

PROJET 107 II

Hainaut Occidental

PROMOTEUR : CENTRE REGIONAL DE SOINS PSYCHIATRIQUES
LES MARRONNIERS

Organisme d'intérêt public doté de la personnalité juridique

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

94, Rue Despars 7500 TOURNAI

Tél. 069/88.02.01

Fax 069/88.02.53

PREAMBULE : Adaptations suite aux remarques du jury

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

PREAMBULE

Adaptations suite aux remarques formulées par le jury

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

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

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

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

La révision du Budget : nous n'avons pas reçu d'avis de la part du service comptable du SPF concernant le budget. Néanmoins nous avons revu celui-ci en fonction de l'évolution du projet (achat d'un immeuble pour la Permanence Psychosociale) et des remarques orales formulées lors de notre première audition, en veillant à éviter les éventuels doubles financements, notamment des réunions. Le financement des familles d'accueil, lui, pourrait se faire via l'index Tf et a donc été entièrement retiré du budget 107. Nous joignons également un tableau de financement du personnel affecté aux équipes mobiles. (p.31)

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

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

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

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

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

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

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

important centre d'activités thérapeutiques de jour, réservé à la partie hôpital des Marronniers. Les infrastructures nécessaires à ce centre d'activités thérapeutiques de jour sont fournies suite à la désaffectation des 44 lits gelés.

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

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

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

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

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

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

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

Les résultats sont les suivants :

- Contacts plus approfondis, plus structurés, plus fréquents entre les partenaires, entre les garants de fonction et les garants de service, entre les membres du comité de travail (réunions hebdomadaires)
- Meilleure connaissance des autres, de leurs ressources et de leurs difficultés, notamment par les stages d'immersion.
- Meilleure prise en compte de la nécessité de travailler avec la population (par exemple le voisinage, les commerçants...) pour assurer une *véritable* inclusion et pas seulement un déplacement de l'exclusion au coeur de la ville
- Adhésion formelle de 10 nouveaux partenaires au projet : le CPAS de Tournai, le SISD, le CHWapi (hôpital général), le SSM provincial de Tournai, le SSM provincial de Mouscron, l'Agence Immobilière Sociale, l'Agence Locale pour l'Emploi, OISP Décléc Emploi, OISP Lire et Ecrire, EFT Cuisine en Herbe.

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

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

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

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

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

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

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

4. Développer la collaboration avec les psychiatres

Les psychiatres et le réseau :

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

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

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

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

Au CRP « Les Marronniers », une procédure plus claire a été mise en place avec la centrale téléphonique et les secrétariats médicaux pour favoriser l'accès aux psychiatres.

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

Les psychiatres entre eux :

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

Des situations cliniques y sont exposées.

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

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

5. Améliorer la coopération entre les équipes mobiles

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. VISION DU PROJET

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. GROUPE CIBLE

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

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

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

3. OBJECTIFS – MISSIONS – RESULTATS ATTENDUS

3.1. Objectifs

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

- 1) être **soignés** grâce à une offre de soins souple, diversifiée, et accessible, le plus possible dans leur milieu de vie. L'hospitalisation intervient seulement en dernier recours et est la plus courte possible.
- 2) être **aidés** sur le plan du logement, du travail, des liens sociaux, et de la participation à la vie citoyenne en général

3.2. Missions pour atteindre ces objectifs :

- 1) constituer un réseau de caractère pluridisciplinaire, centré sur le patient, et coordonné par un coordinateur de réseau (cfr 5.3.1, p. 20)
- 2) un réseau constitué de soignants, d'usagers et de leurs proches, dans le but de cogérer une partie des activités
- 3) un réseau en partenariat avec des organismes sociaux, de réinsertion ou de formation professionnelle, d'enseignement, et des organismes culturels
- 4) un réseau établissant des collaborations « décatégorisées » avec d'autres secteurs : personnes âgées, justice, handicap ...

3.3. Résultats attendus

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

4. ZONE GEOGRAPHIQUE CONCERNEE_(annexe 1)

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

Carte en annexe.

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

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

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

Communes concernées :

Tournai :	67.476 habitants	
Brunehaut :	7.771 habitants	
Antoing :	7.540 habitants	
Rumes :	5.067 habitants	
Pecq :	5.301 habitants	
Celles :	5.541 habitants	
 Total :	 98.696 habitants	 440 km ²

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

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

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

Arrondissements administratifs du Hainaut Occidental :

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

4.3. Services offerts sur la zone concernée

4.3.1. Services hospitaliers psychiatriques

CRP Les Marronniers :

- 240 lits psychiatriques répartis en différentes unités ayant chacune leurs spécificités.
- 350 lits psychiatriques en section de Défense Sociale

Centre Hospitalier Wallonie Picarde (CHwapi) :

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

4.3.2. Services ambulatoires spécialisés en santé mentale

Les SSM :

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

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

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

CAHO : coordination assuétudes du Hainaut Occidental

Le SPAD : Bien Chez Soi

Les Clubs thérapeutiques :

- situé à Tournai, le B'eau B'art (ex Brebi's Flub, bistrot sans alcool) est né en 2006. Cogéré par patients et soignants sur le modèle des Clubs thérapeutiques, il s'adresse à des adultes qui souffrent de difficultés psychologiques ou psychiatriques.(Initiative commune CRP Les Marronniers, Habitations Protégées du Hainaut, Maison médicale Le Gué, Service de Santé Mentale du Tournaisis)
- Le Bric à Brac, club psycho-social fondé au départ des Habitations Protégées en 2007, offre un espace d'activités, d'échanges et d'expressions à toute personne adulte qui rencontre des problèmes psychiatriques.

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

Les équipes d'outreaching dépendant des Marronniers :

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

4.3.3. Services ambulatoires non spécialisés en santé mentale

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

Les services d'Aide familiale, aide ménagère

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

Les services infirmiers à domicile

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

Le Centre de coordination des soins à domicile :

- CMD, coordination pour le maintien à domicile

Le SISD, service intégré de soins à domicile

La Maison de Justice

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

Le service d'aide aux victimes

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

Service d'accompagnement pour personnes handicapées

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

Les services sociaux des mutuelles

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

Le CPAS :

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

Aide à la réhabilitation professionnelle

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

Services d'aide à la jeunesse

- SAJ

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

Maisons de quartier

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

Télé-service Ecoute-Accueil

Vie féminine

ONE

4.3.4. Services d'hébergement spécialisés en santé mentale

Maison de soins psychiatriques : 120 lits

Le Relais : Habitations protégées : 80 places

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

4.3.5. Services d'hébergement non spécialisés en santé mentale

Les maisons d'Accueil :

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

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

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

4.3.6. Les acteurs indépendants

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

Les psychiatres indépendants.

Les psychologues-psychothérapeutes indépendants

Les infirmières indépendantes à domicile

...

Remarques :

- Cette liste n'est pas exhaustive, de nombreux autres acteurs non spécifiques sont susceptibles d'intervenir comme acteur d'un réseau autour du patient : familles, entourage, **voisins**, propriétaires, pharmaciens, commerçants du quartier, enseignants, etc...
- Tous les services cités ne participent évidemment pas au même titre au fonctionnement d'un réseau. Leurs rôles respectifs devront être clarifiés progressivement en accord avec chacun. Ce sera une des fonctions du coordinateur de réseau.

5. NOUVELLE STRUCTURE DU RESEAU

5.1. Composition du réseau et relevé des besoins par fonction

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

5.1.1. Fonction 1

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

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

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

Les plannings n'identifient pas de difficulté particulière : quand la situation devient trop lourde, ils réorientent. Le SSMT (service de santé mentale du Tournaisis) souhaite jouer un rôle de « ressource extérieure » pour le réseau. Son activité essentiellement centrée sur les consultations de psychothérapie implique, pour des raisons éthiques, la préservation d'une confidentialité optimale.

Différents besoins et lacunes sont mis en évidence :

Lacunes :

- manque de communication entre les acteurs de l'ambulatoire et l'hôpital
- souhait des médecins généralistes de pouvoir joindre rapidement un psychiatre pour avoir une aide, un conseil dans la gestion des situations psychiatriques à domicile
- difficultés rencontrées lors de la gestion de la crise : Où orienter ? A qui s'adresser ? surtout les week-ends et en soirée ? Que faire lorsqu'une hospitalisation n'est pas souhaitable ou souhaitée ?
- Difficulté à obtenir un rendez-vous rapide en consultation psychiatrique
- Manque de formation de certains intervenants à domicile par rapport à la souffrance psychique

Besoins :

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

5.1.2. Fonction 2 :

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

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

- **SPAD Bien chez soi, coordination soins psychiatriques à domicile**
- **SIMILES Wallonie**
- **Hôpital de jour La Colline**
- **4 services d'aide familiale**
- **3 services d'infirmières à domicile dont un service d'infirmières indépendantes**
- Maison de justice
- **CPAS de Tournai**
- **CAHO**
- **2 Maisons médicales**
- **5 représentants du CHP « Les Marronniers » : outreaching K, For K, infirmière d'un service A, référente hospitalière, outreaching internés libérés à l'essai.**
- Bureau d'assistance aux victimes de la zone de Police du Tournaisis

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

Lacunes :

- Manque de soutien pour les familles et les services tout venant, non habitués à prendre en charge des patients psychiatriques.
- Prise en charge difficile quand le patient est isolé, n'a pas d'entourage et quand la collaboration se passe mal avec le médecin traitant.
- Manque de formation, besoin de réassurance et cadre de travail pas toujours clairement mis en place à la sortie de l'hôpital pour les équipes d'infirmières à domicile et les aide-familiales. Ces services sont alors peu à l'aise dans ces situations où le relationnel est plus important que l'acte technique. Il peut aussi y avoir des craintes quant au comportement imprévisible potentiellement agressif de ces patients.
- Difficultés à trouver des pistes lors d'une situation de crise, d'urgence ou lors de la sortie de l'hôpital.
- Manque de relais possible dans les maisons d'accueil ou maternelles.
- Conditions d'accès strictes pour accéder à certains services spécialisés (procédures d'admission).

Besoins :

- **Mieux coordonner entre les membres du réseau les moyens de prendre en charge la crise ou les urgences psychiatriques.**
- Renforcer les équipes mobiles tel le SPAD (moyens insuffisants).
- Pouvoir offrir un lieu de formation, de supervision aux personnes qui le désirent.
- Prévoir un relais ou intervenir plus tôt avant la sortie du patient de l'hôpital (équipe mobile qui pourrait prendre contact dès l'admission). Faciliter la collaboration avec les services hospitaliers
- Améliorer la prise en charge des patients psychiatriques chroniques à domicile en concertation étroite avec le SPAD et les différents intervenants généralistes (médecins généralistes, aides familiales, CPAS,...) autour du patient

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

Une référence à long terme est également nécessaire pour les services non spécialisés en santé mentale, ainsi qu'un coaching (sensibilisation, soutien, information) en vue d'améliorer la continuité des soins (travail de concertation en réseau).

5.1.3. Fonction 3 :

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

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

Le CPAS ;
Les Maisons Médicales ;
Le Cap et l'Ancre
Les Chênes de Mambré ;
Les services d'Outreaching dépendant des « Marronniers » ;
Le B'eau B'art, anciennement Brebi's Flub ;
Le Bric à brac ;
L'hôpital de Jour « la Colline ».(Marronniers)

Lacunes :

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

Besoins :

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

5.1.4. Fonction 4 :

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

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

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

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

Lacunes :

- Importance de responsabiliser les acteurs de l'ambulatoire par rapport à la gestion de crise, l'hospitalisation n'étant pas toujours la seule solution.
- Nécessité d'évaluer la disponibilité des services de crise et de la prise en charge urgente psychiatrique ainsi que la possibilité de trouver une réponse urgente à la crise.
- Difficulté de trouver des relais externes pour les patients ayant séjourné longtemps à l'hôpital et entre autres pour les internés libérés à l'essai, spécialement les déficients mentaux
- Manque important de logements à des prix abordables ou de propriétaires prêts à louer un bien à des personnes présentant une pathologie psychiatrique ou étant sous APG, d'où allongement des durées d'hospitalisation.
- Manque de structures extérieures à l'Hôpital pouvant suffisamment prendre en charge les patients à leur sortie, et donc séjours qui se prolongent
- Insuffisance des équipes mobiles existantes : un manque important au niveau du SPAD dont les capacités de prise en charge sont totalement saturées.
- Difficultés pour les patients hospitalisés d'envisager de s'inscrire dans des activités ouvertes à tous (ex : Académie, Conservatoire, ...).

Besoins :

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

Une discussion est ouverte avec le service de psychiatrie du Chwapi, qui joue déjà un rôle important dans la gestion des urgences psychiatriques, pour tenter de mieux définir les complémentarités entre ce service, les services intensifs et non intensifs des Marronniers, et le nouveau dispositif ambulatoire.

Permettre aux personnes souffrant de troubles psychiques d'avoir, comme les autres, accès à des logements convenables à des prix abordables.

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

5.1.5. Fonction 5 :

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

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

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

Lacunes :

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

Besoins :

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

5.1.6. Conclusions :

Lacunes

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

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

Pour répondre à ces lacunes, il faut concrètement :

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

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

5.2. Répartition des tâches au sein du réseau par fonction

5.2.1. Fonction 1

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

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

-département de psychiatrie du CHWapi, partenaire du projet

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

-SSMT, Centre de guidance provincial, partenaire du projet

-SIMILES , partenaire du projet

-PSYTOYENS, partenaire du projet

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

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

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

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

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

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

Phasage : Un bâtiment disposant de 10 bureaux, de deux salles de réunion et d'un lieu d'accueil a été

acquis. Il se situe en ville à Tournai, est facilement accessible à pied, à vélo, en bus ou en voiture (places de parking gratuites). Il sera disponible en août ou septembre 2011.
La « Permanence Psychosociale » y sera installée.

5.2.2. Fonction 2

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

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

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

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

Ces équipes mobiles travailleront en appui des structures existantes

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

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

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

5.2.3. Fonction 3

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

- | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| -hôpital de jour 30 places | CRP Marronniers |
| -programmes de rééducation fonctionnelle | CRP Marronniers |
| -centre de réadaptation fonctionnelle | CAP |
| -ateliers thérapeutiques en ville | BRIC à BRAC, atelier du Gué LA RUCHE |

- | | |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------|
| -bistro thérapeutique | B'EAU B'ART, anciennement BREBI'S FLUB |
| -centres de formation professionnelle | CFRP, MIRHO, CERAT, cuisine en herbe ... |
| - NOUVEAU : fonction d'accueil cogérée | Centre permanence psychosociale |

Phasage: août ou septembre 2011.

5.2.4. Fonction 4

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

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

NOUVEAU : Procédures d'admission et procédures de suivi après sortie de ces différentes unités hospitalières seront à préciser selon les itinéraires cliniques spécifiques du CHWapi et des Marronniers en lien avec la "Permanence Psychosociale"
Intensification des soins pour 30 lits T.

Phasage : Juin 2011

5.2.5. Fonction 5

Formules résidentielles spécifiques, habitats spécifiques pour problèmes psychiques chroniques stabilisés

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

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

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

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

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

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

5.3. Nouveaux rôles

5.3.1. Coordinateur de réseau

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

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

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

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

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

Phasage :

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

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

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

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

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

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

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

Les missions de ce Comité de Travail sont :

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

Garants de fonction :

NOMS	FONCTIONS
Dr Olivier MARIAGE, Médecin Directeur Maison Médicale Le Gué	Fonction 1
Me Marie Christine DEREUSE, coordinatrice SPAD Bien chez soi	Fonction 2
Me France DUJARDIN, coordinatrice du club thérapeutique B'eau B'art	Fonction 3
Dr Virginie JEANMART, psychiatre aux Marronniers	Fonction 4
Me Virginie DELARUE, coordinatrice Habitations Protégées Le Relais	Fonction 5

5.3.3. Personnes de référence

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

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

Ses objectifs seront :

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

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

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

5.3.4. Equipes mobiles

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

Les infirmiers-chefs et les membres de ces équipes mobiles auront été choisis sur base volontaire (les organisations syndicales ont été concertées sur le projet en Comité de Concertation de Base, 3 séances d'informations ont été données à l'ensemble du personnel du CRP Les Marronniers en mars et avril, un échange avec l'équipe pluridisciplinaire de Lille Est a eu lieu le 8 avril, et un appel interne à candidats a été lancé en avril-mai.)

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

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

Plusieurs demandes de prise en charge de patients émanant de psychiatres et de médecins généralistes

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

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

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

5.3.5. Comité de pilotage

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

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

Le comité de pilotage se réunit une fois par mois.

Ses missions :

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

5.4. Instruments pour la communication et le suivi qualité

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

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

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

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

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

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

Jean Louis GENARD

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

5.4.1 Plans d'Accompagnement Individualisés

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

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

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

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

Le PAI s'intègre dans un processus où les intervenants travaillent de manière pluridisciplinaire à évaluer les compétences, les vulnérabilités et les besoins de la personne, à élaborer des objectifs de travail individualisés, et à développer des pistes pour pouvoir y répondre.

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

Le PAI est en perpétuelle évolution, il suit le patient dans son projet et il doit donc être régulièrement évalué. L'évaluation régulière du PAI est un des rôles essentiels du référent de soins.

5.4.2. Processus d'évaluation

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

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

5.4.3. Démarche Qualité

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

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

Des soins transmurales impliquent un partenariat entre :

Différents hôpitaux,

L'hôpital et les soins à domicile,

L'hôpital et les maisons de repos et de soins.

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

Qui présente simultanément plusieurs problèmes dans plusieurs domaines : somatique, psychologique et social ;

Chez qui des conditions différentes s'influencent mutuellement et complexifient le problème ;

Pour lequel il est difficile d'estimer son besoin de soins et son fonctionnement ;

Pour qui il existe une incertitude sur la demande de traitement de l'offre possible ;

Qui est (potentiellement) instable ou présente des difficultés pour les activités de la vie quotidienne ;

Pour qui plusieurs professionnels de première ou seconde ligne sont impliqués ;

Pour une prolongation du délai de traitement nécessaire ;

Chez qui il existe un risque élevé de (re)admission dans un établissement de soins.

Un processus transmurale sur la complexité des soins a démarré au CRP Les Marronniers ;

Les médecins sont impliqués dans sa préparation ;

5.5. Modèle de gestion et d'administration

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

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

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

1) **Assemblée Générale des partenaires**

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

Missions : valider les décisions du Comité de pilotage

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

Convocations et PV : coordinateur de réseau

2) **Comité de pilotage**

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

Missions :

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

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

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

Fréquence des réunions : une fois par mois

Convocations et PV : coordinateur de réseau

3) **Comité de travail**

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

Missions :

a. Mettre en commun les infos sur chaque fonction

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

-qui fait quoi ?

-quand, dans quelle situation ?

-comment ?

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

Fréquence des réunions : hebdomadaire

Convocations et PV : coordinateur de réseau

4) **Réunions d'intervision de réseau**

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

Missions :

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

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

Fréquence des réunions : mensuelle

Convocations et PV : coordinateur de réseau

5) **Réunions autour du patient**

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

Missions :

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

Fréquence des réunions : selon nécessités d'adaptation du PAI

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

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

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

6. STRATEGIE DE DEVELOPPEMENT DU RESEAU

6.1. Echelonnement (annexe 3)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.2. Gestion des risques

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

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

7. FINANCEMENT ET ALLOCATION DE MOYENS

-Réallocation des moyens afférents aux lits « gelés » par maintien du BMF (B1 et B2) pendant au moins 3 ans

-Financements supplémentaires via le B4 :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De l'équipement informatique et bureautique pour les collaborateurs.

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

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

[Les défraiements des différents partenaires qui participeront aux différentes réunions de réseau lorsqu'ils](#)

ne sont pas financés par ailleurs pour ce faire.

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

Les charges en carburant de ces véhicules.

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

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

Les soins en famille d'accueil :

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

BUDGET PREVISIONNEL DE L'UTILISATION DE L'ENVELOPPE

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

Financement du personnel affecté aux équipes mobiles du projet 107

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

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

Total **22,57 ETP**

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

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

Maribel social	5,43 ETP
----------------	----------

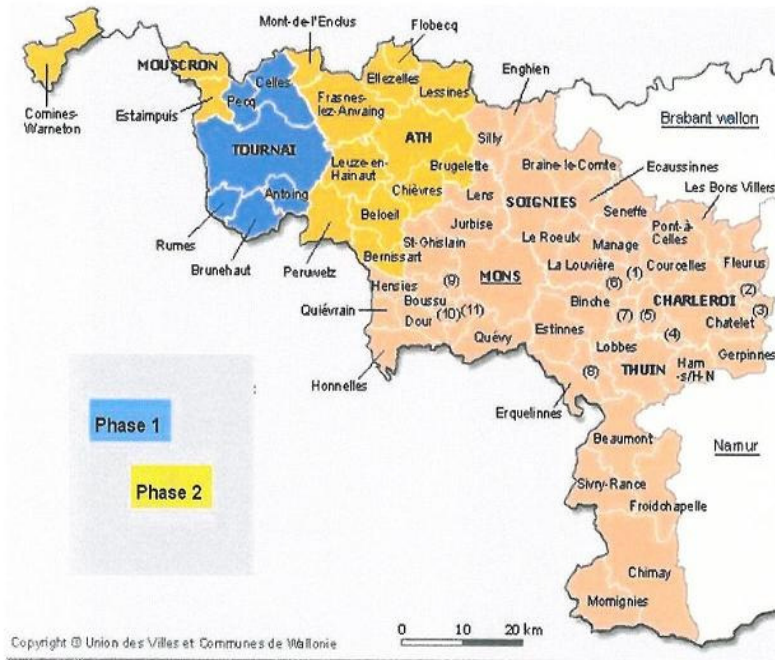
Total du personnel mis à disposition par le CRP **28,0 ETP**

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

Assistants sociaux	2,0 ETP
--------------------	---------

Total général **30,0 ETP**

ANNEXE 1 : Carte des zones concernées - Hainaut Occidental



ANNEXE 2 :

- Travail préliminaire
- Calendrier des réunions préparatoires
- Accord du Conseil d'Administration et du Conseil Médical

du CRP Les Marronniers

TRAVAIL PRELIMINAIRE

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

CALENDRIER 107

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

02/02/11 réunion coordination 107
 07/02/11 réunion comité de travail
 08/02/11 réunion coordination 107
 08/02/11 réunion 107 SSM provincial Tournai
 09/02/11 réunion 107 SSM provincial Mouscron
 09/02/11 recherche bâtiment Permanence
 11/02/11 recherche bâtiment Permanence
 16/02/11 réunion coordination 107
 18/02/11 réunion coordination 107
 21/02/11 réunion coordination 107
 21/02/11 recherche bâtiment Permanence
 24/02/11 approbation réorg services par CM Marronniers
 25/02/11 AG partenaires réseau HO
 28/02/11 réunion coordination 107

 01/03/11 Info 107 aux Marronniers
 03/03/11 réunion comité de travail
 04/03/11 recherche bâtiment Permanence
 14/03/11 recherche bâtiment Permanence
 15/03/11 réunion 107 SSM provincial Tournai
 16/03/11 réunion coordination 107
 16/03/11 info 107 aux Marronniers
 16/03/11 recherche bâtiment Permanence
 18/03/11 visite B. JACOBS, coordinateur fédéral
 23/03/11 réunion coordination 107
 29/03/11 Audition chefs infirmiers 107

 01/04/11 réunion coordination 107
 01/04/11 réunion comité de travail
 01/04/11 recherche bâtiment Permanence
 02/04/11 Info 107 Généralistes Ath
 04/04/11 recherche bâtiment Permanence
 05/04/11 Réunion 107 SISD
 05/04/11 Réunion 107 CHWapi
 06/04/11 Info 107 Initialis Mons
 07/04/11 Réunion 107 Police communale et Pompiers
 08/04/11 Conférence Lille Est
 08/04/11 réunion comité de travail
 11/04/11 recherche bâtiment Permanence
 11/04/11 réunion coordination 107
 13/04/11 réunion coordination 107
 15/04/11 réunion comité de travail
 15/04/11 visite à Lille Est
 22/04/11 recherche bâtiment Permanence
 27/04/11 réunion comité de travail
 28/04/11 Info 107 Marronniers
 28/04/11 Réunion 107 SISD
 05/05/11 Réunion 107 Collège communal Tournai
 06/05/11 réunion comité de travail
 09/05/11 Réunion 107 CHWapi
 11/05/11 AG partenaires réseau HO
 13/05/11 réunion comité de travail

ACCORD DU CA DU CRP LES MARRONNIERS

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

ACCORDS DU CONSEIL MEDICAL DU CRP LES MARRONNIERS

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

ANNEXE 3 : Planning des réalisations

PLANNING DE MISE EN PLACE DES PROJETS

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

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

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

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

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

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

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

PARTENAIRES	RESPONSABLES
PSYTOYENS	Chantal GELDERS, coordinatrice
MSP « La Traversée »	Jean FONCOUX, directeur général adjoint ff
SIMILES Wallonie	André BOUCHART, président
Centre de Rééducation Fonctionnelle Le Cap	Sergio CAVALERA, directeur
Centre de planning et de consultation familiale et conjugale « La Famille Heureuse »	C. PONCIN, vice-présidente
Le SPAD « Bien chez soi »	Marie-Christine DE REUSE, coordinatrice
AIIHO	Isabelle CROP
Aide à domicile en milieu rural	Christelle VERBEURE, directrice régionale
La Maison Médicale	Caroline CALLENS
La Maison Médicale « La Venelle »	Dr Michel DE JONGHE
Le service d'aide aux familles et aux personnes âgées asbl	Paul BILTRESSE, administrateur délégué
Les Habitations Protégées « Le Relais »	Virginie DELARUE, coordinatrice
Club Psycho Social « Bricabrac »	Virginie DELARUE, coordinatrice
AID « L'Escale »	A. WANTHIER, directrice
Centre de planning familial « Aurore Carlier »	Dorothee DEPOORTERE, directrice
La Maison Médicale « Le Gué »	Dr Olivier MARIAGE, directeur
La SAFTAM (service d'aide familiale)	Vincent HECQ, directeur
L'AGT (Association des Généralistes du Tournais)	Dr BONSIGNORE, président
La Maison Maternelle « Espérance »	Mme HUVENNE, directrice
Collectif Droit Au Logement	Coralie LADAVI, vice-présidente
IMSTAM	Vincent HECQ, directeur
Le PACT (outreaching internés libérés à l'essai)	Dr YOUSSEFI, psychiatre
Le SISD	Dr Damien SIEUW, président
Le CHWapi	Pierre TEMPELS, Directeur Général
TOURNAI LOGEMENT, agence immobilière sociale	Catherine DALLENS, Directrice
SSM Provincial de Tournai	Patrick ANTOINE, Responsable provincial
SSM Provincial de Mouscron	Patrick ANTOINE, Responsable provincial
AGENCE LOCALE POUR L'EMPLOI	Laurence BARBAIX, directrice
LIRE et ECRIRE Hainaut Occidental asbl	Dominique BRASSEUR, directeur
DECLIC EMPLOI asbl	Anne SPITALS, secrétaire-trésorière
CPAS Tournai	Rita LECLERCQ, présidente

EFT Cuisine en Herbe