



Vers de meilleurs soins en santé mentale
par la réalisation de circuits et de réseaux de soins



PROJET DE CONSTITUTION D'UN RESEAU DE SOINS LIEGEOIS

Ce projet est élaboré à partir des deux projets primés sur le territoire liégeois, conformément à la décision interministérielle du 20 décembre 2010 d'unifier leurs réseaux respectifs.

*Arrêté royal du 10 juillet 2008 portant coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements, art.11 et art. 107

*Article 63§2 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux

Promoteurs:

- Secteur Santé Mentale (A) de l'Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège (ISoSL)
- Centre hospitalier spécialisé Notre-Dame des Anges à Liège
- Centre Hospitalier Chrétien (CHC)

Partenaires privilégiés:

- Centre Hospitalier Régional de la Citadelle (CHR)
- Association Interrégionale de Guidance et de Santé (AIGS)
- Centre Hospitalier Universitaire de Liège
- ASBL Club A. Baillon

Dans un premier temps, comme nous l'avons auparavant précisé, il nous apparaît opportun d'élaborer la structure organisationnelle entre ces principaux partenaires.

Ces partenaires réunissent non seulement une expertise complémentaire propre à investiguer l'élaboration du projet dans ses 5 fonctions, mais aussi un grand nombre de services dont l'accessibilité est garantie sur le territoire visé par ce projet.

Partenaires concertés:

- Partenaires du secteur santé mentale, fédérés et actifs à la Plate-Forme Psychiatrique Liégeoise sur le territoire concerné.
- Partenaires de soins hors champs spécifique de santé mentale, actifs dans la concertation autour du patient (M.T., Maisons médicales, SISD, pharmaciens, etc...
- Partenaires de la société civile, actifs à quelque niveau que ce soit dans la concertation autour du patient (Associations représentatives du patient ou de sa famille, services sociaux, associations caritatives ou culturelles, etc...

Tous ces partenaires, représentés ou non à la Plateforme Psychiatrique Liégeoise, pourront rejoindre le réseau du projet fusionné, adhérer à ses principes, et collaborer à l'adaptation structurelle de ses outils ou au fonctionnement opératoire de la concertation autour du patient en fonction des besoins à rencontrer.

1. Explication sur la vision du projet

Le présent projet répond à l'invitation des gouvernements fédéral, régionaux et communautaires qui sollicitent le secteur de santé mentale pour initier une réforme en profondeur de la structuration de l'offre, au bénéfice du patient et de son maintien dans toute la mesure du possible au sein de son milieu de vie.

Nous avons perçu ce projet comme une petite révolution copernicienne, puisque sa vision se détourne d'une politique centrée sur l'offre de soins au bénéfice d'une structuration en réseau des acteurs, outils et fonctions de la santé mentale autour de la demande de soins (le patient est au centre du processus). Ainsi, le trajet du patient pourra se structurer, non en fonction des instruments qui peuvent l'accueillir, mais en adéquation avec les nécessités de prise en charge de sa pathologie aux différents stades de celle-ci.

Les acteurs cosignataires sont conscients qu'à travers le projet auquel ils adhèrent, non seulement leur pratique journalière en sera bouleversée, mais aussi leurs structures en seront changées, et que la relative imperméabilité actuelle de l'interface entre outils sera transformée en un réseau de communication à voies rapides où circuleront non seulement les patients, leurs dossiers, et les informations qui les concernent, mais aussi les travailleurs des différentes structures.

Ce présent travail n'est donc que la trame et l'ébauche d'un nouveau mode de fonctionnement que les partenaires réinventeront au fur et à mesure de son implémentation. Il faut cependant remercier ces partenaires pour leur volonté de collaboration et le saut dans l'inconnu qu'ils s'apprêtent à faire.

Il fut souvent dit que les acteurs de terrain, loin des grandes théories, ont inventé le Réseau par leur pratique quotidienne, comme M. Jourdain faisait de la prose avant que « ceux qui savent » ne la codifient. C'est leur travail journalier, stimulé ensuite par les pratiques mises en place à travers les projets thérapeutiques expérimentés par nos membres, qui permet ce rapprochement formel entre les structures où ils travaillent.

Les éléments de ce projet ont donc été largement discutés tant entre partenaires qu'au sein de chaque structure, tant au niveau des directions (Conseil d'Administration, Gestion journalière ...) qu'au sein des travailleurs (Conseil d'entreprise, rencontres avec les syndicats) et auprès des médecins concernés (réunions communes C.A./médecins, Conseils médicaux, Comités de concertation). Il sera essentiel, pour que le projet se poursuive, que cette large concertation s'instaure en continu de telle sorte que des bouleversements organisationnels et de pratique soient gérés et acceptés par toute la communauté thérapeutique.

Le projet s'inscrit de manière globale dans les lignes directrices telles que définies dans le Traité de Lisbonne. Les principes généraux sont ceux définis par l'OMS. Ces mêmes principes s'inscrivent dans la Charte fondamentale des Droits de l'Homme. Les partenaires souscrivent à la récente Déclaration d'Helsinki.

Au niveau local, il nous paraît opportun d'être attentif à divers points :

1) La région liégeoise se caractérise par la richesse de sa vie associative et par sa culture du travail en réseau qui a précédé la réforme de 1990, bien avant la création des plates-formes psychiatriques de concertation. En effet, l'adhésion à des projets novateurs a permis à cette dernière de se doter de nombreux organes de concertation, au gré des divers projets dans lesquels l'une ou l'autre institution s'est engagée: organes mixtes de gestion des initiatives d'habitations protégées, comités locaux d'accompagnement des référents hospitaliers, comités d'accompagnement des projets pilotes "double diagnostic", "soins psychiatriques à domicile",

coordinations autour du problème des assuétudes (cadres régional et fédéral), pratiques de coordinations cliniques propres à chaque institution, réseau des intervenants en santé mentale, ... Il s'agira donc de conjuguer cette organisation nouvelle avec les structures existantes et leur mode actuel de fonctionnement, en optimisant les coordinations existantes tout en évitant les écueils passés (lourdeurs décisionnelles et organisationnelles, rigidité des contraintes prédéterminées, redondance des organes de concertation, ...)

2) Un autre point important concerne l'intégration progressive des divers partenaires intéressés à contribuer à la construction du réseau, de façon à permettre à tout patient de disposer pour son programme d'aide et de soins de la plus large palette possible d'infrastructures utiles à sa réadaptation sociale et professionnelle. Cette intégration doit également concerner l'ensemble des acteurs de l'aide sociale au sens large qui, à un moment ou un autre, auraient besoin d'un tel dispositif pour la réalisation de leurs objectifs. Ainsi, le réseau visera à stimuler la coordination et la complémentarité de l'offre globale de soins et services spécialisés de façon à mieux rencontrer et prendre en compte, non seulement les demandes des personnes résidant sur un bassin de soins déterminé, mais aussi, dans la mesure du possible, les besoins objectivés qui y émergent (demandes des prestataires de soins généraux, demandes de soins contraints, demandes de l'entourage, constats des acteurs des relais sociaux, des décideurs locaux,...). La richesse de cette expérience sera donc de conjuguer une expertise spécialisée par groupes cibles d'âge et de classes de pathologies psychiatriques à une expertise par ressources territoriales en acteurs de soins et en intervenants sociaux, culturels et professionnels en mettant cette expertise à la connaissance et au service des acteurs de première et deuxième lignes. Nous veillerons cependant à ne pas "psychiatriser" des situations qui ne le nécessitent pas. La santé mentale contribue à la santé "tout court". Le réseau veillera à rester centré sur une population qui nécessite le recours à une expertise de type psychopathologique.

3) Le projet que nous proposons se caractérise également par le développement d'un modèle basé sur un maintien des "malades psychiatriques" dans la communauté et vise à construire pour eux des systèmes de soutien en dehors des hôpitaux tout en intégrant ces derniers comme outil à cette fin.. Une attention particulière sera portée aux processus de réhabilitation psychosociale comme actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet dit malade et atténuer les difficultés résultant des conduites déficitaires ou "anormales".

Il s'agira donc de conduire avec les usagers et leur entourage la construction d'un espace intermédiaire entre le champ thérapeutique et le champ social en réduisant les effets secondaires des soins psychiatriques, en augmentant le fonctionnement social, en soutenant les familles, en réduisant la stigmatisation et en maintenant les liens sociaux. Ce travail concerne celui de l'autonomie, à savoir l'accroissement des capacités de vie en société notamment en ayant une action sur les capacités socioprofessionnelles et relationnelles.

Le travail des différents partenaires du projet ciblera l'ensemble des pratiques "en attente de théorie" visant à la sortie réelle des champs psychiatriques vers plus de citoyenneté.

En résumé, le projet:

- Se base sur des valeurs reprises par l'OMS, le Traité de Lisbonne et la Déclaration d'Helsinki, ...
- S'inscrit dans la philosophie globale de la réforme des soins en santé mentale associant l'ensemble du dispositif dans une vision commune orientée vers des soins dans la communauté et vers l'insertion sociale
- S'inspire d'une histoire et d'expériences locales.

- Prend comme référence des pratiques issues de projets pilotes antérieurs et cadres théoriques à la fois issus d'expertises scientifiques et d'expériences transnationales.

2. Groupe cible

Le groupe cible est celui des adultes à partir de 16 ans pour qui une problématique psychiatrique est suspectée ou décelée par un des partenaires du réseau.

La définition d'une problématique psychiatrique se fait en référence aux critères de classification contenus dans l'ICD-10 et compatibles avec le DSM-IV.

Cette définition du groupe cible se veut suffisamment large pour répondre aux différents principes défendus au point 1.2 et 1.3.

Cependant, pour répondre à des critères d'opérationnalité et d'efficience, une attention toute particulière sera portée à un public présentant les caractéristiques suivantes :

- Chronicité ou risque de chronicité de la pathologie.
- Lourdeur de la symptomatologie pour le patient et son entourage.
- Risque important de désinsertion sociale.
- Pronostic réservé en terme de rétablissement "spontané"
- Nécessité de la coordination de plusieurs services dans le processus de réhabilitation.

Il ne s'agira donc pas d'opérer en termes de critères d'inclusion ou non dans un réseau d'aide mais de définir une organisation qui permette à chaque usager d'un territoire de bénéficier d'une aide appropriée en fonction de ses difficultés. Ainsi, nous verrons des dispositifs à géométrie variable en fonctions des situations rencontrées.

3. Objectifs

Résumé

- Articulation d'un réseau de soins en santé mentale cohérent, offrant une palette de soins complète et coordonnée.
- Développement des 5 piliers de base, de telle sorte d'offrir des circuits et trajets de soins flexibles, structurés et efficaces à la population concernée
- Renforcement de pôles d'excellence spécifiques à chacun des partenaires
- Soutien scientifique universitaire pour:
 - l'élaboration des procédures de soins
 - l'évaluation permanente des pratiques
 - l'expertise scientifique des résultats
 - la formation des acteurs de soins

Le présent projet de réseau de soins n'a pas voulu se limiter à un effort de constitution d'équipes mobiles.

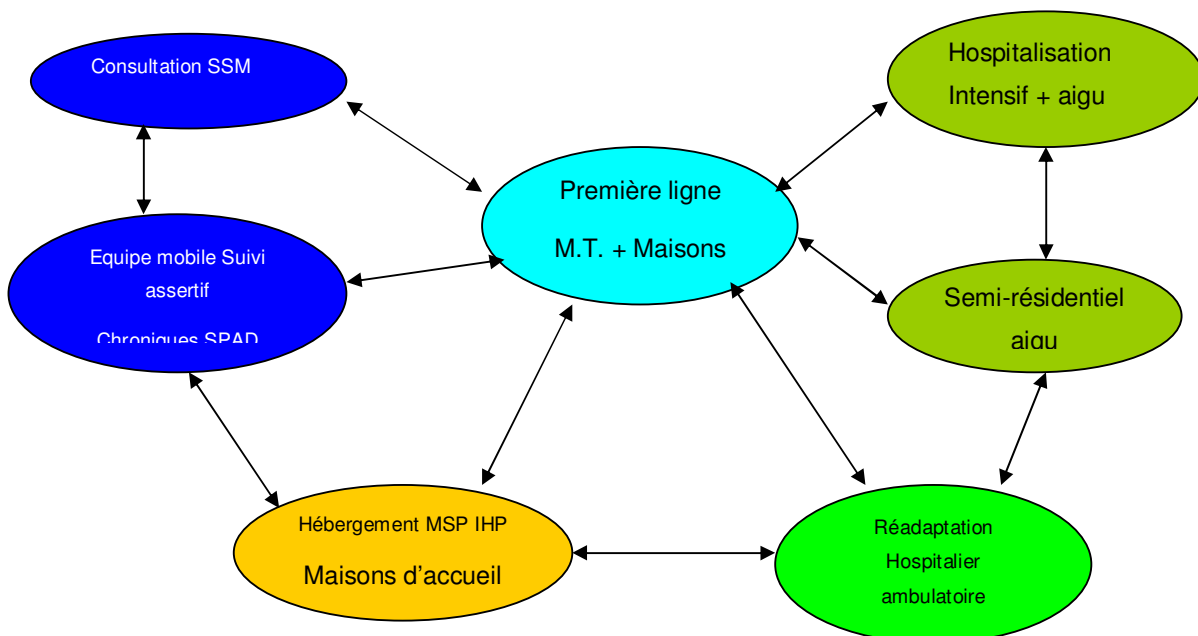
Dans l'esprit de la Déclaration Conjointe du 24 juin 2002 sur la politique future en matière de soins en santé mentale de réseau et circuits de soins pour améliorer la qualité des soins psychiatriques, et du guide « Vers la mise en place de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et réseaux de soins » issu de la conférence interministérielle Santé Publique du 26 avril 2010, il s'est voulu un effort de réflexion et de construction d'une cohérence face à la réalité des trajets de soins souvent complexes et incohérents des pathologies psychiatriques. Ce projet, en tentant de donner une réponse thérapeutique adéquate à tous les stades et à tous les moments des diverses pathologies, se propose d'aider le patient psychiatrique et son milieu familial et social, à travers les structures mises en place

Chacun des partenaires apportera ainsi son expertise spécifique actuelle, mais tentera aussi de coordonner et de compléter l'offre commune, pour un balayage le plus complet possible du spectre des pathologies sur le territoire défini.

En particulier, chacun a défini son positionnement et son offre spécifique dans les 5 fonctions nécessaires pour la cohérence du projet, mais aussi aux interfaces du réseau psychiatrique spécialisé. Au fur et à mesure de l'implémentation du réseau, nous tenterons d'élargir et d'inventer les structurations de l'aide psychiatrique déficitaires ou manquantes, avec comme but essentiel de favoriser tant l'entrée que la sortie dans le circuit de soins en santé mentale, en collaboration étroite avec la 1^{ère} ligne des soins généralistes, pour répondre à leurs besoins sans empiéter sur leurs prérogatives, auprès des familles pour les aider à intégrer au mieux la personne malade, auprès de la société civile pour tenter de rendre compatibles les exigences de celle-ci et les droits et besoins des patients ainsi rendus à leur citoyenneté.

Comme nous le définirons plus loin, l'articulation harmonieuse des cinq fonctions, de leur interface avec les soins non spécialisés et les ressources du milieu naturel, et, dans le réseau, des compétences et des interventions de chacun autour du patient, ne pourra se faire qu'à partir des trois caractéristiques essentielles du réseau : cohérent, complet, coordonné.

Schéma d'un circuit de soins intégré de santé mentale



L'objectif général du projet sera de construire une offre globale de services organisés en réseau structuré orienté vers la communauté et permettant à chaque personne de trouver une réponse individualisée.

Les objectifs sont :

1) Au niveau du patient :

A) Valeur ajoutée:

- Améliorer la prise en compte des demandes et besoins de la population présentant des problèmes en santé mentale en diversifiant, en structurant et en intensifiant l'offre de soins. Associer à la démarche, en tant qu'acteurs, les usagers, les familles et l'environnement social.
- Améliorer le diagnostic précoce de certaines maladies afin d'éviter les stigmates personnelles et sociales en mettant à disposition de la première ligne une expertise psychiatrique de proximité rapidement accessible.
- Adapter dans un processus continu l'offre de soins aux besoins évolutifs de l'utilisateur et faciliter le recours aux services existants les plus adaptés (urgences, hospitalisations, soins ambulatoires, réadaptation fonctionnelle, clubs thérapeutiques, groupes d'entraide...) afin de maintenir le processus de réhabilitation.
- Améliorer l'intégration des patients avec des problèmes psychiques dans la société en soutenant leur investissement dans leurs différents rôles sociaux.

B) Opérationnalisation:

- Création d'un réseau coordonné évolutif reprenant l'ensemble des acteurs nécessaires au processus de réhabilitation. Une cartographie sera réalisée par territoire. Elle tiendra compte des éléments suivants : proximité des soins, spécialisation des soins, diversité des soins. Les liens fonctionnels seront conventionnés. Le coordinateur veillera à son actualisation et à sa diffusion vers l'ensemble des services partenaires. Il élaborera un "mode d'emploi" sur le mode des arbres décisionnels qui répondra à deux questions : qui interpellé pour aider le patient à un processus de réhabilitation et comment ? Il s'assurera de la bonne maîtrise des procédures d'activation chez chaque partenaire.
- Création pour chaque usager du réseau d'un plan de service intégré (voir annexe 1 - PSI) qui permet à ce dernier et aux différents intervenants d'avoir une vision claire de qui fait quoi et dans quel objectif. Il reprend le trajet de soins élaboré sur le mode de la concertation lors de l'inclusion dans le dispositif.
- Création d'une fonction de « case manager » (référént) pour chaque patient qui aura pour mission d'évaluer sur un mode évolutif l'adéquation du plan de service intégré à la situation du patient et qui éventuellement pourra le modifier sur base des concertations cliniques.
- Création d'équipes spécialisées dans l'intervention au domicile en complémentarité des dispositifs existants.
- Création de contacts formalisés entre les représentants du réseau et les associations d'utilisateurs.

C) Evaluation :

- Nombre de patients inclus dans le dispositif.
- Evolution de l'utilisation des ressources psychiatriques par patient.
- Evolution de la qualité de vie.
- Evolution de l'adaptation socioprofessionnelle.
- Nombre de contacts avec les associations d'usagers.

2) Au niveau des professionnels :

A) Valeur ajoutée :

- Optimiser les liaisons des acteurs de soins vers les acteurs de la réadaptation, de la formation et de l'action sociale.
- Utiliser, par une bonne connaissance, les ressources du réseau pour leur expertise et leur spécificité, dans l'intérêt des usagers (compétences professionnelles).
- Participer au développement de nouvelles compétences professionnelles (équipes mobiles, médecins psychiatres à domicile...)

B) Opérationnalisation:

- Formation des partenaires à la logique du réseau créé et à l'utilisation de ses composantes.
- Formation des partenaires du secteur santé mentale aux logiques d'insertion, formation des partenaires du secteur socioprofessionnel et socioculturel aux logiques psychiatriques.
- Pratique des logiques d'immersion du personnel dans les services partenaires en insistant sur les logiques d'assimilation de cultures différentes.
- Développement d'un projet de recherche-action tant sur les compétences spécifiques (équipes mobiles, services d'urgence, case management, ...) que sur l'intérêt de leur articulation.

C) Evaluation :

- Nombre d'agents formés.
- Nombre d'expériences d'immersion.
- Nombre de conventions entre partenaires, associées à des procédures formalisées.
- Publications.
- Recommandations de bonnes pratiques

3) Au niveau du Réseau :

A) Valeur ajoutée.

- Développer des projets communs entre partenaires, en « mutualisant » les ressources.
- Permettre une intervention rapide et de proximité en liaison avec la première ligne généraliste.
- Optimiser les liaisons entre les soins et les dispositifs de l'action sociale et de l'insertion professionnelle.
- Participer à l'évaluation des bonnes pratiques en matière de construction de réseau (en lien avec les équipes scientifiques et les autres projets inscrits dans la phase exploratoire)

B) Opérationnalisation :

- Création de conventions de collaboration entre différents partenaires du réseau visant la continuité des soins autour de l'utilisateur ainsi que leur globalité.
- Implication du coordinateur dans les associations de généralistes.
- Création d'équipes mobiles permettant aux ressources du réseau ambulatoire de se mobiliser avec les moyens qui leurs sont impartis.

C) Evaluation :

- Nombre de conventions.
- Rapport d'activité des équipes mobiles.

4. Délimitation du domaine d'activité géographique

Nous proposons d'implanter le projet sur le territoire de l'arrondissement de Liège, ainsi que de l'arrondissement de Huy-Waremme. Le projet fusionné couvre ainsi une grande partie du territoire de la Plate-Forme Psychiatrique Liégeoise. Nous nous proposons d'opérationnaliser le réseau sur ce territoire tout en concentrant en un premier temps sur l'arrondissement de Liège les équipes mobiles. Il s'agira dans un second temps, d'étendre l'action à l'arrondissement de Huy-Waremme. Les équipes mobiles de chacun des promoteurs spécifieront chacune leur territoire.

Le territoire couvert par les deux projets présente une évidente cohérence. La densité de population du bassin Liège/Huy/Waremme/Visé qui lui donne des caractéristiques urbaines ou semi urbaines, l'intensité de la trame des communications, transports en commun compris, entre les pôles urbains, et la quasi fusion de leurs périphéries, donne à l'ensemble une unité de milieu de vie qui justifie de le considérer comme un bassin de soins unique. L'unité structurelle des sites de plusieurs acteurs du territoire (AIGS jusque Waremme et Visé, CHC avec Waremme et Hermalle, CHRH avec Waremme) facilite l'articulation des soins et sa rationalisation sur le territoire des deux bassins englobés dans une même entité.

L'arrondissement de Liège est composé des communes suivantes : Ans, Awans, Aywaille, Bassenge, Beyne-Heusay, Blégny, Chaudfontaine, Comblain-au-Pont, Dalhem, Esneux, Flémalle, Fléron, Grâce-Hollogne,

Herstal, Juprelle ,Liège ,Neupré ,Oupeye ,Saint-Nicolas, Seraing, Soumagne, Sprimont, Trooz et Visé. Cela représente 590972 personnes. (cf. annexe 2 - Caractéristiques de la population sur le territoire périphérique)

Une étude, de la Plate Forme psychiatrique liégeoise de 1999, démontre que deux personnes sur trois ont, sur ce territoire, rencontré un problème de santé mentale (1,8 problème par personne en moyenne) au cours de leur vie.

Le tableau ci-dessous représente, parmi les problématiques psychiatriques, la prévalence des différents troubles :

Troubles	Prévalences	Hommes	Femmes
Troubles thymiques	23,9%	8,6%	15,3%
Troubles anxieux	24,3%	15,7%	32,3%
Alcool – abus et dépendance	29,5%	46,3%	13,6%

Selon une étude de l'observatoire Wallon de la santé en 2001, dans l'arrondissement de Liège, l'état de santé "perçu" est inférieur à celui du Royaume comme en témoigne le tableau suivant :

	Très bonne santé	Bonne santé	Moyenne santé	Mauvaise santé	Très mauvaise santé
Arr. Liège	27.8%	40.8%	22.4%	6.9%	2.1%
Royaume	30.9%	44.00%	18.9%	4.9%	1.3%

Le bassin de desserte de l'arrondissement de Liège correspond à une zone urbaine à semi-urbaine dotée d'une densité institutionnelle en santé mentale riche et variée (cf. annexe 3 Listing Offres de soins)

L'offre de soins sur le territoire concerné apparaît suffisante en terme de moyens hospitaliers à l'exception des moyens liés aux hospitalisations sous contrainte et à l'organisation des services d'urgence psychiatrique. Elle est insuffisante en terme de moyens ambulatoires.

La conséquence de cette situation est la suivante : le patient a tendance à se "perdre" dans les interstices entre ces différents services au détriment d'une continuité des soins.

Le projet peut répondre à ce problème à deux niveaux :

- En amélioration la collaboration entre services afin d'améliorer le processus de « tuilage ».
- En mettant à disposition des services ambulatoires des équipes mobiles spécialisées avec une grande souplesse de fonctionnement permettant les interventions en dehors des murs et des heures.

5. Description de la nouvelle structure

5.1. Introduction

Les partenaires du projet fusionné engagent l'ensemble de leurs ressources sur la participation et l'ouverture de leurs équipements pour développer un partenariat dans le cadre de la construction du projet de réseau.

Dans le cadre du « 107 », ISoSL secteur Santé Mentale et CNDA avec le CHC envisagent chacun le développement de deux équipes de traitement à domicile dans la gestion de la crise et dans les soins aux patients présentant des difficultés psychiatriques chroniques, ce grâce au gel de 30 lits T pour ISoSL et 30 lits pour CNDA et 15 lits A pour CHC et aux engagements complémentaires par l'enveloppe budgétaire du projet.

Il s'agira d'évoluer progressivement vers un modèle organisationnel intégré, articulant les réalités fonctionnelles et institutionnelles des services publics et privés, régionaux et fédéraux, ... permettant d'élaborer des trajectoires de soins individualisés grâce aux spécificités de l'ensemble des partenaires existant sur le territoire et dans le respect du libre choix du patient.

Cette étape pose le cadre opérationnel du réseau, développe des procédures et construit des méthodologies dans une progression évolutive pour in fine, utiliser le dispositif autour du patient.

Naissance d'un réseau =

Structuration des outils de Santé Mentale des partenaires.

Résumé

- Réseau complet:

Offre de soins à tous les stades de la pathologie, adaptée individuellement = circuit de soins.

➤ Définition par chaque structure de son périmètre thérapeutique (quelle pathologie, à quelle phase de la maladie, dans quelle option et avec quel projet d'action ?)

➤ Aménagement de l'offre pour les besoins non couverts, éventuellement par collaboration structurelle, pour couvrir les 5 fonctions de base

➤ Allègement des structures matérielles et humaines par rationalisation des structures thérapeutiques en doublon et renforcement des fonctions insuffisantes ou absentes (équipes mobiles, lits de crise, lits IB, etc.)

➤ Structuration des collaborations avec la première ligne, les soins non psychiatriques, la pédo- et la géro- psychiatrie, les réseaux sociaux non psychiatriques et les acteurs de la société civile, pour améliorer la qualité tant de l'accès que de la sortie du réseau.

- Réseau coordonné:

➤ Cohérence d'action et continuité des soins quels que soient les méandres du trajet de soins, par l'instauration de protocoles consensuels.

➤ Coordination permanente du réseau en comité de travail, et des acteurs de terrain en réunion autour du patient

- Procédures unifiées de transfert du patient avec travail en commun pendant l'interphase (p.ex. période d'essai)
- Transfert de données cliniques favorisé par un langage commun, un support informatique compatible et sécurisé, des règles de confidentialité consensuelles
- Partage des ressources humaines régi par des protocoles souples (gardes partagées, financement du référent patient, etc...)
 - Réseau cohérent:
- Chaque acteur de soins cadre spécifiquement son périmètre d'action (Prévention, urgence, traitement, réhabilitation, etc...) et relaie vers les autres structures dès la sortie de son propre périmètre
- Les interfaces entre outils s'articulent de façon cohérente et les structures parallèles ou consécutives évitent les concurrences de territoire ou les doublons inutiles
- Le réseau assure à chaque trajet de soins individuel une continuité de soins garantissant le minimum de perte d'information, dans le respect de règles déontologiques communes.
- Les choix du patient prédominent aux choix des acteurs, pour autant qu'ils soient compatibles avec la cohérence des soins

5.2. Principes organisationnels de collaboration dans le réseau

Les principes organisationnels vont se fonder sur les lignes de force de la philosophie de base développées antérieurement. Si chaque partenaire doit garder son fonctionnement et ses compétences propres, la cohésion de l'ensemble nécessite des efforts d'adaptation de chacun tant au niveau de la fonction remplie que de l'articulation avec les autres fonctions dans le trajet de soins adapté à chaque patient.

A) Le réseau doit être complet :

La structuration du réseau nécessite de couvrir, sur le territoire défini, les cinq fonctions de base définies dans le projet. Il nous faut cependant être plus ambitieux et tenter d'offrir à la population concernée une palette de soins couvrant au maximum ses besoins pour toutes les pathologies, et à tous les stades de leur évolution (de l'urgence à la réhabilitation, du milieu de vie à l'hébergement non spécialisé).

Après que chaque structure aura défini son périmètre d'action thérapeutique (quelle pathologie peut être prise en charge, à quelle phase de la maladie, dans quelle option et avec quel projet d'action ? quel caseload, quelle population desservie, etc...), l'inventaire des ressources du réseau sera retravaillé en commun pour compléter ou replanifier l'action commune.

Ceci nécessite :

1. De simplifier nos fonctions si celles-ci s'avèrent redondantes et inutilement concurrentielles.
2. De différencier les fonctions lorsque celles-ci sont parallèles pour permettre un meilleur choix du patient entre structures équivalentes
3. D'adapter le champ d'action de chaque fonction pour que le relais d'une structure à l'autre soit adapté à l'évolution des nécessités des patients et couvre l'ensemble de leurs trajets de soins.
4. De réunir les forces et les moyens pour créer un outil dans un créneau d'action nécessaire mais manquant.

B) Le réseau doit être coordonné :

Le but du réseau est d'offrir pour chaque patient un trajet de soins spécifique, correspondant à ses besoins, et acceptant son libre choix, en articulant les outils et les compétences de chacun pour favoriser une continuité des soins harmonieuse non seulement sur le plan thérapeutique mais aussi sur le plan humain. Le circuit ainsi construit est une trame interconnectée en tous ses points sur laquelle le trajet de chaque patient s'imprimera selon ses besoins propres.

1. Le réseau doit développer un langage commun pour éviter les incohérences dans la communication.
2. Le réseau doit développer un système informatique et des moyens de transmission de données compatibles pour simplifier les contraintes de l'intendance et favoriser le partage des informations nécessaires entre acteurs, à tout interface rencontré.
3. Le réseau doit développer des procédures de transfert des patients tant au niveau des conditions de transfert, qu'à celui du relais harmonieux du plan de soins individualisé, ou de l'accord commun (coordination autour du patient) sur le projet thérapeutique.
4. Le réseau doit structurer la réponse aux sollicitations de la première ligne, en désignant de manière rapide et efficace l'interlocuteur le plus à même d'être activé. La communication permanente entre le réseau et la première ligne sera construit de telle sorte qu'elle garde une cohérence référentielle, quel que soit l'acteur momentanément activé.
5. Le rôle et la responsabilité de chacun doivent être précisés, en particulier lors des relais d'un outil à l'autre.

C) Le réseau doit être cohérent :

Si chaque partenaire doit garder en propre son identité culturelle, sa structure organisationnelle et ses règles de fonctionnement interne, il est cependant nécessaire de définir en commun des règles de fonctionnement partagées par tout le réseau.

1. Règles déontologiques communes et librement acceptées : continuité des soins, secret médical, place de la famille,...
1. Règles juridiques administratives et financières sécurisantes pour le partage des responsabilités entre structures et acteurs, du coût des offres de soins communes, etc...
2. Responsabilité médicale des actes confiés et partage du secret régis par des protocoles stricts
3. Protocoles précis de conservation et de gestion du dossier commun, issus de la concertation transversale autour du patient
4. Connaissance réciproque des outils de chacun, et des personnes qui les composent (réunions en tournante dans les différentes structures comme expérimenté au projet 100)
5. Partage éventuel de personnel pour la coordination structurelle, la concertation autour du patient, et le choix du référent du patient, mais aussi pour des fonctions ou des outils à mettre en commun.

5.3. Composition du réseau

5.3.1. Départ du projet

Pour construire le projet, nous avons choisi de définir un comité de pilotage constitué des représentants de ses partenaires principaux. Ce comité accompagne l'élaboration du projet qu'il soumet à ses instances décisionnelles, de façon à garantir la viabilité institutionnelle des engagements pris par chacun.

Sa composition reprend les partenaires principaux des deux projets fusionnés.

Projet ISOSL	Projet CNDA
3 représentants structure ISOSL 1 représentant CHR Citadelle 1 représentant AIGS	2 représentants CNDA 1 représentant NHL (CHC) 1 représentant CHU 1 représentant C.A. Baillon

5.3.2. Évolution du projet

Les partenaires privilégiés seront sollicités prioritairement pour les premières inclusions de patients dans les réseaux de soins, et l'élaboration des nouvelles structures (équipes mobiles). Très rapidement, et en fonction de l'évolution du projet, nous associerons à notre démarche en un premier temps les partenaires des soins spécialisés en santé mentale marquant leur adhésion et les partenaires de la première ligne (médecins généralistes, soins à domicile, maisons médicales, psychiatres traitants,...), et en une seconde étape, les autres intervenants partenaires de l'encadrement du patient :

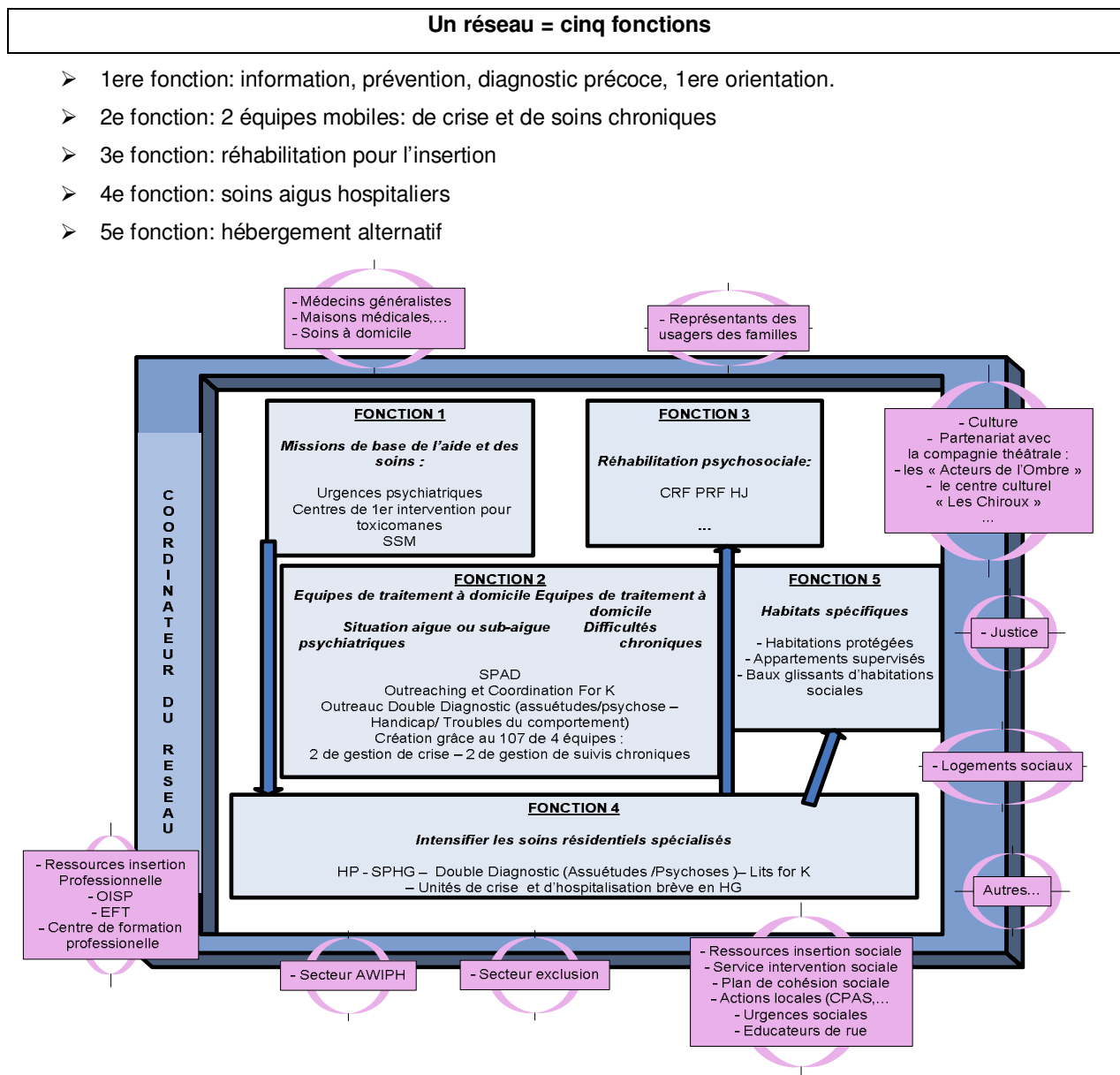
- les partenaires de l'aide sociale, de la formation professionnelle et de la culture (CPAS, Relais Social, logements sociaux, DIISP – Dispositif intégré d'insertion socioprofessionnelle,...) ;
- les représentants des usagers et des familles (Similes, Psytoyen, Together,...) ;
- les représentants du monde judiciaire et des pouvoirs locaux (juges de Paix, Parquet, administrateurs de biens, représentants de la Ville, des Communes,...).

Le concept de réseau s'élargit ainsi vers les autres acteurs, pour sortir de la seule approche des soins et permettre un véritable partenariat qui doit aboutir à l'insertion durable des personnes souffrant de problématique de santé mentale dans la société.

Cette concertation continue permettra de proposer au sein du réseau une offre intégrée et continue d'aide et de soins adaptés aux besoins individuels de chaque usager, basée sur l'optimisation du recours aux ressources territoriales, dans le respect du libre-choix du patient.

Les projets pilotes développés pour le territoire, qu'ils soient des compétences fédérales, des régions ou des communautés, trouveront place dans le dispositif.

5.3.3. Schéma du réseau



5.4. Description des fonctions :

Tous les services du territoire concerné pourront rejoindre les différentes ressources des 5 fonctions, pour autant qu'elles adhèrent aux procédures qui seront définies dans le cadre du projet.

Ils pourront aussi mobiliser le dispositif pour l'inclusion d'un usager relevant de la structure.

Il s'agit ici de présenter les différentes ressources de chacune des cinq fonctions qui sont mobilisables par les différents partenaires.

Ceci est un descriptif qui ne montre pas le caractère évolutif et dynamique que représente la mise en commun des ressources que l'on retrouvera dans la phase opérationnelle du travail en réseau et qui se traduira par la complémentarité de l'offre autour du patient.

Les liens de coopération seront fonction de chaque situation clinique. Ils seront élaborés lors des processus de concertation et consignés dans le plan de service intégré.

5.4.1. 1ère Fonction:

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

Résumé

A) information et formation

➤ Relevé des ressources actuelles du Réseau en matière d'information et de formation

Chaque partenaire développe déjà de façon organisée ou ponctuelle l'information et la formation à des niveaux variables. Le réseau, parce qu'il a l'Université comme partenaire, se doit d'étoffer cette fonction: Formation des étudiants et assistants, des spécialistes, formation continue et soutien scientifique des généralistes, formation des intervenants spécialisés (équipes mobiles) et non spécialisés (SISD, aide sociale): expertise universitaire, collaboration de tous les acteurs.

Effort commun pour étoffer cette fonction

Collaboration avec ➤Communauté, Province, Plateforme.

B) premier diagnostic et orientation

Toute demande d'avis par la première ligne doit trouver réponse dans un délai raisonnable

Avis de proximité par les SSM..

Soutien par les policliniques spécialisées des partenaires (Citadelle, Brull, CHU, IsoSI, CNDA, CHC...)

Intervention des permanences d'urgences psychiatriques pour compléter la réponse

➤1^{er} avis non urgent largement représenté : SSM, policliniques, expertise spécifique consultation CHU.

Délai raisonnable

➤Demande d'avis urgent de la 1^e ligne doit être traité au plus vite (délai de réponse <24h et réalisé <48h) et affiné de façon complète (examens complémentaires CHR Citadelle, CHU, NHL, CHRH)

➤Disponibilité du médecin de garde et/ou responsable de l'équipe mobile de crise pour avis urgent ou conseil téléphonique à la première ligne

➤Expertise mise en obs. non urgente consultation CHU CHC

Depuis 1996, les SSM ne peuvent plus faire de prévention, à l'exception d'informations au bénéfice de tiers professionnels. En conséquence :

Le volet prévention et promotion de la santé nécessite de solliciter les acteurs subventionnés par la Communauté française (PSE à l'école, CPMS, Centre local de promotion de la santé,...).

Les SSM partenaires du projet pourront en outre réaliser des informations au bénéfice de ces acteurs de première ligne.

A) Information et formation

Un effort global du réseau, soutenu éventuellement par la Plate-forme et la Province, à travers une collaboration large des acteurs sur tout le territoire desservi, devra être réalisé. L'Université de Liège représente un partenaire central dans cet effort.

Il existe cependant déjà chez de nombreux membres des activités informatives tant auprès de publics ciblés que d'acteurs de terrain qui sollicitent un soutien.

Ainsi l'Université de Liège est l'acteur incontournable de la formation psychiatrique des médecins généralistes et des spécialistes qui travailleront pour l'essentiel sur les territoires de la province. Les conférences de Colonster et autres journées d'études organisées par le professeur Anseau soutiennent la formation continue des psychiatres et psychologues de notre province.

Le CHR Citadelle, ISoSI, CHC, CNDA, etc organisent de manière régulière des conférences et journées d'études orientées vers les acteurs de soins spécialisés ou généralistes.

Le CHR, ISoSL, le Club André Baillon, et d'autres, organisent des formations pour les membres des maisons médicales ou les généralistes avec lesquels ils travaillent étroitement.

ISoSI et CNDA offrent des formations structurées aux personnels des services SISD.

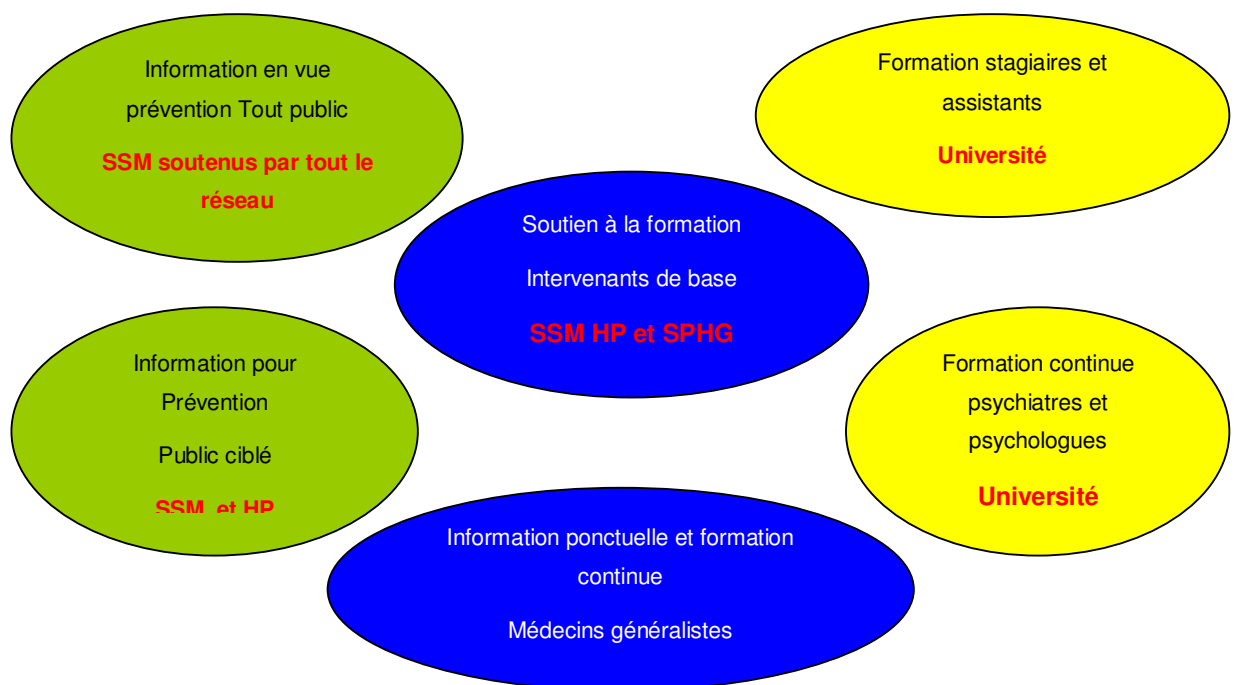
De même les hôpitaux psychiatriques ou les structures ambulatoires participent à différents niveaux à l'information et au soutien des familles des patients schizophrènes et bipolaires en collaboration avec l'ASBL Similes.

Enfin les médecins des différentes institutions rencontrent régulièrement les médecins généralistes dans leurs Glem pour leur formation continue.

Tout ceci mériterait d'être structuré et redistribué entre les différents acteurs. Nous solliciterons aussi pour ce faire la Communauté française qui est cosignataire du projet 107 et l'autorité subsidiaire pour les actions de prévention.

Il ne faut pas négliger dans le travail journalier la fonction informative de tous les acteurs en contact avec le milieu du patient. La nouvelle fonction des équipes mobiles à domicile renforcera, tant auprès de la première ligne que du milieu naturel du patient, ce rôle d'information et de formation de l'entourage qu'occupent déjà les services de santé mentale, et de manière générale tous les acteurs spécialisés des soins psychiatriques.

Schéma organisationnel de l'information et de la formation en santé mentale



B) 1^{er} diagnostic et orientation :

Cette fonction sous-entend un accueil accessible de la demande , l'organisation d'une réponse de proximité, basée sur un diagnostic qui permettra de donner une réponse adaptée aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population du territoire concerné.

La fonction des services de santé mentale, en étroite proximité avec les populations desservies et les acteurs de terrain, qu'ils soient ou non médicaux, donne à ces services une place privilégiée pour ce rôle qu'ils ne peuvent cependant actuellement remplir efficacement avec leurs moyens actuels.

Ce volet ne doit pas se résumer à la capacité d'offrir un premier diagnostic d'orientation à la population générale. Il s'agit en fait de restructurer et améliorer la porte d'entrée du circuit de soins spécialisés en santé mentale, et en particulier dans l'interface avec l'interlocuteur privilégié qui est le médecin traitant dont la fonction d'orientation est bien sûr primordiale.

1° Si l'entrée dans le circuit de santé mentale doit rester possible spontanément pour le patient (Urgences), ou par sollicitation expresse de son milieu de vie ou de la justice (protection de la personne), un échelonnement par le passage du médecin traitant reste le moyen le plus adapté et durable de collaboration entre les soins primaires et les soins spécialisés. Il semble aussi utile que les services d'Urgences, porte d'entrée fréquente, même en dehors des situations d'urgence, soient moins sollicités qu'actuellement, mécanisme dispendieux, qui dramatise le premier contact, dans de mauvaises conditions d'accueil, avec le circuit de santé mentale. Il nous faut donc favoriser l'envoi du patient par son médecin traitant pour avis psychiatrique.

En général l'avis ne nécessite pas une réponse urgente. Les consultations spécialisées, que ce soit en SSM ou en policlinique psychiatrique, offrent dans notre réseau de larges moyens pour répondre à la demande dans des délais raisonnables.

Il en va tout autrement d'une demande d'avis urgent. Les délais d'attente, en particulier dans le service de santé mentale, mais aussi en policlinique, sont incompatibles avec une situation critique. Il nous faudra donc coordonner, sur le modèle de la permanence psycho-sociale du CHR Citadelle, un créneau d'avis urgent (48h) en alternative à l'envoi au service d'urgences psychiatriques si le risque n'est pas majeur.

Nous pensons que la garde psychiatrique du CHC, telle qu'elle sera réorganisée, pourrait offrir aussi cet accueil en consultations avec un délai maximum de 48 heures. Cette offre d'urgences pourrait être doublée d'une permanence téléphonique au bénéfice des médecins généralistes qui nous sollicitent.

Enfin, les sollicitations urgentes dans une situation de dangerosité pour le patient ou autrui resteront l'apanage des Urgences générales, particulièrement bien représentées dans notre réseau (voir fonction 4).

Notons enfin que les services d'urgence du CHR et du CHU sont agréés par la Justice pour une expertise en cas de mise en observation d'urgence (Procureur du Roi). La procédure non urgente, initiée par le juge de paix, ne bénéficie pas actuellement de cette possibilité d'expertise rapide.

Cette fonction sous-entend un accueil accessible de la demande, l'organisation d'une réponse de proximité, basée sur un diagnostic qui permettra de donner une réponse adaptée aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population du territoire concerné Cette fonction sera remplie par les services de santé mentale (SSM) partenaires, par le service d'Urgence Médico-psycho-social du C.H.R., par le centre « START » pour les toxicomanes et au sein des policliniques d'ISoSL.

1) Les SSM (cf. Liste en annexe)

Apport dans le projet :

- Détection des troubles.
- Suivi des troubles dans le cadre de la prévention.
- Activités d'information/formation/supervision au bénéfice d'autres professionnels.

2) Le Centre **START** :

Il a comme mission de base, en tant que centre de première intervention pour toxicomanes, la détection de problématiques de santé mentale au sein de cette population mais également la prévention des comorbidités liées aux pratiques toxicomaniaques notamment dans le champ de la santé mentale.

3) Le service d'Urgence Médico-Psycho-Social du C.H.R. :

Il assure une mission de détection précoce, de dépistage et de pose d'un diagnostic notamment par le biais de ses consultations de crise largement utilisées par les médecins généralistes et autres acteurs de la santé. Il fonctionne 24h/24h et est composé de psychiatres et psychologues.

5.4.2. 2ème Fonction :

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

5.4.2.1. Des promoteurs CNDA et CHC

1°) Equipe mobile de crise

Résumé

- **Disponibilité 24h/24 et 7j/7**
- **Permanence de 2 équipiers (psychologue + infirmier ou A.S).**
- **Supervision d'un psychiatre responsable de l'équipe**
- **Permanence d'une responsabilité psychiatrique garde tél. avec déplacement possible 24h/24**
- **Camp de base Urgences CHC**
- **Rem: impossible sans fusion avec une équipe d'urgence psychiatrique et appui de lits de crise**

Dans les 5 options dévolues au réseau, l'équipe mobile de crise est celle qui éveille le plus de craintes de la part du personnel, le plus de difficulté pour l'organisateur, le plus d'incompréhension quant à sa fonction précise.

Fonction : il ne s'agit pas d'un SMUR répondant à toutes demandes d'intervention urgente au domicile du patient. L'équipe mobile de crise ne se trouve pas au niveau des urgences psychiatriques ni en amont de celle-ci. Elle doit permettre au contraire, au même niveau que les autres outils de gestion de la crise (voir

plus loin), mais en alternative à ceux-ci, de gérer la décompensation momentanée pour un patient jugé capable de rester à domicile.

La porte d'entrée la plus naturelle se trouve en aval des services d'Urgence psychiatrique, lorsque, l'urgence étant gérée, le potentiel de récurrence, ou la persistance d'une symptomatologie importante, permet néanmoins au psychiatre de décider d'un retour à domicile. Ce retour précaire dans le milieu de vie sera encadré par l'équipe mobile de crise, qui s'appuiera sur le médecin traitant, s'il existe, et sur les ressources du milieu naturel (famille, voisinage, ressources sociales) pour gérer la symptomatologie critique et les causes psychosociales qui en sont éventuellement la source.

Une autre porte d'entrée possible se fait à la demande du médecin traitant, après avis d'une consultation psychiatrique urgente, ce qui permet de court-circuiter le service d'urgence pour le patient dont le potentiel critique reste compatible avec le maintien au domicile, s'il est étroitement encadré par la collaboration du M.T. et de l'équipe mobile.

Caseload : le caseload demandé est de 30 patients/mois, c.à.d. 360 patients/an. Il faudra garder une certaine flexibilité de potentiel en file active, mais avec un plafond maximum de 45 patients, de telle sorte que le caseload moyen calculé sur l'année corresponde à ce qui est demandé.

Territoire : le territoire d'action est celui du réseau. Le temps de déplacement maximum ne devrait pas dépasser ½ h. La situation centrale du NHL permet de respecter cette contrainte.

Sortie du système : *la durée de traitement maximum étant strictement limitée (1 mois), le relais de l'action doit être préparé dès le début de la prise en charge.*

La sortie se fait soit par résolution de la crise, soit par un constat d'insuffisance des moyens.

1^{ère} Solution : Résolution de la crise

1. Le patient au mieux ne nécessite qu'une intervention spécialisée ponctuelle ou limitée et est réadressé à son médecin traitant après évaluation et structuration des ressources du milieu.
2. Le patient nécessite un suivi psychiatrique spécialisé et est adressé en consultation spécialisée au service de santé mentale proche de son domicile ou aux polycliniques du réseau (ou à tout psychiatre de son choix).
3. Le patient nécessite des moyens thérapeutiques importants pour éviter une récurrence. Il est adressé à l'équipe mobile pour patients chroniques à haut potentiel de récurrence.
4. Le patient nécessite des moyens de réhabilitation pour renforcer ses compétences d'adaptation au milieu de vie. Il est adressé aux ressources de réinsertion de la fonction 3.

2^{ème} Solution : Echec de l'intervention

1. La crise débouche sur une urgence – le patient peut être adressé à tout moment aux services d'Urgences du réseau.
2. Le potentiel de risque est jugé trop élevé – relais vers les Urgences ou programmation d'une hospitalisation résidentielle aiguë.
3. L'encadrement journalier est insuffisant pour un travail en profondeur – le patient est adressé au service de crise de l'hospitalisation de jour.

4. Le patient nécessite, de par sa pathologie, l'insuffisance ou la toxicité du milieu, ou l'imprévisibilité des risques, un hébergement continu. Il est adressé au service résidentiel d'un hôpital psychiatrique.

Durée du traitement : 30 jours maximum.

Il faudra vérifier sur le terrain si cette durée de prise en charge est compatible avec la réalité. Pour plus de flexibilité, il faudra probablement fixer une durée moyenne de séjour sur l'année plutôt qu'un délai maximum moins compatible avec l'adaptabilité aux différents cas rencontrés.

Composition de l'équipe :

1. Permanence 24h/24 de 2 équipiers en 3 pauses, composition : 1 psychologue et 1 infirmier. Ils agissent de concert au domicile du patient ou à la permanence pour gérer la crise et cadrer la symptomatologie ;
2. Gestion à moyen terme par un assistant social en horaire de jour qui coordonne le soutien du milieu et de la première ligne, et prépare le relais en fin d'intervention ;
3. Coordination de l'équipe et responsabilité médicale par le psychiatre qui voit le patient, sauf urgence, à sa consultation, supervise les interventions des équipiers, est l'interlocuteur du M.T. et prend la responsabilité des interventions et des décisions. Relais en dehors des heures ouvrables par la garde psychiatrique. Les membres de l'équipe forment un staff commun avec le personnel des urgences et du service de crise y attenants de telle sorte que la permanence nocturne ou de w.e. soit répartie sur plus de personnel
4. Réunions d'équipes en temps de midi qui réunit le personnel de jour des deux pauses, l'assistant social, le psychiatre et le secrétariat, en concertation pluridisciplinaire. Prévoir un temps de concertation réseau autour du patient (1 membre de l'équipe en référence)
5. Gestion médicale des dossiers (observations médicales, fiches de traitement, certificats, rapports, etc.) par le psychiatre responsable, gestion administrative par le secrétariat.

2°) Equipe mobile pour patients chroniques à haut potentiel de récurrence

Résumé

- **Permanence 6J/7 et 10h/24**
- **Suivi à domicile de patients à haut potentiel de récurrence**
- **Constitution d'équipes de deux intervenants (psychologue + infirmier ou A.S.), intervention sur le patient, sa famille et son milieu de vie, collaboration avec le Médecin Traitant et les Services de Soins à Domicile**
- **Psychiatre responsable de l'équipe (1/2 ETP)**
- **Suivi médical en consultation de policlinique**
- **Camp de base Hôpital de jour CNDA**
- **Difficilement concevable pour la permanence et le relais vers le circuit classique sans appui sur une équipe hospitalière (hosp. de jour) et une policlinique psychiatrique. Appui sur un SPAD souhaitable**

L'équipe mobile pour patients chroniques représente en réalité un outil dont tout psychiatre ayant travaillé en institution rêve de pouvoir bénéficier.

En fait, la collaboration par les services de soins à domicile et les projets d'accompagnement du patient en sortie d'hospitalisation de type SPAD en sont une première ébauche.

Il est en effet évident que la fréquence de réhospitalisation en hôpital psychiatrique peut être diminuée par un accompagnement à domicile spécifique et spécialisé, en s'appuyant parallèlement sur les ressources de la 1^{ère} ligne et du milieu de vie du patient.

Le risque est cependant présent de s'adresser à des patients à faible potentiel de rechute et de réhospitalisation qui bénéficieraient par effet d'aubaine d'un encadrement supplémentaire certes utile mais qui dès lors restreindraient la disponibilité du service pour les patients à haut potentiel de réhospitalisation.

Notre structure de réseau sera particulièrement attentive à cet élément et devra déterminer clairement les conditions d'entrée et de sortie pour les bénéficiaires, sur des critères de gravité scientifiquement étayés.

Fonction : il s'agira donc d'encadrer la réintégration ou le maintien à domicile du patient dont les rechutes symptomatiques fréquentes entraînent des hospitalisations répétées ou du patient dont la persistance symptomatique induit une hospitalisation prolongée malgré un bon potentiel de réinsertion.

L'équipe mobile pour patients chroniques se positionne donc en aval de l'hôpital psychiatrique, ou éventuellement des structures de gestion de la crise, pour autant que celle-ci ait été répétée et invalidante

Porte d'entrée : la prise en charge se fait à la demande d'un psychiatre à la sortie de la fonction 4, ou éventuellement de la fonction 2 équipe mobile de crise. Il faudra définir de manière précise le protocole d'entrée de l'outil.

Caseload : des chiffres de 250 à 400 patients ont été cités. Le chiffre maximum ne nous semble de prime abord pas praticable. Si nous envisageons en effet au minimum un contact patient/mois par l'équipe au domicile de celui-ci, avec un fonctionnement de l'équipe fixé à 60 heures par semaine, nous arrivons à une moyenne de contact de 30 min./patient, sans compter le déplacement. Il nous semble raisonnable de commencer avec un objectif de 150 patients choisis pour leur haut potentiel de récurrence. L'objectif de 250 nous semble un maximum, et nécessite d'élargir l'équipe de base (les calculs d'ETP libérables permettent de l'envisager).

Territoire pour l'équipe mobile chronique : le territoire d'action s'étend sur le territoire du projet, avec des déplacements qui ne doivent pas dépasser une ½ heure.

Durée de traitement et sortie du système : la durée de traitement est théoriquement non limitée. Cependant, notre expérience nous a montré qu'en cas de durée d'hospitalisation, ici de prise en charge, indéterminée, la structure et les équipes ont tendance à prolonger celle-ci de manière importante par surprotection. Dans ces conditions, même si le patient est réintégré à son domicile, le piège à la dépendance se referme malgré tout sur lui. D'autres part, il est évident que le caseload limité empêche l'entrée de nouveaux patients si la sortie est lente, et l'équipe s'installera vite dans une routine de soutien pour patients chronicisés, la reprise de la prise en charge par la 1^{ère} ligne deviendra illusoire, et par effet de domino le système aigu se grippera faute d'aval pour ses structures, et se chronicisera lui aussi.

Nous pensons donc qu'il vaut mieux avoir une durée d'hospitalisation limitée (à voir avec l'expérience mais une durée moyenne de 2 ans nous semble très confortable) avec un caseload plus étroit mais une charge de travail par patient plus conséquente. Ceci donne 10 entrées/mois, ce qui est tout à fait raisonnable pour le potentiel de l'équipe.

La sortie idéale du système est un retour vers la prise en charge de 1^{ère} ligne par le médecin traitant, solution que l'on néglige trop souvent pour les patients chroniques stabilisés. Il peut être épaulé par un soutien en consultation spécialisée par les services de santé mentale, les polycliniques hospitalières ou les spécialistes privés.

La persistance des symptômes déficitaires, fréquente chez ces patients, nécessitera souvent le relais vers les services intégrés de soins à domicile, soutenus dans un premier temps par le SPAD.

Si la stabilisation à domicile se heurte à un manque de ressources du patient, le relais, ou le travail en parallèle, des moyens de réadaptation de la 3^{ème} fonction sont mis en branle.

Les clubs thérapeutiques et/ou les clubs de self help encadrés ou non peuvent compléter les moyens de réinsertion pour la gestion d'un handicap permanent.

Composition de l'équipe : le travail thérapeutique auprès de ces patients nécessite un déplacement à domicile essentiellement pendant les premiers temps de la prise en charge, où la cogestion et le contact direct avec la 1^{ère} ligne, le milieu familial, et les structures sociétales non spécialisés, sont importants.

Au fur et à mesure de la réussite de la réinsertion, le travail peut se faire de plus en plus dans les locaux de consultation, l'équipe n'étant sollicitée en déplacement que pour révision du projet thérapeutique pluridisciplinaire, ou face à un risque de rechute avec mauvaise compliance. Le SPAD peut intervenir en relais momentané vers les services non spécialisés d'aide à domicile. D'autre part, pour des patients où la stabilisation symptomatique est déjà importante, le déplacement en duo n'est plus vraiment nécessaire, même pour les interventions au domicile du patient.

Avant expérimentation du système, nous envisagerons cependant l'équipe mobile pour patients chroniques sur le modèle de l'équipe de crise, seuls les horaires d'ouverture étant différents.

1. Permanence 10h par jour en deux pauses superposées.

Composition : un psychologue et un infirmier par pause.

Ceci permet pour la moitié du temps de dédoubler les équipes fonctionnelles.

2. Gestion sociale en horaire D par l'assistant social, qui assure l'interface de l'équipe et des intervenants de 1^{ère} ligne et prépare le relais pour clore l'intervention spécialisée.
3. Coordination de l'équipe et responsabilité médicale par le psychiatre.

Il voit le patient à sa consultation, supervise les interventions des équipiers, est l'interlocuteur du médecin traitant et prend la responsabilité des interventions et des décisions.

Relais en dehors des heures ouvrables par la garde psychiatrique.

Les membres de l'équipe forment un staff commun avec le personnel de l'hôpital de jour dont la fonction est proche, tant en amont (hôpital de jour de crise) qu'en parallèle (H J de réhabilitation).

5.4.2.2. Du promoteur ISOsL

ISOsL a mis en route un projet de soins psychiatriques à domicile en partenariat avec l'AIGS, appelé SPADI (Soins Psychiatriques A Domicile Intégrés) qui travaille sur le modèle des "assertive community treatment".

Les Habitations Protégées Liégeoises, dont sont partenaires ISoSL, AIGS et Similes, ont aussi obtenu un projet pilote de "soins psychiques pour personnes résidant à domicile" (Concerto) qui concerne essentiellement la coordination et/ou le coaching du soin au domicile.

Il s'agit maintenant de s'appuyer sur cette double expertise pour développer **deux équipes mobiles importantes**, complémentaires à Concerto, travaillant sur un territoire déterminé dont elles maîtrisent la connaissance des ressources. Ces équipes auront pour mission de répondre à toute demande d'inclusion répondant aux critères déterminés (inclusion – exclusion) quel que soit le partenaire qui la sollicite, psychiatre de garde, médecin généraliste, SSM, Relais Social, urgences, centre de réadaptation fonctionnelle, partenaires du réseau social public ou privé Elles travailleront sur une catégorisation des demandes :

- **Situation pré-aigue** : révélée par une réactivation des symptômes connus ou des attitudes comportementales bizarres et inquiétantes pour l'entourage sans véritable état de crise
- **Situation aigue** qui nécessite une intervention dans un délai de 48H maximum:
- **Situation chronique** qui permet d'élaborer ou de réaliser une offre de suivi à domicile d'un partenaire du réseau dans la continuité ou la complémentarité des soins en cours

Ces équipes coordonnées par un infirmier en chef travailleront en collaboration étroite avec les projets pilotes SPAD et les services d'urgence des hôpitaux généraux, en particulier les urgences médico-psycho-sociales du CHR Citadelle.

1) Equipe de traitement ambulatoire de crise ETAC (situations aigües)

Elle examine la possibilité d'intervenir dans le milieu de vie de la personne malade mentale sans compromettre la sécurité du malade, de son entourage et du personnel de façon à apporter l'aide et les soins adaptés aux besoins de la personne.

L'équipe de crise est basée auprès du service des urgences médico-psycho-sociales du CHR de la Citadelle et joue de cette intégration pour assurer une garde téléphonique ou de consultation dans le service des urgences. 24H/24 et 7J/7. Elle fera appel aux services de l'aide médicale urgente et/ou à la police pour les situations d'urgence. :

- Toute nouvelle demande devra être évaluée par l'équipe et le psychiatre dans un délai de 24 à 48h.
- Les visites au domicile ne se feront qu'à la demande d'un médecin (médecin traitant, psychiatre, des urgences et seulement entre 8 et 20h). En dehors de ces heures, les évaluations urgentes devront se faire aux urgences des hôpitaux généraux et pourront être référées au service d'urgence Médico-psycho-social de la Citadelle.
- Le premier contact avec un usager, s'il a lieu au domicile, devra être pris par deux membres de l'équipe, en présence du médecin traitant et des proches de l'usager, vivant sous le même toit ou non
- Les prises en charge se limiteront à une durée d'un mois et feront partie du P.S.I. du patient. La fréquence du soutien en consultations ambulatoires ou au domicile sera adapté aux besoins de la personne et de son entourage.
- La volonté de l'intéressé et de l'entourage sera toujours considérée comme une condition de prise en charge.

- L'équipe examinera selon un protocole déterminé les partenaires en santé mentale pertinents dans la situation.
- Un projet thérapeutique personnalisé sera élaboré en concertation avec l'utilisateur, le médecin traitant et les proches, comprenant un planning hebdomadaire (document standardisé et contractualisé) de visites d'intervenants psychiatriques, d'activités thérapeutiques dans la mesure du possible intégrées dans la cité, rendez-vous avec psychologue, médecin traitant et orientation vers les dispositifs de réinsertion adaptés aux besoins et aux possibilités de la personne (milieu associatif, culturel, professionnel,...).
- L'utilisateur et les proches bénéficient pendant la durée de prise en charge du numéro de téléphone de l'équipe mobile joignable 24H/24 et 7j/7; l'intégration de l'équipe ETAC au service de crise et des urgences du CHR favorise la connaissance des suivis et par là, l'adéquation de la réponse à l'appel.
- La sortie du suivi par l'ETAC (après 1 mois maximum) se fait idéalement de manière programmée. Soit la situation ne justifie plus de suivi, soit elle est transférée vers un après une amélioration suffisante des troubles initiaux, soit en évoluant vers un suivi de type SPADI ou vers un dispositif ambulatoire activé, soit encore vers une hospitalisation en cas d'aggravation des troubles.

2) L'équipe de Soins Psychiatriques A Domicile Intégrés, SPADI (situations chroniques et pré-aigües)

L'objectif des SPADI est de permettre à un public spécifique souffrant d'une maladie mentale de quitter ou d'éviter le milieu hospitalier en bénéficiant de soins psychiatriques assurés par une équipe mobile pluridisciplinaire, jusqu'à la création de liens effectifs avec les travailleurs d'une ou des infrastructures ambulatoires. L'équipe adaptera le modèle d'intervention SPADI, qui associe des intervenants dotés d'une expertise acquise au sein de l'hôpital psychiatrique d'ISOSL à des intervenants dotés d'une expertise ambulatoire des services de l'AIGS. Elle se spécialisera en pools territoriaux pour maîtriser la connaissance des ressources du territoire et optimiser leur utilisation en fonction des besoins du patient. Elle travaille dans le respect de la philosophie et des procédures déterminées et, bien entendu, dans le respect des droits de la personne, de la systémique familiale ou de son environnement individuel et de son identité.

- La plupart des patients seront connus des services psychiatriques et des services psychosociaux. Ils seront rencontrés au sein même de la structure référent avant le suivi à domicile proprement dit. Un formulaire de candidature (cf. annexe 4 – Formulaire actuel de candidature SPADI) sera rempli avec le service demandeur. La candidature sera analysée en collaboration avec les deux psychiatres titulaires des SPADI.
- L'équipe de crise et les psychiatres seront à l'origine de la majorité des demandes, qui devront être traitées dans les 15 jours.
- La durée des prises en charge dépendra du type de problématique (durée moyenne d'un an et demi); la fréquence des passages dans le milieu de vie sera déterminée en fonction des besoins de la personne suivie et tendra à un estompage progressif au bénéfice de liens dans le réseau. L'équipe encouragera l'intervention de tous les partenaires utiles au maintien du patient dans son lieu de vie et de son insertion dans la société afin de ne pas se rendre indispensable.
- L'équipe propose un soutien, un encadrement, un travail de l'autonomie et le développement d'un réseau de support social, voire socio-professionnel des usagers ; elle associe le médecin traitant et les proches, dans la mesure du possible, à la construction du Plan de Soins Individualisé (cf. contrat thérapeutique

actuel de Spadi annexe 5) et aux concertations utiles. La finalité est le maintien de l'utilisateur dans son domicile.

- L'équipe SPADI est mobile, elle intervient sur le territoire et au domicile de l'utilisateur.
- Elle œuvrera à maintenir les personnes dans leur milieu de vie avec la meilleure qualité de vie possible et à éviter les décompensations et les hospitalisations.
- Cette équipe sera active entre 8h00 et 18h 5j/7j.
- Elle mettra fin de façon concertée au suivi, idéalement, lorsque la personne et le réseau de soins ont un fonctionnement stable, structuré et autonome.
- Elle offre la fonction de case management en fin de suivi (appel possible si besoin par l'utilisateur, un proche, un partenaire,...) pour préserver la stabilisation de l'utilisateur et du réseau mis en place, voire accompagner dans de bonnes conditions une réhospitalisation qui serait nécessaire.
- Elle permet aux personnes suivies de recourir à une garde téléphonique 7J/7 24H/24. via les urgences médico-psycho-sociales, préalablement informés par les intervenants de situations à risque.

Critères d'admission :

- Reconnaissance des problèmes handicapant la vie en dehors de l'hôpital
- Acceptation d'une relation d'aide à domicile
- Diagnostic posé de maladie mentale
- Stabilisation des signes et symptômes compromettant la sécurité du patient et de son entourage
- Psychiatre traitant

Un dossier de suivi adapté aux nécessités spécifiques du travail ambulatoire est déjà utilisé. Il sera ajusté aux exigences de l'adaptation de SPADI à ces nouvelles perspectives.

Outre la collaboration déjà évoquée avec le projet « Concerto », ces deux équipes mobiles veilleront à une bonne articulation de leurs actions avec les projets suivants :

- Le projet MIKado, qui s'inscrit dans le trajet de soins pour les jeunes (< 18 ans) avec une problématique psychiatrique. Ce service propose une équipe mobile d'outreaching. L'objectif est d'éviter une admission ou une réadmission dans une Unité de Traitement Intensif (UTI).
- Le projet L.I.L.A.S. qui a une fonction d'outreaching dans le cadre du projet-pilote Dédale de traitement intensif de patients présentant un double diagnostic. Cette équipe présente les mêmes objectifs et fonctionnalités que l'équipe MIKado. Elle a une mission de suivi pré et post-hospitalier.

5.4.3. 3^{ème} Fonction :

Réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale

Nous pensons qu'il y a lieu de distinguer différents niveaux de réhabilitation :

1° Trouble ou déficit du lien social :

- En aval direct, ou en parallèle, au traitement de la symptomatologie aiguë, la réhabilitation du lien social est intimement liée au soin aigu. Il est nécessaire en effet dans le plan de soins d'hospitalisation de prévoir un travail psychothérapique et sociothérapique de reconstruction du lien avec le milieu familial. C'est la raison par ex. des weekends thérapeutiques en hospitalisation.
- Dès le retour à domicile, le projet thérapeutique hospitalier peut se poursuivre en postcure, dans les conditions réelles de contraintes et d'exigences sociales, et en prise directe avec le milieu de vie ;
- Si le lien social est plus gravement perturbé, la restauration du lien social nécessite un moment thérapeutique particulier qui lui est dédié :
 - a) l'Hôpital de jour La Clé, dès la phase thérapeutique, investit la restauration de la communication sociale en traitement intensif ;
 - b) l'Hôpital de jour Notre-Dame des Anges dédiera 15 lits spécifiques pour une action à plus long terme, et à la carte, du déficit relationnel en relais progressif vers le milieu de vie ;
 - c) de même, le Club André Baillon a développé son service de réinsertion fonctionnelle dans des compétences de réinsertion sociale et citoyenne pour les pathologies les plus déficitaires, où les troubles communicationnels sont à l'avant-plan.

2° Troubles ou déficits praxiques perturbant la réinsertion :

- Les patients nécessitent souvent en aval de leur symptomatologie aiguë un apprentissage ou réapprentissage des fonctions praxiques nécessaires à l'autonomie. L'apprentissage des activités de vie journalière fait partie des fonctions de réinsertion tant du C.R.F. que de l'hôpital de jour ;
- Il est cependant nécessaire de poursuivre cette restauration des fonctions praxiques dans le cadre habituel du patient. Les fonctions SPAD dont nous espérons bénéficier à Huy et à Liège, et les Services de Soins à Domicile par l'intermédiaire de notre partenaire ASD permettront ce relais progressif en milieu de vie ;
- Il reste un certain nombre de pathologies dont les déficits d'insertion sont plus difficiles à restaurer ou même impossibles. Nous pensons qu'il y a lieu de dédier un certain nombre de logements pour ce réapprentissage pas à pas en habitation protégée (Club André Baillon, habitations protégées de Huy, L'Essor) ou dans des appartements supervisés qui sont prévus dans la reprogrammation des lits du réseau.

3° Déficiences permanentes à compenser:

- Certains déficits persistants nécessitent une aide permanente ou des outils de soutien adaptés. Pour ce qui est des déficits compatibles avec l'insertion dans le milieu, nous avons déjà développé en partie et continuerons à développer des instruments de centre de jour d'orientation dont le but est de faire le lien entre le patient et les structures citoyennes existantes (club de sport, culturel, etc.) ;
- Il faut prévoir aussi des instruments spécifiques offrant un soutien spécialisé persistant (club thérapeutique) ou un auto renforcement encadré a minima (club self help), outils déjà initiés par les partenaires du service de santé mentale du Club André Baillon et de l'ASBL Espace Glain.

4° Réinsertion professionnelle :

- Il faudra enfin développer avec les partenaires extérieurs (orientation scolaire, FOREM ...) le volet « Réorientation et Réinsertion professionnelle ». Les structures de l'AWIPH seront aussi sollicitées si la

réinsertion professionnelle nécessite un réapprentissage, ou un emploi adapté en cas de déficit permanent

Cette fonction sera réalisée par huit équipes équitablement dispersées sur la zone d'action. Notons que toutes ces équipes sont en lien direct avec l'ensemble des initiatives compétentes en matière de réinsertion professionnelle dont une partie est sous l'égide de l'A.I.G.S. (O.I.S.P., E.F.T., C.F.P.)

Il s'agit de :

1) Les centres de réadaptation fonctionnelle de l'A.I.G.S. et du Club André Baillon:

Dans le projet, ces services auront pour but d'offrir à certaines catégories de patients psychiatriques, dans un stade spécifique de leur maladie, un programme ambulatoire de rééducation psychosociale de durée limitée, visant à développer, dans un délai assez court, leur niveau d'autonomie au niveau du logement et de l'accès à la formation et l'emploi.

Ces services impliqués dans le projet sont les suivants :

- CRP « L'Ancre », Rue du Roi Albert, 235 à 4680 Oupeye.
- CRF « Le Maillet », Rue Cardinal Mercie, 312 à 4610 Beyne Heusay
- CRF « L'Intervalle », Chaussée Brunehaut, 268 à 4041 Vottem
- CRF « Le Sablier », Rue du Village, 38 à 4690 Eben Emael.
- CRF André Baillon Avenue de l'Observatoire à 4000 LIEGE

2) L'ASBL Réflexions pour les patients psychotiques (demande de reconnaissance comme club thérapeutique du SSM Franchimontois)

Réflexions est un espace ambulatoire de soins, de self-help et de soutien pour les personnes souffrant de troubles psychotiques. Elle est également un centre d'information sur la psychose. Elle vise par-là à faciliter la compliance médicamenteuse, l'intégration psychologique de la maladie dans la vie quotidienne (deuil, organisation pratique, stigmatisation...), la réhabilitation psycho-sociale des personnes atteintes, pour qu'elles deviennent capables de comprendre leurs symptômes invalidants, et ainsi de mieux les gérer en poursuivant les soins nécessaires.

3) Le Balancier organise au sein et en dehors de l'hôpital psychiatrique d'ISoSL des séances d'information et de soutien à l'intention de patients bipolaires **et de leurs proches** en parallèle avec un programme de psycho-éducation pour patients.

4) La Maison d'Action Socio- Sanitaire d'ISoSL, centre de Revalidation Fonctionnelle pour toxicomanes aux drogues illicites

Le travail de l'équipe avec ce public particulier se centre essentiellement sur les logiques d'insertion sociale au sens premier du terme: l démarches administratives de remise en ordre de l'assurabilité sociale, amélioration de la situation sur le plan du logement, l'orientation vers des centres axés sur la requalification et/ou la formation professionnelle (CRF, EFT,...), accessibilité aux soins médicaux.

5) La Postcure de Réadaptation Fonctionnelle (PRF) en post hospitalisation des sites Agora et Petit Bourgogne

La « PRF » a une durée de 3 mois renouvelable une fois. Elle permet d'une part la poursuite des activités thérapeutiques spécifiques débutées lors de la prise en charge hospitalière et d'autre part de passer en douceur d'une prise en charge 24H/24 vers une formule de vie autonome en consolidant les liens au réseau ambulatoire.

6) Les services de formation et d'insertion socioprofessionnelle de l'AIGS

Là où les CRF constituent l'interface entre les soins et l'insertion, les structures OISP, EFT, CFP, voire SIS permettent un suivi du projet socioprofessionnel avec l'appui du réseau socio-sanitaire. Ces structures d'insertion sont dès lors parties prenantes des PSI.

7) L'intégration des usagers dans des projets communautaires

L'adhésion aux plans de cohésion sociale de différentes communes de la région liégeoise favorise l'émergence de projets où l'usager devient acteur du développement de son quartier. L' AIGS est promoteur de telles expériences à Herstal, Saint-Nicolas et Oupeye.

En outre, l'ASBL d'usagers TOGETHER développe des clubs de loisirs qui s'inscrivent dans le même objectif de retissage des liens sociaux de même que SUN du Club André Baillon

5.4.4. 4^{ème} Fonction :

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

Principes de base :

- **Le secteur hospitalier se recentre sur l'aspect thérapeutique, et non plus protectionnel, en favorisant le relais vers le domicile ou l'hébergement alternatif.**
- **Les soins intensifs se structurent de l'urgence au traitement chronique des patients instables, sans oublier le traitement semi-résidentiel intensif.**
- **L'intensité du traitement justifie le recours hospitalier, plus que la durée d'hospitalisation, mais en favorisant au maximum le relais vers les soins dans le milieu de vie.**

Introduction

Le guide pour de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuit et de réseaux de soins indique que la fonction de traitement résidentiel en hôpital psychiatrique ou hôpital général doit se concentrer sur les soins intensifs (et sous-entendu bien sûr au détriment des fonctions de protection et d'hébergement des patients stabilisés). C'est la raison pour laquelle notre réseau a voulu réfléchir en profondeur à la fonction hospitalière, résidentielle ou autre, dans le circuit de soins de santé mentale, et proposer dans cet esprit un large réaménagement des lits et des fonctions hospitalières pour les rapprocher du projet global de la réforme.

Nous avons souligné que notre projet ne se contente pas de libérer un financement pour la constitution des équipes mobiles. C'est en effet toute la fonction hospitalière qui est ici réenvisagée, des Urgences jusqu'aux soins de longue durée, en passant par l'interface avec le domicile et la première ligne. La 2^{ème} fonction en équipe mobile, la 3^{ème} fonction de réhabilitation et la 4^{ème} fonction de soins intensifs et aigus sont donc

intimement articulées, d'autant que nous pensons que la distinction hospitalier - extrahospitalier n'est plus véritablement opérationnelle dans la nouvelle organisation des soins.

En nous concentrant sur la 4^{ème} fonction, nous nous limiterons ici au statut hospitalier des outils du réseau.

Les soins intensifs (au sens de fonction thérapeutique aiguë) se structurent, dans les faits, de l'Urgence, dont l'intervention est parfois très ponctuelle, jusqu'au traitement intensif prolongé des patients instables dont le potentiel de dangerosité reste longtemps présent. C'est en effet l'intensité du traitement, sa technicité, la nécessité de s'appuyer sur des structures matérielles et humaines incompatibles avec les soins ambulatoires, qui justifient le recours à l'hospitalisation plutôt que le caractère résidentiel ou intra-muros de l'intervention.

D'autre part, c'est le caractère intensif des soins qui justifie la durée nécessaire de l'hospitalisation plutôt que des normes précises fixant cette durée. Négliger ce principe revient à négliger le besoin du patient, que nous proclamons être au centre de nos préoccupations, au profit de normes administratives qui sont le reflet des besoins des structures.

Il faut cependant rendre sa raison d'être première à la fonction psychiatrique hospitalière : le diagnostic et le traitement aigu des symptômes psychiatriques. Le traitement hospitalier doit tendre au retour à domicile du patient dans les plus brefs délais, et idéalement au seul relais de la 1^{ère} ligne non spécialisée. La prise en charge des déficits persistants, résidentielle ou autre, ne doit pas être négligée, mais relève d'autres structures, spécialisées ou non (fonctions 2b,3,5).

Urgences et crise hospitalières

Notre réseau est déjà très bien représenté pour accueillir les urgences psychiatriques avec le partenaire du CHU sur deux sites (Bruyères et Sart Tilman), le CHC actuellement sur 5 sites (St Joseph, Espérance, Hermalle, Waremme et Heusy) et notre partenaire du CHR Hutois sur son site hospitalier.

Nous envisageons d'autre part de développer, à partir des Urgences du CHC, une structure intégrée d'accueil des urgences et de la crise, deux moments thérapeutiques dont la gestion est souvent emboîtée. Le rapprochement géographique des structures de soins du CHC et du CNDA élargira cette intégration pour les symptomatologies aiguës à haut potentiel de risque aux unités de soins intensifs résidentiels (lits IB) et structures semi-résidentielles aiguës (Hôpital de jour de crise).

Concrètement le service d'Urgence du CHC sera soutenu par un service d'Urgence psychiatrique spécifique avec locaux et personnel en propre. Ainsi l'interface d'urgences somatiques et psychiatriques fonctionnera en étroite collaboration entre spécialistes spécifiques. Sur le même site, et partageant la même équipe, nous pourrions disposer de 6 lits de crise de courte durée pouvant différer ou éviter l'hospitalisation psychiatrique. Enfin le site sera aussi le camp de base de l'équipe mobile de gestion ambulatoire de la crise.

Les services d'Urgences, pour être efficaces, nécessitent un aval rapide et cohérent. Les troubles à haut potentiel de risque persistant ou présentant des comportements incompatibles avec leur gestion aux urgences (ex PTCA) bénéficieront donc d'un relais spécifique et rapide vers les deux unités de soins intensifs, sur le site de CNDA, dans une architecture et avec des équipes de soins spécifiques (lits de types IB). La gestion de la crise non résolue aux Urgences pourra être relayée par un dispositif résidentiel (6 lits CHC), semi-résidentiel (15 lits H. jour CNDA), ou ambulatoire (30 places d'équipe mobile de crise).

Cette nouvelle gestion de l'urgence devrait permettre une approche beaucoup plus humaine de la décompensation psychiatrique. L'amélioration de l'aval des urgences et le développement d'outils spécifiques de crise permettront, nous n'en doutons pas, d'éviter un grand nombre d'hospitalisations psychiatriques résidentielles.

Unités intensives de traitement résidentiel

Remarque préliminaire :

Ce titre, proposé par le guide, nous semble malheureux, et nous nous en expliquons :

1° il ne s'agit pas uniquement de traitement résidentiel, les lits a1 et a2 ont en effet pour une large part une fonction de traitement aigu, de première intention, à l'instar des lits A résidentiels. Comme il l'a été encore développé lors du dernier congrès francophone des hôpitaux de jour (Verviers 2010), le potentiel de traitement en semi-résidentiel est comparable, à l'exception des moyens de surveillance, et l'économie des moyens hôteliers en fait un outil économique, flexible et efficace.

2° Il vaut mieux réserver le terme intensif aux services IB, conçus et encadrés pour cette fonction (par analogie avec les soins intensifs somatiques). Nous proposons de redéfinir la fonction de service A en unités de diagnostic et de traitement, pour la distinguer de la fonction de revalidation (lits T) et de la fonction d'encadrement thérapeutique (lits MSP).

Nous l'avons dit auparavant, nous avons voulu pousser au plus loin l'esprit de cette réforme, et recentrer ainsi la fonction hospitalière sur sa raison première : le soin aigu. C'est déjà le fonctionnement actuel des partenaires du CHU et du CHRH. Les lits hospitaliers de Rocourt et de CNDA avaient aussi de longue date entamé une politique de recentrage sur les soins aigus. La réforme renforcera cette option volontariste.

Comme nous l'avons souligné, les hôpitaux du Centre Hospitalier Chrétien et l'hôpital Notre-Dame des Anges vont échanger, et partager, largement leurs ressources pour réaménager leurs fonctions hospitalières et les rendre plus efficaces dans la gestion intensive des décompensations psychiatriques.

Concrètement les lits de longue durée de traitement chronique (135 lits T sur le site CNDA) seront en grande partie sacrifiés au bénéfice de l'intensification des soins.

Quatre unités de 30 lits A (120 lits résidentiels) seront le *core business* de la clinique Notre-Dame des Anges. Comme l'expérience accumulée de longue date par cet hôpital le permet, ils seront dédiés aux soins résidentiels des pathologies psychiatriques majeures et qui nécessitent l'encadrement humain et les structures sécurisées les plus importantes (psychoses, bipolarités et dépressions majeures, assuétudes troubles limites, suicides et automutilations, troubles comportementaux, etc.). Ils seront complétés de 2 unités de 8 lits de type soins intensifs (lits IB) évoqués ci-dessus. Ils prendront en charge, dans des locaux spécifiques sécurisés (double sas d'entrée, jardin séparé, chambres individuelles aménagées en chambres d'isolement) et avec un personnel spécifique renforcé, les troubles majeurs du comportement (impulsivité clastique, automutilations et suicides violents, confusion majeure et delirium, délires agissants, ...) et en particulier les indications de mise en observation adressées par la justice. Ces lits seront l'aval naturel des partenaires du réseau autant que de la 1ère ligne, avec une priorité pour le territoire desservi par le réseau.

Le CHC pourra s'appuyer sur 6 lits A de crise de courte durée (72h) en aval des Urgences psychiatriques, comme signalé plus haut, et l'offre psychiatrique sur le site du Nouvel Hôpital Liégeois sera complétée d'une

unité de 30 lits A pour des pathologies à faible potentiel de risque (impulsif, violent, ou suicidaire) compatibles avec une gestion sécurisée en hôpital général. Nous pourrions ici développer des fonctions particulières qui nécessitent une approche pluridisciplinaire psychiatrique/somatique, comme l'anorexie mentale ou les troubles psychosomatiques, et, sur le pôle pédiatrique, une spécificité d'hospitalisation psychiatrique mère/enfant qui nécessite la collaboration des gynécologues, pédiatres, pédopsychiatres et psychiatres. Nous espérons, lorsque la réforme sera élargie à la pédopsychiatrie, compléter cette offre par une unité pédopsychiatrique de 20 lits K pour satisfaire spécifiquement les besoins de la petite enfance.

Le Centre Hospitalier Universitaire dispose d'une unité de 30 lits A de traitement psychiatrique, toutes pathologies confondues, dont le caractère universitaire renforce la fonction d'enseignement et les compétences en expertise particulière.

Le Centre Hospitalier Régional Hutois bénéficie d'une unité de 30 lits, qui sont agréés pour la fonction hospitalière de protection de la personne (mises en observation).

En ce qui concerne les soins intensifs semi-résidentiels, notre réseau comprend 2 partenaires qui croient depuis longtemps à l'utilité des lits hospitaliers de jour comme alternative à l'hospitalisation résidentielle complète, et les utilisent en conséquence (hospitalisation de prime intention et de courte durée) :

- L'hôpital de jour « La Clé » a une très longue expertise de l'hospitalisation intensive pour patients en décompensation psychiatrique à raison d'une prise en charge de 5 jours sur 7 en continu.
- La Clinique Notre-Dame des Anges bénéficie actuellement de 26 lits d'hospitalisation de jour ; la reconversion de lits T permettra d'arriver à une unité structurelle de 30 lits de jour dont la moitié sera dédiée à la gestion intensive de la crise, en aval direct des urgences, avec un programme spécifique de soins pouvant aller jusqu'à 7j/7

Résumé des outils CNDA CHC CHU de la 4ème Fonction après gel des lits

1) Urgences hospitalières CHU: Urgences psychiatriques permanentes sur les deux sites Sart Tilman et Bruyères + expertise mises en observation à la demande du parquet.

➤CHC: Urgences psychiatriques permanentes NHL + 6 lits de crise courte durée ➤CHRH : Urgences psychiatriques Huy et Waremme

➤Antennes d'urgences psychiatriques Waremme, Hermalle, Heusy

➤Relais privilégiés vers

2X8 lits IB intensifs CNDA

Equipes mobiles aigus + chroniques

Tous moyens du réseau

2) Unités intensives de traitement résidentiel

➤CHU: 30 lits A de diagnostic et traitement, expertises particulières.

➤CNDA: 120 lits A de traitement des pathologies lourdes + 2x8 lits IB (soins intensifs)

➤CHC:

30 lits A pathologies légères et psychosomatiques. Anorexie. Mère-enfant.

6 lits de crise attendant aux Urgences Psychiatriques

20 lits pédopsy petite enfance

3) Soins intensifs semi-résidentiels

➤ **Hôpital de jour La Clé: 25 lits aj soins intensifs de jour 5j/7**

➤ **Service de jour CNDA: 15 lits aj de jour gestion de la crise 7j/7**

➤ Solution intermédiaire entre soins résidentiels et équipe mobile de crise

Cette fonction sera aussi assurée par les unités d'hospitalisation réparties sur les sites d'ISOSL et du C.H.R. « La Citadelle ».

Il s'agit de :

1) Les unités de soins de l'Hôpital psychiatrique d'ISOSL sites Agora et Petit Bourgogne

- Elles sont organisées de façon à admettre les patients en lit d'indice A et de les passer en lit T si la durée de séjour est atteinte. Ce choix administratif permet de conserver à chaque unité une équipe qui veille à stimuler un plan de soins des plus intensifs. La durée médiane de séjour est de 37 jours, le nombre d'admissions est de 2274 par an et le nombre de nouveaux patients est de 864 par an

- Chaque site hospitalier spécialisera une unité de soins dans la mission d'hospitalisation rapide et supposée brève liée à l'activité du dispositif. Ces unités travailleront de manière plus spécifique à la mise en place rapide d'un parcours de soins ambulatoires.

2) Le projet pilote "Double diagnostic assuétudes et psychose" (Dédale)

Il s'agit d'une unité de prise en charge de patients présentant une comorbidité psychose-assuétudes dont la spécificité est de proposer un projet thérapeutique intensif et spécialisé. Ce service bénéficie d'une expertise unique et de partenaires privilégiés et conventionnés du réseau.

3) L'unité de crise pour patients ayant des problèmes avec les substances du C.H.R. « La Citadelle »

Il s'agit d'une unité de cinq lits susceptible d'accueillir via le service d'urgence psychiatrique du C.H.R., tout patient se présentant en état de crise en lien plus ou moins direct avec la notion d'abus de substance. Le but de cette unité est de stabiliser le patient et de mettre en place un projet de soins essentiellement ambulatoire dans un délai de cinq jours.

4) L'unité d'hospitalisation psychiatrique brève du C.H.R. « La Citadelle ».

Il s'agit d'une unité de dix lits en cours de création dans le cadre de ce projet destinée aux patients vus au service d'urgence qui ne nécessitent pas a priori une hospitalisation psychiatrique classique. Ces lits ont pour objet une mise au point diagnostique rapide, une gestion de la crise ainsi que des soins intensifs psychiatriques. Son objectif est l'élaboration d'un projet de soins ambulatoire rapide (10 jours).

Il s'agit d'une politique assez semblable à celle de l'Unité de crise mais ces lits pourraient accueillir des patients n'ayant pas de problème avec les substances psycho-actives ainsi que des patients nécessitant quelques jours d'hospitalisation supplémentaires.

Il est important de souligner à ce stade que les deux unités précédemment citées s'appuient sur le service d'urgence psychiatrique (U.M.P.S.) qui fait partie intégrante du projet en terme de disponibilité au réseau pour toutes problématiques dites urgentes.

5) Le « C.L.E.A.N. » : Centre Liégeois d'Évolution vers une Autonomie Nouvelle.

Le C.L.E.A.N. est un centre mixte pour patients polytoxicomanes nécessitant une prise en charge résidentielle. Il est agréé par l'INAMI en rééducation fonctionnelle mais fait initialement partie des projets fédéraux en terme d'accueil de crise des problématiques liées aux substances. Il œuvre à la rupture progressive avec les produits voire au sevrage. Le mode de vie y est communautaire et l'accent mis sur les apprentissages et sur le réinvestissement dans un rythme de journée. Il s'agit d'une hospitalisation brève (1 mois), renouvelable une fois.

5.4.5. 5^{ème} Fonction :

Formules résidentielles spécifiques

Résumé

➤MSP à accroître

- 30 MSP+ de réadaptation fonctionnelle à long terme
- 30 MSP- de long séjour

➤IHP: Essor + Rocourt : 27+4 lits, André Baillon : 17 lits, CHRH : 16 lits. Envisager Appartements protégés.

➤Maison d'accueil de l'Essor: nouvelle structure sur fonds propres pour patients stabilisés avec perte d'autonomie.

➤Suggestion: Equipe mobile d'outreaching commune aux MSP et IHP tuteurant la maison d'accueil, les maisons de repos associées et éventuellement l'hébergement pour handicapés.

L'offre de soins concernant cette fonction peut se résumer comme suit :

1) Les Initiatives d'Habitations Protégées (I.H.P.).

L'équipe pluridisciplinaire des IHP permet à l'usager un travail d'autonomisation par le biais d'un hébergement thérapeutique communautaire avant un retour au logement personnel. Les membres de l'équipe assurent une présence physique quatre jours par semaine et ils organisent une garde 24H/24, 7j/7.

En fonction des objectifs individualisés du résident, des contacts avec les partenaires du réseau et une mise en place des actions requises sont planifiés. Cette offre est axée sur le suivi du traitement médical, sur la restauration de la situation sociale et sur l'acquisition des autonomies nécessaires au retour dans la cité.

L'asbl « Les Habitations Protégées Liégeoises », dont l' A.I.G.S., ISoSL et Similes sont membres, gère 85 places, 77 via ISoSL, 8 via AIGS. S'y ajoutent 2 maisons communautaires à Aywaille et à Waremme gérées par des asbl dont l'AIGS est membre.

L'asbl L'ESSOR regroupant le CHU, l'asbl LA CLE, le chs CNDA, le CHC gère 27+4 places

L'asbl A. Baillon gère 17 places

Le CHR Hutois gère 17 places

2) Les appartements supervisés à l'initiative de l'AIGS:

- 4610 Beyne-Heusay - Rue Cardinal Mercier, 32: 5 places.
- 4040 Herstal – Rue St Lambert, 84: 6 places.

3) Les Maisons de soins psychiatriques (MSP) d'ISoSL.: Les Charmilles et Les Cèdres. Ces deux maisons totalisent un nombre de 89 places.

La MSP N.D. Waremme : 30 lits d'hébergement.

. Les MSP accueillent des patients présentant un trouble psychiatrique stabilisé, essentiellement des pathologies psychotiques, ainsi que des personnes faisant l'objet de mesures de contraintes légales (maintien PPMM, Défense sociale).

Evolution future

Nous avons réfléchi la 5^{ème} fonction dans le même esprit d'intégration verticale et d'articulation efficace des différents outils du réseau. De même, le projet reste pour cette fonction centrée sur le patient, l'acceptation de ses déficits permanents et de ses besoins de soins, mais aussi le désir de le voir maintenir ou restaurer sa plus grande autonomie possible.

Pour cette raison, le projet de CNDA est d'accroître le nombre de lits MSP pour parvenir à une structure à double fonction :

1° Nous passerons par reconversion de lits T de CNDA de 15 à 30 lits d'hébergement spécialisé dédiés à une réadaptation prolongée dans un but de restauration des capacités d'autonomie

2° De même nous accroîtrons de 15 à 30 lits la partie dédiée à l'encadrement de patients stabilisés, mais dont la symptomatologie persistante empêche tout retour à une autonomie suffisante.

De même, les habitations protégées auront cette double fonction :

1° tremplin prolongé vers une reconstruction de l'autonomie psychosociale pour un retour vers un milieu de vie non protégé.

2° acceptation d'un déficit permanent et offre d'un milieu de vie protégé à long terme.

Le potentiel total d'initiatives d'habitations protégées du réseau est ainsi loin d'être négligeable. S'y ajouteront 10 lits d'appartements supervisés dans la phase de reconversion des lits T CNDA

L'apport d'un certain nombre d'appartements supervisés (prévision de 10 lits par reconversion CNDA) s'inscrit aussi dans la même logique : favoriser la sortie rapide des soins aigus à l'hôpital, alors que la persistance des déficits empêche momentanément ou définitivement une resocialisation complète. La restauration des

compétences sociales (ou la solution attendue des ressources sociétales : logement social...) permet ensuite de suspendre la tutelle.

Le projet peut-être le plus original de notre réseau serait la création par l'ASBL L'Essor d'une maison d'accueil dont le développement pourrait atteindre 120 à 150 lits. Nous avons été préoccupés par l'hébergement de nos patients les moins autonomes. Pour ces patients stabilisés, mais avec déficits permanents, les nécessités d'hébergement sont actuellement remplies par des maisons privées à but lucratif, en dehors de tout encadrement adapté (ou de tout agrément ou inspection minimaux). Aucune autre structure n'est capable d'absorber ce grand nombre de patients qui sont exclus du circuit de soins de santé mentale. L'idée est donc d'offrir sur fonds propres un hébergement permanent qui garantirait une qualité de vie, une sécurisation, et un soutien d'intendance à ces patients qui sont arrivés au bout de l'amélioration de leurs compétences.

Toute cette fonction d'hébergement aboutit donc pour une grande partie des patients dans un hébergement non spécialisé psychiatrique, alors que le déficit permanent d'origine psychiatrique ou le réveil fréquent d'une symptomatologie psychiatrique nécessite une aide spécialisée certes allégée. Nous pensons ici aux maisons d'accueil, mais aussi aux structures d'hébergement pour handicapés à double diagnostic ou aux structures pour personnes âgées M.R. ou M.R.S., souvent peu adaptées à la persistance symptomatique de nos patients âgés. C'est pour ces structures adjacentes aux structures de santé mentale que nous envisageons une équipe d'outreaching sur les ressources en personnel des équipes M.S.P. et d'habitations protégées, et qui pourrait intervenir à la demande auprès de ces structures d'hébergement. Le Réseau Liégeois réfléchira aux moyens matériels et humains pour implanter cette équipe mobile supplémentaire.

5.5. Répartition des tâches au sein du réseau

Le nouveau projet liégeois sera ouvert aux signataires des deux projets initiaux, aux autres acteurs du territoire déterminé qui désireraient y participer, pour autant qu'ils adhèrent au projet défini.

Il y a lieu ici de définir certains termes pour préciser la structure de coordination du projet.

Promoteur de projet : institution qui engage une reconversion de financement pour structurer le projet.

Opérateur : gestionnaire de la structure de gestion d'un outils participant à l'une des 5 fonctions du projet.

Coordinateur : Personne désignée pour structurer le réseau d'opérateurs et d'acteurs partenaires du projet.

Acteur : Intervenant individuel ou collectif participant aux soins.

Dans le projet de fusion du réseau, chaque opérateur reste gestionnaire de l'outil qu'il engage dans le réseau. Il s'engage cependant à une concertation et une coopération pour favoriser les 3 buts essentiels du projet du réseau (réseau complet cohérent et coordonné).

Les promoteurs s'engagent, en outre, à mettre en place les nouveaux outils qu'exige le projet, en particulier les équipes mobiles de la fonction 2., étant entendu qu'ils resteront opérateurs en responsabilité entière de ces équipes nouvellement créées.

Le coordinateur aura une fonction de chef de projet pour ce qui concerne la mise en place **des outils de coopération du réseau**, en particulier, les protocoles de coopération et de transfert autour du patient, et les outils de communication et de transfert de données entre acteurs.

Dans la phase d'implémentation, il aura une fonction de dynamisation des opérateurs et des acteurs participant au réseau, en favorisant une concertation continue pour améliorer les trajets de soins et les interfaces de coopération rendant plus efficaces ces trajets.

Il faudra donc distinguer 3 niveaux dans le schéma organisationnel du réseau et un niveau supplémentaire dans son schéma opérationnel.

5.5.1. Niveau organisationnel :

Le grand nombre d'opérateurs et d'acteurs intervenant dans le réseau nécessite une structuration décisionnelle à étage pour rendre l'ensemble efficace.

5.5.1.1. Comité de pilotage :

Le Comité de pilotage rassemblera les promoteurs du projet ainsi que les opérateurs principaux. Il sera composé de 10 membres issus des opérateurs principaux des deux projets fusionnés, et ce à parts égales (voir présentation *PowerPoint®*).

Ensemble, ils s'accordent sur les termes généraux de collaboration pour l'élaboration du projet et sur l'apport de chaque partenaire dans la construction du réseau. Ils valident les procédures de collaboration et les outils utiles élaborés par le comité de travail ainsi que, les rôles et les responsabilités de chacun des partenaires qui prennent place dans les différentes fonctions. Les tâches administratives sont partagées entre l'ensemble des partenaires en liaison avec le comité de pilotage

5.5.1.2. Coordinateur du réseau:

Il est proposé par les promoteurs du projet, et accepté par l'ensemble des partenaires pour coordonner les cinq fonctions.

Il prend connaissance des ressources mobilisables existantes, et se profile comme étant le facilitateur de la création du réseau. Il connaît les spécificités des différentes ressources et les projets en cours dans chaque structure.

Il rencontre les responsables : pouvoir organisateur et direction de sa structure. Il s'imprègne de l'offre des différentes ressources, mais aussi de leurs limites ; il en connaît les législations. Il réalise une cartographie actualisée des besoins et ressources du territoire.

Il réunit de façon structurelle ou exceptionnelle le groupe de travail représentant les 5 fonctions. Le coordinateur, avec les garants de services (qui reçoivent mandat) de leur institution, construit et affine les procédures et les méthodologies de travail en réseau, tout au long de la phase exploratoire. En fonction de l'expérience, et via le comité de pilotage, il relayera vers les institutions partenaires les meilleures procédures à suivre pour articuler les différentes fonctions et les services qui les constituent autour de chaque singularité.

Le coordinateur réalisera une communication continue entre le Comité de pilotage et le Comité de Réseau jusqu'à la mise en place du projet définitif.

5.5.1.3. Garants de services (responsables):

La plupart des structures fonctionnent dans un organigramme hiérarchique. Il est dès lors important d'articuler ces garants avec l'organigramme hiérarchique de chaque institution. Le but est que le garant soit le représentant légitimé dans son rôle par la direction de sa structure, de façon à consolider l'élaboration des

procédures et protocoles utiles. Il a pour mission d'apporter le point de vue de sa structure dans l'élaboration en cours, il rapporte auprès de son équipe et de son responsable hiérarchique le résultat du travail élaboré, il ramène les critiques constructives au sein du comité de travail stratégique.

5.5.1.4. Le Comité de Réseau :

Le coordinateur de réseau, l'ensemble des garants de services, le comité de pilotage et des représentants des partenaires constituent le comité réseau. Dans un souci d'efficacité, 2 garants par fonction issus de chaque projet initial y participent. Cette pratique permettra de mieux structurer le comité de réseau et d'arriver au consensus de travail en réseau. C'est dans ce comité de réseau que sont validées les procédures et les outils méthodologiques. Les procédures sont évolutives, elles seront affinées tout au long de la phase exploratoire sur base de l'expérimentation. Les procédures sont donc également validées par le comité de pilotage, permettant ainsi aux intervenants de terrain de réaliser leurs missions en cohérence. Le comité de réseau aura aussi comme mission de définir des outils méthodologiques permettant de mettre en pratique la concertation autour du patient. C'est l'aboutissement opérationnel du travail en réseau, centré sur les besoins du patient et utilisant les ressources disponibles dans le réseau. Ce comité de réseau commissionne des groupes de travail thématiques qui réunissent les experts pertinents. Sa méthodologie l'amène à intégrer les remarques des partenaires de façon à favoriser l'adhésion du plus grand nombre à ces procédures et outils.

5.5.1.5. Plate-forme psychiatrique liégeoise :

Le mode organisationnel de la PFPL favorise la participation de représentants des structures affiliées dans des groupes thématiques de public cible (âge, type de problématiques) ou de mission (interface justice/santé). Le coordinateur de réseau peut s'appuyer sur ces groupes pour jouer l'interface entre le comité de pilotage, le comité de réseau et l'ensemble des partenaires en santé mentale susceptibles d'apporter des ressources contributives au réseau, dans le respect des procédures et protocoles convenus.

5.5.2. Niveau opérationnel :

Dans la phase opérationnelle, les différents comités décrits ci-dessus garderont une fonction de supervision, d'évaluation permanente et d'entérinement des adaptations éventuelles du réseau. Il faudra en outre distinguer un niveau supplémentaire de fonctionnement : **la concertation autour du patient.**

L'activation de l'organe de concertation autour du patient sera suggérée par un membre d'une des cinq fonctions.

Les Référents de fonction: Chaque fonction ou structure activée pour le besoin du patient désignera un référent de soins représentant l'équipe activée. La notion du référent de soins pourra s'inspirer de plusieurs expériences et notamment le référent en milieu hospitalier, l'agent de liaison en service de santé mentale, le référent du plan de services individualisés en réhabilitation psychosociale, les expériences de concertation des projets thérapeutiques. Le référent de soins a pour mission de connaître le projet global du patient, d'éclairer l'équipe pluridisciplinaire sur les particularités du patient et d'aider le patient à se positionner en qualité d'acteur de son projet et de partenaire dans le processus de soins et aides qui le concerne.

Le référent de soins : L'un de ces référents peut être désigné comme référent de soins (accompagnant-projet) : Désigné par le patient ou par le groupe, il a une fonction de coordination et de dynamisation de la concertation,,

en réactivant le réseau sur sollicitation du patient ou d'un de ses proches, ou de tout autre intervenant. Il sera l'interlocuteur privilégié du patient pour la définition de son projet et l'accompagnera tout au long du processus.

Personne-ressource : Le patient pourra aussi désigner une personne ressource, un non professionnel représentant sa famille ou son milieu de vie, qui aidera les acteurs dans le processus de concertation autour du patient.

Concertation autour du patient : Cette concertation définira le projet thérapeutique, coordonnera les plans de soins des différents acteurs, stimulera le soutien au (et du) milieu de vie, et déterminera les ressources nécessaires au projet thérapeutique. Les référents se réuniront en fonction de l'activation pour le patient de leur fonction propre.

Un dossier de concertation sera établi et géré par le case manager, dont la fonction reste permanente pendant tout le processus de concertation autour du patient. Celui-ci sera aussi l'interlocuteur privilégié auprès des référents de soins non activés momentanément et des référents de première ligne qui ne pourraient être présents à cette concertation. Il sera aussi responsable de la communication avec d'autres acteurs momentanés ou hors réseau de soins, mais qui participent au processus.

En fin de processus, la concertation rédigera un bilan final qui servira d'outil de mesure pour le suivi de qualité coordonné globalement par le Comité de gestion permanente du réseau (Comité de travail en phase de fonctionnement).

Trajet de soins : La répartition des tâches au sein du réseau s'envisage dans la logique des trajets de soins avec comme objectif la réhabilitation. Si on devait modéliser les choses de manière linéaire, nous serions dans le schéma (classique) suivant :

**Détection du problème psychopathologique ⇒ traitement médical et psychologique clinique
⇒ travail de la réadaptation ⇒ travail de la réinsertion.**

Le parcours ou trajet de soins individualisé n'est cependant que rarement idéal et prédéterminé. C'est un processus dynamique d'élaboration commune, où chaque fonction peut intervenir avec souplesse dans une logique à géométrie variable.

Cette vision des choses permet à l'ensemble des acteurs du réseau d'ajouter ou de retirer une fonction lorsque la situation l'exige et ce toujours en tendant vers cet objectif de réhabilitation. La concrétisation de ce changement se fera via le plan de services intégré (cf. annexe 1), sur base des principes de concertation, à l'initiative du « case manager ».

Comme mentionné auparavant, chaque patient introduit dans le projet de réseau se verra doté d'un plan de service intégré qui lui précisera avec son accord quels services interviennent pour quelle mission et dans quel objectif. Ce plan de service précisera également qui sera le case manager du patient. Ce plan de service concerté sera détenu par le patient (et éventuellement son entourage) mais aussi par tous les services susceptibles d'intervenir sur la situation.

Ce plan de service sera initié par le service par qui le patient est introduit dans le réseau. L'intervenant en charge du patient à ce moment sera le garant de cette élaboration dans le respect des dispositions prises par le comité de pilotage. Il passera la main à une fonction plus adéquate si nécessaire.

Cette méthodologie garantit un service optimum adapté au patient mais garantit aussi une juste répartition des tâches au sein du réseau. En effet, Il n'est plus question pour un service de tenter de tout gérer (traitement, réadaptation, crises, ...) et donc de ne rien gérer ; il est question de pouvoir faire intervenir différents services ayant des missions spécifiques telles que décrites dans les cinq fonctions au gré d'une évaluation continue de la dynamique évolutive du patient.

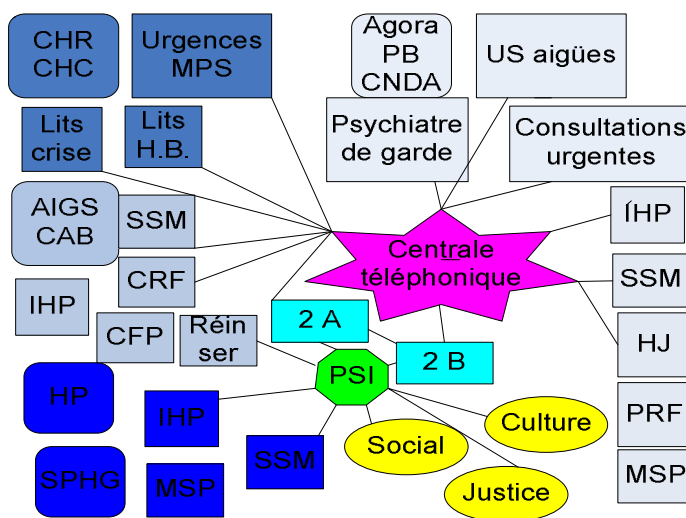
5.5.3. Au niveau logistique :

Le coordinateur, en collaboration avec le comité de pilotage et le comité de réseau, élaborera des organes de communication en temps réel et de transmission de données entre les opérateurs pour un fonctionnement harmonieux du réseau et une répartition équilibrée des tâches. Il élaborera aussi un organe d'échange journalier (téléconférence) entre acteurs de soins, en particulier pour l'urgence et la crise.

Cet échange permettra d'évaluer entre intervenants confrontés aux situations urgentes l'évolution quotidienne de ces situations urgentes, de façon à préciser les rôles attendus de chacun et de faciliter le passage de relais entre intervenants positionnés dans le réseau. Il s'agit là d'un rôle clé dans la gestion des situations de crise.

Le modèle préconisé reste bien un modèle médical qui confère au médecin la responsabilité de la politique d'admission et de sortie, qu'il s'agisse d'hospitalisation ou de traitement ambulatoire de crise ou chronique. La responsabilité médicale incombe au médecin de l'institution qui gère le service (urgences, HP, équipes mobiles, etc,...).

Le schéma ci-dessous est évidemment réducteur de la globalité des ressources existantes et mobilisables.



6. Stratégie de développement du réseau

6.1 Echelonnement, de la stratégie globale de développement du réseau

6.1.1. Phasage du projet

La nécessité de fusion des projets liégeois a bien sûr perturbé le phasage prévu par chaque projet. En particulier, la concertation entre structures du réseau et opérateurs, ainsi que la phase d'information – participation bottom/up dans la structuration du projet n'ont pu être menés à bien.

Nous ne reviendrons pas ici sur les phases préliminaires, qui ne sont plus d'actualité.

1^{ère} phase : Phase de dépôt du projet fusionné : délai 13 mai 2011

- a) accord des CA des promoteurs et constitution du Comité de pilotage
- b) rédaction (par les experts issus des promoteurs) du projet fusionné en concertation avec les partenaires privilégiés et le helpdesk 107, et supervision du comité de pilotage : délai ultime 15 avril
- c) information des partenaires et accord formel de ceux-ci, dépôt du projet : délai ultime le 13 mai
- d) interview le 27 mai et signature des contrats à la date que déterminera le SPF

2^{ème} phase : Si le projet est accepté, construction des procédures, phase de gel des lits et de constitution des équipes mobiles.

- a) Constitution du comité réseau par le coordinateur, soutenu par le comité de pilotage. Nomination des garants de réseau.
- b) Listing des procédures essentielles à mettre en place. Constitution des comités de fonction qui travailleront sur ces procédures, à faire avaliser par le comité réseau.
- c) Arrêt des entrées dans les lits concernés. Choix des équipiers des nouvelles structures, et formation intensive.
- d) Gel effectif des lits et opérationnalisation des équipes mobiles.

Gel des lits ISoSL programmé en 2 mois: l'unité ciblée stoppe les admissions; poursuit les projets individualisés de sortie des patients; à l'échéance des 2 mois, orientation des patients restants vers les unités concertées pour accueillir les personnes. (J+2mois)

Constitution parallèle des équipes ETAC et SPADI sur appel volontaire. Remplacement des volontaires par l'équipe de l'unité gelée.

A la fermeture de l'unité gelée, mise en formation intensive des 2 équipes pendant 8 semaines (programme déjà élaboré). Cette formation intègre l'expertise de l'équipe SPADI existante qui doit cependant poursuivre le caseload actuel de 90 personnes. (J+4 mois)

Après la période de formation, mise en route des 2 équipes, l'une, ETAC, implantée au CHR Citadelle près de l'unité de crise, l'autre, SPADI adaptée au projet dans des locaux du site Agora et des locaux en ville.

Inclusions progressives avec temps de concertation d'équipes et de coaching intenses progressivement dégressif, proportionnellement inverse aux inclusions progressivement accrues. (J+4 à 10 mois).

Pour le CNDA, premières inclusions pilotes pour la concertation autour du patient. Cette phase dépendra du relais entre les projets thérapeutiques et le projet 107.

- e) Dépôt des premières procédures à avaliser

Délai décembre 2011

Premières inclusions pilotes pour la concertation autour du patient. Cette phase dépendra du relais entre les projets thérapeutiques et le projet 107

- f) Caseload atteint le 30 juin 2012. Première évaluation

g) cette année est mise à profit pour la constitution des protocoles d'accord entre structures, rédaction des procédures, opérationnalisation des supports informatifs

3^{ème} phase : Phase opérationnelle

a) Première évaluation de fonctionnalité du réseau et accords formalisés des protocoles et procédures

b) Adaptation des outils de chaque partenaire en fonction de l'application des 3 principes énoncés : réseau complet, cohérent, coordonné. En particulier application progressive du projet d'adaptation de la fonction 4 des partenaires CNDA/CHC.

6.2 Gestion des risques

Le réseau ainsi constitué porte une responsabilité à deux niveaux : il est responsable de l'offre coordonnée en santé mentale sur le territoire défini, et il est responsable globalement de l'intervention des acteurs de terrain et de leur coordination.

Bien sûr chaque opérateur restera responsable de ses actions dans les fonctions-réseau qu'il occupe, et de l'action de chacun des membres de son personnel dans les actes au sein de la coordination des soins. Il n'en demeure pas moins que de nombreuses actions seront coordonnées entre plusieurs opérateurs et que le personnel de soins de différentes structures devra agir de concert et prendre des responsabilités communes, ne serait-ce qu'en Comité de concertation autour du patient.

Il faudra donc bien définir la portée de la responsabilité de chacun (structures ou acteurs) dans les actions communes.

D'autre part, la communication entre acteurs présente aussi un risque, soit de mauvais fonctionnement, soit de perte d'informations, soit de mauvaise préservation du secret médical.

Il sera donc essentiel que les principes d'éthique, commune énoncés auparavant, fassent l'objet d'une charte claire et précise, et qu'il soit désigné dans le réseau un responsable des outils de communication accepté par tous, accompagné d'un financement correspondant.

Enfin, à partir du moment où le réseau sera tout à fait opérationnel, la fonction de chacun déterminera les résultats de l'ensemble. Il faudra donc prévoir le niveau d'engagement de chaque opérateur et les modalités à mettre en place en cas de déficience d'un de ceux-ci pour pourvoir à la fonction qui lui était octroyée.

La gestion des risques est à envisager à divers niveaux :

6.2.1. Au niveau des patients

Il est important de préserver les moyens actuels consacrés au bénéfice d'une population présentant une problématique psychiatrique lourde et complexe en évitant que la logique d'activation génère l'abandon d'une patientèle qui se marginalise alors (SDF, lieux dits d'accueil sans cadre de référence,...) ou se judiciarise (défense sociale, prison). Il n'est pas excessif d'aborder les risques de décès par suicide, incurie ou aggravation de la problématique psychiatrique chez des patients présumés capables d'autonomie mais qui à échéance brève en paient le prix fort. La qualité de vie subjective est un critère d'évaluation de l'offre d'aide et de soins pour permettre au patient d'atteindre un palier d'autonomie adapté à ses ressources et ses capacités.

La confidentialité des données doit être garantie dans le cadre des échanges d'informations nécessaires à la concertation entre partenaires autour du patient. Les supports à ces échanges doivent s'y conformer.

Le libre choix de recourir ou non à une structure doit être garanti. Les droits fondamentaux du patient doivent être respectés :

- Problème d'hébergement des patients psychiatriques à problématique sociale complexe.
- Risque d'intrusion dans l'intimité des personnes.

6.2.2. Au niveau institutionnel

Le financement des lits gelés doit permettre la viabilité du projet sans compromettre le bon fonctionnement global de l'institution hospitalière et l'accomplissement de ses missions.

La diminution des lits augmente la pression de la demande. Il s'agira de gérer le turn over dans un rapport constant entre la nécessité d'entrer et le délai de préparation à la sortie garant d'une (ré)insertion optimale.

L'augmentation de la lourdeur des pathologies devant être accueillies en milieu hospitalier nécessitera une adaptation de l'offre thérapeutique.

Le déplacement progressif des personnes prises en charge en hôpital psychiatrique vers le milieu de vie renforce le recours aux infrastructures extrahospitalières et ambulatoires, dont les moyens restent inchangés. La reconversion des équipes hospitalières en équipes de soins psychiatriques à domicile apporte une fonction nouvelle complémentaire aux acteurs déjà en place, son rôle sera de stimuler le patient à y recourir à bon escient. Cet apport ne pallie cependant pas la problématique des listes d'attente.

6.2.3. Au niveau du personnel

Il est essentiel de garantir à chaque membre du personnel un cadre de fonctionnement qui respecte ses besoins de sécurité. L'exposition au risque d'agressivité et de violence doit être évalué avant toute intervention à domicile. Un programme de formation continue doit permettre aux intervenants de s'adapter tant au niveau du contexte de prestations d'aide et de soins dans le milieu de vie pour la fonction 2 qu'au niveau du cadre modélisé de partenariat centré sur la (ré) intégration du patient dans son milieu de vie.

6.2.4. Au niveau du réseau

Les partenaires se rejoignent avec chacun leur histoire, leur culture, leurs statuts, leurs règlements de travail, leur organisation. L'exploration d'un champ nouveau nécessite l'ajustement des horaires de travail, des règles de fonctionnement, des assurances qui couvrent les champs d'activité, dont celui nouveau du domicile et des responsabilités croisées. Des groupes de travail, médicaux et autres, en collaboration avec le SIPPT et les assureurs, seront nécessaires pour évaluer les engagements des uns et des autres, et clarifier un cadre de travail sécurisé pour les travailleurs. Il conviendra de créer des espaces d'échange autour des cultures, de reconnaissance des particularités, de rapprochement et de construction de culture commune avec tous les personnels par des processus de rencontres, de formations et de méthodologies.

7. Financement et allocation des moyens

7.1. Remarque BMF

Le gel de 30 lits T, par exemple à ISoSL sur 504 lits, aura peu d'impact sur les dépenses de fonctionnement « B1 ». Il s'agit essentiellement de dépenses fixes (administration, sécurité, ...)

L'entretien ménager, l'électricité, le chauffage devront être assurés dans les locaux spécifiques au personnel et aux activités « projet 107 » au lieu d'une unité de soins.

Seules les matières premières des repas sont des frais variables permettant une minime "économie".

La diminution de charges « B1 » ne devrait donc pas compenser la perte des quotes-parts patients des 30 lits gelés.

Pour le présent plan financier, il ne sera donc pas tenu compte de ces éléments.

7.2. Médecins

Le présent projet nécessite 1,5 ETP psychiatre minimum. Le doublement serait utile à l'accompagnement des équipes mobiles.

Le montant de 225.000€ prévu pour les projets sera utilisé à cette fin. La demande de prendre en compte le dédoublement des équipes mobiles nous semble justifier la demande de doubler ce montant.

7.3. Fonction de coordination

1 ETP nécessaire à la fonction et frais de fonctionnement y afférents (en ce compris personnel de secrétariat).

Le montant de 100.000€ prévu par projet sera utilisé à cette fin.

7.4. Personnel

La fermeture d'une unité de 30 lits T devrait permettre la mise à disposition de minimum 12 ETP (partie B2 du BMF). Le personnel (psychologues, infirmiers, paramédicaux, éducateurs, aides-soignants, assistants sociaux) nécessaire au fonctionnement des 4 équipes mobiles est estimé à 2 X 16 ETP.

En ce qui concerne les équipes mobiles CHC/CNDA :

<u>Financement des équipes mobiles CHC/CNDA</u>	<u>Calculs basés sur les normes</u>
---	-------------------------------------

Financement ETP pour 30 lits T (CNDA)

Infirmiers : 5.0

Psychologues : 0.25

Assistants sociaux : 0.25

Paramédicaux : 3.0

Non qualifiés : 1.50

Financement ETP pour 15 lits A (Rocourt)

Infirmiers : 3.0

Psychologues : 0.25

Assistants sociaux : 0.25

Paramédicaux : 3.0

Non qualifiés : 1.50

Financement ETP pour 15 lits A en portefeuille (CHC)

Ces 15 lits A du CHC sont ici repris pour mémoire puisqu'il s'agit d'une renonciation de déploiement de lits en portefeuille. Cette renonciation, qui contribue à la diminution du nombre de lits psychiatriques déployés par habitants, n'a pas d'incidence sur le financement des ETP nécessaires à la mise en œuvre des équipes mobiles.

Projection équipe mobile aigus

Quatre pauses de travail : A (06H40 – 14H46) ;

B (13H00 – 21H06) ;

N (20H41 – 07H03),

D (08H00 – 16H30).

- Pauses A – B – N : un psychologue et un infirmier, 7/7 jrs,

- Pause D : un assistant social, 5/7 jrs.

- Le calcul (basé sur les chiffres du personnel de CNDA) tient compte de :

1 ETP : 38H/sem X 52 = 1976H/an,

Temps de travail auquel nous avons soustrait :

- 20 congés payés,

- 11 jours fériés,

- 2 jours de congés supplémentaires (moyenne),

- 76 heures de maladie (moyenne),

- 0 fin de carrière.

Soit un total de 1649,20 heures par an.

Ressources nécessaires : 12.53 ETP

Infirmiers : 5.76

Psychologues : 5.76

Assistants sociaux : 1.0

Paramédicaux : 0

Non qualifiés :..... 0

Projection équipe mobile chroniques

- Une pause de travail de 10 heures de présence.
- Présence : un psychologue, un infirmier et un assistant social (6/7 jrs). L'équipe sera complétée par un éducateur ou un non qualifié.

Même calcul (basé sur les chiffres du personnel de CNDA) que pour l'équipe aigus.

Ressources nécessaires : 9.51 ETP arrondi à 10 ETP

Infirmiers : 2.25

Psychologues : 2.25

Assistants sociaux : 2.25

Paramédicaux : 0

Non qualifiés : 2.25

Secrétariat..... 1.0

Différences

Infirmiers : $8.0 - 8.01 = \underline{\underline{-0.01}}$

Psychologues : $0.5 - 8.01 = \underline{\underline{-7.51}}$

Assistants sociaux : $0.5 - 3.25 = \underline{\underline{-2.75}}$

Paramédicaux : $6.0 - 0 = 6.0$

Non qualifiés : $3.0 - 2.25 = 0.75$

TOTAL : - 3.52

Et le personnel qualifié est plus important.

Le personnel d'intendance n'est pas repris dans les calculs.

Par contre le personnel surnuméraire (premier emploi, Maribel, FBI, etc ...) n'a pas été envisagé, ce qui permet d'étoffer le nombre d'ETP disponibles pour les équipes mobiles.

Si nous envisageons en plus des équipes communes, avec d'une part des services d'urgences spécialisées, et d'autre part le service d'hospitalisation de jour, la flexibilité ainsi acquise dans l'organisation des équipes permet de pallier les impondérables et les absences de personnel momentanées, pour garantir en tout temps la continuité des soins.

En fonction de l'affinement des ressources générées par le gel des lits, nous devons envisager de restreindre les heures d'ouverture de la fonction 2B (min 5j/7 et 8h/J), d'autant que le financement complémentaire est restreint. Il faut considérer que le financement complémentaire servira à l'intendance (achat de matériel, frais de déplacement, assurances personnel, informatisation et communication) ainsi qu'à la surqualification du personnel employé.

En ce qui concerne ISoSL, la mise à disposition se base sur le gel de 30 lits T correspondant à 12 ETP auquel ISoSL ajoute 4 ETP sur fonds propres déjà consacrés à l'équipe SPADI existante (ce qui permet l'octroi d'un staff de 16 ETP) et 1 ETP infirmier en chef pour les 2 équipes. Vu la diminution d'apport financier complémentaire, il n'y a pas d'apport d'effectif envisageable. Au vu de la difficulté du métier, seuls des infirmiers et autres qualifiés seront intégrés dans les équipes, sauf candidature d'exception en terme d'expertise acquise.

ETAC: 8,5 ETP implantés au CHR urgences et crise, de façon à jouer de la complémentarité des équipes. Le CHR étant bien pourvu en psychologues, ISoSL apporte des infirmiers et éducateurs spécialisés. La continuité 24H/24 est assurée par la collaboration étroite entre l'équipe ETAC qui partage la transmission des informations avec l'équipe des urgences et de crise. L'équipe ETAC garantit sa mobilité de 8H à 20H30 7 j/7 par la disposition au minimum de 2 agents pour chacune des 2 pauses de jour (8H à 16H06 et de 13H00 à 20H36) et contribuer aux pauses de nuits à concurrence d'1 agent (garde téléphonique et gestion à distance).

$2+2+1 \times 1.69$ (indice de permanence 24H/24 7j/7) = 8,45 ETP

SPADI: 7,5 ETP constitué de 0.5 ETP psychologue + 1 ETP AS + 3 ETP infirmiers + 3 ETP éducateurs spécialisés ou paramédicaux (catégories adaptables selon candidats volontaires retenus sur base de la motivation et de l'expertise). Ils travailleront 5 jours / 7 avec horaire souple de 8 à 18H (selon besoins rencontrés et maximisation du temps sur les périodes utiles au travail d'insertion et de coordination avec les services pertinents).

7.5. Frais de fonctionnement

Outre les frais de fonctionnement ordinaires visés au point 7.3., des frais spécifiques doivent être prévus : centrale d'échange téléphonique et informatique, leasing de véhicules permettant la mobilité et la rapidité d'intervention, essence et autres frais de déplacement, aménagement spécifique des locaux...

Les frais de fonctionnement annuels sont estimés à 100.000 €.

Le montant complémentaire prévu pour le fonctionnement des projets 107 sera utilisé pour couvrir ces frais de fonctionnement spécifiques (point 5).

Des réaffectations " internes" pourraient être envisagées afin d'assurer le fonctionnement du projet tel que décrit sans mettre en péril l'équilibre financier de l'institution " promoteur"

+



.....	1
PROJET DE CONSTITUTION D'UN RESEAU DE SOINS LIEGEOIS	1
1. Explication sur la vision du projet.....	3
2. Groupe cible.....	5
3. Objectifs.....	5
1) Au niveau du patient :.....	7
A) Valeur ajoutée:	7
B) Opérationnalisation:.....	7
C) Evaluation :	8
2) Au niveau des professionnels :	8
A) Valeur ajoutée :	8
B) Opérationnalisation.....	8
C) Evaluation :	8
3) Au niveau du Réseau :	9
A) Valeur ajoutée.	9
B) Opérationnalisation :.....	9
C) Evaluation :	9
4. Délimitation du domaine d'activité géographique.....	9
5. Description de la nouvelle structure	11
5.1. Introduction.....	11
5.2. Principes organisationnels de collaboration dans le réseau	12
A) Le réseau doit être complet :	12
B) Le réseau doit être coordonné :	13
C) Le réseau doit être cohérent :	13
5.3. Composition du réseau	14
5.3.1. Départ du projet	14

5.3.2. Évolution du projet.....	14
5.3.3. Schéma du réseau	15
5.4. Description des fonctions :.....	15
5.4.1. 1ère Fonction:	16
Activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic.....	16
5.4.2. 2ème Fonction :	19
2 Equipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques	19
5.4.3. 3 ^{ème} Fonction :.....	26
Réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale	26
5.4.4. 4 ^{ème} Fonction :.....	29
Unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable.	29
5.4.5. 5 ^{ème} Fonction :.....	34
Formules résidentielles spécifiques	34
5.5. Répartition des tâches au sein du réseau	36
5.5.1. Niveau organisationnel :	37
5.5.2. Niveau opérationnel :	38
5.5.3. Au niveau logistique :	40
6. Stratégie de développement du réseau	40
6.1 Echelonnement, de la stratégie globale de développement du réseau.....	40
6.1.1. Phasage du projet	40
6.2 Gestion des risques.....	42
6.2.1. Au niveau des patients	42
6.2.2. Au niveau institutionnel.....	43
6.2.3. Au niveau du personnel.....	43
6.2.4. Au niveau du réseau.....	43
7. Financement et allocation des moyens.....	44
7.1. Remarque BMF	44
7.2. Médecins.....	44

7.3. Fonction de coordination.....	44
7.4. Personnel	44
7.5. Frais de fonctionnement	47

ANNEXE 1 : PSI (PLAN DE SOINS INDIVIDUALISE) ET PPI (PLAN DE PROGRAMME INDIVIDUALISE)

1. PPI –PSI : EMERGENCE DU CONCEPT

1.1. Définitions

Les notions de Plan de Programme et de Plan de service, nécessairement individualisés puisqu'ils ne s'adressent qu'à une seule personne à la fois, sont apparues dans le champ psychosocial dans le contexte global des changements culturels qui ont présidé au mouvement de la désinstitutionalisation.

Il s'agit de méthodologies de formalisation, de planification et de coordination d'interventions requises par la réponse aux besoins de personnes requérant de multiples services qu'ils soient de nature sanitaire, éducative, psychosociale, psychologique ou professionnelle.

Ces services peuvent être fournis à l'intérieur d'une même structure institutionnelle comme un centre de réadaptation fonctionnelle par exemple, qui organise des ateliers divers : entraînement aux habiletés sociales, gestion du stress, remise à niveau de connaissance, recherche d'emploi, ...

On parlera alors de Plan de Programme Individualisé (PPI) : un membre de l'équipe institutionnelle coordonne un programme articulant différents services ou ressources offerts par l'établissement.

Un inconvénient de cette pratique est que le praticien court toujours le risque d'occulter, de négliger ou de minimiser les besoins de l'utilisateur pour lesquels l'établissement ne fournirait pas de ressources. L'intervenant enfermé dans une logique institutionnelle risque d'évaluer les besoins de l'utilisateur en terme de ressources disponibles et d'amener ainsi cet utilisateur à se couler dans le moule institutionnel au prix de son exclusion éventuelle.

Par ailleurs, les services requis par les besoins de l'utilisateur peuvent être fournis non seulement à l'intérieur de différentes structures institutionnelles, mais aussi par le biais des multiples possibilités qu'offre le tissu social et associatif sur un territoire déterminé.

On parlera alors de Plan de Service Individualisé (PSI) : un coordinateur appelé tantôt case manager, agent de suivi ou courtier de service, veille à l'utilisation, intégrée dans une même démarche, des différentes ressources disponibles dans le réseau afin d'optimiser les services rendus aux bénéficiaires.

La difficulté de cette pratique réside dans la question même de la coordination entre différentes structures et services qui s'inscrivent dans leur logique institutionnelle propre et qui peuvent avoir une vision très différenciée des besoins de l'utilisateur.

Trois biais essentiels peuvent en fait affecter l'évaluation des besoins de l'utilisateur :

- les valeurs culturelles qui sous-tendent la vie quotidienne des professionnels et qui colorent la représentation qu'ils se font de l'utilisateur. A cet univers de référence du professionnel, correspond l'univers de référence de l'utilisateur. Il s'agit de reconnaître la légitimité de chacun de ces univers

symboliques et d'établir entre eux des ponts qui ouvrent au dialogue et à une compréhension réciproque.

- la formation des professionnels qui les amène à identifier les besoins de la personne de façon sectorisée ou fragmentaire en fonction de leur spécialisation. A ce danger d'instrumentalisation de l'utilisateur, répond la diversification des approches dans un travail d'équipe dont l'utilisateur fait partie en tant que client en demande de service.

- la structure où se rencontrent professionnels et usagers. Cette structure tend à induire une définition des besoins des personnes à partir de la disponibilité des services offerts par les établissements, reléguant au second plan, voire oubliant les besoins pour lesquels ils ne disposent pas de ressources. A cet enfermement institutionnel répond l'institutionnalisation de comités d'utilisateurs dans lesquels se joue le lien d'association.

A côté des Plans de Programme et des Plans de Services, on retiendra aussi le concept de Plan d'Intervention Individualisé (PII). Il s'agit en fait de la formalisation des objectifs, des moyens mis en œuvre et de l'échéancier de chacun des intervenants du PPI ou du PSI.

ANNEXE 2 : CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION

	Population totale 2008	Hommes 2008	Femmes 2008	Droit Intégration Sociale 2007	Bénéficiaires AWIPH	Taux emploi	Indice GINI (1)	Indice de richesse 2007 (2)
Basse-Meuse								
Bassenge	8.483	4.175	4.308	62	89	58,3%	0,214	96,1
Dalhem	6.647	3.284	3.363	11	28	63,2%	0,231	109,3
Herstal	37.685	18.035	19.650	523	329	51,8%	0,182	83,1
Juprelle	8.619	4.267	4.352	31	53	62,5%	0,222	107,9
Oupeye	23.669	11.327	12.342	132	173	57,2%	0,206	95,6
Visé	16.903	8.051	8.852	226	118	54,3%	0,197	90,9
Total Basse-Meuse	102.006	49.139	52.867	985	790	57,9%	0,209	97,2
Condroz - Ourthe								
Anthisnes	4.003	1.985	2.018	7	12	64,5%	0,236	105,3
Aywaille	11.227	5.516	5.711	71	68	59,3%	0,213	95,3
Comblain-au-Pont	5.401	2.574	2.827	22	41	57,8%	0,198	89,9
Esneux	13.065	6.318	6.747	81	65	59,0%	0,239	112,6
Hamoir	3.620	1.774	1.846	32	17	55,5%	0,210	94,0
Nandrin	5.688	2.803	2.885	15	48	62,7%	0,245	121,2
Neupré	9.685	4.717	4.968	52	41	61,4%	0,262	126,2
Ouffet	2.613	1.311	1.302	13	13	60,1%	0,209	99,3
Sprimont	13.211	6.423	6.788	58	64	62,3%	0,243	107,7
Tinlot	2.436	1.200	1.236	4	16	63,7%	0,216	102,7
Total Condroz - Ourthe	70.949	34.621	36.328	355	385	60,6%	0,227	105,4
Haute-Meuse								
Ans	27.550	13.056	14.494	289	186	55,3%	0,208	94,7
Awans	8.758	4.204	4.554	37	62	60,5%	0,220	104,4
Flémalle	24.963	11.815	13.148	278	181	52,7%	0,193	88,9
Grâce-Hollogne	21.813	10.497	11.316	155	191	52,6%	0,190	86,5
Saint-Nicolas	22.600	10.760	11.840	276	191	48,0%	0,172	78,9
Seraing	61.657	29.242	32.415	1.129	558	47,5%	0,186	82,7
Total Haute-Meuse	167.341	79.574	87.767	2.164	1.369	52,8%	0,195	89,4
Hesbaye								
Berloz			1.451			64,6%	0,220	102,9

	2.854	1.403		11	18			
Braives	5.660	2.780	2.880	43	41	63,9%	0,226	102,1
Crisnée	2.906	1.409	1.497	11	16	64,5%	0,253	112,3
Donceel	2.883	1.457	1.426	4	16	65,4%	0,222	110,5
Faimes	3.614	1.817	1.797	8	12	67,8%	0,228	110,4
Fexhe-le-Haut-Clocher	3.046	1.524	1.522	15	17	60,8%	0,217	104,2
Geer	2.979	1.487	1.492	5	27	65,8%	0,215	105,7
Hannut	14.724	7.118	7.606	93	122	63,0%	0,222	104,7
Lincet	3.040	1.462	1.578	9	16	65,2%	0,234	102,9
Oreye	3.549	1.744	1.805	11	16	65,5%	0,238	106,1
Remicourt	5.191	2.504	2.687	16	27	64,8%	0,227	108,0
Saint-Georges-sur-Meuse	6.571	3.182	3.389	68	37	54,7%	0,200	91,2
Waremmes	14.306	6.846	7.460	66	164	60,8%	0,217	103,1
Wasseiges	2.582	1.254	1.328	18	24	63,4%	0,236	98,6
Total Hesbaye	73.905	35.987	37.918	378	553	63,6%	0,225	104,5
Liège								
Liège	190.102	93.082	97.020	7.071	1.593	47,3%	0,212	85,5
Total Liège	190.102	93.082	97.020	7.071	1.593	47,3%	0,212	85,5
Plateau - Vesdre								
Beyne-Heusay	11.857	5.715	6.142	101	93	55,7%	0,199	90,4
Blégny	13.004	6.381	6.623	43	77	64,3%	0,234	107,1
Fléron	16.161	7.587	8.574	156	135	54,5%	0,207	93,5
Herve	16.755	8.161	8.594	86	136	63,2%	0,215	99,7
Olne	3.782	1.880	1.902	16	14	63,2%	0,258	118,6
Soumagne	15.747	7.746	8.001	106	119	60,3%	0,206	95,7
Trooz	7.731	3.808	3.923	69	44		0,218	96,1
Total Plateau - Vesdre	85.037	41.278	43.759	577	618	60,2%	0,220	100,2
Total général	689.340	333.681	355.659	11.530	5.308	57,1%	0,215	97,0

(1) Indice d'inégalité entre les salaires et le niveau de vie, les revenus, etc. (0=égalité parfaite - 1=inégalité la plus haute)

(2) Indice de richesse = Total net imposable / Nombre d'habitants (Belgique : 100)

	Etat de santé générale-ral ressenti Bon 2001	Consultations omnipraticien 2008	Consultations (neuro)psychiatre 2008	Hospitalisations classiques 2007 (3)					Hospitalisations de jour 2007 (3)			
				Troubles men-taux (médical)	Troubles men-taux (chirurg.)	Alcoolisme / usage drogue	Système ner-veux (médical)	Système ner-veux (chirurg.)	Troubles men-taux (médical)	Alcoolisme / usage drogue	Système ner-veux (médical)	Système ner-veux (chirurg.)
Basse-Meuse												
Bassenge	71,0%	44.461		46			71	7	4		4	27
Dalhem	77,0%	46.376		12		6	56	8			10	14
Herstal	67,6%	158.587	7.884	241	4	95	538	64	4		57	139
Juprelle	74,9%	46.255	2.916	30		11	98	23	4		11	32
Oupeye	71,0%	126.328	1.527	115	4	36	263	43	4		18	83
Visé	72,4%	83.475	1.182	71		34	20	36	4		11	58
Total Basse-Meuse	72,3%	505.482	13.509	515	8	182	1.046	181	20		111	353
Condroz - Ourthe												
Anthisnes	75,6%	9.095	2.383	5		4	45	10			4	12
Aywaille	72,4%	49.136	1.069	51		21	123	19			11	36
Comblain-au-Pont	70,1%	18.066	671	18		7	71	13			4	16
Esneux	75,5%	50.821	8.696	38		28	141	36	4		4	34
Hamoir	71,7%	19.318	1.187	7		9	31	10			6	10
Nandrin	78,2%	16.005	3.156	11		7	52	11			4	16
Neupré	77,6%	62.647	9.548	31		10	93	15			4	26
Ouffet	74,3%	7.415		9		4	25	4			6	9
Sprimont	77,7%	50.537	1.319	43	4	13	142	17	4		14	31
Tinlot	78,5%	2.498	781	7		4	20	5				8
Total Condroz - Ourthe	75,2%	285.538	28.810	220	4	107	743	140	8		57	198
Haute-Meuse												
Ans	70,0%	133.438	4.907	121	4	44	352	57	4		48	90
Awans	73,0%	48.894	1.941	33		9	106	20	4		15	26
Flémalle	66,7%	97.601		103	4	21	300	44	4		36	107
Grâce-Hollogne	69,4%	99.985	2.723	107		45	236	41	4	4	29	76
Saint-Nicolas	67,3%	87.181	245	90	4	31	331	39	4		25	79
Seraing	65,7%	246.988	1.761	330	4	133	903	120	9		34	184
Total Haute-Meuse	68,7%	714.087	11.577	784	16	283	2.228	321	29	4	187	562
Hesbaye												
Berloz	73,1%	7.631		7		8	22	4				14
Braives	72,8%	24.723		16		8	61	11	4	4	4	10
Crisnée	72,6%	17.929	1.043	6		4	27	6			5	9
Donceel	77,7%	11.623	2.685	6		5	39	6			4	8
Faimes	73,7%	12.061		9		8	44	6	4		4	11
Fexhe-le-Haut-Clocher	74,1%	12.319	752	9		4	28	4	4		4	13

Geer	74,4%	18.007	2.561	8		4	31	5			4	8
Hannut	73,0%	65.629	973	44		19	156	15			5	54
Lincet	72,0%	23.158		11		5	35	4				6
Oreye	72,3%	22.100		11		7	38	7			4	8
Remicourt	72,3%	34.170	1.458	24		4	91	8			4	11
Saint-Georges-sur-Meuse	69,4%	26.800		25		13	80	10				23
Waremmes	70,0%	68.454	1.138	65		40	153	27	4		16	44
Wasseiges	70,4%	10.755	42	7			24	4			4	5
Total Hesbaye	72,7%	355.359	10.652	248		129	829	117	16	4	58	224
Liège												
Liège	66,9%	777.782	94.545	1.089	8	533	2.510	341	21		277	488
Total Liège	66,9%	777.782	94.545	1.089	8	533	2.510	341	21		277	488
Plateau - Vesdre												
Beyne-Heusay	70,0%	72.622		43		19	175	28	4		16	40
Blégny	76,0%	76.580	3.134	56	4	25	146	21	4		15	53
Fléron	69,9%	74.059	7.922	69	4	35	203	28			13	52
Herve	78,2%	73.354	3.835	57		27	172	36	4		33	36
Olne	80,2%	5.169	1.821	14		8	42	8			4	14
Soumagne	74,9%	74.989	786	50		15	166	24			11	51
Trooz	74,3%	26.820	716	26	4	7	83	14			4	31
Total Plateau - Vesdre	74,8%	403.593	18.214	315	12	136	987	159	12		96	277
Total général	71,8%	3.041.841	177.307	3.171	48	1.370	8.343	1.259	106	8	786	2.102

(3) L'indication "4" signifie en réalité que 1, 2, 3 ou 4 hospitalisations ont été comptabilisées.

ANNEXE 3 : LISTING OFFRE DE SOINS

1. Offre de soins	
1.1 Offre de soins de première ligne	
1.1.1 Services de prévention	
JAP Jeunesse - Aide - Prévention	Rue Louis Germeau, 10 à 4340 Hognoul
Point Cannabis	Rue du Collège, 31 à 4600 Visé
CIAJ	place Communale, 1 4100 Seraing
CLPS	boulevard de la Constitution, 19 4020 Liège
Commission provinciale de prévention des assuétudes	Rue Beeckman 26, 4000 Liège
Province de Liège-Maison du Social	boulevard d'Avroy, 28-30 4000 Liège
Ecoutons les jeunes A.S.B.L.	rue de Flémalle Grande, 22, 4400 Flémalle
Espace Jeunesse	rue de l'Hôtel communal, 57 4420 Saint-Nicolas
Espace quartier (Cellule communale de prévention)	rue Paquay, 25 4100 Seraing
Espace santé - Solidaris/FPS	rue Douffet, 36 4020 Liège
La Débrouille	rue du Haut Pré, 4100 Seraing
Serv. de prévention (Contrat de sécurité et de prévention)	rue François Lapierre, 17-19 4620 Fléron
1.1.2. Associations de médecins généralistes	
AMTEE	Avenue Laboule 124 4130 Esneux
Asbl des médecins de Grâce-Hollogne	Rue Méan 269 4460 Grâce-Hollogne
Asbl société de médecine de Fléron et Beyne-Heusay	Drève du Château 5 4620 Fléron
Association de médecine Ans-Alleur-Loncin	Rue de l'Yser 328 4430 Ans
Ass. de médecins de Beaufays -Embourg-Mehagne	Voie de l'Air Pur 249 4052 Beaufays
Ass. de médecins généralistes de la Basse Meuse	Rue Joseph Wauters 74 4683 Vivegnis
Association de médecins généralistes de Hannut	Rue de la Crosse 1 4280 Villers-Le-Peuplier
Ass. de médecins Jupille-Bellaire-Saive-Queue du Bois	Rue du Bois de Breux 116 4020 Jupille
FLAGM	Rue de Huy 44 4300 Waremme
Herstal Santé	Large Voie 88 4040 Herstal
Médecins généralistes Sprimontois (MGS)	Rue du Centre 19 4140 Sprimont
Médicase	Rue Wafusée 76 4470 Saint-Georges

Médimagne	Rue Campagne 149 4630 Soumagne
Société de médecine de Grivegnée	Rue de Herve 203 4030 Grivegnée
Société de médecine de Seraing et environs	Rue de Plainevaux 249 4100 Seraing
1.1.3. Maisons médicales et de santé intégrée	
Intergroupe liégeois des maisons médicales A.S.B.L.	rue du Laveu, 76 4000 Liège
Maison médicale Herma	rue Natalis, 73 4020 Liège
Maison médicale-Centre de Santé de Tilleur	rue Malgarny, 2 4420 Tilleur-Saint-Nicolas
Maison médicale "La Passerelle"	rue Gaston Grégoire, 16 4020 Liège
Maison médicale Agora	rue de Rotheux, 164 4100 Seraing
Maison médicale Atoll	rue Large Voie, 5 4040 Herstal
Maison médicale Bautista Van Schowen- Centre de Santé Intégré	rue de la Baume, 215 4100 Seraing
Maison médicale d'Ougrée	rue de la Rose, 163 4102 Ougrée
Maison médicale Aquarelle	rue Mathieu de Lexhy, 170 4460 Grâce-Hollogne
Maison médicale du Cadran	rue Sainte-Marguerite, 124 4000 Liège
Maison médicale Houlpays	Thier de la Chatreuse, 7 4020 Liège
Maison médicale Le Laveu	rue du Laveu, 74 4000 Liège
Maison médicale Légia	rue Gilles Magnée, 145 4430 Ans
Maison médicale MPLP HERSTAL	avenue Francisco Ferrer, 26 4040 Herstal
Maison médicale Oxygène	place des Verriers, 14 4100 Seraing
Maison médicale pour le peuple	rue de Plainevaux, 5 4100 Seraing
Maison médicale Solidarités	rue du Cristal 14A 4100 Seraing
Maison médicale Tournesol	Grand Route 240 4400 Flémalle
Médecins généralistes associés	rue Henri Orban, 5 4920 Aywaille
1.1.4. Structures d'urgence	
<u>Structures de soins</u>	
CHR Citadelle Urgences psychiatriques	Bd du 12 ^{ème} de ligne, 1 à 4000 Liège
START - MASS	Montagne Ste Walburge, 4 A à 4000 Liège
<u>Services d'accueil d'urgence</u>	

Urgences Sociales CPAS de Liège	rue du Vertbois, 86 à 4000 Liège
Sans Logis Hommes (40 lits)	rue Saint-Laurent, 172 à 4000 Liège
Sans Logis Femmes (44 lits)	rue de Bassenge, 46 à 4000 Liège
Foyer d'Accueil pour Jeunes Travailleurs Hommes (44 lits)	rue de l'Hôtel Communal, 97 à 4460 Grâce-Hollogne
Abri de nuit Mixte (25 lits)	rue sur la Fontaine, 106 à 4000 Liège
Abri de Jour	Rue Lambert Le Bègue, 36-38 à 4000 Liège
La Fontaine	rue Pouplin, 3 (Jonfosse) à 4000 Liège
Oxygène asbl Hommes (35 lits)	rue Jean d'Outremeuse, 69 à 4020 Liège
La Traille Femmes (9 lits)	rue Joseph Wauters, 19 à 4480 Engis
L'Abri de nuit Opération Thermos (22 lits)	rue Chevaufosse, 80, à 4000 Liège
Un toit pour la Nuit (14 lits)	rue du Molinay, 28 à 4100 Seraing
Thermos	Rue Chevaufosse, 80 à 4000 Liège
1.2 Offre de soins ambulatoires	
1.2.1 Services de Santé Mentale et centres de guidance	
Service de santé mentale psycho-J	Rue Hors Château, 59/1 à 4000 Liège
Service de santé mentale de Herstal AIGS Lieux-Dits	Rue Saint Lambert, 84 à 4040 Herstal
Service de santé mentale de Beyne-Heusay IGS Lieux-Dit	Rue Cardinal Mercier, 32 à 4610 Beyne-Heusay
Service de santé mentale de Visé AIGS Lieux-Dits	Rue de la Fontaine, 53 à 4600 Visé
Service de santé mentale de Herstal AIGS Epsilon AICS	Rue Saint Lambert, 84 à 4040 Herstal
Service de santé mentale de Ougrée	Rue Bertholet, 29 à 4102 Ougrée
Service de santé mentale de Seraing - Ougrée	Rue Hya, 71 à 4100 Seraing
Service de santé mentale de Jemeppe	Rue Voie du Promeneur, 13 à 4101 Jemeppe
Service de santé mentale de Comblain-au-Pont AIGS	Route d'Aywaille, 22 à 4170 Comblain-au-Pont
Centre de Guidance de Hannut	Rue J. Mottin, 6 à 4280 Hannut
Service de santé mentale de Jupille AIGS	Cité André Renard, 15 à 4020 Jupille
Service de santé mentale de Nandrin	Rue Albert Botty, 1 à 4550 Nandrin
Service de santé mentale	Rue de Dinant, 22 à 4800 Verviers
Service de santé mentale	Rue de la Maison Communale, 4 à 4802 Verviers
Service de santé mentale de Verviers	Rue de Dinant, 18-20 à 4800 Verviers
Centre de Guidance de Waremme	Rue G. Joachim, 49 à 4300 Waremme
Service de santé mentale - C.L.I.P.S.	Rue Alex Bouvy, 18 à 4020 Liège

Service de santé mentale - ALFA	Rue de la Madeleine, 17 à 4000 Liège
Service de santé mentale - Club André Baillon	Rue des Fontaines Roland, 7-9 à 4000 Liège
Service de santé mentale - Club André Baillon II	Rue Louis Jamme, 29 à 4000 Liège
Service de santé mentale Aire Libre	Rue des Augustins, 34 à 4000 Liège
Service de santé mentale - LE TAQUET	Chaussée Churchill, 28 à 4420 Saint-Nicolas
Service de santé mentale (A.I.G.S.)	Cité André Renard, 15 à 4020 Liège-Jupille
Service de santé mentale (A.I.G.S.)	Rue du Ponçay, 1 à 4680 Hermée
Service de santé mentale (A.I.G.S.)	Chaussée Churchill, 28 à 4420 Saint-Nicolas
Service de santé mentale (A.I.G.S.)	Rue de l'Egalité, 250 à 4630 Soumagne
Service de santé mentale d'Oupeye AIGS	Rue du Roi Albert, 12 à 4680 Oupeye
Service de santé mentale de Beyne Heusay AIGS	Grande Route, 306 à 4610 Beyne Heusay
Service de santé mentale de Blegny AIGS	Place Sainte-Gertrude, 1a à 4670 Blégny
Service de santé mentale Angleur (ISoSL)	Rue Vaudrée, 40 à 4031 Angleur
Service de santé mentale (ISoSL)	Rue des Franchimontois, 4B à 4000 Liège
Service de santé mentale (ISoSL)	Place Saint-Christophe, 2 à 4000 Liège
Service de santé mentale adultes (A.I.G.S.)	Rue Saint-Lambert, 84 à 4040 Herstal
Service de santé mentale enfants (A.I.G.S.)	Rue Saint-Lambert, 84 à 4040 Herstal
Service de santé mentale de Flémalle	Rue Spinette, 2 à 4400 Flémalle
Service de santé mentale Léon Halkein	Rue de Sluse, 17 à 4600 Visé
Service de santé mentale Le Méridien (A.I.G.S.)	Rue de la Fontaine, 53 à 4600 Visé
Service de santé mentale SIAJEF - Revers	Rue Maghin, 18-19 à 4000 Liège
Service de santé mentale Universitaire Enfants - Parents	Rue Lambert Le Bègue, 16 à 4000 Liège
Service de santé mentale C.L.I.P.S.	Rue Alex Bouvy, 18 à 4020 Liège
SYGMA Service pour Auteurs d'Infractions à caractère sexuel	Rue Jacob Makoy, 57 à 4000 Liège
1.2.2 Centre de Réadaptation Fonctionnelle et centres de jour	
Centre Liégeois d'Evolution vers une Autonomie Nouvelle - CLEAN	Rue N. Kinet, 7 à 4020 Liège
CRF Club André Baillon (adultes)	Avenue de l'Observatoire, 20 à 4000 Liège
CRF St Nicolas	Chaussée Churchill, 28 à 4420 Saint-Nicolas
Centre de réhabilitation psychiatrique L'Ancre (adultes)	Rue du Roi Albert, 235 à 4680 Oupeye
CRF AIGS Le Sablier (adultes)	Rue du Village, 38 à 4690 Eben-Emael
CRF AIGS	Rue Thies Zabay 1A à 4690 Eben-Emael
CRF AIGS L'intervalle (adultes)	Chaussée Bruneault, 268 à 4041 Vottem
CRF AIGS Le Maillet (enfants- adultes)	Rue Cardinal Mercier, 32 à 4610 Beyne-Heusay
CRF Le Trait d'Union	Grand Route, 306 à 4610 Beyne-Heusay
Centre Henry Wallon Psy V1	Rue Clos Hennekinne, 128 à 4051 Chaudfontaine

Centre Henry Wallon Psy V2	Rue Vallée, 65 à 4051 Chaudfontaine
Centre de Rééducation de l'enfance - CRE	Rue Hors Château, 59 à 4000 Liège
Centre de Rééducation de l'enfance - CRE	Rue de l'Etang, 94 à 4102 Seraing Ougrée
CRF AIGS (enfants)	Rue Tirogne, 28 à 4460 Grâce-Hollogne
CRF AIGS (enfants)	Rue de la Croix Rouge, 15 à 4600 Visé
CRF AIGS La Courte Echelle (enfants)	Rue Large-Voie, 180 à 4040 Herstal
CRF (enfants)	Rue Tinlot, 42-44 à 4040 Herstal
CRF (enfants)	Rue Spinette, 2 à 4400 Flémalle
CRF (enfants)	Rue Hors-Château, à 4000 Liège
CRF Ans	Rue Kerstenne, 41 à 4430 Ans
CRF Centre Bernadette (enfants)	Rue du Centre Bernadette, 2 à 4250 Geer
CRF Le Colibri (enfants)	Chaussée Churchill, 26 à 4420 Montegnée
Centre Thérapeutique et Aide Educative – CTAE (enfants et ado)	Rue Vielle Montagne, 22 à 4000 Liège
La Ferme du Soleil (enfants)	Chaussée Colonel Joset, 51 à 4630 Soumagne
Centre psychothérapeutique de Jour pour Enfants La Manivelle (enfants et ado)	Bd de la Constitution, 153 à 4020 Liège
Service d'accueil de jour pour jeunes non scolarisés « Les Machiroux » AIGS (AWIPH°)	Rue Kerstenne, 49 à 4430 Ans
Centre de Référence Autisme de Liège- CRAL	Quai Godefroid Kurth, 45 à 4020 Liège
1.2.3 Hôpitaux de jour	
Hôpital de jour ISoSL site Petit Bourgogne	Rue Professeur Mahaim, 84 à 4000 Liège
Hôpital de jour ISoSL site Agora	Montagne Sainte-Walburge, 4a à 4000 Liège
Hôpital de jour de la clinique Notre Dame des Anges	Rue E. Vandervelde, 67 à 4000 Liège (Galin)
Hôpital de jour universitaire La Clé (CHU)	Bd de la Constitution, 153 à 4020 Liège
1.2.4 Services d'aide et de soins à domicile	
Soins Psychiatriques à Domicile Intégrés (SPADI)	Montagne Ste Walburge, 4A à 4000 Liège
CONCERTO	Montagne Ste Walburge, 4A à 4000 Liège
La Trame (suivi psychiatrique à domicile)	Rue de Herve, 17 à 4651 Herve - Battice
Hirondelle AIGS	

T.A.H.	
Le Pélican AIGS	
CSD	Rue de la boverie, 379 à 4100 Seraing
ASD Liège	Rue d'Amercoeur, 55 à 4020 Liège
ASD Ourthe-Amblève	Place Marcellis, 10 à 4920 Aywaille
ACDI (Association de Coordination de soins et de domicile indépendants)	Bd Frère Orban, 46 à 4000 Liège
Centre d'Information Sanitaire	Rue Georges Truffaut, 35 à 4432 Alleur
Centre familial de la Région Wallonne	Rue Louvrex, 76 à 4000 Liège
CIAS Centre indépendant d'aide sociale des mutualités libres	Bd d'Avroy, 9 à 4000 Liège
Chaudfontaine – Santé	Voie de l'air pur, 102 à 4052 Chaudfontaine
Equipe de soutien en soins palliatifs à domicile DELTA	Boulevard de l'Ourthe 12, 4032 Chênée
La récré du coeur	Rue d'Amercoeur, 55 à 4020 Liège
MAD Maintien à Domicile	Rue de Plainevaux, 249 à 4100 Seraing
Service d'Aide à Domicile Ougrée / Seraing / Flémalle	Esplanade de la mairie, 1 à 4102 Ougrée
SOS Basse-Meuse, Centre de Coordination de soins et de services à domicile du CPAS de Oupeye	Rue sur les Vignes, 37 à 4680 Oupeye
Vivre à Domicile	Rue Bois l'Evêque, 2A/11 à 4000 Liège
Croix jaune et blanche	Rue d'Amercoeur 55, 4020 Liège
CPAS Aide et soins à domicile, soutien psychologique	
Centre de coordination de soins et de services à domicile	Place Saint-Jacques, 13 à 4000 Liège
CPAS Ans-Loncin (aides familiales)	Rue E. Colson, 148 à 4431 Ans
CPAS de Awans (aide à domicile)	Rue des Ecoles, 2 à 4340 Awans
CPAS de Chaudfontaine (service d'aide à domicile)	Rue des Combattants, 28 à 4051 Chaudfontaine
CPAS de Flémalle	Rue de l'Ermitage, 16 à 4400 Flémalle
CPAS de Herstal	Rue JP Antoine, 79B à 4040 Herstal
CPAS de Juprelle	Rue Cordémont, 17 à 4450 Juprelle-Slins
CPAS de Neupré	Rue Duchêne 13, 4120 Neupré
1.2.5 Centres de planning familial	

Centre d'accompagnement et de planning familial "le 37"	Rue Saint-Gilles, 29 à 4000 Liège
Centre de planning et de consultations conjugales et familiales "E.Mazy" ASBL	Rue Cathédrale, 97 à 4000 Liège
Planning Familial « R et M » décentralisation de Liège E Mazy	Rue des Récollets, 26 à 4600 visé
Centre de planning familial des FPS ASBL	Rue des Carmes, 17 à 4000 Liège
Centre Louise Michel ASBL	Rue des Bayards, 45 à 4000 Liège
La Famille Heureuse ASBL	Rue Hemricourt, 3 à 4000 Liège
Infor-Famille ASBL	En Feronstrée, 129 à 4000 Liège
Infor-Femmes ASBL	Rue Trappé, 10 à 4000 Liège
Service d'information Psycho-Sexuelle SIPS ASBL	Rue Sœurs de Hasque, 9 à 4000 Liège
Collectif Contraception Planning Familial ASBL	Rue Lairesse, 91 à 4020 Liège
Collectif Contraception ASBL Planning Familial de Seraing	Rue de Ferrer, 176 à 4100 Seraing
Planning Ourthe-Amblève ASBL	Place Marcellis, 12 à 4920 Aywaille
Centre de planning familial de Fléron	Rue de Magnée, 55 à 4620 Fléron
1.2.6 Services spécialisée en assuétudes	
Accueil Drogues	Rue Saint Jean-en-Isle 15 4000 Liège
Alfa SSM	Rue de la Madeleine 17 4000 Liège
Cap Fly asbl	Rue du Ruisseau 17 4000 Liège
La Teignouse	Sart 2 4171 Poulseur
Nadja asbl	Rue Souverain Pont 56 4000 Liège
Seraing5	Rue de la Province 104 4100 Seraing
START – MASS	Montagne Sainte Walburge, 4a à 4000 Liège
GAPP de Flémalle	Rue du Herdier 6, 4400 Flémalle
Thäis Asbl	Place Xavier Neujean 40, 4000 Liège
1.2.7 Services spécialisés en prostitution	
ICAR	Place Xhavier Neujean, 36 à 4000 Liège
SURYA	Rue Rouveroy, 2 à 4000 Liège
Le Nid	Rue du Marnix 83, 4100 Seraing

THAIS	Place Xavier Neujean 40, 4000 Liège
1.2.8 Centres thérapeutiques et autres	
Centre de thérapie Charles Emile d'Oultremont	Rue Hors Château, 59/2 à 4000 Liège
Service de psychologie clinique - ULG	Bd du Rectorat (B.33) Sart-Tilman à 4000 Liège
Praxis	Rue Puits en Sock, à 4020 Liège
Tabane asbl (Ethno-psychiatrie)	Rue des Steppes, 28 à 4000 Liège
1.2.9 Centres PMS	
Centre P.M.S. libre I, V, IX	Boulevard Emile de Laveleye, 78 à 4020 Liège
Centre P.M.S. libre II	Rue de Sclessin, 47 à 4000 Liège
Centre P.M.S. libre III, VI, VII	Rue Louvrex, 70 à 4000 Liège
Centre P.M.S. libre IV	Boulevard d'Avroy, 60 à 4000 Liège
Centre P.M.S. libre VIII	Avenue Albert 1er, 18 à 4600 Visé
Centres P.M.S. Communal de Liège IV Echevinat de l'Instruction publique	Rue Beeckman, 27 à 4000 Liège
Centres P.M.S. de la Communauté française (21) Ministère de l'Enseignement obligatoire	Place Surllet de Chokier, 15-17 à 1000 Bruxelles
Centres P.M.S. provincial (11)	Rue du Commerce, 14 à 4100 Seraing
1.2.10 Associations de bénéficiaires et de proches / self help	
SUN (Club André Baillon)	Avenue de l'Observatoire 20, 4000 Liège
Together (AIGS)	Chaussée Brunehault 228 B, 4041 Herstal
Asbl Réflexions	Rue Pont St-Nicolas, 2 à 4020 Liège
Psytoyens	Boulevard Beaufraipont 19/2, 4032 Chênée
Similes	Bd Beaufraipont, 19/2 à 4032 Chênée
Alcooliques anonymes	B.P.266 4020 Liège
Emotifs anonymes	Rue de la Madeleine 17 4000 Liège
D.R.A.P.S.	rue Felix Vandersnoeck, 39 4000 Liège
Joueurs anonymes	Rue de l'Eglise, 3 4032 Chênée
Vie Libre	rue des Mineurs, 18A 4000 Liège
Le Balancier	Rue Professeur Mahaim, 84 à 4000 Liège

1.2.11 Services du secteur enfance et parentalité	
SOS – Enfants – Aide et Prévention - SAP	Rue de la liberté, 56 à 4020 Liège
1.3 Offre de soins résidentielle	
1.3.1 Hôpitaux psychiatriques, psycho-gériatriques et généraux	
<u>Hôpitaux psychiatriques et psycho-gériatriques</u>	
Clinique Notre Dame des Anges (223 lits)	Rue E Vandeveld, 67 à 4000 Liège
ISoSL Petit Bourgogne (303 lits)	Rue Professeur Mahaim, 84 à 4000 Liège
ISoSL Agora (191 lits)	Montagne Sainte-Walburge, 4A à 4000 Liège
ISoSL site Pèrì	Montagne Ste Walburge 4B, à 4000 Liège
Hôpitaux généraux avec service de psychiatrie A ou K	
CHR Citadelle	Bd du 12 ^{ème} de ligne, 1 à 4000 Liège
CHR Site Ste Rosalie	Rue des Wallons, 72 à 4000 Liège
CHR site Château Rouge	Rue du Grand Puits, 47 à 4000 Liège
CHC Rocourt	
CHU de Liège	Domaine Universitaire Sart Tilman, B35 à 4000 Liège
CHU Ourthe-Ambiève	Rue Grandfosse à 4130 Esneux
CHU Notre Dame des Bruyères	Rue de Gaillarmont, 600 à 4030 Grivegnée
1.2.10 hôpitaux avec policlinique psychiatrique ou service de psychiatrie de liaison	
Clinique André Renard	Rue André Renard 1, 4040 Herstal
Policlinique du Vertbois	Avenue maurice Destenay 3, 4000 Liège
Policlinique Isi Delvigne	Rue neuve 26, 4032 Chênée
CHC Clinique Saint Joseph	Rue de Hesbaye 75, 4000 Liège
CHC Clinique Notre Dame - Oupeye	Rue Basse Hermalle 4, 4681 Oupeye
CHC Clinique Notre Dame Waremme	Rue de Sélys Longchamps 47, 4300 Waremme
CHBAH seraing	Rue Laplace, 40 à 4100 Seraing
CHBAH Waremme	Avenue de la Résistance, 1 à 4300 Waremme
1.3.2 Maisons de Soins Psychiatriques	

MSP Les Charmilles (48 places)	Rue Professeur Mahaim, 86 à 4000 Liège
MSP Les Cèdres (41 places)	Rue Professeur Mahaim 2 à 4000 Liège
MSP La Parenthèse (25 places)	Rue Thier des Raves à 4550 Nandrin
MSP Notre Dame Waremme (30 places)	Rue de Selys, 47 à 4300 Waremme
1.3.3 Initiatives d'Habitations Portégées	
IHP ISoSL – Petit Bourgogne (46 places)	Rue Professeur Mahaim 84, 4000 Liège
IHP ISoSL – Agora (24 places)	Montagne Sainte-Walburge 4A , 4000 Liège
IHP individuelle ISoSL – Agora (7 places)	Montagne Sainte-Walburge 4A , 4000 Liège
IHP Ourthe-Amblève AIGS (2places)	Rue aux Petites Croix, 6 à 4920 Aywaille
IHP Trixhe Maille AIGS (8 places au total)	Rue Trixhe Maille, 192 à 4040 Herstal
IHP Ourthe-Amblève AIGS	Rue de Aywaille, 22 à 4170 Comblain-au-Pont
IHP L'essor Asbl	Rue E. Vandervelde, 67 à 4000 Liège (Glain)
IHP Club André Baillon Asbl	Rue des Fontaines Roland, 7-9 à 4000 Liège
IHP de Waremme	Avenue Guillaume Joachim, 49 à 4300 Waremme
IHP Le Hall (24 places)	Rue de Herve, 17 à 4651 Herve - Battice
Liprolo	Rue Maghin, 19 à 4000 Liège
SIAJEF	Rue Maghin, 18 à 4000 Liège
1.3.4 Services AWIPH pour jeunes avec des troubles caractériels présentant un état névrotique ou prépsychotique	
Service Résidentiel pour Jeunes « Le Relais »	Place du Marché, 17 à 4651 Herve – Battice
La Verdissée	Rue Schoonbroodt, 3-5 à 4650 Herve
Les Galapiats	Route d'Henri-Chapelle, 15 à 4651 Herve - Battice

ANNEXE 4 : FORMULAIRE DE CANDIDATURE SPADI

SPADI : FORMULAIRE D'ANALYSE DE CANDIDATURE

(sous réserve d'acceptation)

I. Fiche d'identification

Nom :

Prénom :

Masculin ☐ Féminin ☐

Date de naissance :

Lieu :

Date et origine de la demande :

Référent du patient :

Psychiatre traitant :

Médecin généraliste :

Situation administrative

Domicile (CI) :

Résidence :

Tél :

Mutuelle :

En ordre : oui ☐ non ☐

PPMM : oui ☐ non ☐

Depuis le :

Jour :

AP Biens :

Etat civil : Célibataire ☐

Marié ☐

Divorcé ☐ Séparé ☐

Cohabitant ☐

Situation familiale et sociale

Père :

Mère :

Fratric :

.....

.....

Conjoint/partenaire :

Milieu de vie :

Personne ressource :

Enfants :

.....

.....

Parcours scolaire et formations professionnelles

.....

.....

.....

.....

.....

Antécédents professionnels

Fonction :

Lieu de travail :

Durée :

Situation matérielle et financière

Logement : Propriétaire ☐ Locataire ☐

Chambre garnie ☐ Studio ☐ Appartement ☐ Maison ☐ Autre :

.....

Revenus :

Origine :

.....

Charges (loyer, pension alimentaire, dettes, ...) :

.....

.....

.....

Situation judiciaire

Com. déf. Sociale ☐

Article 14 ☐

SAJ ☐

SPJ ☐

II. Projet et bilan d'autonomie

	Autonome	Avec stimulation	Aide indispensable	Remarques et observations
1. <u>Autonomie de base</u> - Hygiène corporelle - Hygiène vestimentaire - Capacité de se lever 2. <u>Autonomie résident</u> - Entretien logement - Entretien linge - Capacité à faire liste des courses - Capacité à faire des courses - Préparation des repas 3. <u>Autonomie com.</u> - Utilisation des TEC - Démarches administratives - Suivi courrier - Contacts judiciaires (SAJ, SPJ, CDS, ...) 4. <u>Autonomie financière</u> - Gestion de son budget - Contacts GB 5. <u>Autonomie sanitaire</u> - Préparation de son traitement - Régularité injection - Suivi médical (rdv) - Suivi psychiatrique (rdv) - Maîtrise des assuétudes - Gestion des symptômes - Participat. aux activités au sein du service 6. <u>Intégration dans le réseau</u> - SSM - CRF				

- HJ -				
----------------	--	--	--	--

Projet d'activités, de formation, loisirs, ... :

7. Quelles sont vos attentes concernant les services rendus par les SPADI? (Comment imaginez-vous le suivi SPADI)

(à compléter par le patient et le service)

DONNÉES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

Entourer

Niveau intellectuel :	Normal	Limite	Retard
-----------------------	--------	--------	--------

Conscience	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Introspection	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Mentalisation	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Verbalisation	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Compréhension	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Motivation	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Energie	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Persévérance	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Tolérance	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Assertivité	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise
Sociabilité	Bonne	Plutôt bonne	Plutôt mauvaise	Mauvaise

« **C'est-à-dire** »

Pensée

Niveau intellectuel : N > 85 ; L 85-70 ; R < 70

Conscience : je perçois et je connais

Introspection : je vois en moi-même

Mentalisation : je conçois les problèmes

Verbalisation : je dis les problèmes

Compréhension : je saisis le sens

Action

Motivation : j'ai envie de participer

Energie : je suis dynamique et vigoureux

Persévérance : je suis constant et endurant

Relation

Tolérance : je respecte les différences

Assertivité : je m'affirme sans agressivité

Sociabilité : j'aime la compagnie

III. Demande à remplir par le médecin

Diagnostic selon DSM IV

Axe 1 :

Axe 2 :

Affections somatiques

.....

.....

.....

Comportement par rapport aux assuétudes

.....

.....

.....

Traitement actuel

(joindre fiche svp)

Demande ou avis ou attentes médicale

.....

.....

.....

.....

.....

Remarques

Echelle des symptômes **Entourer la période :**

Antécédents / état actuel / période à préciser:.....

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent
Irritabilité				
Impulsivité				
Agressivité				
Vandalisme				
Violence				
Inquiétude				
Anxiété				
Angoisses				
Paniques				
Phobies				
Anhédonie				
Asthénie / Adynamie				
Comportements d'échec				
Auto-agressivité				
Comportements suicidaires				
Excitation				
Agitation				
Opposition				
Délire				
Hallucinations				
Méfiance / Suspicion				

Psychorigidité / Autoritarisme				
Orgueil / Mégalomanie				
Fausseté du jugement / Interprétation				
Dénégation / Projection				

ANNEXE 5 : CONTRAT THERAPEUTIQUE – SPADI (cf.fichier excel)

ANNEXE 6 : EXPÉRIENCES ANTÉRIEURES DE TRAVAIL EN RÉSEAUX DANS LA RÉGION LIÉGEOISE

- "Le Réseau", association précurseur des plates-formes psychiatriques des années 80 jusqu'à la pleine reprise de ses missions par la PFPL,
- le Comité Local d'Accompagnement Pluridisciplinaire dit CLAP du "Référént Hospitalier" qui rassemble tant les représentants de patients, de familles que les partenaires en santé mentale locaux,
- l'asbl " Les Habitations Protégées Liégeoises" (HPL) qui réunissent AIGS, Similes Liège et ISoSL secteur santé mentale
- le comité d'accompagnement du projet pilote porté par les HPL "Soins psychiatriques pour patients séjournant à domicile" Concerto, qui rassemble des représentants de plusieurs coordinations de soins à domicile
- le comité d'accompagnement du projet pilote "double diagnostic psychose/assuétude" qui rassemble des représentants du relais social, éducateurs de rue, urgences du CPAS, du CHR Citadelle, de l'AIGS et autres partenaires spécialisé
- le partenariat conventionné entre les urgences psycho-médico-sociales du CHR Citadelle avec l'AIGS et ISoSL secteur santé mentale pour améliorer la réponse apportée aux personnes arrivées, mais aussi avec le Siajef, le Club André Baillon,...
- Relia qui rassemble les partenaires concernés par les assuétudes
- Les groupes de travail de la PFPL qui rassemblent des délégués des partenaires mobilisés par thèmes ou groupes cibles (adultes, jeunes, personnes âgées, alcool, toxicomanie, jeunes et consommation, interface justice/santé...)