 : Réaliser l'outil**. Il s'agit maintenant de fixer sur un document les informations à récolter et rédiger la modalité idéale de récolte, de stockage, de la responsabilisation par rapport au contenu et d'accès au document.
- **Étape 4 : implémenter l'outil**. Il s'agit, en fonction de l'état d'avancement du projet, de le proposer à tester d'abord à petite échelle, puis à plus grande échelle et sur une durée de minimum d'un an, avec un suivi de sa mise en place et de sa diffusion.

5.2.3.3. Le groupe de travail “Equipe mobile de crise” (F2a)

Un groupe de travail “Équipe mobile de crise » F2a a été mis en place et a identifié à ce jour diverses missions et dispositifs devant être développés prioritairement, ils sont exposés ci-après.

Les ressources

Néanmoins, la question de l'identification et de l'engagement de moyens complémentaires en vue de monter ce volet du projet a dû être repensé depuis l'audition de février 2011. En effet, à cette occasion, nous avons sollicité une rallonge budgétaire (300.000 euros / 6 ETP) en vue de soutenir spécifiquement la mise en place de ce dispositif¹. Cette option a clairement été rejetée lors de l'audition de février 2011.

Les partenaires du projet ont dès lors envisagé les diverses sources alternatives leur permettant de soutenir, néanmoins, l'implémentation du dispositif. Il en ressort une possibilité de montage basé sur plusieurs sources et via lesquelles toute la pertinence du projet est assurée. Ainsi, les partenaires sont prêts à développer ce dispositif mais certaines de ces ressources nécessitent des réponses et un engagement qui dépendent d'instances diverses: Région, Service Comptabilité et Gestion des Hôpitaux du SPF Santé, COCOF...

¹ Pour rappel, la sous programmation de la région bruxelloise en lits psychiatriques ne permet pas de dégager suffisamment de moyen pour mettre en place F2a et F2b.

1 ETP Médecin psychiatre	Dans le cadre de l'enveloppe de 225000 euros affectée spécifiquement au financement des postes de médecins psychiatres dans le cadre des projets 107 (soit les deux tiers de cette somme)	
1,5 ETP de coordination clinique entre le services d'urgences et les services ambulatoires	Dans le cadre de l'enveloppe budgétaire de 500.000 euros (maximum) par an pouvant être octroyés par projet. Et ce à hauteur de 82000 euros, cette somme comprenant les salaires et frais d'installation	
2 à 3 ETP d'intervenants cliniques	Provenant du budget B1 (surfaces) des 30 lits « gelés »	En attente de la décision du Serv. Comptabilité du SPF
2 à 3 ETP d'intervenants cliniques	Provenant de la réattribution partielle de moyens financiers affectés aux initiatives Eole et Eole Liens	En attente de la décision des autorités

L'ensemble des moyens dégagés permet de soutenir le modèle proposé ci-dessous.

Par contre, en l'absence de certaines parties des ressources projetées ici, les missions devront être adaptées et recentrées.

Missions et dispositifs

- Développement d'une fonction de **coordination clinique comprenant**:
 - Une fonction de dispatching téléphonique (24h/24) à l'intention des acteurs de la ZEP (première ligne, médecins généralistes,...) afin de recevoir les demandes d'intervention à l'intention de l'équipe mobile de crise, de les analyser, de poser leur orientation et d'organiser le relais de celles-ci. Cette réorientation la demande peut selon le cas prendre la forme:
 - d'un renvoi vers un service de première ligne à proximité de la situation rencontrée sur le terrain,
 - de demander à un service de première ligne d'intervenir, ou d'organiser une intervention,
 - de mettre en place une intervention coordonnée de l'équipe mobile de crise,
 - de mettre en place une intervention coordonnée avec un acteur de proximité du réseau
 - ...
 - de coordonner un accompagnement vers le service d'urgences psychiatriques.
- Une fonction de case-management **entre l'usager amené/se présentant aux urgences, le service d'urgences de St-Luc et les services ambulatoires**. Il s'agit ici de mobiliser les ressources du territoire, de faire le lien avec les structures ambulatoires et avec le réseau social de la personne. Cela implique une mobilité importante dont notamment un accompagnement physique des usagers dans les structures partenaires, à domicile...
Ce travail impliquera également le développement préalable des liens entre secteurs ambulatoire et hospitalier et de réflexions sur les procédures concrètes permettant d'assurer une orientation adéquate des situations (indicateurs d'hospitalisation). On peut ainsi imaginer, même si cela suppose encore un travail d'élaboration, une présence effective mais limitée de membres d'équipes ambulatoires au niveau du service des urgences afin de construire ces procédures concrètes.
- Développement d'une fonction d'intervention mobile de crise dans la communauté
Si la fonction précédemment décrite visait à « réapatrier » des situations arrivant aux urgences psychiatriques vers les acteurs de l'ambulatoire, il s'agit ici selon les mêmes principes d'intervention d'accompagner un usager et son environnement vivant une situation de crise afin notamment de prévenir

une dégradation de la situation, d'y mener un accompagnement spécifique de la crise et, le cas échéant de mettre en place des ponts, des relais au niveau des services de santé mentale, des structures de première ligne (et d'autres structures ambulatoires) si la situation le nécessite.

Très clairement, l'objectif de cette équipe mobile de crise est de permettre de réaliser le travail de crise dans la communauté (et donc y compris au domicile du patient). Il ne s'agit en aucun cas de développer un SAMU Psychiatrique.

- **Mise sur pied de consultations à la demande de tiers.**

Il s'agit-là d'un volet aux enjeux importants en terme de prévention. Prévention à entendre à de nombreux niveaux tant du burn out des proches que de la crise, de l'urgence, d'hospitalisations, voire sous contrainte légale... Les consultations à la demande d'un tiers, c'est-à-dire à la demande de la famille essentiellement et plus largement de l'entourage de la personne concernée impliquent plus que probablement également de la mobilité et bien entendu, un cadre éthique rigoureux. Un SSM a témoigné à ce jour de son intérêt potentiel dans le développement (en partenariat et coordination avec les urgences et l'équipe mobile de crise) de ces dispositifs originaux.

Localisation

Durant une première phase de développement (6 mois à un an de fonctionnement effectif), il nous semble important de baser cette équipe mobile au sein du service d'urgences avant de la délocaliser dans la communauté. Nous voyons là une triple opportunité.

- Former cette équipe au travail de la crise. L'unité de crise et d'urgences psychiatriques des cliniques universitaires St-Luc dispose, en effet, de compétences spécifiques dont cette nouvelle équipe mobile devrait bénéficier.
- Favoriser le développement de l'articulation fonctionnelle entre les missions spécifiques des urgences psychiatriques, les missions des SSM et acteurs de première ligne, les missions de l'unité de crise et enfin les missions d'information, d'analyse, d'orientation, de coordination et d'intervention mobile dans la communauté assurée par l'équipe mobile F2a.
- D'autre part, par ce biais nous escomptons pouvoir maîtriser fonctionnellement et structurellement une éventuelle augmentation du flux vers le service des urgences. En effet, la mise en place des nouveaux dispositifs risque selon nous d'engendrer une augmentation importante des demandes notamment au niveau du service des urgences. Si cette augmentation se présente, celle-ci sera sans doute transitoire et in fine maîtrisée par les articulations fonctionnelles mises en place. Néanmoins cela nécessitera sans doute quelques mois afin qu'un nouvel équilibre puisse être trouvé.

Horaires

La période 9h-17h (jours ouvrables) est retenue a priori. Néanmoins en fonction de l'expérience, des besoins qui seraient identifiés, ou de moyens complémentaires, ces modalités de fonctionnement pourraient être revues à la hausse.

Limites territoriales des interventions mobiles

Les interventions mobiles de crise se déploient exclusivement sur le territoire de la ZEP. Ceci afin de maîtriser la surcharge potentielle de ce service, son case load en cours et le rapport temps de déplacement/temps d'intervention auprès de l'utilisateur dans son milieu.

Durée d'intervention

L'intervention vise l'accompagnement de la crise que cela soit vers sa résolution ou l'organisation d'un relais de cet accompagnement, le plus adapté à l'usager, à ses besoins, ses préférences, ceux de ses proches, aux variables contextuelles. Le mandat d'intervention de l'équipe doit être restreint temporellement pour éviter que celle-ci déploie des types d'accompagnements déjà proposés par d'autres partenaires, d'autres acteurs plus proches du milieu de vie et afin de pouvoir répondre à sa mission spécifique. Ce temps d'intervention doit encore être affiné. Il nous semble a priori qu'un mandat de 1 mois représente un juste compromis. Néanmoins, cela devra être impérativement réajusté en fonction de l'expérience de terrain. Ce point nécessite une évaluation spécifique.

Perspectives de développement

En fonction des possibilités de dégager des moyens complémentaire ou de collectivisation de moyens, mise en place d'un accueil de crise, de lits de crises au sein de la communauté.

5.2.3.4. Le groupe de travail “Equipe mobile de soins et d'accompagnement à domicile et au long cours pour des patients nécessitant une approche holistique” (F2b)

Ce groupe de travail est composé de professionnels en provenance de différents secteurs de la santé mentale : SPAD, SSM, hospitalier, équipe d'outreaching, P.S.T, ... Ces multi-positionnements nourrissent d'emblée les éléments fondamentaux à mettre au travail pour définir cette équipe aux niveaux suivants : le cadre, le groupe cible, le territoire d'action, la mission, les compétences nécessaires pour cette équipe mobile, l'institutionnel, la constitution de l'équipe...

Pour détailler ces niveaux, nous avons scindé le groupe en plusieurs sous-groupes de 2 à 3 personnes qui se rencontrent depuis le 01 avril 2011.

Les réunions ont été rythmées par des rencontres une semaine sur deux depuis le 23 février 2011.

Une méthodologie de travail a été définie pour soutenir un éclairage qui se voulait le plus global possible pour franchir de façon cohérente les différentes étapes. Ont été ainsi abordés pour chacun des niveaux les avantages et inconvénients des différents modèles tel que « Assertive Community Treatment » qui peuvent nous servir de points d'appui afin de ne pas reproduire des « échecs » ;

- **Le recueil des informations via la littérature scientifique** sur les différents modèles d'organisation existant au niveau des équipes mobiles : rétablissement-recovery, assertive community (ACT) treatment, case management,....
- **Un service bruxellois (trACTor) a présenté au groupe son expérience**, selon les modèles ACT, centrée sur l'accompagnement de patients présentant des problématiques complexes et chroniques (psychotique). La transmission des pratiques de cette équipe continue à enrichir les élaborations du groupe de façon permanente, motivante et dynamique pour les participants d'autant plus que cette équipe mobile est à notre connaissance l'initiative s'apparentant le plus à un dispositif du type f2b.
- **Les visites à l'étranger : Malte, Trieste**
- **L'apport plus récent des séminaires « nationaux » et/ou internationaux** organisés par le SPF (cf. “La présentation de la Réforme” à l'U.C.L le 28 avril, “La Réforme des Soins en santé mentale” le 3 et 4 mai,....). Le contenu de ces présentations ainsi que les différentes formes de transmission des pratiques

et des expériences structurées sur différents modes « expositifs - participatifs » contribuent à l'intégration de repères et de points d'appui actuels mais également pour l'avenir.

- **Un sondage** adressé aux soignants d'une structure hospitalière afin de questionner la pertinence de la mise en place d'équipes mobiles à domicile et si oui, pour qui et selon quelles modalités ?
- Un **collectif d'usagers** a eu lieu au Gué, P.S.T, convention I.N.A.M.I, partenaire actif de la ZEP. Un collectif d'usagers au CHJT a également questionné ces dispositifs. Cette approche est fondamentale dans le cadre de l'esprit du 107 qui s'articule avant tout sur les besoins des utilisateurs.

LA MISSION

- La prise en charge se veut **holistique**,
- **La prise en charge se doit d'être particulièrement soutenue et réactive.** C'est notamment ces niveaux spécifiques d'intensité et de réactivité qui différencient les services d'un dispositif F2b d'autres types d'accompagnement à domicile proposés notamment par les SPAD, les SSM,...
- **L'indication** est dès lors **une approche intégrée. L'accompagnement des proches est central** et fait partie des missions de l'équipe.
- **La temporalité, prise dans l'ici et maintenant**, là où la discontinuité de l'accompagnement habituellement de mise est une source de grandes difficultés pour les usagers.
- La littérature et les expériences internationales mettent en évidence que ce type d'approche est plus bénéfique pour les usagers ayant connu de nombreuses hospitalisations, « **les patients portes tournantes** »..
- La **mobilité** : il est nécessaire que les professionnels rencontrent les personnes là où elles se trouvent, « aller vers eux »
- **La notion d'affiliation** : dans le concept de réhabilitation, la valeur de volontarisme est déterminante. La personne doit être d'une certaine façon active. Le collectif du Gué a proposé pour souligner cet engagement le fait de se faire « **membre** ». Important au niveau du levier de travail qui permet de retrouver un statut de personne active dans sa prise en charge. Même si la personne n'a pas envie de soins, **il est indispensable pour travailler la réhabilitation d'inscrire cette notion de sujet.**

LE CADRE

- **Territoire** : Le niveau envisagé pour l'équipe mobile F2b est la zone est de Bruxelles - 250.000 habitants
- **La ou les voie/s d'entrée**, qui réfère(nt) à cette équipe et son accessibilité implique(nt) déjà de préciser les spécificités des missions et une définition du groupe cible.
- **Groupe cible**
 - Le groupe retient : **les personnes adultes souffrant de troubles psychiatriques graves et persistants nécessitant des prises en charge diverses de longue durée dans la communauté et dont les réseaux de soutien sont épuisés, inexistantes ou ne peuvent rencontrer suffisamment les besoins des usagers que pour leur permettre un équilibre satisfaisant, une intégration sociale, .. et ainsi éviter des réhospitalisations, ... des risques de désinsertions sociales importants**
 - **Critères d'inclusion.** D'après nos différentes sources et notamment le sondage adressé aux soignants la pertinence de la mise en place de l'équipe mobile F2b est soulignée pour :
 - de « *grands psychotiques* », peu de réseau, plusieurs hospitalisations,...

- certains patients “borderline”, hospitalisations fréquentes, passages à l'acte sévères,...la question du diagnostic est souvent posée. Identifiés comme des patients « borderlines » dans l'approche D.S.M alors que l'on évoque une structure psychotique,
 - un petit groupe de patients qui présentent des troubles schizo affectifs ou des troubles de l'humeur, mais dont la médication reste peu opérante.
 - certains “parent” souffrant de troubles psychiatriques et qui sont isolés avec enfant à charge.
 - Pas d'exclusion des troubles associés.
 - Age : à partir de 16 ans. Mais bien plus que l'âge, c'est l'évaluation de la dynamique qui se déploie. Le groupe retient : de préférence 18 ans . L'exception reste possible.
 - **Critères d'exclusion.** Lorsque des troubles psychopathiques, de perversions, toxicomaniaques, démentiels, sont très nettement à l'avant-plan du tableau clinique. Relais vers des services spécifiques.
 - **Le Case Load** doit être **adapté** en fonction **des spécificités socio démographiques** d'un territoire, quartier (secteur- zone ; rural, urbain, revenu moyen par habitant,...).
- Le case load maximum se situe entre 8 et 12 patients pour un équivalent temps plein, ce qui nous donnerait pour cette équipe **un case load global de 100 usagers**.
- **Horaire.** Des soirées et des permanences de WE semblent pertinentes. Cette équipe fonctionnera en journée mais pas en présence réelle la nuit. Un dispositif d'appel sera néanmoins prévu. Une série de paramètres, utilisation de transports en commun, réunions, briefing, contacts avec les autres équipes doivent être pris en considération.
 - **Durée de l'accompagnement.** L'objectif, c'est qu'un réseau puisse être organisé autour de l'usager qui « tienne » sans les interventions de l'équipe. A priori, les prises en charge ne pourraient pas être inférieures à 6 mois et devraient être impérativement réévaluées au bout de 2 ans.

L'INSTITUTIONNEL – L'ÉQUIPE – PROFILS DE COMPÉTENCES

- **Tous les partenaires ont reçu en avril un appel à candidature** spécifique afin d'envisager les modalités qui leur permettraient de soutenir un engagement dans la constitution de l'équipe mobile. A ce jour, une réserve de recrutement est alimentée par cette offre.
- **Un appel à candidature a été lancé au sein du CHJT** en vue d'alimenter également cette réserve de recrutement.
- **Modalités pratiques quant à la composition de l'équipe.**
 - Profils de postes et profils de compétences à privilégier dans le cadre d'agents en santé communautaire. Concernant ces descriptions de fonctions , nous avons reçu de Malte une liste des habiletés et compétences professionnelles utilisées sur place pour sélectionner le personnel de ces équipes en terme de connaissances, savoir faire, et de savoir-être. Une revue de la littérature nous a éclairés sur ce point ainsi que l'expérience de notre partenaire trACTor...
 - Procédure de sélection. En cours d'élaboration au sein du groupe de travail.
 - La perspective d'engagement d'un pair aidant au sein de l'équipe F2b est en cours d'évaluation.
 - Modalités contractuelles spécifiques pour les partenaires ambulatoires qui mettraient un employé à disposition du projet.
- Il est impératif que l'équipe soit “formée”. Si au départ, on imagine partir de l'engagement de professionnels formés et expérimentés, il est capital d'envisager tôt ou tard le risque d'engagement de

personnes sortant de l'école. Or, peu de formations mettent l'accent sur une approche aussi spécifique. Il faudra, par conséquent, envisager le soutien aux spécialisations dans le domaine de la psychopathologie, santé mentale,...

- ...

LES MOYENS

- **10 ETP dégagés du “gel” de 30 lits T.** Pour rappel, la composition de cette équipe se ferait selon la composition suivante: **50% en provenance de l'hospitalier, 50% de l'extra-hospitalier.** L'engagement sur un équivalent temps-plein risque d'être peu praticable pour de nombreuses structures extra hospitalières. Néanmoins, cela comporte également des avantages potentiels (le lien avec une structure de l'ambulatorio reste actif). Cela préviendrait peut-être partiellement le turn-over de ce type d'équipe, phénomène connu. Un relais effectif peut également être plus facilement réalisé entre les structures...) Néanmoins, pour que cette mixité prenne consistance, encore faut-il que des candidatures nous parviennent en suffisance. Dans le souci de rencontrer cette perspective, l'appel à la constitution d'une réserve de recrutement qui a été lancé auprès de l'ensemble des partenaires du projet a été accompagné de **diverses réunions d'information/ concertation** (rencontre avec la FSSMB, rencontres à la PFCSM, rencontre avec les SSM de la ZEP... voir l'historique figurant en annexe).
- **Un mi-temps psychiatre** (en dehors des 10 ETP) **et un poste de coordinateur** (au sein des 10 ETP) pour cette équipe sont vacants. Nos partenaires sont également sollicités.
- **Les aspects logistiques.** Le CHJT met une maison à disposition (399 chaussée de Louvain) qui est en pleine rénovation (fin des travaux juillet 2011). Les moyens de communication, les ressources informatiques, les moyens de déplacement sont en cours d'analyse ou de réalisation...
- **Formation des membres de l'équipe.** Il s'agit d'un vaste volet. À titre d'exemple, des partenaires n'ayant pas les moyens de participer directement à la constitution de l'équipe se sont proposés pour assurer des temps de formation et de supervision...

La représentation du groupe de travail au GTS est assurée par deux de ces membres.

Un phasage détaillé figure au planning disponible dans les annexes.

La date initialement projetée pour la mise en place de ce dispositif (juillet 2011) a été repoussée à septembre 2011.

5.2.3.5. Groupe de travail Usagers et Proches

Les partenaires du projet ont souhaité lancer un appel à collaboration auprès des associations d'usagers, de proches et groupes de self-help afin de soutenir **4 objectifs**¹:

- Assurer la représentation du point de vue des usagers et des proches au sein du projet via les différentes missions décrites ci-dessous ainsi que par l'exercice d'une représentation au sein du « Groupe de travail stratégique » qui pilote le projet.

¹**Questions, objectifs complémentaires ayant surgi lors des rencontres:**

- Question de la place de l'utilisateur dans les concertations entre professionnels. La mise en place de nouveaux outils pour coordonner les services pose très concrètement la question de la place de l'utilisateur.
- Lister sur la ZEP les initiatives et activités non « médicalisées » qui peuvent être bénéfiques à l'intégration des usagers dans la communauté et au maintien, recouvrement de « leur autonomie par rapport au monde médical »
- Nécessité d'améliorer la connaissance des différentes associations entre elles.
- Question des moyens. A l'heure actuelle les associations d'usagers sont de plus en plus sollicitées. Ont-elles les moyens de soutenir ces partenariats dans des conditions acceptables. Formation, temps disponible, importance de l'investissement, défraiement, ... Ces conditions doivent être examinées dans le cadre du projet.
- La déstigmatisation ...

- Pour les partenaires, les usagers ont une expertise spécifique en ce qui concerne les questions de santé mentale et d'organisation des soins (experts d'expériences). Nous désirons mettre à profit cette expérience dans le cadre de ce projet en soumettant pour avis les divers éléments qui vont être développés dans le cadre du projet dont :
 - les outils de collaboration, de coordination
 - les modalités de travail des équipes d'intervention à domicile
 - les modalités de circulation des informations,...
- Les associations d'usagers développent des projets d'information, d'accompagnement voire de formation des usagers et proches. A ce titre, nous désirons
 - faciliter l'implémentation et le développement de ces initiatives sur la ZEP du projet.
 - améliorer l'information des usagers et des professionnels sur ces diverses initiatives.
- Envisager l'opportunité et, le cas échéant, les modalités du développement d'un collectif d'usagers sur le territoire du projet ou d'une associations fédérant les collectifs existants et à venir pour organiser une représentativité spécifique au projet.

Composition du groupe de travail

Les membres de ce groupe de travail que cela soit à titre « *d'invités de première importance* » ou de partenaires sont actuellement : Similes Bruxelles, Uilenpiegel, Psytoyens, Sexaholicsanonymous (SA), Outremangeurs Anonymes, Narcotiques Anonymes, Alcooliques Anonymes, Al-Anon, Ligue TOC, Le Funambule, des Usagers participant à titre personnel.

Remarque: Le Collectif du CHJT ainsi que le Collectif de réflexion du Gué ne participent pas actuellement à ce groupe de travail mais collaborent ou ont collaboré directement au travail du groupe de travail F2b.

Priorisation des objectifs

Le 15 mars, le groupe a priorisé ses objectifs. Un consensus est apparu pour retenir comme premières tâches de travail:

- Le recensement des ressources, des initiatives des associations présentes sur la zone expérimentale.
- Une évaluation de la nécessité de développer de nouveaux espaces d'accueil sur la ZEP en lien avec la question des moyens des associations (espaces, animateurs,...)
- Comment soutenir l'information auprès des usagers et des professionnels sur la zone expérimentale (identification des publics cibles, stratégies de contact, type de lobbying et de diffusion de l'information, rapport coûts /bénéfices)

L'exercice de la représentation du GT Usagers et Proches au sein du GTS

Le GT lors de sa rencontre du 26 avril 2011 a examiné spécifiquement ce point. La question de l'exercice d'une place au sein du groupe de travail stratégique pilotant le projet a soulevé une série de difficultés pour plusieurs associations. Les AA et NA par exemple font valoir que par essence, elles ne peuvent exercer un tel mandat, « *c'est incompatible* », « *on ne rentre pas dans les politiques de soins...* », « *Avoir une place là : c'est non* ». Le statut « *d'invités privilégiés* » est mis à l'avant-plan, l'objet étant centré sur l'individu, centré sur « *ce pourquoi elles sont expertes, efficaces* ». D'autre part, l'anonymat participe directement au fait de garantir l'autonomie ainsi qu'une certaine protection des usagers. Sans cela, les personnes sont beaucoup plus directement exposées. Mais cela n'excluait pas qu'une représentation soit assurée.

Le GT a estimé que cette place devait être occupée et après examen de différentes options, une modalité expérimentale a été transitoirement retenue dans l'attente de son évaluation. Le GT a mandaté 3 associations présentes (Psytoyens, Similes, Uilenspiegel) ayant l'expérience de ce type de mandat et une légitimité dans l'exercice de cette position afin qu'elles se concertent et organisent entre elles la représentation du groupe de travail en collaboration avec deux usagers participant au GT à titre individuel et qui s'étaient portés volontaires pour soutenir cet exercice. Ainsi, en coordination avec les 3 associations, un usager présent au sein du groupe de travail à titre individuel s'est vu confié l'exercice de ce mandat à l'occasion du premier GTS (5 mai 2011).

Des modalités de défraiement spécifique, de financement de ce mandat sont actuellement à l'étude.

Une planification des tâches du groupe de travail « usagers et proches » est disponible en Annexe.

5.3 Nouveaux rôles

5.3.1. Modèle de coordination

Le modèle général de coordination se compose de différents lieux de décision qui s'articuleront entre eux de la manière suivante :

- Le Comité de Travail Stratégique qui assure la direction générale du projet sera composé – à terme – d'un représentant par autorité locale de santé mentale, de représentants des deux institutions promotrices, d'un représentant du groupe de travail “usagers-proches”, de la coordinatrice et du conseiller méthodologique. La structuration du GTS en différentes phases est développée au point 5.2.2.2
- Les institutions promotrices et particulièrement le Directeur Général du Centre Hospitalier Jean Titeca assure la gestion des aspects financiers et contractuels.
- La coordinatrice sera le liant entre tous les partenaires du projet. La procédure de nomination de la coordinatrice est détaillée au point 5.3.2
- Le conseiller méthodologique assurera un appui à la conception, la mise en oeuvre et l'évaluation du projet. Sa fonction est détaillée au point 5.3.3

5.3.2. Opérationnalisation de la fonction de coordination

- Lors de la réunion plénière du **4 octobre 2010**, les différentes étapes et modalités organisationnelles afin d'opérer le choix d'un coordinateur à temps plein (38h/semaine) ont été validées, celles-ci étaient reprises par le détail dans la première version du dossier de candidature.
- Bref rappel:
 - L'ensemble des partenaires ont été sollicités afin de soumettre dans les délais impartis des candidats au poste de coordination.
 - In fine, une seule candidature a été proposée au poste.
 - Les partenaires ont reçu le CV de la candidate ainsi qu'une lettre par laquelle le CHJT motivait son soutien à cette candidature (19 janvier 2011).
- Lors de la réunion plénière du **10 février 2011**.
 - Aucune autre candidature n'est portée à la connaissance des partenaires.
 - La candidate a représenté les grandes lignes de son parcours professionnel, le CHJT a réaffirmé les motifs de son soutien à cette candidature (cf. C.V de la coordinatrice disponible en annexe).

- Les partenaires ont eu l'occasion d'auditionner la candidate.
- En l'absence de la candidate, les partenaires ont évalué cette candidature et ont finalement retenu celle-ci.
- Mme Schellekens a été informée que sa candidature avait été retenue et donc légitimée par les partenaires.
- Des engagements contractuels liant la candidate retenue à un autre employeur, l'entrée en fonction de Madame Schellekens au poste de coordination a nécessité que les délais légaux liés à la résiliation de ses missions soient respectés. Madame Schellekens a démissionné de son poste d'agent nommé dans le public en tant que Responsable du service d'Aide Sociale (service opérationnel d'un C.P.A.S) le 25 février.
- Madame Schellekens a été engagée, plus tôt que prévu, le 28 mars au lieu du 15 mai et a pris ses fonctions de coordinatrice.
- L'implication importante de Mme Schellekens s'est illustrée via des participations particulièrement rythmées et ce dès avant son engagement contractuel pour le projet:
 - les formations, initiées par le Service Public Fédéral, destinées aux coordinateurs et ce dès la première session (fin novembre 2010)
 - la première audition du projet (22 février 2011)
 - la rencontre avec le coordinateur fédéral (15 mars 2011)
 - les diverses réunions entre promoteurs depuis janvier 2011
 - les divers groupes de travail depuis mars 2011(Groupe b- Usagers proches- Territoires,...),
 - les réunions avec le groupe stratégique,
 - les journées de travail avec le conseiller méthodologique et la personne ayant assuré précédemment la coordination...
- Afin d'assurer un passage optimal au niveau de la coordination du projet, Christophe Herman (qui a occupé cette fonction transitoirement de juin 2010 à avril 2011) secondera Mme Schellekens sur une période de six mois afin d'opérer ce relais dans les meilleures conditions.

Depuis le mois de mars, la coordinatrice a continué son immersion au sein du projet . Concrètement, elle s'est également impliquée pour développer des collaborations. A titre d'exemple, des efforts conséquents ont été réalisés en vue d'assurer de meilleures collaborations avec les Services de Santé Mentale (réunion à la F.S.S.M.B, réunion de l'Inter-secteur sur la ZEP ; Invitation au Président de la F.S.S.M.B à rejoindre le groupe de travail 107 à la Plate-Forme de Concertation, des rencontres spécifiques avec certains S.S.M de la ZEP. Ce volet était particulièrement important de part la place centrale des SSM en tant qu'acteurs de première ligne. Une diffusion des valeurs et des modalités très pragmatiques de partenariats a été proposée notamment autour de la constitution d'une équipe F2 b mixte « ambulatoire- hospitalier »

De façon générale, la coordinatrice;

- s'est mobilisée auprès des acteurs notamment de la première ligne et de la ZEP - secteur santé mentale- santé et hors santé,
- a pris connaissance par le biais des groupes de travail des différentes fonctions et du potentiel des ressources mobilisables en matière d'action sociale, culturelle,....De cette façon, elle co-construit la cartographie de l'ensemble des ressources et visualise l'absence de ressources ou de lacunes sur le territoire, les attentes et besoins des usagers mais aussi des professionnels,

- a informé toute personne susceptible de rejoindre le projet et de constituer par ses apports une plus-value,
- a constitué progressivement une réserve de sélection qui peut être programmée dans des délais raisonnables,
- a suivi récemment les séminaires « nationaux » et/ou internationaux. Ces séminaires contribuent d'un point de vue macro aux échanges dans des temps cadrés et informels. Ces lieux sont également l'occasion de multiplier la fréquence des contacts entre coordinateurs qui échangent leur lecture et se soutiennent par la régularité de ces rencontres,
- ,...

La gestion des aspects contractuels et financiers relatifs à l'engagement de la coordinatrice est assurée par Monsieur Francis Broeders, Directeur Général du Centre Hospitalier Jean Titeca.

5.3.3. Le “conseiller méthodologique”

Son rôle s'articule autour de plusieurs missions : information et diffusion de bonnes pratiques, accompagnement méthodologique en terme de mise en commun des constats et des pratiques ou de développement d'outils de communication, analyses de réseau et liaison avec les équipes de recherche universitaire.

1. Information et diffusion de bonnes pratiques

Recovery, balanced-care, assertive community treatment, care- et case-management, care programme approach,... Les concepts et les outils développés dans le cadre de la recherche sur l'organisation des services en santé mentale sont susceptibles de nourrir la réflexion des groupes de travail actifs dans le cadre de ce projet. Le conseiller méthodologique répond à leurs interrogations en leur fournissant des informations issues de la littérature scientifique. Il diffuse des articles et réalise des notes de vulgarisation afin de diffuser au mieux les bonnes pratiques internationalement reconnues.

2. Accompagnement méthodologique

2.1. Mise en commun des constats et des pratiques

Dans le cadre de ce projet, l'accompagnement d'une dynamique de concertation et de coordination au niveau des territoires de 60.000 habitants est un point crucial. Le rôle du conseiller méthodologique sera de proposer et de construire avec la coordinatrice du projet des méthodes permettant aux structures de soins/d'accompagnement de décrire les problèmes rencontrés par les usagers dans leur sollicitation des services et de mettre en évidence les expériences positives en terme de continuité des soins et d'inscription sociale des usagers.

Il existe quantité de méthodes susceptibles de nous soutenir dans cette tâche : la méthode d'analyse en groupe, l'arbre à problèmes, le focus-group, l'entretien collectif, etc. (40, 41, 42)

A ce stade, il est important également de signaler que ce travail, s'il constitue une analyse ponctuelle au début du projet, devrait pouvoir déboucher sur des instruments collectifs d'évaluation des besoins qui vont structurer de manière continue le travail en réseau.

2.2. Développement d'outils de communication

Un des grands enjeux de la mise sur pied des réseaux et circuits de soins est d'arriver à développer à la fois une culture et des procédures d'interventions communes aux différents acteurs de l'aide et des soins en santé mentale sur un territoire donné ainsi qu'avec l'utilisateur.

Le rôle du conseiller méthodologique s'articulera de proposer des méthodes d'élaboration collective permettant l'émergence de différents outils de communication. La littérature sur ces différents outils (care program

approach, psychiatric advance directive) sera bien entendu mobilisée pour ce travail. Différents outils vont également être utilisés pour favoriser une construction des outils avec les partenaires : Social Analysis Systems, multi-criteria decision analysis, ...

3. Analyse de réseau

Le rôle du conseiller méthodologique sera également de mener des études de suivis de l'implémentation des pratiques de coordination et de réseau à l'intérieur du projet. L'objectif est de pouvoir offrir au projet les moyens de mesurer l'impact des dispositifs mis en place sur les relations de réseaux, sur la continuité des soins, sur l'insertion des usagers, etc.

Ainsi, une étude implémentation des outils de communications élaborée dans une étape préalable permettra au projet de mesurer la diffusion effective des outils et de se faire une idée des facteurs qui en favorisent ou bloquent l'utilisation concrète.

Il serait également intéressant de pouvoir faire des parallèles entre l'utilisation des outils de communication construits avec les partenaires du projet et l'évolution des relations de réseaux (en terme de densité et de centralité) et de l'intégration formelle entre services.

D'autres études pourraient être envisagées autour de l'analyse de la configuration d'un réseau - permettant d'analyser types de rapport que les structures ont les unes avec les autres (rapports structurés ou informels, envoi d'usagers, etc.) ou de l'analyse des processus d'intégration inter-services.

Social Network Analysis

D'une manière générale, un outil important dans ce travail sera l'application d'instruments et d'indicateurs de l'analyse en réseaux (Social Network Analysis – SNA) (43, 44, 45, 46, 47, 48) à l'analyse des partenariats inter-services de soins et à l'analyse des trajectoires réelles des patients au sein de ces réseaux. La méthode SNA est bien connue dans le domaine des sciences sociales et s'est largement diffusée dans d'autres domaines d'étude ces dernières années, notamment dans le domaine de la santé publique pour étudier l'organisation des soins. Elle permet notamment :

- de cartographier les relations existantes entre services (envois de patients, rencontres, partenariats formalisés) et la circulation des patients entre services de soins,
- de mettre en évidence et d'évaluer des caractéristiques structurales des réseaux ainsi cartographiés, telles que la densité des liens (l'importance du « linkage » permettant de multiplier les trajectoires de soins possibles pour les patients), la centralité de certains services (les services centraux sont en position de coordination des trajectoires de soins), les trous structuraux (permettent d'identifier les manques dans la structure du réseau et donc de piloter les initiatives à développer),...

4. Liens avec d'autres équipes de recherches

4.1. Avec les équipes de recherches universitaires

Un point important qu'il reste à développer est le suivi de la qualité du projet. Il est en effet crucial que le projet se dote d'outils permettant de vérifier s'il répond bien aux objectifs qu'il s'est fixés en terme de cohérence globale du circuit de soins proposé, de continuité des soins, d'insertion sociale, d'accueil de toute demande, etc.

Par rapport à ce suivi qualité, il nous paraît important de se coordonner avec les équipes de recherches de la KUL, de la VUB et de l'UCL qui auront des tâches similaires mais à un niveau plus global. Le rôle du conseiller méthodologique sera ici d'entretenir un contact avec les équipes de recherches afin de développer des outils

compatibles et cohérents entre le niveau d'évaluation globale de la réforme et le suivi de la qualité au niveau d'un projet pilote.

4.2. Avec l'Observatoire bruxellois de la santé et du social

Plusieurs contacts ont déjà eu lieu, par l'intermédiaire de la PFCSM de Bruxelles-Capitale, avec l'observatoire de la santé et du social.

Cette collaboration pourra permettre au projet de disposer de données socio-économiques concernant la population du territoire qu'il dessert. Le conseiller méthodologique servira d'intermédiaire pour sélectionner et mettre en forme les données les plus utiles pour augmenter la compréhension par les professionnels du territoire qu'ils desservent.

5.3.4. Autres éléments

Les fonctions de base des « **responsables de service** », de la « **personne de référence** » et des « **équipes mobiles** » sont sommairement définies au sein de l'appel à projet. Ces fonctions sont mises au travail de manière spécifique dans les groupes de travail. Les modalités concrètes sont en cours d'élaboration.

La nomination à ces fonctions et les précisions quant à leurs mandats respectifs interviendront si le projet est retenu. Si à l'heure actuelle, les « responsables de service » ne sont pas nommés au sens strict, chaque initiative partenaire a néanmoins délégué spécifiquement un ou des représentants pour participer aux diverses rencontres en vue d'élaborer le projet.

Si le projet est sélectionné, il sera demandé aux partenaires de privilégier, dans la mesure du possible, la confirmation de ces personnes dans la fonction de « responsable de service ». Et, ceci afin d'assurer une continuité du suivi, de l'investissement et de la vision du projet. Les partenaires ayant délégué plusieurs représentants pourront continuer à le faire. Des modalités organisationnelles intrinsèques à ces services les contraignent à diffracter cette mission sur plusieurs travailleurs. La liste des personnes ayant été déléguées par les partenaires ainsi que leurs coordonnées figurent dans le document annexé intitulé « **Liste des partenaires** ».

5.4. Instruments pour la communication et le suivi de la qualité

Différents instruments de communication et de suivi de la qualité seront développés dans le cadre du travail d'élaboration collective et se concrétiseront progressivement. D'une manière générale, des outils communs d'évaluation des besoins et des systèmes d'information sanitaires communs devront être mis en place. Comme décrit plus haut, le groupe de travail « outils de communication » sera particulièrement en charge de ce travail.

Dans le travail préparatoire effectué par le groupe ainsi que le travail de revue de littérature effectué par le conseiller méthodologique, deux types d'outils ont émergé. Il est bien entendu que ces outils sont des inspirations pour le travail du groupe sans être pour autant des recettes à appliquer telles quelles.

.Le « **Care Programme Approach** » est un outil de coordination de soins développé en Angleterre. C'est depuis les années 90 un outil clinique officiel dans le système de santé mentale anglais. Le CPA est un système très proche du Plan de Service Individualisé, mais l'avantage est qu'il est mieux décrit dans la littérature scientifique.

Au regard de cette littérature, il apparaît que le bénéfice le plus important du CPA, est d'avoir accru la capacité des services de maintenir le lien avec des personnes souffrant de problèmes de santé mentale importants.

Pratiquement, le CPA est un outil qui permet :

- une évaluation systématique des besoins de l'utilisateur au niveau santé et social,

- l'élaboration d'un plan de soins qui porte sur les besoins identifiés. Ce plan implique tous les prestataires de soins et d'accompagnement social impliqués,
- la nomination d'un « co-ordinateur de soins » qui reste en contact étroit avec l'utilisateur et qui est responsable de la mise en pratique du plan de soins,
- l'évaluation régulière du plan de soins et, le cas échéant, l'adaptation aux nouveaux besoins de la personne.

La littérature scientifique attire également notre attention sur différents aspects qui peuvent limiter l'intérêt des CPA. Ainsi, cet outil a été perçu par certains cliniciens comme une activité bureaucratique et énergivore. Certains ont avancé que le CPA aurait pu avoir une meilleure légitimité au sein des équipes cliniques et aurait pu soutenir le développement d'une philosophie de soins commune aux équipes sociales et de santé si on l'avait plus identifié comme un outil clinique.

Alors que les concepteurs considèrent que l'implication de l'utilisateur est en filigrane de tous les objectifs du CPA, dans la pratique ce n'est pas toujours le cas. Des études ont ainsi mis en évidence le fait que les usagers n'avaient pas toujours une copie de leur plan de soins et ont constaté un décalage entre les besoins tels qu'exprimés par les usagers et ceux évalués par les professionnels.

Les directives anticipées en psychiatrie (Psychiatric Advance Directives, PAD) sont un autre type d'outil de communication qui cette fois implique beaucoup plus les usagers et qui répond à une des critiques que l'on peut faire du CPA, évoquée au point précédent. Les PAD sont des documents permettant aux patients psychiatriques chroniques qui connaissent des crises récurrentes de spécifier des choix de traitement et/ou de désigner une personne de confiance pour les périodes où ils sont incapables de prendre de telles décisions. Ils peuvent être élaborés en concertation avec des professionnels de soins et/ou avec des proches du patient.

Les PADs produisent des effets bénéfiques tant sur le plan intra-personnel –la santé et le bien-être du patient–, sur le plan interpersonnel –la qualité des relations et la communication entre le patient, son entourage et les professionnels qui les accompagnent–, que sur le plan organisationnel –la continuité des soins et l'efficacité du système de soins de santé mentale–. En effet, ils permettent à la fois au patient d'exprimer ses besoins, aux soignants qui l'entourent de faire l'inventaire des ressources existantes autour du patient (approche communautaire), et à l'ensemble de ces acteurs de planifier une trajectoire de soins adaptée aux besoins spécifiques du patient et en concertation avec lui. C'est donc à la fois un outil qui permet de prévenir les crises, d'organiser l'accompagnement du patient dans son milieu de vie avec l'appui de l'ensemble des ressources existantes et en concertation avec lui, et de planifier l'organisation des soins pour les périodes de crise où un accompagnement aigu s'avère indispensable.

Construire un outil propre. L'idée n'est pas ici de proposer à l'application l'un ou l'autre modèle, mais de s'inspirer de modèles existants pour préciser les questions à se poser pour construire une modalité qui nous soit propre. L'analyse de la littérature scientifique sur les PAD et sur les CPA ainsi que l'analyse aux stakeholders réalisée au sein de l'IRSS nous permettent de proposer une organisation des différentes questions à se poser pour construire un ou plusieurs outils de communication. Le détail de ce questionnement ainsi que les modalités pour organiser cette réflexion se trouvent au niveau de la description du groupe de travail "outils de communication".

5.5. Modèle de gestion et d'administration

Les méthodes de coordination et de gestion (tâches de gestion, structures de concertation, processus de décision, de concertation, compte-rendu des décisions) sont au travail au sein de différents groupes de travail dont le GTS.

- La coordination était précédemment assurée à partir du CHJT, promoteur du projet qui avait confié cette mission transitoire (en attendant la sélection du projet et la nomination du coordinateur) à l'un de ses employés. La coordination a été reprise par Mme Schellekens (voir point 5.3.2).
- Afin d'assurer une **permanence dans la centralisation des informations** et un dispatching efficace de celle-ci et afin de faciliter la coordination, une adresse mail spécifique (projet107@chjt.be) et un numéro de GSM (0491 34 80 25) ont été mis en place et ce depuis le mois de juin 2010.
- Des précisions ont été apportées en ce qui concerne la **gestion et la responsabilité des aspects financiers et contractuels au sein du comité de travail stratégique**
- Jusqu'à la première sélection du projet et la nomination du coordinateur ainsi que la constitution du Groupe de Travail Stratégique, l'ensemble des décisions étaient prises en concertation avec l'ensemble des partenaires sur invitation du promoteur à l'occasion de réunions plénières ou par invitation à se prononcer par mail. Pour la fréquence des rencontres entre partenaires et la fréquence des rencontres des groupes de travail spécifiques, voir « l'historique des étapes du montage du projet déjà franchies » disponible dans les annexes.
- Aujourd'hui, la structure du projet se déployant progressivement avec notamment la mise en place des 5 groupes de travail spécifiques, du GTS ainsi que la permanence de réunions plénières (mais moins fréquentes), les orientations stratégiques sont avant tout traitées selon le niveau auquel elles apparaissent tout en se coordonnant avec le GTS. Les représentations organisées à partir des 5 groupes de travail, l'implication de la coordinatrice au sein de chaque groupe de travail et l'appui offert par le conseiller méthodologique permettent une réactivité plus adaptée au développement en cours.

6. Stratégie de développement du réseau

6.1. Échelonnement

Planning des prochaines étapes du développement du projet

Comme tout planning, celui initialement proposé a dû être revu en fonction des modalités de sélections qui ont été énoncées en février 2011, de la date à laquelle seront connus les projets pouvant débiter, des pistes de travail prioritaires par les partenaires, de la complexité grandissante de certaines questions, ...

Un planning général des différents groupes de travail et de l'implémentation des dispositifs, outils,... est disponible dans les annexes.

Rapide historique

Un rapide historique des étapes du montage du projet ayant déjà été franchies est disponible dans les documents annexés.

6.2. Gestion des risques

Éléments identifiés à ce jour comme risques potentiels pouvant se présenter tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du réseau

Au niveau de l'utilisateur

- Préserver la liberté de circulation de l'utilisateur au sein de l'ensemble du réseau de soins et d'accompagnement et non seulement au sein du réseau « expérimental » dans le cadre du projet.
- Adapter les modalités de fonctionnement du réseau aux difficultés des utilisateurs concernés par celui-ci. Le réseau doit être au service des besoins de l'utilisateur, le rythme de ce dernier doit être respecté et non l'inverse.
- Veiller à préserver et à soutenir la position d'acteur de l'utilisateur notamment dans le cadre de concertation en réseau où il sera « en infériorité numérique » dans la rencontre avec les partenaires engagés dans son accompagnement.
- Laisser à l'utilisateur le « droit à la chute » tout en assurant un devoir de soutien auprès de lui.
- Veiller au processus d'adaptation du réseau par rapport aux nécessités de terrain : places suffisantes et adaptées aux problématiques des utilisateurs.
- Préserver les liens de réseau déjà établis par l'utilisateur tout au long de son parcours.
- S'assurer que le développement du réseau ne génère des sous-groupes pour lesquels l'accessibilité des soins serait mise à mal. Par exemple, dans le cadre du développement de critères d'inclusions.
- ...

Au niveau des proches

- Créer, autant que possible, une collaboration avec les proches de l'utilisateur qui ne serait pas cristallisée autour de la pathologie.
- L'intégration des proches, dans le travail clinique et de réseau, nécessite une attention particulière de manière à rendre active et performante cette participation tout en réussissant à éviter les écueils d'une stigmatisation ou d'un estompement des règles de déontologie.
- ...

Côté réseau

- Préserver les liens de réseau déjà établis entre initiatives.
- Préserver la liberté de travail des personnes et des structures au sein du réseau tout en améliorant la coordination entre initiatives mais au bénéfice des utilisateurs.
- Veiller à ne pas élaborer une logique de parcours entre les différentes structures du réseau. Ne pas stigmatiser ou hiérarchiser les structures entre elles.
- Les questions relatives au respect du secret professionnel dans le cadre d'une pratique de réseau restent particulièrement sensibles.
- Maintien et préservation du droit à l'hospitalisation quand la situation de l'utilisateur le nécessite.
- Veiller à ce que les initiatives développées ne contribuent pas malgré elles à développer de nouvelles formes de stigmatisation (information du quartier, des partenaires, généralistes...), d'enfermement (veiller, lors de la construction du réseau à ne pas créer un "hors réseau" (enfermement à domicile, refus de patients plus facilement identifiés comme difficiles), de chronicisation (à domicile), de dépendance...)
- ...

Pistes et éléments identifiés à ce jour comme permettant de pallier, de surveiller ou de maîtriser certains de ces risques.

- La présence au sein des partenaires de représentants actifs, de proches et d'utilisateurs nous semble à même de nous éviter bien des écueils.

- L'expérience des projets thérapeutiques INAMI 2006-2007 permet aux partenaires de s'appuyer sur des expériences, des documents de consensus quant à l'encadrement et à l'accompagnement du volet recherche notamment.
- Le souci des partenaires pour les usagers « les plus faibles ».
- Développement d'outils, de procédures et de conventions permettant d'assurer ou de contribuer à la maîtrise des différents risques identifiés.
- L'appui d'un « conseiller méthodologique » et la collaboration avec l'IRSS constituent autant d'outils permettant de mesurer la pertinence des actions mises en place, de bénéficier d'input en terme de littérature, etc. Tout cela permettra d'évaluer au mieux les risques et de maîtriser ceux-ci..
- ...

Parallèlement, de nombreux risques évoqués ici rejoignent certaines des appréhensions formulées par les usagers et les proches. Ainsi, les recommandations formulées par les usagers/proches plus spécifiquement dans le cadre de leurs expériences au sein des projets thérapeutiques et des concertations transversales (2007-2010) permettent de relever des points forts, difficultés et recommandations en écho aux professionnels qui étaient engagés dans ces projets. A titre d'exemple (39, p. 22):

- Il existe un risque de rigidité des réseaux qui pourrait enfermer l'utilisateur au lieu de le libérer alors qu'on espère, in fine, qu'il se porte mieux dans la société et non pas enfermé dans un système médical.
- L'excès de contraintes administratives (nombre d'inclusions, échelle d'évaluation...) et de règles de fonctionnement (nombre de concertations/patient, présence impérative des 3 intervenants désignés...) étouffent les responsables au point de risquer de compromettre le bon déroulement du PT. Une telle formalisation se fait au détriment de l'expérimentation projetée.

Concertation au sein de la PFCSM et avec les autres projets sur la Région

Les critères de recevabilité de la proposition de projet demandent de rendre compte de « *la mesure dans laquelle la proposition de projet est abordée avec la ou les plate-forme(s) de concertation en soins de santé mentale dont le domaine d'activité correspond ou se chevauche avec le domaine d'activité de la proposition de projet* ». Il s'agit là en effet d'un processus dont les étapes permettent d'évaluer les risques de chevauchements, doublons, manques... entre projets. Au vu de l'importance de la région, de ses spécificités, de la grande diversité des initiatives en santé mentale sur celle-ci, ce travail préliminaire a été conséquent.

Depuis le 22 juin 2010, moment où le CHJT a informé officiellement la PFCSM de son intention de rentrer un projet dans le cadre de l'article 107 jusqu'au moment où la première version du dossier de candidature a été introduit (30 octobre), de très nombreuses rencontres ont eu lieu afin d'informer le secteur, rechercher des collaborations, envisager d'éventuelles fusions. Le détail de ces temps de travail spécifiques peut être retrouvé au point 6.2. de la première version de ce dossier ou dans l'historique des étapes franchies disponible en annexe.

Ce processus a abouti fin octobre 2010 à ce que les projets soutenus initialement par le CHJT et par les Cliniques Universitaires St Luc fusionnent en une candidature commune.

Depuis lors, les promoteurs et la coordination du projet se sont régulièrement rendus au groupe de travail 107 mené par la PFCSM. D'autre part, les coordinateurs se rencontrent régulièrement lors des journées de formation. Ces différents moments de rencontre ont entre autres permis d'évoquer avec le projet « Hermes + » les limites de nos territoires respectifs et les possibilités de collaboration si un recouvrement devait persister.

Les coordinatrices se rencontrent le 16 mai 2011 et envisagent, le cas échéant, une nouvelle rencontre avant le 25 mai.

7. Financement et allocation des moyens

7.1. Réallocation des moyens afférents aux lits « gelés » par maintien du BMF pendant au moins trois ans

Préambule

Pour rappel, lors de l'audition de février 2011, notre demande d'une rallonge budgétaire (300.000 euros / 6 ETP) en vue de soutenir spécifiquement la mise en place du dispositif F2a a clairement été rejetée. Les partenaires du projet ont alors envisagé diverses alternatives en vue de néanmoins soutenir l'implémentation du dispositif. Une possibilité de montage basée sur plusieurs sources et via lesquelles toute la pertinence du projet est assurée a été identifiée.

Ainsi, si aujourd'hui, les partenaires sont prêts à développer ce dispositif, il nous manque les réponses et les engagements qui dépendent d'instances dont le Service Comptabilité et Gestion des Hôpitaux du SPF Santé, le SPF et la COCOF.

La modélisation du dispositif, la planification de son développement est ainsi actuellement retardée notamment dans le développement de ses articulations avec l'ensemble du réseau.

Ces deux pistes complémentaires présentées au point (cf 5.2.3.3.) sont reprises ici aux rubriques fixées par le questionnaire et concernent:

- La possibilité d'utiliser la partie B1 des 30 lits ayant été gelés en vue de la convertir en équivalent temps plein (2 à 3 ETP d'intervenants cliniques).
- La possibilité de récupérer des moyens financiers affectés aux initiatives Eole et Eole Liens en vue de la convertir en équivalent temps plein (2 à 3 ETP d'intervenants cliniques).

Réallocation des moyens afférents aux lits « gelés » par maintien du BMF pendant au moins trois ans

Sous réserve de la réalisation du financement et de ses modalités tel que prévu initialement dans le cadre de l'appel à projet, le CHJT s'engage à :

- dégager des moyens en personnel équivalant à 30 lits T soit 10 équivalents temps plein.
Les moyens dégagés (soit des moyens financiers équivalant à 10 temps plein) seront utilisés en vue de la constitution d'une équipe mobile de type F2b mais selon la répartition suivante:
 - 5 ETP de membres du personnel aujourd'hui employés au sein du CHJT.
 - 5 ETP en personnel à engager par le CHJT mais en provenance des structures partenaires de l'ambulatoire présentes sur la zone expérimentale prioritaire.

En effet, en fonction des mouvements naturels en personnel au sein du CHJT, seule une partie (50%) du volume de personnel dégagé du gel de lits devra provenir du CHJT (et ce sur une base volontaire et d'un profil adoc).

Le reste des moyens en ETP dégagés (soit 50%) par le CHJT devrait être mis à profit par l'octroi à des structures partenaires présentes sur la ZEP d'un financement spécifique pour qu'elles dégagent du personnel qualifié et volontaire en vue de constituer la seconde partie de l'équipe mobile.

Ce montage d'une équipe mobile 50% hospitalière - 50% ambulatoire nous permet:

- de nous assurer la constitution d'une équipe de professionnels motivés, expérimentés et performants,
 - de faire exister au sein de cette nouvelle équipe une diversité d'approches, de cultures et d'éviter une culture « hospitalocentriste ».
 - de faire exister au sein de cette nouvelle équipe des liens naturels et facilités avec des initiatives diverses du réseau local de l'ambulatoire.
- dégager des moyens en personnel correspondant à 2 - 3 équivalents temps plein sur la base du budget affecté à la partie B1 des 30 lits ayant été gelés. Ces moyens complémentaires seront utilisés en vue du renforcement de la constitution et de la mobilité de l'équipe mobile de crise F2a (cf 5.2.3.3).

Médecin (budget maximum de 225000 euros par an)

- Le financement d'un (de) poste(s) de médecin(s) psychiatre(s) à hauteur de 75000 euros/an en tant que coordinateur pour l'équipe d'intervention à domicile à l'intention des patients chroniques tel que défini dans le cadre des projets 107.
- Le financement d'un (de) poste(s) de médecin(s) psychiatre(s) à hauteur de 150000 euros/an est prévu pour appuyer le travail d'amorce d'une équipe mobile de crise.

Cette part du budget devrait être mis à la disposition du projet en septembre 2011 afin de pouvoir assurer les engagements.

Utilisation du budget de 500.000 euros max. par an pouvant être octroyé par projet

Frais d'installation spécifiques à la première année du projet

Postes	Budgets annuels
Frais d'installation des deux équipes mobiles (Matériel informatique, de téléphonie, mobilier de bureau,...)	125.000
Frais d'installation de la coordinatrice, du secrétaire et du Conseiller méthodologique (Matériel informatique, de téléphonie, mobilier de bureau,...)	15.000
Recouvrement des salaires période Janvier-juin 2011 (Coordinatrice engagée depuis 28 mars (3mois); Conseiller méthodologique engagée depuis le 1er février (5 mois); Coordinateur temporaire (6 mois)	80.000
Total	220.000

Prévisions annuelles de fonctionnement

Frais salariaux

Emplois financés	Budgets annuels	Remarques
Coordinatrice 1ETP	100.000	Frais réels. Engagement de Mme Anne Schellekens
Secrétaire 1ETP	45.000	Projection
Conseiller méthodologique 1ETP	65.000	Frais réels. Engagement de M. François Wyngaerden
Case management 1,5 ETP	75.000	Projection
Total	285.000	

Frais de fonctionnement

Postes	Budgets annuels	Remarques
3 véhicules	20.000	Sur base de trois petites voitures en location sur des contrats de 4 ans , d'un maximum de 20.000 km/ an et des frais de carburant, entretiens...
Frais de déplacement autres bus, tram, cambio,...	10.000	/
Formations, supervisions	50.000	/
Frais de fonctionnement relatifs aux •Équipes mobiles F2a, F2b •Coordinatrice •Secrétaire •Conseiller méthodologique (eau, électricité, chauffage, abonnements téléphonie fixe et mobile, accès internet, assurances, matériel de bureau, entretien des locaux, loyers éventuels,...)	135.000	Le Centre Thérapeutique et Culturel, Le Gué a mis gracieusement un local à la disposition de la coordination du projet et de son secrétaire ainsi que le mobilier de bureau, seules les charges d'occupation donneront lieu à un défraiment. Le CHJT met gracieusement à la disposition de l'équipe Mobile F2b la quasi totalité d'une habitation. Seules les charges d'occupation donneront lieu à un défraiment.
Total	215.000	

Moyens complémentaires

Réallocation partielle de moyens affectés aux initiatives Eole et Liens.

La possibilité de réallouer partiellement les moyens financiers affectés aux initiatives Eole et Eole Liens en vu de convertir ceux-ci en équivalant temps plein (2 à 3 ETP d'intervenants cliniques) dans le cadre du montage de l'équipe mobile F2a.

Remarque : Outre la question des ressources telle qu'abordée précédemment, soulignons que des **moyens considérables ont déjà été collectivisés par l'ensemble des partenaires** réunis autour de ce projet.

Dès juillet 2010, il est apparu important pour les partenaires de **donner une certaine visibilité** à cet engagement auquel correspond un **coût non négligeable**.

Bien que cette approche ne donne qu'une vision très partielle des moyens déjà engagés et non comptabilisés, nous avons retenu de faire mention du temps effectif cumulé par les partenaires en réunions de travail (exclusivement au sein du projet soit lors des réunions plénières ou des divers groupes de travail).

Au moment de rentrer cette deuxième version du dossier de candidature, cela représente 988 heures de travail collectif. Cet investissement est considérable mais ne témoigne que très partiellement de l'engagement des partenaires dans cette réforme et des efforts déjà consentis.

Nous saisissons l'occasion pour saluer cet engagement.

Impact de la modification de la capacité d'accueil du CHJT pour les patients hospitalisés

Aucune difficulté ne se présente au niveau des patients quant à la modification de la capacité d'accueil du CHJT. En effet, les 30 lits T (proposés pour la réallocation des moyens) ne sont plus actuellement physiquement présents sur le site du CHJT (et ce temporairement dans le cadre d'importants travaux architecturaux engagés actuellement. Ces travaux par leurs nuisances diverses ont en effet un impact important sur la capacité d'accueil du CHJT). Les moyens humains correspondant à ces lits sont actuellement engagés auprès des lits physiquement en place sur le site. Ainsi, temporairement et en attendant la mise en place de l'équipe mobile (dans le cas où le projet serait sélectionné), ces moyens humains renforcent le cadre des unités de soins d'admissions, unités de soins particulièrement sollicitées par les mises en observation dans le cadre de la loi du 26 juin 1990.

Annexes

- Liste actualisée des partenaires (mai 2011)
- Carte du territoire ZEP
- Historique des étapes du montage du projet déjà franchies
- C.V. de la coordinatrice
- Planification
- Bibliographie