



Vers de meilleurs soins en santé mentale

par la réalisation de circuits et de réseaux de soins



Proposition de projet dans le cadre de l'implémentation de l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins

Mesdames, Messieurs,

Suite à la décision de la conférence interministérielle du 22 décembre dernier, ainsi qu'aux remarques formulées dans la notification de cette décision, nous vous invitons à trouver ci-joint notre projet complété.

Ce dernier s'inscrit dans la continuité de l'expérience de travail en réseau acquise depuis de nombreuses années au travers de projets spécifiques tels que les SPAD, les projets thérapeutiques, le référent hospitalier et d'autres projets développés sur fonds propres.

Forte de la présence et de la participation de nombreux partenaires, la méthodologie de travail appliquée au présent projet s'est traduite par l'organisation de multiples réunions de travail avec ces derniers. Elles ont consolidé des liens existants et permis le développement de nouvelles relations à la faveur de la construction d'un seul et même réseau sur l'ensemble de l'entité géographique considérée.

Nous avons été particulièrement attentifs à développer davantage les aspects abordés lors de la rencontre sur le terrain avec Monsieur Bernard Jacob et Madame Vilain XIII, rencontre largement appréciée par tous les partenaires.

Suite à la décision de la conférence interministérielle du 6 juin prochain et portés par la dynamique présente entre l'ensemble des partenaires, nous espérons vivement pouvoir développer la nouvelle offre de soins proposée, à laquelle il nous tient à cœur de participer.

Vous souhaitant bonne réception de la présente, nous vous prions de croire, Mesdames, Messieurs, en l'expression de nos respectueuses considérations.

Chantal BOUCHEZ,
Directrice générale du C.H.P.
« **Le Chêne aux Haies** »

Jean-Philippe VERHEYE,
Directeur de ACIS-asbl Hôpital psychiatrique
Saint Jean de Dieu et Saint Charles

TABLE DES MATIERES

<u>1. Vision du projet</u>	p.4
<u>1.1 Cadre conceptuel</u>	p.4
<u>1.2 Illustration d'une continuité des soins et d'une culture du travail en réseau</u>	p.4
<u>1.3 Postulats de base</u>	p.5
<u>1.4 Principes de base partagés par l'ensemble des partenaires du projet</u>	p.5
<u>2. Le Groupe cible</u>	p.5
<u>3. Objectifs</u>	p.6
<u>3.1 Le projet est novateur par les objectifs généraux qu'il se fixe</u>	p. 6
<u>3.2 Objectifs spécifiques exprimés par l'usager, la famille et les acteurs, partenaires du projet de réforme en santé mentale</u>	p.7
<u>4. Délimitation du domaine d'activité géographique</u>	p.8
<u>5. Description de la nouvelle structure</u>	p.9
<u>5.1 Composition du réseau</u>	p.9
5.1.1 Fonction 1 : Activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic	p.12
5.1.2 Fonction 2 : Equipes ambulatoires de traitement intensif, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques	p.14
5.1.3 Fonction 3 : Equipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à la réhabilitation sociale	p.15
5.1.4 Fonction 4 : Unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable	p.17
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	p. 18
<u>5.2 Moyens transversaux novateurs pour la réalisation des objectifs du projet de réforme</u>	p.19
<u>5.3 Répartition des tâches au sein du réseau</u>	p.22

1. Vision du projet

1.1 Cadre conceptuel

Le concept de la reliance a été porté par Marcel Bolle de Bal. Il définit la reliance¹ comme la création de liens entre une personne et l'un des systèmes ou des sous-systèmes dont elle fait partie. L'acte de relier implique toujours une médiation, un système médiateur.

Marcel Bolle de Bal situe la reliance à trois niveaux :

- la reliance à soi (reliance psychologique)
- la reliance aux autres (reliance sociale)
- la reliance au monde (reliance culturelle, écologique ou cosmique).

1.2 Illustration d'une continuité des soins et d'une culture du travail en réseau

Le projet de réforme qui vous est présenté s'inscrit, pour les promoteurs, dans la continuité d'une culture soignante imprégnée d'un travail de partenariat, au sein duquel l'hôpital psychiatrique est un des acteurs de travail en réseau. Au niveau de la dynamique hospitalière, cette culture est à ce jour bien intégrée dans les équipes soignantes. Concrètement, depuis 1999, cela se traduit par des interventions communautaires là où se situe l'usager, avec pour objectif le maintien de celui-ci dans son milieu de vie.

La plupart des partenaires qui ont signé l'accord d'engagement de ce projet et cités dans les différentes fonctions, sont concrètement impliqués de longue date dans ce travail de terrain et ce notamment au travers :

- du Projet de Référent Hospitalier pour la continuité des soins des hôpitaux psychiatriques,
- des Projets de Soins Psychiatriques à Domicile « Médias » et un autre SPAD en attente d'un financement,
- des Projets Thérapeutiques de concertation en santé mentale « L'Archet » et « Concertho ».

Dans cette même perspective, citons encore à titre d'exemples concrets : La Cellule Mobile d'Intervention « Synergie handicap-psychiatrie », le « Maillon », Unité spécifique de réhabilitation, l'Espace Transitionnel Passe Muraille, les Assemblées générales, l'Echeveau - Espace socioculturel, le Dispositif transversal culturel leuzois, l'Art-Rencontre - Lieu d'expression créative, le Club des artistes, Filoulien, ...

Ces différents projets sont brièvement décrits en annexe 1. Les plaquettes de présentation de ces différents services sont à la disposition du SPF, Santé publique.

En tant que partenaires promoteurs du projet de réforme, nous nous positionnons comme un des acteurs de reliance, et entendons dès lors, avec l'ensemble des partenaires, développer ces pratiques de réseau et structurer les circuits de soins. Les équipes mobiles nouvellement constituées nous permettront d'intensifier ce travail.

¹ Marcel Bol de Bal, 2003, Reliance, déliance, liance : émergence de trois notions sociologiques, Société n°80 2003/2, page 99 à 131.

1.3 Postulats de base

- ❖ **Le mieux-être de l'utilisateur est en étroite relation avec le maintien de son tissu social, familial, ...**
- ❖ Le réseau de soins de l'utilisateur² en souffrance psychique s'appuie sur le réseau naturel de l'utilisateur et sur les aidants naturels (famille, proches,...).
- ❖ L'utilisateur est **positionné en tant qu'acteur** de son changement.
- ❖ Tout accompagnement est basé sur une adhésion volontaire de l'utilisateur, et laissée à son libre choix.
- ❖ Le circuit de soins, construit par les partenaires des différentes fonctions, entend se développer en mutualisant les compétences, et s'organiser sur un modèle de travail en réseau basé sur :
 - l'optimisation des collaborations naturelles et des compétences spécifiques de chaque intervenant
 - l'expérimentation de nouveaux partenariats
 - la constante recherche d'une qualité dans les soins offerts.

1.4 Principes de base partagés par l'ensemble des partenaires du projet

- ❖ Postuler l'utilisateur en tant que **sujet**.
- ❖ Se mobiliser autour de l'utilisateur et de ce qu'il apporte.
- ❖ Se centrer sur l'utilisateur, avec lui et intégrer ses liens passés, présents et à venir.
- ❖ Proposer **la concertation** comme base d'une amélioration de la vie de l'utilisateur et de ses proches : la famille étant un partenaire indissociable du projet thérapeutique du patient.
- ❖ Créer des moments de langage commun, une « ambiance concertative » pour travailler ensemble autrement.
- ❖ Faire émerger à la fois la concertation au départ de l'utilisateur et la cohérence de son projet. La concertation est le lieu où s'expriment les droits fondamentaux : le droit à la dignité humaine, à l'équité et au bien-être.
- ❖ Utiliser le Plan de Soins Individualisé, comme outil assurant la continuité des soins.
- ❖ Rédiger une charte de travail en réseau, commune à tous les partenaires.

2. Le Groupe cible

Le groupe cible présente les caractéristiques suivantes lors de son inclusion dans le projet : il est constitué d'adultes, hommes et femmes, âgés de 16 ans et plus, en souffrance psychique, nécessitant un accompagnement important dans les soins, et des soins adaptés à leur problématique. Une attention particulière sera réservée aux usagers présentant un haut risque d'incohérence et de discontinuité des soins, en raison de leur pathologie mentale, ainsi qu'aux patients qui ont des difficultés à accéder aux soins ambulatoires. De cette

² Usager : Il s'agit de toute personne en souffrance psychique qu'elle soit bénéficiaire d'un service d'aide ou de soins, ou patient d'un médecin traitant, hospitalisé, etc. Dans ce cas, le terme usager sera un terme générique et le terme « patient » ou « résident » pourra être employé pour celui qui utilise les dispositifs de soins dans les fonctions concernées.

manière, le projet s'applique à toutes les pathologies psychiatriques et en particulier aux pathologies psychiatriques qui s'accompagnent d'anosognosie ou de minimisation des gravités et conséquences. Le groupe cible présente un diagnostic principal tel que la schizophrénie ou d'autres troubles psychotiques, les troubles de l'humeur, la dépression, la dépendance à l'alcool, les troubles de la personnalité, les affections psycho-organiques et autres.

A ce diagnostic principal, peuvent être associés des facteurs psychopathologiques et comportementaux, ainsi que des facteurs psychosociaux. Une liste non exhaustive de ces facteurs sont présentés en annexe 2.

Ce sont autant d'éléments qui accentueront la mise en place d'un **accompagnement spécifique de l'utilisateur,** **pouvant mobiliser les 5 fonctions de la réforme.**

La description du groupe cible, ainsi formulée, est donc relativement large, de manière à permettre à toute personne en souffrance psychique de bénéficier de l'offre de soins déployée dans sa nouvelle organisation. De la même façon, si des situations plus particulières venaient à se présenter, les partenaires les plus adéquats pour la gestion de celles-ci seraient recherchés.

3. Objectifs

La finalité principale du projet réside dans l'organisation d'une nouvelle offre de soins basée sur :

- le **maintien** de l'utilisateur dans **son milieu de vie**
- la **constitution** des équipes mobiles 2A et 2B
- l'organisation et la **structuration de concertation** avec l'utilisateur et les personnes ressources .

3.1 Le projet est novateur par les objectifs généraux qu'il se fixe

- Créer ou améliorer une dynamique **de reliance** permettant à l'utilisateur de (re)devenir acteur dans la construction et le renforcement du lien à soi, à l'autre, aux autres et à l'environnement, tout en le maintenant dans son milieu de vie.
- Diminuer les ruptures dans le processus d'aide et de soins au niveau du patient et des intervenants.
- Soutenir l'utilisateur, son entourage et les professionnels (soins, culturels, sociaux, ...) dans leurs interventions respectives.
- Soutenir le développement de meilleures interfaces pour tous les services des différents secteurs concernés par la santé mentale.
- Créer ou renforcer de nouvelles interfaces avec des membres du réseau associatif.
- Permettre le partage et la reconnaissance des savoirs en augmentant ainsi les spécificités de chacun.
- Recourir de façon plus précoce, plus souple et plus adéquate aux différents services existants sur le territoire, adaptés à la problématique individuelle et au contexte de vie du sujet, et ce afin d'éviter les réhospitalisations et le recours à des modes d'intervention de soins sous contrainte.

3.2 Objectifs spécifiques exprimés par l'utilisateur, la famille et les acteurs, partenaires du projet de réforme en santé mentale

L'utilisateur

Notre expérience avec les projets thérapeutiques « Archet » et « Concertho » est une **pratique de concertation**. Celle-ci nous amène à rencontrer régulièrement les représentants des patients que sont Psytoyens. Nous les avons personnellement invités à réfléchir avec nous à la place des patients et de la famille au sein de ces concertations. Ils nous expriment clairement leurs besoins :

- Favoriser l'insertion de la personne dans son lieu de vie.
- Aider l'utilisateur à prendre une position de sujet, capable de jouer un rôle actif dans le projet de soins.
- Développer, en collaboration avec les acteurs de 1^{ère} ligne, une offre de soins en santé mentale à l'attention des personnes difficilement accessibles qui ne recourent pas ou peu aux services de soins tels qu'organisés actuellement.
- Rendre visible les différentes offres de soins en santé mentale pour les usagers et leurs proches.
- Prévenir les recours itératifs aux services d'urgences et intervenir de façon précoce afin d'éviter le recours à des modes d'intervention de soins sous contrainte.
- Offrir des lieux de rencontre pour les usagers en détresse et fragilisés dans un projet de vie qui leur semble aussi lourd à affronter que la société elle-même.
- Offrir aux personnes actuellement institutionnalisés pour un problème de santé mentale, une possibilité de soins extra hospitaliers grâce à la collaboration des acteurs de soins et des services de proximité.
- Promouvoir les ressources de la personne et soutenir ses habiletés sociales.

La famille

La famille, l'entourage sont les premiers partenaires que les intervenants doivent considérer.

Les familles nous expriment clairement leurs besoins :

- Rendre visible les ressources présentes dans le réseau, de manière à pouvoir identifier un intervenant référent pour le patient, accepté par lui.
- Informer pour déstigmatiser la maladie mentale.
- Former à la détection précoce des symptômes.
- Conseiller et soutenir les proches dans l'accompagnement des personnes en souffrance.
- Reconnaître la famille et l'entourage comme des partenaires à part entière ayant leur propre dynamique.

Les acteurs, partenaires du projet de réforme en santé mentale

Les attentes et objectifs des partenaires sont détaillés dans le point 5 du présent dossier.

4. Délimitation du domaine d'activité géographique

La zone d'activité décrite correspond à une **entité géographique** dans laquelle des collaborations naturelles s'opèrent déjà et sont en constante évolution.

Cette zone comprend : Ath – Beloeil – Bernissart – Lens — Ellezelles – Flobecq – Frasnes-Lez-Anvaing - Leuze-en-Hainaut – Péruwelz et Bonsecours – Antoing – Brunehaut - Lessines – Silly – Enghien – Boussu – Colfontaine – Dour – Frameries – Hensies – Honnelles – Mons – Quaregnon – Quevy – Quiévrain – Saint-Ghislain - Jurbise – Brugelette – Chièvres.



Cette zone connaît des particularités tantôt rurales tantôt urbaines, dont il convient de tenir compte dans l'organisation concrète de notre réseau et des circuits de soins à développer. Elle correspond également à des espaces actuels de travail en réseau. En effet, les promoteurs ont déjà développé avec succès différentes initiatives et projets de concertation depuis quelques années avec des partenaires sociaux, culturels, médicaux. Le choix de cette zone d'action est donc motivé par :

- le maintien de collaborations naturelles efficaces et leur développement
- une entité géographique à dimension humaine qui permettra aux professionnels, et notamment aux équipes mobiles, de connaître les partenaires du réseau et de développer des collaborations concrètes avec l'utilisateur
- la volonté de développer de nouvelles initiatives dans les domaines de la réhabilitation et réinsertion culturelle, sociale et professionnelle.

Une description plus détaillée de la population est jointe en annexe 3.

5. Description de la nouvelle structure

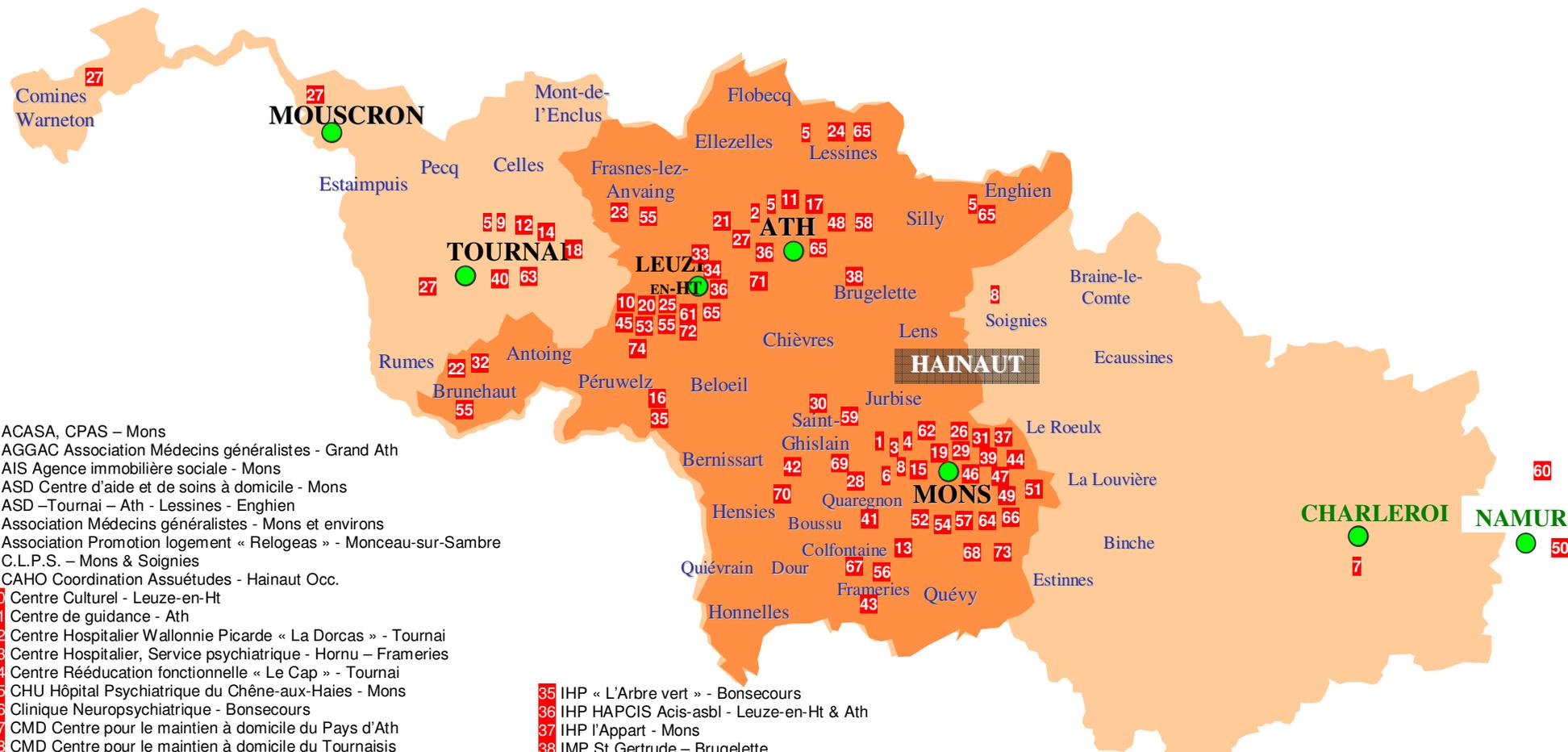
5.1 Composition du réseau

Dans un 1^{er} temps, nous avons présenté la réforme et notre projet à nos nombreux partenaires naturels.

Dans un 2^{ème} temps, d'autres partenaires ont été rencontrés et invités à participer à la construction de cette nouvelle offre de soins.

L'ensemble de ces partenaires sont présentés ci-dessous. Cette liste est en **constante évolution**.

La majorité de nos partenaires ont signé un accord d'engagement.



- 1 ACASA, CPAS – Mons
- 2 AGGAC Association Médecins généralistes - Grand Ath
- 3 AIS Agence immobilière sociale - Mons
- 4 ASD Centre d'aide et de soins à domicile - Mons
- 5 ASD –Tournai – Ath - Lessines - Enghien
- 6 Association Médecins généralistes - Mons et environs
- 7 Association Promotion logement « Relogeas » - Monceau-sur-Sambre
- 8 C.L.P.S. – Mons & Soignies
- 9 CAHO Coordination Assuétudes - Hainaut Occ.
- 10 Centre Culturel - Leuze-en-Ht
- 11 Centre de guidance - Ath
- 12 Centre Hospitalier Wallonie Picarde « La Dorcas » - Tournai
- 13 Centre Hospitalier, Service psychiatrique - Hornu – Frameries
- 14 Centre Rééducation fonctionnelle « Le Cap » - Tournai
- 15 CHU Hôpital Psychiatrique du Chêne-aux-Haies - Mons
- 16 Clinique Neuropsychiatrique - Bonsecours
- 17 CMD Centre pour le maintien à domicile du Pays d'Ath
- 18 CMD Centre pour le maintien à domicile du Tournais
- 19 CMI « Synergie Handicap-Psychiatrie », Hôp. Chêne-aux-Haies – Mons
- 20 Concerto Projet thérapeutique concertation en santé mentale - Leuze-en-Ht
- 21 CPAS - Ath
- 22 CPAS - Brunehaut
- 23 CPAS - Frasnes-lez-Anvaing
- 24 CPAS - Lessines
- 25 CPAS - Leuze-en-Ht
- 26 CPAS - Mons
- 27 CSD Wallonie Picarde - Mouscron – Comines – Tournai - Ath
- 28 Espace Transitionnel Passe Muraille – Hopitaux de jour « Mouvances » - Jemappes et environs
- 29 FOREM – Mons
- 30 Foyer Eben Ezer - Tertre
- 31 Hôpital Ambroise Paré – Service de Psychiatrie – Mons
- 32 Hôpital Psychiatrique Saint-Charles - Wez-Velvain
- 33 Hôpital Psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu - Leuze-en-Ht
- 34 HP Acis StJdd : Art-rencontre, Trésors du Coron, Club des Artistes – Leuze-en-Ht

- 35 IHP « L'Arbre vert » - Bonsecours
- 36 IHP HAPCIS Acis-asbl - Leuze-en-Ht & Ath
- 37 IHP l'Appart - Mons
- 38 IMP St Gertrude – Brugelette
- 39 L'Archet Projet thérapeutique concertation en santé mentale - Mons
- 40 Maison d'accueil et Assoc. Promotion logement « L'étape » - Tournai
- 41 Maison médicale « L'Alizé » - Quaregnon
- 42 Maison Médicale « L'Atlante » - St-Ghislain
- 43 Maison Médicale « L'Etoile » - Frameries
- 44 Maison médicale « Le Car d'Or » - Mons
- 45 MSP Les Maisons de l'Othée - Leuze-en-Ht
- 46 MSP Mozart – Mons
- 47 ONEM – Mons
- 48 PCS Plan de cohésion sociale – Ville d'Ath
- 49 PCS Plan de cohésion sociale - Ville de Mons
- 50 Psytoyens - Namur
- 51 RAMBO, Réseau assuétudes - Mons Borinage
- 52 Référent Hospitalier pour la continuité soins, Hôp. Chêne-aux-Haies – Mons
- 53 Référent Hospitalier pour la continuité soins, Hôp. Stjdd - Leuze-en-Ht
- 54 Relais Social Urbain - Mons Borinage
- 55 Service d'aide en milieu rural –Frasnes–Bléharies–Antoing–Leuze-en-Ht)
- 56 Service Urgence Centre Hospitalier – Hornu - Frameries

- 57 Service Urgence CHU Ambroise Paré – Mons
- 58 Service Urgence RHMS - Ath
- 59 Service Urgence RHMS - Baudour
- 60 SIMILES - 4032 Chênée
- 61 SIMILES, section locale à Leuze-en-Ht
- 62 SIS « L'entraide » - Ghlin
- 63 SISD Wallonie Picarde – Tournai
- 64 Société de logements sociaux « Toit et Moi » - Mons
- 65 SPAD - Leuze-en-Ht – Ath – Lessines - Enghien
- 66 SPAD Médias – Mons, Borinage et Hauts Pays
- 67 SSM - Colfontaine
- 68 SSM - Mons
- 69 SSM - Saint-Ghislain
- 70 SSM La Kalaude - Elouges
- 71 SSM La Passerelle - Ath
- 72 Union des Médecins généralistes - Leuze-en-Ht
- 73 Unité de crise CHU Ambroise Paré – Mons
- 74 Vie féminine, antenne Leuze-Péruwelz-Bernissart

5.1.1 Fonction 1 : Activités en matière de prévention, de promotion des soins en santé mentale, détection précoce, dépistage et pose d'un diagnostic

1. Les partenaires :

- L'AGGAC Association des médecins généralistes du Grand Ath et Pays des Collines - Personne ressource : Dr Poupart
- L'Union des médecins généralistes de Leuze-en-Hainaut - Personne ressource : Dr Dumont
- L'Association des Médecins généralistes de Mons et environs - Personne ressource : Dr Blomart

- La CSD Wallonie Picarde de Mouscron, Comines, Tournai, Ath - Personne ressource : Mme Brui
- La CMD Coordination pour le maintien à domicile du Tournaisis - Personne ressource : Mme Brui
- L'ASD de Tournai, Ath, Lessines, Enghien - Personne ressource : Mme Escalier
- La CMD Centre pour le maintien à domicile du Pays d'Ath - Personne ressource : Mme Escalier
- Le Service d'aide en milieu rural (Frasnes, Bléharies, Antoing, Leuze-en-Hainaut, ...) - Personne ressource : Mme Verbeure.
- Le SISD, Service Intégré de Soins à Domicile de Wallonie picarde - Personne ressource : M. Choquet
- Le Service ACASA du CPAS de Mons - Personne ressource : Mme Urbain
- L' ASD Centre d'aide et de soins à domicile de Mons - Personne ressource : Mme Herman

- Le CPAS de Leuze - en - Hainaut (contact en cours)
- Le CPAS de Mons - Personne ressource : M. Barvais et M. Petitjean
- Le CPAS de Ath - Personne ressource : Mme Mureau
- Le CPAS de Frasnes-Lez-Anvaing (contact en cours)
- Le CPAS de Lessines - Personne ressource : M. Lison
- Le CPAS de Brunehaut - Personne ressource : M. Houzé

- Le SSM « La Passerelle » de Ath - Personne ressource : Mme Seunier
- Le Centre de guidance de Ath (contact en cours)
- Le SSM de Mons - Personne ressource : Mme Nazé
- Le SSM de Colfontaine - Personne ressource : M. Depasse
- Le SSM de Saint Ghislain - Personne ressource : Mme Devleeshouwer
- Le SSM d'Elouges - Personne ressource : Mme Bougard

- La Maison médicale « Le Car d'OR » - Personne ressource : Dr Van Eyll
- La Maison médicale « L'Atlante » de Saint Ghislain - Personne ressource : M. Backx
- La Maison médicale « L'Etoile » de Frameries - Personne ressource : Dr Lassa Montoya
- La Maison médicale « l'Alizé » de Quaregnon - Personne ressource : Dr Avognon

- Les Services d'urgence des hôpitaux généraux du RHMS Ath et Baudour - Personne ressource : M. Rillaerts
- Le Service d'urgence du CHU Ambroise Paré - Personne ressource : Dr Tecco
- Le Service d'urgence du Centre Hospitalier Hornu Frameries - Personne ressource : M. Tilman

- C.L.P.S. Centre Local de Promotion de la Santé des arrondissements de Mons et Soignies - Personne ressource : Mme Haelsberg
- Le Réseau Assuétudes de Mons Borinage « Rambo » - Personne ressource : Mme David
- Le PCS Plan de cohésion sociale de la ville de Mons - Personne ressource : Mme David

- Le PCS Plan de cohésion sociale de la ville de Ath - Personne ressource : Mme Godfrin
- Le SIS « L'Entraide » de Ghlin - Personne ressource : Mme Dragoni
- Le FOREM de Mons - Personne ressource : Mme Menu
- L'ONEM de Mons - Personne ressource : Mme Alu
- La CAHO Coordination Assuétudes du Hainaut occidental asbl - Personne ressource : M. Brouillard
- L'I.M.P. Ste Gertrude de Brugelette - Personne ressource : M. De Jonghe.

2. Les attentes et objectifs formulés par les partenaires :

- ✓ Attente : Bénéficier des conseils et de l'expertise d'une équipe mobile en santé mentale, qui peut intervenir au lieu de vie pour des situations « complexes ».
Objectif : Soutenir et accompagner le professionnel de la 1^{ère} ligne, l'utilisateur dans son milieu de vie. Et ses proches, en temporisant la crise.
- ✓ Attente : Bénéficier d'une formation concernant les personnes souffrant de problèmes en santé mentale.
Objectif : Mieux repérer les éventuels bénéficiaires de la nouvelle offre de soins et prévenir les éventuelles rechutes, réagir plus adéquatement et/ou interpeller des relais efficaces dans le travail quotidien.
- ✓ Attente : Etablir un contact direct avec un interlocuteur privilégié pour l'utilisateur en cas de problèmes ou de questions.
Objectif : Pouvoir s'adresser à une personne de référence de l'utilisateur afin, par exemple, de poser des questions sur le traitement, sur le comportement de l'utilisateur, sur la manière adéquate de réagir dans certaines situations.
- ✓ Attente : Participer activement à la préparation de la sortie ou du retour au domicile des usagers hospitalisés.
Objectif : Etablir une relation de confiance avec l'utilisateur au départ de l'hôpital et assurer une continuité par la mise en place de soins et d'aides adaptés.
- ✓ Attente : Participer aux moments de concertation autour de l'utilisateur.
Objectif : Garantir une continuité de soins, des soins sur mesure et une cohérence du travail en réseau entrepris, et être informé des moments thérapeutiques importants pour l'utilisateur.

3. Les moyens développés dans le cadre de la réforme :

- Possibilité d'appel aux équipes mobiles de la fonction 2, pour prendre le relais de certaines situations complexes, pour soutenir et accompagner les intervenants de la fonction 1.
- Mise en place de formations dans le champ spécifique de la santé mentale pour les acteurs de 1^{ère} ligne.

- Désignation d'un référent de soins principal de l'utilisateur (décrit en page 25), qui sera un interlocuteur privilégié.
- Mise en place de concertation autour et avec l'utilisateur.

4. A titre d'exemple(s) concret(s) de collaboration envisagée :

- Les médecins de l'AGGAC, au départ des projets thérapeutiques, entendent intensifier leur implication par leur participation active aux concertations autour de l'utilisateur bénéficiaire de la nouvelle offre de soins.
- Le C.L.P.S., Centre Local de Promotion de la Santé des arrondissements de Mons et Soignies propose d'organiser, dans les Maisons de réseau, des séances d'information et de prévention "Santé" avec une attention particulière à la santé mentale.

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

1. Les partenaires :

- Le SPAD Médias de Mons, Borinage et Hauts Pays - Personne ressource : M. Basso
- Le SPAD de la région Leuze-en-Hainaut, Ath, et Lessines – Personne ressource : M. Verhey en attente d'un financement
- Le Projet thérapeutique de concertation en santé mentale « L'ARCHET » – Personne ressource : M. Warichet
- Le Projet thérapeutique de concertation en santé mentale « CONCERTHO » – Personne ressource : Mme Ganzitti
- Le Projet de Référent Hospitalier pour la continuité des soins de l'hôpital psychiatrique Saint Jean de Dieu - Personnes ressources : Mme Ganzitti et Mme Vandenieuwebroeck
- Le Projet de Référent Hospitalier pour la continuité des soins de l'hôpital psychiatrique du Chêne aux Haies - Personne ressource : Mme Zaccaria
- « Synergie handicap-psychiatrie », CMI Cellule Mobile d'Intervention de l'hôpital psychiatrique du Chêne aux Haies – Personne ressource : Mme Deham
- L'Unité de crise du CHU Ambroise Paré – Personne ressource : Fonction de Case Manager
- La CAHO Coordination Assuétudes du Hainaut occidental asbl Projet « Freedom » Accompagnement – Sevrage à domicile - Personne ressource : M. Brouillard.

2. Les attentes et objectifs formulés par les partenaires :

- ✓ Attente : Pouvoir faire appel et disposer d'une équipe mobile qui intervient au lieu de vie de l'utilisateur

Objectifs :

- Augmenter l'accessibilité aux soins en santé mentale.
- Eviter les hospitalisations.

- Mieux gérer les situations de crise, les hospitalisations et préserver le mieux-être des usagers et de leur famille.
- Améliorer la continuité des soins.

3. Les moyens développés dans le cadre de la réforme :

- Création d'une équipe mobile de traitement intensif et d'une équipe mobile de traitement par lien assertif bien identifiées et rapidement mobilisables (voir schéma d'activation en page 28).

4. A titre d'exemple(s) concret(s) de collaboration envisagée :

- Ces deux structures intégrant au fur et à mesure leur mode d'intervention, le service d'urgence fait appel à l'équipe mobile 2A qui se rend sur place pour examiner une demande.
- Le SIS, constatant des difficultés psychiques d'un participant à ces ateliers, sollicite l'intervention de l'équipe mobile.

5.1.3 Fonction 3 : Equipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à la réhabilitation sociale

1. Les partenaires :

- Le Centre de rééducation fonctionnelle « Le Cap » - Personne ressource : M. Cavallera
- Le CPAS de Leuze - en - Hainaut (contact en cours)
- Le CPAS de Mons (Service d'Insertion Professionnelle et l'Entreprise de Formation par le travail, ...) - Personne ressource : M. Barvais et M. Petitjean
- Le CPAS de Ath - Personne ressource : Mme Mureau
- Le CPAS de Frasnes-Lez-Anvaing (contact en cours)
- Le CPAS de Lessines - Personne ressource : M. Lison
- Le CPAS de Brunehaut - Personne ressource : M. Houzé
- Le SIS Service d'Insertion sociale « L'Entraide » de Ghlin - Personne ressource : Mme Dragoni
- Le FOREM de Mons - Personne ressource : Mme Menu
- L'ONEM de Mons - Personne ressource : Mme Alu
- Le PCS Plan de cohésion sociale de la ville de Mons - Personne ressource : Mme David
- Le PCS Plan de cohésion sociale de la ville de Ath - Personne ressource : Mme Godfrin
- Le Relais social de Mons Borinage – Personne ressource : Mme Colinet
- L' AIS Agence Immobilière Sociale de Mons – Personne ressource : Mme Digiugno
- La Société de logements sociaux « Toit et moi » – Personne ressource : Mme Pourbaix
- La Maison d'accueil et Association de Promotion de Logement « L'Etape » - Personne ressource : Mme Couillard
- L'Association de Promotion de Logement « Relogeas » - Personne ressource : Mme Rizzo
- La Maison d'accueil « La Traverse » à Péruwelz (contact en cours)

- L'IHP « l'APPART » pour son atelier « Activation » – Personnes ressource : M. Laurenzano et Mme Bosmans
- Les Services du CHP : L'Espace Transitionnel Passe Muraille – les Hôpitaux de jour – « Mouvances » - Personne ressource : Mme Gainvorste
- Les Services HP ACIS St Jean de Dieu : l' Art-Rencontre, les trésors du Coron, le Club des artistes, ... - Personne ressource : M. Verheye
- Vie féminine - Personne ressource : Mme Duquesnes

- Centre Culturel de Leuze-en-Hainaut - Personne ressource : Mme Tarditi
- Le dispositif culturel transversal entre l'hôpital Saint Jean de Dieu et différentes Maisons culturelles Ath, Leuze-en-Hainaut, Antoing, Beloeil , ... - Personne ressource : M. Bouchain.

Le lecteur trouvera en annexe 4, une liste d'opérateurs culturels et d'opérateurs sociaux aux orientations culturelles avec lesquels les hôpitaux promoteurs développent déjà des projets spécifiques. Ceux-ci seront impliqués dans le cadre de la construction du réseau et de la nouvelle offre de soins.

2. Les attentes et objectifs formulés par les partenaires :

- ✓ **Attente** : Compter sur l'aide de professionnels pouvant les aider à gérer des situations difficiles pour des personnes souffrant de problèmes psychiques.
Objectif : Eviter des décisions de rupture, d'exclusion ou d'isolement des personnes concernées.

- ✓ **Attente** : Faciliter l'intégration de personnes souffrant de problèmes psychiques, dans le cadre de leur intervention et donc adapté à leurs réalités psychosociales.
Objectifs :
 - Participer à la (ré)intégration de ces personnes dans la vie sociale.
 - Modifier le regard porté par la société sur la réalité de la maladie mentale, en comprendre les enjeux psychosociaux.
 - Développer des collaborations avec des organismes de bénévolat ou de recherche d'emploi adapté.
 - Développer des initiatives spécifiques de structuration de la journée pour une partie du public cible qui ne serait pas apte à travailler dans le circuit classique.

3. Les moyens développés dans le cadre de la réforme :

- Accessibilité du public cible à des espaces de création et d'animation propices à la mixité citoyenne, qui se définissent comme des leviers d'intégration et d'insertion socioculturelles.
- Organisation de moments de rencontres et d'échanges entre les intervenants du champ de la santé mentale et de l'insertion.
- Organisation d'un accompagnement culturel et socioprofessionnel personnalisé.
- Elaboration d'un plan de communication de promotion et de déstigmatisation de la santé mentale à destination de la population.
- Collaboration avec les projets thérapeutiques de concertation en santé mentale (fonction 2) comme facilitateur d'intégration des usagers dans la vie sociale.

4. A titre d'exemple(s) concret(s) de collaboration envisagée :

- Au niveau du logement : la société de logements sociaux « Toit et moi » propose la mise à disposition de logements pour les usagers inclus dans le projet, ceux-ci faisant l'objet d'un accompagnement des équipes mobiles.
- Au niveau professionnel, L'ONEM propose d'organiser des séances d'information sur des thèmes particuliers (ex : « Les droits et devoirs des chômeurs », ...) au sein des maisons de réseau.
- Le Relais social de Mons Borinage propose entre autres, d'apporter sa connaissance méthodologique et théorique de coordination d'un travail en réseau, de motiver ses partenaires à remplir un rôle utile dans les fonctions concernées et d' inclure le coordinateur du 107 dans les tables rondes et autres coordinations opérationnelles.
- Le PCS Plan de cohésion sociale de la ville de Mons propose au coordinateur d'intégrer les groupes thématiques existants (logement, santé, éducation ...), soutenir financièrement l'accès à l'article 27 et soutenir la collaboration avec les travailleurs sociaux de terrain.
- Le dispositif culturel transversal entre l'hôpital Saint Jean de Dieu et différentes Maisons culturelles Ath, Leuze-en-Hainaut, Antoing, Beloeil , ... propose une aide à l'insertion sociale et culturelle des usagers en organisant, à partir de leur lieu de vie, des activités culturelles adaptées.

5.1.4 Fonction 4 : Unités intensives de traitement résidentiel, aussi bien pour les problèmes psychiques aigus que chroniques, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable

1. Les partenaires :

- CHU Hôpital psychiatrique Chêne aux Haies – Personne ressource : Mme Bouchez
- Hôpital Ambroise Paré - Service de psychiatrie – Personne ressource : Mme Bouchez
- Hôpital Ambroise Paré - Unité de crise (assuétudes) – Personne ressource : Mme Bouchez
- Hôpital psychiatrique Saint Jean de Dieu ACIS-asbl - Personne ressource : M. Verheyne
- Hôpital psychiatrique Saint Charles ACIS-asbl - Personne ressource : M. Verheyne
- Clinique neuropsychiatrique de Bonsecours - Personne ressource : Mme Leman
- Service psychiatrique du Centre Hospitalier Hornu – Frameries - Personne ressource : M. Tilman
- Service psychiatrique du Centre Hospitalier de Wallonie Picarde, Site La Dorcas - Personne ressource : M. Varvenne

2. Les attentes et objectifs formulés par formulés par les partenaires :

- ✓ Attente : Mieux préparer le patient hospitalisé à la sortie.
Objectif : Assurer un encadrement adéquat pour éviter la rechute et entraîner un mieux-être.
- ✓ Attente : En amont de l'hospitalisation, avoir de meilleures informations pour préparer l'admission
Objectif : Eviter une hospitalisation inadéquate et définir des objectifs dès l'admission du patient.

- ✓ **Attente** : Trouver plus de relais extérieurs et avoir une meilleure connaissance de ceux-ci.

Objectifs :

- Assurer la continuité des soins.
 - Diminuer le temps d'hospitalisation.
-
- ✓ **Attente** : Disposer de moyens complémentaires tant humains qu'organisationnels, pour intensifier les prises en charge hospitalières.

Objectif : Réduire le risque de rupture ou de détérioration des liens avec l'environnement social, professionnel, familial.

3. Les moyens développés dans le cadre de la réforme :

- Intensification d'unités de soins afin de réduire la durée de séjour, par l'affectation de manière intense de ressources professionnelles hospitalières.
- Sollicitation précoce des familles par l'organisation d'espaces de rencontre et le développement d'outils en vue d'optimiser leur participation à la prise en charge des usagers.
- Mobilisation des ressources du réseau en cours d'hospitalisation.
- Collaboration étroite avec l'équipe mobile 2B.

4. A titre d'exemple(s) concret(s) de collaboration envisagée :

- Collaboration étroite entre le Référent hospitalier pour la continuité des soins et les équipes mobiles 2a et 2B. Il est mobilisé de manière prioritaire pour les patients admis dans les unités intensives.
- Utilisation des ressources complémentaires allouées aux unités intensives pour l'organisation de modules de psycho-éducation à l'attention des usagers et des familles.

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

1. Les partenaires :

- IHP HAPCIS ACIS-asbl – Personne ressource: M. Verhey
- IHP « L'Appart » Mons - Personne ressource : M. Lorenzano et Mme Bosmans
- IHP L'arbre vert Bonsecours - Personne ressource : Mme Leman

- MSP, Les Maisons de l'Othée ACIS-asbl - Personne ressource : M. Verhey
- MSP « MOZART » Mons - Personne ressource : M. Lizza

- Foyers Eben Ezer - Personne ressource : M. Bouillon (contact en cours)
- La Maison d'accueil et APL Association de Promotion de Logement « L'Étape » - Personne ressource : Mme Couillard.

- Maisons de repos, Maisons de repos et de soins, Cantou de la zone d'action (contacts en cours)

2. Les attentes et objectifs formulés par les partenaires :

- ✓ Attente : Participer à la consolidation du projet d'autonomie et d'intégration sociale du patient.
Objectif : Accompagner le patient dans la recherche d'un lieu de vie adéquat, en faciliter l'accès et le maintien en tenant compte de l'évolution de son autonomie.
- ✓ Attente : Disposer de relais extérieurs et avoir une meilleure connaissance de ceux-ci.
Objectif : Participer à la continuité des soins et à une insertion sociale optimale.

3. Les moyens développés dans le cadre de la réforme :

- Négociation d'accords de collaboration spécifiques entre les hôpitaux promoteurs et les structures d'hébergement pour le public concerné.
- Développement de l'articulation avec la fonction 2 et la fonction 3.

4. A titre d'exemple(s) concret(s) de collaboration envisagée :

- Via les Initiatives d'Habitations Protégées et des Maisons de Soins psychiatriques, développement de logements individualisés faisant l'objet d'un encadrement spécifique.

5.2 Moyens transversaux novateurs pour la réalisation des objectifs du projet de réforme

Ces moyens traversent les 5 fonctions de la réforme.

➤ Cadastre des ressources disponibles sur la zone d'action.

Le coordinateur de réseau établi, avec l'aide des groupes de travail thématiques, un répertoire des différentes ressources disponibles relatives aux 5 fonctions sur la zone d'action.

➤ La formation et les stages d'immersion.

Des visites préliminaires avec Lausanne et Lille ont été organisées en vue de formaliser des stages d'immersion des équipes mobiles.

Lors du séminaire international des 3 et 4 mai 2011, des contacts plus précis ont été pris avec Lille afin d'organiser ces stages.

➤ La Participation des associations d'usagers et des familles au réseau

Les associations Similes et Psytoyens sont déjà présentes par leurs actions, au sein des hôpitaux promoteurs du projet. Les groupes locaux de ces associations se réunissent régulièrement avec le soutien et l'appui logistique de ces hôpitaux.

Au cours de la dernière rencontre qui s'est tenue le 21 mars 2011, ensemble, nous avons concrétisé davantage **leur participation au projet de réforme** :

- elles participent à l'écriture du projet
- elles participeront au Comité de travail stratégique et mandateront un garant de service pour les représenter.

Quelques actions concrètes ont été étudiées :

- l'aide et la participation de Psytoyens à la mise en place de conseils d'usagers organisés à terme dans les Maisons de réseau
- l'aide et la participation de Similes à l'organisation des groupes d'entraide
- l'aide et la participation de Psytoyens à la formation d'usagers, à l'accueil de patients et de leurs proches, accueil auxquels ils pourraient participer au sein des Maisons de réseau.

➤ **Groupes de travail thématiques**

Cfr la création de groupes de travail thématiques cités à la page 31.

➤ **Un Espace d'Intervision pour les partenaires du réseau : retour sur la pratique clinique**

Il s'agit d'un espace spécifique, ouvert à l'ensemble des acteurs du réseau. Partant de situations cliniques, l'accent est mis à la fois sur le partage des expériences au sein du réseau, ainsi que sur les articulations entre les partenaires, les bonnes pratiques et les difficultés rencontrées.

L'objectif du groupe est de faire remonter leur expérience au sein du réseau. Ce groupe est animé par la coordinatrice de réseau, qui s'adjoit l'aide d'une personne ressource.

➤ **Les Maisons de réseau implantées sur la zone d'action du projet**

Ces Maisons de réseau sont conçues comme :

- des espaces citoyens, accessibles tous les jours ouvrables de 8h à 17H.
- des lieux d'information à la santé mentale, notamment par le biais d'animations.
- des espaces permettant d'augmenter la visibilité et donc aussi l'accessibilité aux soins en santé mentale sur la zone d'action du projet : les équipes mobiles de la fonction 2 y seront basées, ainsi que les SPAD et les projets thérapeutiques de concertation en santé mentale.
- des supports de développement d'activités spécifiques des différents partenaires du réseau. Il ne s'agit donc pas de dédoubler les activités existantes en les délocalisant dans les maisons de réseau mais bien de créer un lieu intégré et accessible d'activités à l'attention du public cible de la nouvelle offre de soins.
- des espaces d'échanges et de concertation avec les acteurs et les pouvoirs locaux.

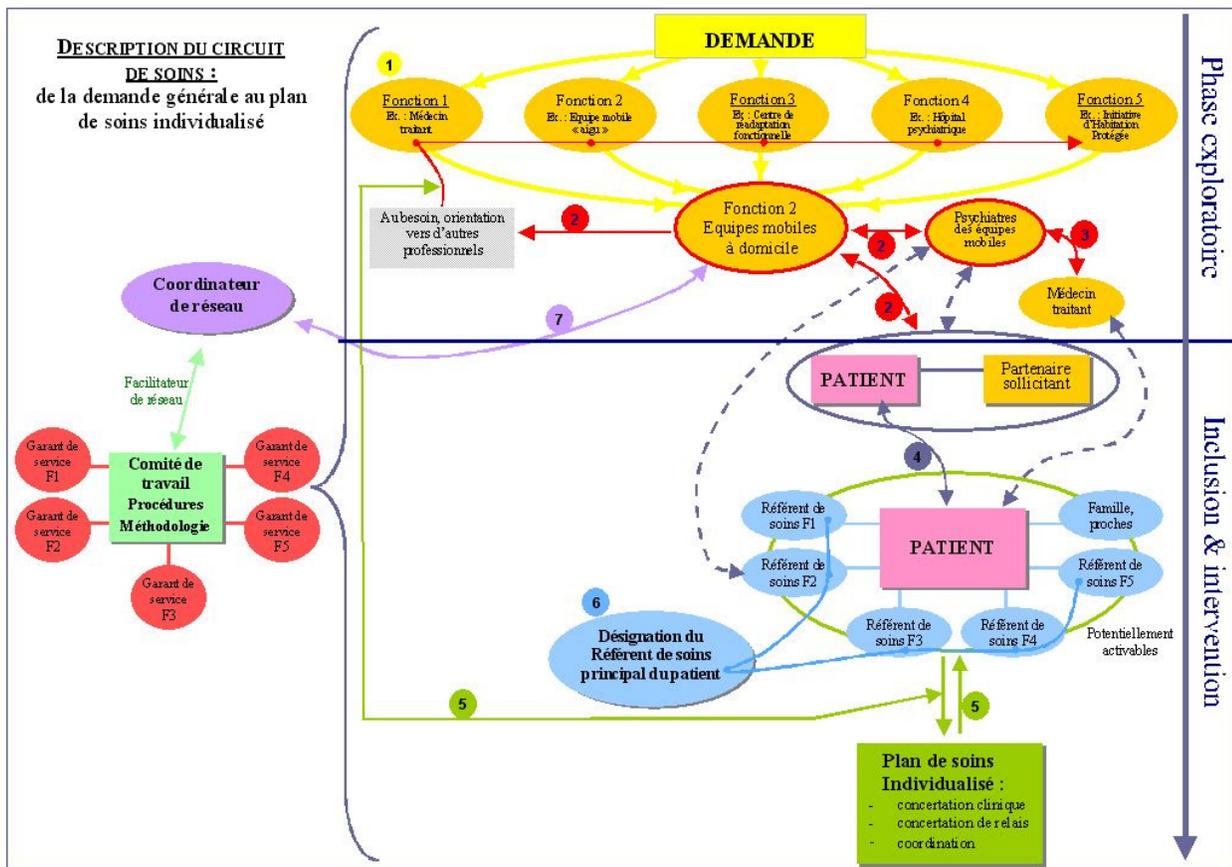
Une Maison a déjà été acquise à Mons et des initiatives sont en cours pour ouvrir deux autres maisons de réseau à Ath et à Péruwelz, de manière à faciliter l'accessibilité aux espaces décrits ci-dessus.

Des discussions sont en cours avec des partenaires du réseau en vue d'y organiser des ateliers thérapeutiques et des animations socioculturelles.

➤ **Le Référent de soins principal du patient**

Il est désigné dès la 1^{ère} concertation parmi les référents de soins en accord avec l'utilisateur. Il est l'accompagnateur principal de l'utilisateur, et l'interlocuteur privilégié des proches et des partenaires de soins.

5.3 Répartition des tâches au sein du réseau



Description du circuit de soins

Demande :

1

Avec l'assentiment de l'utilisateur, tout intervenant de la zone d'action du projet, peut solliciter via un n° d'appel téléphonique, le service des équipes mobiles.

Phase exploratoire :

La permanence téléphonique des équipes reçoit la demande et prend contact avec le psychiatre responsable.

Soit, ils orientent ensemble cette demande vers un prestataire d'aide et/ou de soins (médecin traitant, psychiatre traitant, hôpital, ...). A ce stade, l'utilisateur n'est pas directement inclus dans la nouvelle offre de soins.

2

Soit, le psychiatre, responsable des équipes mobiles, selon la situation, les mandate pour rencontrer l'utilisateur et le professionnel sollicitant afin de contextualiser la demande, les besoins de l'utilisateur, et de situer les fonctions mobilisées et mobilisables. Le cas échéant, le psychiatre peut également rencontrer l'utilisateur et/ou l'intervenant sollicitant. En accord avec le médecin traitant du patient, les équipes mobiles et le psychiatre proposent l'inclusion ou non du patient dans le projet.

Phase d'inclusion :

4 Dans le cas d'une inclusion de l'utilisateur dans le projet, et après s'être assuré de son consentement éclairé, les équipes mobiles désignent un responsable de la concertation. Une 1^{ère} concertation clinique avec le patient et les référents d'aide et de soins mobilisés par la situation ou potentiellement activables, est organisée. Celle-ci s'organise au lieu de vie du patient ou ailleurs.

5 Cette concertation clinique peut orienter l'utilisateur soit vers un prestataire de soins unique, soit déboucher sur un plan de soins individualisé. Le psychiatre des équipes mobiles ainsi que le médecin traitant de l'utilisateur sont des collaborateurs privilégiés pour tous les partenaires du réseau.

Ainsi, si la demande conduit à un Plan de Soins Individualisé, la concertation clinique amène à désigner un référent de soins principal du patient. C'est lui qui se charge de la coordination des soins.

6 Le plan de soins individualisé définit un fonctionnement et des objectifs communs, ceci afin de garantir une meilleure continuité et adaptation des soins au patient. Des concertations régulières sont organisées avec les référents des fonctions concernées, le patient et/ou ses proches.

Tout au long du processus d'accompagnement de l'utilisateur, nous distinguons trois formes de concertation :

- La concertation clinique
- La concertation de relais
- La coordination

7 Au cours de rencontres régulières, les équipes mobiles informent la coordinatrice de réseau des demandes qui leur sont faites et de leur gestion.

Chaque intervenant est responsable du travail qu'il accomplit avec le patient, dans le respect des règles professionnelles, déontologiques et éthiques qui lui sont applicables.

De même que pour l'inclusion, une procédure de fin de prise en charge de l'utilisateur dans le cadre de la nouvelle offre de soins, sera définie en concertation avec celui-ci, ses proches et les partenaires impliqués.

La décision d'un utilisateur de mettre fin à l'accompagnement de l'équipe mobile sera actée au sein d'une concertation. Cette procédure sera définie par le Comité de travail stratégique.

Trois formes de concertation :

- ❖ **La concertation clinique** : elle est organisée par le responsable de la concertation au moins trois fois par an. Elle implique obligatoirement la présence de l'utilisateur et/ou ses proches ainsi que les référents de soins impliqués, dont le référent de soins principal. Le médecin généraliste est systématiquement invité, et s'il n'est pas présent, le responsable de la concertation lui transmet les informations utiles et importantes. Un P.V. est envoyé à tous les participants invités.

Les concertations cliniques servent à :

- définir les missions de chacun en regard des attentes et des besoins du patient et de sa famille,
 - clarifier le rôle et les limites de chacun,
 - créer des liens avec le réseau des professionnels concernés,
 - évaluer régulièrement le plan de soins individualisé, réajuster les interventions des dispensateurs si nécessaire,
 - et maintenir une cohérence dans le travail que chacun entreprend avec le patient.
-
- ❖ **La concertation de relais** : elle correspond au passage d'un relais d'un partenaire à l'autre (ex : en fin d'hospitalisation, lors de la préparation du retour à domicile). Elle implique les professionnels directement concernés et l'utilisateur.

 - ❖ **La coordination** : elle concerne seulement les professionnels impliqués. Il s'agit de moments où se relaye l'information, où se questionne « le qui fait quoi et comment » entre les concertations cliniques, autour de l'utilisateur. Celui-ci est potentiellement présent lors de ces échanges qui se font en cas de nécessité.

5.4 Nouveaux rôles

5.4.1 La Coordinatrice

Tous les partenaires du projet de réforme ont marqué leur assentiment pour retenir la candidature de Mme Charlotte Ducrotois. Son profil est détaillé en annexe 5.

Mission

Dans le cadre du projet de réforme, la coordinatrice de réseau se profile comme étant **garante de la création du réseau opérationnel**.

Pour ce faire, Mme Ducrotois :

- Veille à l'élaboration et à la signature des conventions de collaboration.
- Procède à l'installation des groupes de travail thématiques qui l'aident à prendre connaissance des ressources mobilisables sur la zone d'action du projet, et à en établir une cartographie qu'elle tient actualisée.
- Assure la bonne intégration des 5 fonctions dans la création du réseau.
- Préside et organise le Comité de travail stratégique avec l'ensemble des garants de service.
- Propose au Comité de travail stratégique l'intégration de tout nouveau partenaire, en fonction de l'évolution du projet.
- Etablit, avec le comité de travail stratégique, un plan de travail structuré qui a pour but de définir une méthodologie de travail commune.
- S'assure auprès des garants de service d'une bonne diffusion des informations au sein de leur structure, concernant la construction du réseau et sa concrétisation sur le terrain.

- S'engage dans les formations organisées par le Service Public Fédéral dans le cadre de la réforme.
- Rédige un rapport intermédiaire et un rapport global chaque année.
- Organise l'assemblée générale annuelle.

5.4.2 Le Garant de service

Chaque garant de service est mandaté par la direction de sa structure pour l'engager dans la construction organisationnelle du réseau, de manière à consolider l'élaboration des procédures et protocoles utiles, et ce tout au long du processus afin de garantir une continuité de la participation de sa structure au réseau.

Il a pour mission d'apporter le point de vue de sa structure dans l'élaboration du réseau, et de rapporter auprès de son responsable hiérarchique et de son équipe, le résultat du travail élaboré au sein du Comité de travail stratégique. Il est mandaté par son responsable hiérarchique pour évaluer concrètement comment sa structure collabore à la construction du réseau, son implication dans le réseau, dans les concertations,

Il rapporte ensuite des critiques constructives au sein de ce Comité de travail afin de formaliser le travail en réseau et d'affiner les procédures mises en place par ce comité.

5.4.3 Le Responsable de la concertation

- Il est attaché aux équipes mobiles.
- De part ses compétences spécifiques, il organise les concertations cliniques.
- Il est le garant de l'état d'avancement du Plan de Soins Individualisé. Il coordonne celui-ci.
- Il veille à créer une synergie des partenaires impliqués autour de l'utilisateur et à soutenir l'engagement de ceux-ci.

5.4.4 Le Référent de soins

Chaque structure impliquée dans le Plan de Soins Individualisé désigne un référent de soins.

- Il centre son action sur l'utilisateur et engage sa structure dans le PSI.
- Il utilise les procédures et méthodologies élaborées par le coordinateur de réseau et les garants de service.
- Il assure une liaison fonctionnelle entre les ressources disponibles du réseau de soins et l'utilisateur.

5.4.5 Le Référent de soins principal du patient

- Il remplit également les missions évoquées ci-dessus.
- Il est choisi dès la 1^{ère} concertation parmi les référents de soins en accord avec l'utilisateur. Il est l'accompagnateur principal de l'utilisateur, et l'interlocuteur privilégié des proches et des dispensateurs de soins.

5.4.6 Les équipes mobiles

Les équipes mobiles seront composées dans un 1^{er} temps des ETP résultant du gel de 80 lits (nous proposons de geler 30 lits T de l'HP Saint Jean de Dieu, 10 lits T de l'HP Saint Charles et 40 lits T de l'HP « Le Chêne aux Haies »). Le cas échéant, dans un 2^{ème} temps, elles seront complétées par des profils spécifiques engagées au départ des ressources complémentaires allouées au projet.

➤ **Composition**

Equipe de traitement à domicile pour des situations aiguës ou subaiguës	Equipe de traitement à domicile pour des difficultés psychiatriques chroniques
1,5 ETP psychiatres Fonction de secrétariat	
➤ <u>Composition :</u> <ul style="list-style-type: none">▪ 10 ETP infirmiers dont 1 infirmier en chef▪ 3 ETP éducateurs▪ 1,5 ETP assistants sociaux▪ 1,5 ETP psychologues	➤ <u>Composition :</u> <ul style="list-style-type: none">▪ 8 ETP infirmiers dont 1 infirmier en chef▪ 1,5 ETP aide soignants▪ 1,5 ETP éducateurs▪ 2 ETP assistants sociaux▪ 1 ETP psychologue

➤ **Activation**

Principes généraux communs aux équipes mobiles 2A et 2B

- Les équipes mobiles s'appuient sur l'expérience des services de soins psychiatriques à domicile, des projets de référent hospitalier pour la continuité des soins, et des projets thérapeutiques en santé mentale développés par les hôpitaux promoteurs.
- Elles bénéficient de formations spécifiques et de stages d'immersion dans des équipes mobiles existantes dans nos pays voisins.
- Les équipes mobiles participent à des supervisions régulières centrées sur leurs pratiques.

- Elles s'associent l'aide d'une fonction de secrétariat.
- Elles sont respectivement placées sous la responsabilité hiérarchique d'un infirmier en chef qui se charge de leur organisation et de la répartition du travail.
- La coordination médicale de ces 2 équipes est assurée par les deux médecins psychiatres qui y sont attachés.
- La Direction médicale de l'équipe mobile est exercée par un des médecins en chef des hôpitaux promoteurs. Il est le garant de l'homogénéité des pratiques médicales du projet. Il préside le

Comité de déontologie médical (voir explication en page 32). Il signe le rapport d'activités annuel.

- Réunions
 - Deux fois par semaine, les équipes se réunissent au complet avec leurs psychiatres responsables pour valider les demandes d'inclusion et la fin de suivi des usagers du projet, désigner les référents de soins « équipe mobile » pour chaque usager inclus, se répartir le travail et assurer le suivi des patients en file active dans le projet.
 - Une fois par jour, une remise de service sera organisée pour la transmission d'informations.
 - Une fois par semaine, une réunion clinique réunira tous les membres de l'équipe pour évaluer l'accompagnement des usagers en file active.

- Elles sont mobilisables via un numéro d'appel unique. De 8h à 17h, la centrale est localisée à la Maison du réseau de Mons. En dehors de ces heures, les appels sont déviés vers un membre de l'équipe qui assure la permanence de garde à son domicile, et ce, en collaboration avec la garde médicale des hôpitaux promoteurs.
- Les deux psychiatres coordinateurs des équipes mobiles informent et concernent le médecin traitant et le cas échéant, le psychiatre traitant quant à la prise en charge de l'utilisateur par l'équipe.
- Le référent de soins des équipes mobiles coordonne l'exécution du Plan de Soins Individualisé.
- Le Plan de Soins Individualisé est sous la responsabilité du psychiatre des équipes mobiles.
- La sécurité et le maintien à domicile de l'utilisateur sont évalués en permanence tout au long des interventions des équipes mobiles.

L'Equipe 2A. Equipe de traitement à domicile pour des situations aiguës ou subaiguës

Elle intervient pour des situations subaiguës qui se manifestent par une réactivation de symptômes ou de comportements inquiétants pour les proches. Elle intervient également pour des situations aiguës qui nécessitent une intervention dans un délai de 48H maximum.

Elle est accessible 24h sur 24, 7jours sur 7.

Elle procède à une phase exploratoire pour toute nouvelle demande d'inclusion dans un délai de 48h.

Les services d'urgence des hôpitaux partenaires sont des acteurs incontournables de ce projet de réforme : les hôpitaux de Ath, Baudour, Ambroise Paré, Hornu. Ils accueillent régulièrement, dans l'urgence, un public également concerné par des problèmes de santé mentale. Pour avoir rencontré et réfléchi avec ces services, les hôpitaux promoteurs estiment qu'organiser l'intervention des équipes mobiles au sein des services d'urgence, participera sans conteste à améliorer l'accessibilité aux soins de santé mentale.

Les équipes mobiles répondent donc, dans les 24h, à toute sollicitation émanant de ces services, afin d'assurer, en étroite collaboration avec ces derniers, la continuité des soins et d'organiser une prise en charge du volet santé mentale. Elles se déplacent soit dans les services d'urgence, soit directement au lieu de vie de l'utilisateur.

Les nouvelles demandes d'inclusion sont évaluées par l'équipe et sous la responsabilité du psychiatre. Celui-ci se concerta avec le médecin traitant de l'utilisateur, et le cas échéant, avec son psychiatre traitant.

Les visites à domicile sont réalisées par deux membres de l'équipe et planifiées avec l'utilisateur. La 1^{ère} visite à domicile se fait, si possible, en présence du médecin traitant et des proches de l'utilisateur. Pour rappel, l'assentiment de ce dernier est toujours une condition à son accompagnement par l'équipe mobile.

Un Plan de Service Individualisé est élaboré en concertation avec l'utilisateur, le médecin traitant, le psychiatre traitant, les proches et tout intervenant concerné. Il comprend notamment, un planning des visites de l'équipe mobile.

L'accompagnement en charge est d'une durée de +/- 1 mois.

La fin du suivi par cette équipe s'organise de manière programmée au cours d'une concertation de relais.

L'équipe 2B, Equipe de traitement à domicile pour des difficultés psychiatriques complexes et de longue durée

Elle intervient auprès de situations complexes et de longue durée, soit au terme de la phase exploratoire de l'équipe 2A, soit en relais de cette équipe ou encore en relais d'une hospitalisation, de manière à assurer une continuité de soins.

Elle est accessible 7 jours sur 7, 12h/jour en semaine et 8h/jour le week-end et jours fériés.

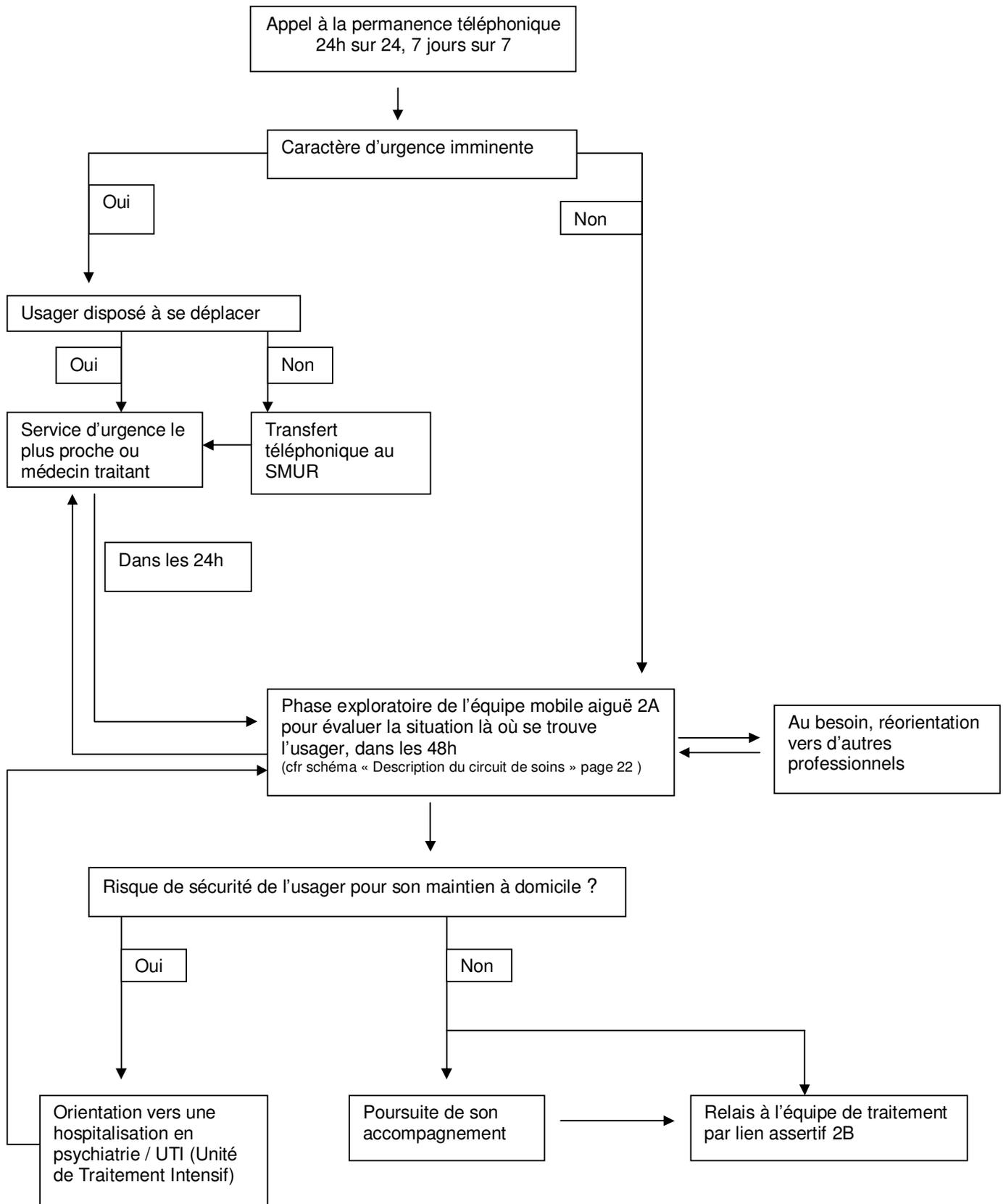
Les interventions au domicile de l'utilisateur sont planifiées et peuvent être réalisées par un seul membre de l'équipe.

La durée de l'accompagnement dépend du type de problématique. Cet accompagnement est illimité dans le temps. Il vise l'intervention de tous les partenaires nécessaires au maintien de l'autonomie de l'utilisateur dans son lieu de vie et veille à son insertion sociale, voire socioprofessionnelle. Cette équipe articule ses interventions de manière étroite et privilégiée avec les acteurs de la fonction 3.

Un Plan de Service Individualisé est élaboré en concertation avec l'utilisateur, le médecin traitant, le psychiatre traitant, les proches et tout intervenant concerné. Il comprend notamment, un planning des visites de l'équipe mobile.

La fin du suivi par cette équipe s'organise de manière programmée au cours d'une concertation de relais.

➤ Schéma d'activation des équipes mobiles 2A et 2B



5.5 Instruments pour la communication et le suivi de la qualité

Le schéma du Plan de Soins Individualisé sera élaboré par le Comité de travail.

Après une analyse des besoins, des objectifs clairs et mesurables sont définis avec l'usager, consignés dans le Plan de Soins Individualisé et validés en concertation clinique. Ce Plan de Soins est propriété de l'usager, il le partage avec chacun des intervenants de son réseau de soins.

A partir de là, chaque intervenant met en œuvre un plan d'actions repris dans le Plan de Soins Individualisé et destiné à aider le patient à atteindre les objectifs définis. Ceux-ci sont évalués régulièrement en concertation clinique et le cas échéant, réajustés.

Les moyens de communication habituels entre professionnels du réseau de soins du patient restent activables.

5.6 Modèle de gestion et d'administration

5.6.1. Comité de travail stratégique

Il se réunit à l'initiative et sous la direction de la coordinatrice de réseau, Mme Charlotte Ducrotois, laquelle veille à l'émergence d'un consensus et sollicite tous les partenaires signataires dans **un processus de gestion participative**.

Ce comité rassemble tous les garants de service des structures partenaires qui signeront la convention de réseau. Actuellement, les partenaires engagés dans le projet de réforme ont signé un accord d'engagement.

C'est un groupe fermé, qui établit dès le départ **un plan de travail structuré**. Celui-ci se basera sur le dossier de candidature avalisé par le SPF, entre autres sur les objectifs annoncés et les résultats escomptés.

Il assurera **deux missions en ordre principal, dans la phase de démarrage du projet** :

La construction participative des outils

- d'abord la mise en commun des ressources sur la zone du projet : rendre visible toutes les ressources disponibles du réseau. Pour chacune de celle-ci, la coordinatrice définira les conditions d'accès, l'organisation du travail, les programmes et/ou modules proposés, le service offert et les limites de ses interventions.

Cela permet la mise en commun des potentialités et le décloisonnement des acteurs et des pratiques.

- parallèlement, la mise en place de procédures : la coordinatrice va repérer, proposer et construire des articulations, des collaborations entre les acteurs du projet. Celles-ci seront avalisées par les garants de service et formalisées en conventions de collaboration spécifiques.

Cela permet de concrétiser le travail en réseau en précisant qui fait quoi, quand et comment.

La construction participative des méthodologies

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

Un modèle de coordination du travail en réseau et de la mobilisation des ressources autour, pour et avec le patient sera élaboré.

Ce modèle intègrera différentes pratiques :

- le Plan de Soins Individualisé pour le patient, les proches et les intervenants concernés
- l'utilisation de la concertation clinique en présence des usagers et des proches telle qu'initiée par les projets thérapeutiques
- la coordination des soins et des services pour le maintien à domicile
- le référent de soins tel que défini dans le présent projet de réforme.

Dans la phase de consolidation du projet, il évaluera et ajustera au besoin pratiquement les outils et les méthodologies utilisés.

A noter que le Comité de travail stratégique conduit l'analyse de la gestion des risques. Il assure le « feed-back » pour le suivi de l'ensemble du projet : le Comité de travail stratégique s'attelle à organiser la communication de ses travaux entre tous les acteurs internes et externes impliqués dans le projet de réforme. Il conduit des bilans partiels et établit un bilan annuel global.

Dans une 1^{ère} phase de construction du projet, afin d'organiser de manière pragmatique la mise en commun des ressources et la mise en place des procédures, le coordinateur de réseau organise des groupes de travail thématiques qui traitent spécifiquement des différents aspects des 5 fonctions du modèle de réforme.

5.6.2 Groupes de travail selon 5 thématiques

Les garants de service ou les personnes qu'ils mandatent ainsi que des acteurs intéressés à rejoindre le réseau sont invités aux groupes de travail thématiques tels que définis ci-après :

- Le logement et l'habitat spécifique
- L'insertion socio-professionnelle
- L'intégration culturelle
- La santé en termes de prévention et promotion
- La mise en place des équipes mobiles et l'accessibilité des soins .

Ces groupes ont pour objectif de réaliser un travail préparatoire et formulent via la coordinatrice, des propositions au Comité de travail stratégique. Celui-ci les valide et les formalise par des accords de collaboration spécifiques.

Selon le thème abordé, la coordinatrice (aidé d'une personne ressource) :

- Etablit un cadastre des ressources disponibles dans le réseau, des lacunes et des manques
- Favorise la mise en commun des pratiques
- Repère et réfléchit à des articulations possibles menant à des offres de service spécifiques pour les usagers, les proches et les acteurs du réseau.

5.6.3 Comité de gestion

Il est composé de représentants des hôpitaux promoteurs et de la coordinatrice de réseau. Il peut inviter, selon les thèmes abordés, certains garants de service. Il se réunit au minimum une fois par mois.

Il s'occupe de la gestion financière, administrative, logistique, informatique du projet.

C'est un organe de concertation et de décision quant aux moyens alloués et à leur affectation.

Il se porte garant :

- de la bonne utilisation des budgets :
 - l'utilisation optimale des moyens prévus dans la convention de financement du réseau
 - l'utilisation adéquate des moyens dégagés par les hôpitaux procédant au gel de lits .
- d'une collaboration harmonieuse entre les promoteurs de projet.
- de la bonne exécution du projet élaboré dans le cadre de la réforme.

En complément des outils et des pratiques présentés ci-dessus, des moyens seront alloués à la création d'un espace d'intervision pour les partenaires du réseau et à la pratique de l'immersion entre les différents services. Celles-ci permettront la compréhension réciproque et l'intégration en profondeur, des réalités quotidiennes des partenaires dans la nouvelle offre de soins, ainsi que l'évaluation de leur degré de satisfaction.

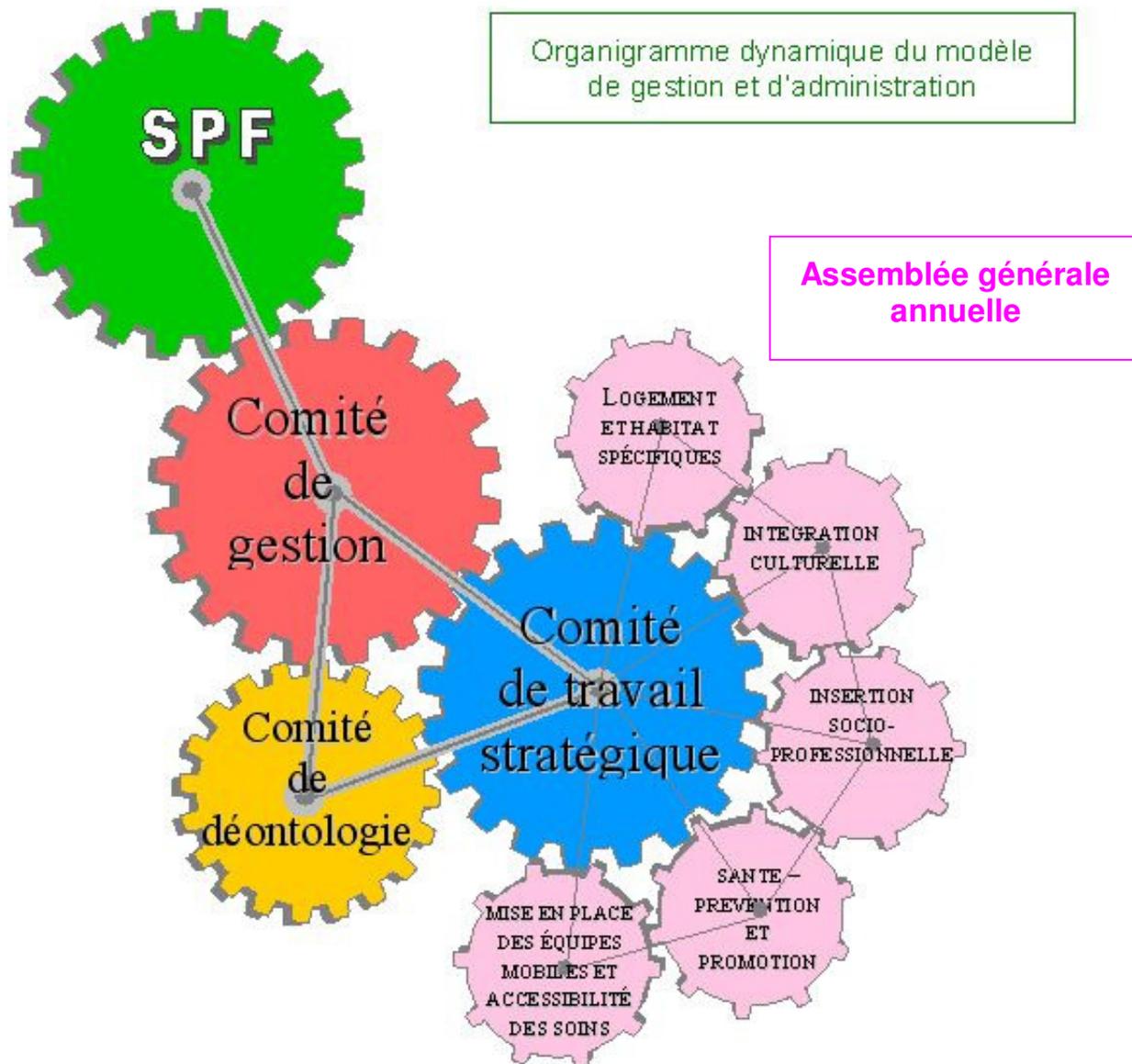
5.6.4 Comité de déontologie

Le Comité de déontologie médical réunit 5 médecins dont les 2 médecins directeurs des hôpitaux promoteurs et au moins un médecin ne travaillant pas dans les hôpitaux de Leuze, de Wez-Velvain et de Mons. Il veille à ce que les nouvelles pratiques découlant de la nouvelle offre de soins, soient conformes aux règles d'éthique et de déontologie.

5.6.5 Assemblée générale annuelle

Une assemblée générale du réseau est organisée une fois par an et convie l'ensemble des acteurs participant au Comité de travail stratégique, aux groupes de travail thématiques du projet « Région Hainaut : Leuze-en-Hainaut, Wez-Velvain, Mons ». Y seront également invités des acteurs désireux de rejoindre le réseau.

Le rapport d'activité annuel y sera présenté.

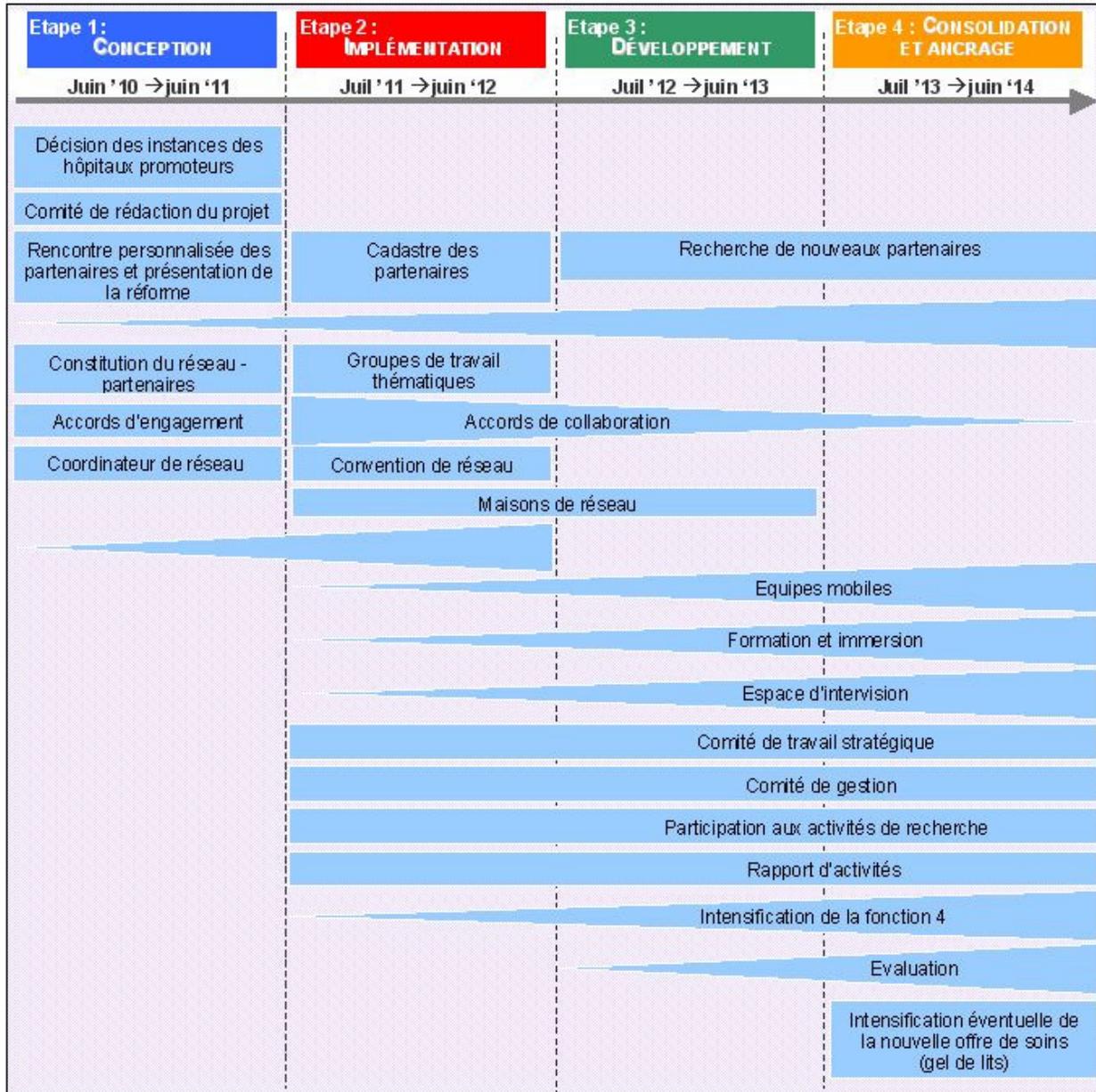


6. Stratégie de développement du réseau

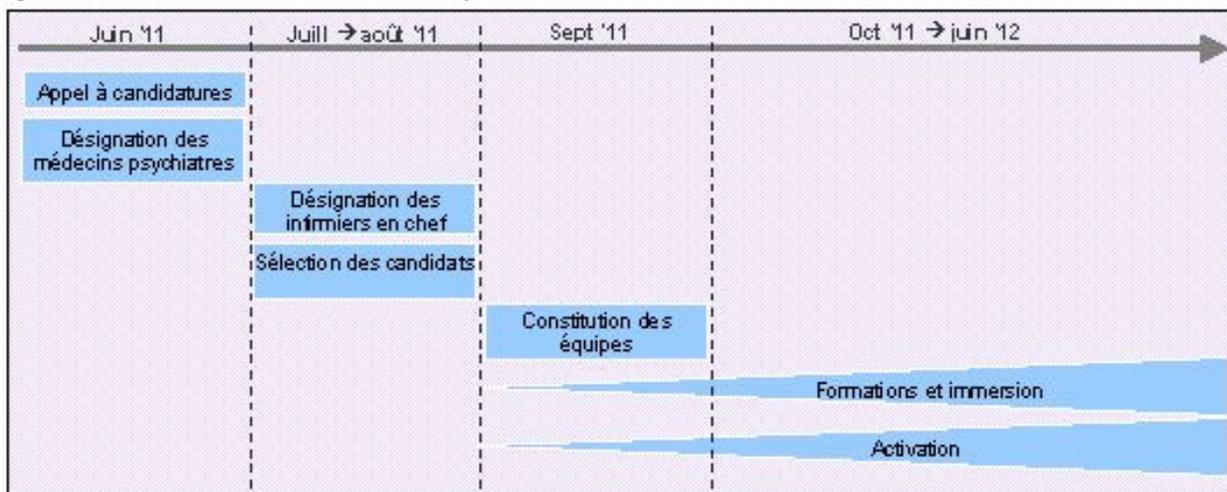
6.1 Echelonnement

Principes de base : *l'ensemble de la démarche du projet de réforme en ce compris les étapes décrites ci-dessous, ont été, sont et seront considérées dans le respect des usagers, des membres du personnel et de tous les partenaires. Elles ont été, sont et seront élaborées selon un principe basé sur la concertation.*

ETAPES DU PROJET



PHASAGE DE LA CONSTITUTION DE L'ÉQUIPE MOBILE



6.2 Gestion des risques

Nous estimons indispensable que la grille d'analyse « **SWOT** » soit réalisée à échéance régulière et à chacun des niveaux : micro (au niveau du référent de soins), méso (au niveau des garants de service) et macro (au niveau de la coordinatrice de réseau).

Cette analyse nous permettra d'évaluer la qualité de reliance du projet aux différents stades du processus.

L'analyse SWOT conduite par le **Comité de travail stratégique** évaluera entre autres:

- les résistances humaines et/ou organisationnelles probables
- les obstacles matériels éventuels
- le processus d'admission et de sortie dans le projet de circuit de soins
- les réunions de concertation

...

« Créer un projet, c'est avoir un souci constant d'adaptation ». Le projet de réforme souhaite garantir une certaine souplesse et une ouverture : il doit rester disponible à des réajustements et à des recadrages éventuels.

Le Comité de travail stratégique le « feed-back » pour le suivi de l'ensemble du projet : il s'attellera à organiser la communication de ses travaux entre tous les acteurs internes et externes impliqués dans le projet de réforme. Il conduira des bilans partiels et établira un bilan annuel global.

Le Comité de déontologie décrit à la page 32 veille à ce que les nouvelles pratiques découlant de la nouvelle offre de soins , soient conformes aux règles d'éthique et de déontologie.

Note de considération

Nous nous permettons d'attirer l'attention du jury sur le fait que les promoteurs du projet ont été particulièrement attentifs à ne pas définir dans le présent dossier, des étapes qui devront s'élaborer de façon collective au sein du Comité de travail stratégique.

7. Financement et allocation des moyens

AFFECTATION DU BUDGET COMPLEMENTAIRE (500.000 euros)

Frais équipe 2A		29.128,00
Logistique	22.388,00	
Administration	6.740,00	
Frais équipe 2B		29.128,00
Logistique	22.388,00	
Administration	6.740,00	
Frais coordinatrice de réseau		69.839,61
Frais communs aux 5 fonctions du projet		38.177,00
Engagement supplémentaire 5 ETP		295.824,00
Requalification de soignant non qualifié		44.821,00
		506.917,61

EQUIPES DE TRAITEMENT INTENSIF A DOMICILE 2A

CHARGES DE PERSONNEL

Infirmière	10 ETP	591.647,70
Psychologue	1,5 ETP	93.348,92
Assistante sociale	1,5 ETP	88.747,16
Paramédicaux	3 ETP	177.494,31
Non qualifié	0 ETP	0,00
Total	16 ETP	951.238,08

LOGISTIQUE

Frais de déplacement

Amortissements 4 véhicules	11.360,00	
Assurance omnium	5.496,00	
Taxe de circulation	1.464,00	
Carburant	4.068,00	
		22.388,00

Administration

4 gsm	600,00	
Communications	2.400,00	
Pc portables 2	640	
Formation supervision	2.500,00	
Amortissement mobilier	600	
		6.740,00

COUT TOTAL **980.366,08**

EQUIPES DE TRAITEMENT PAR LIEN ASSERTIF 2B

CHARGES DE PERSONNEL

Infirmière	8 ETP	473.318,16
Psychologue	1 ETP	62.232,61
Assistante sociale	2 ETP	118.329,54
Paramédicaux	1,5 ETP	88.747,16
Non qualifié	1,5 ETP	66.336,89
Total	14 ETP	808.964,35

LOGISTIQUE

Frais de déplacement

Amortissements 4 véhicules	11.360,00	
Assurance omnium	5.496,00	
Taxe de circulation	1.464,00	
Carburant	4.068,00	
		22.388,00

Administration

4 gsm	600,00	
Communications	2.400,00	
Pc portables 3	640	
Formation supervision	2.500,00	
Amortissement mobilier	600	
		6.740,00

COUT TOTAL

838.092,35

COORDINATRICE DE RESEAU

CHARGES DE PERSONNEL

Echelle barémique 1.80	62.232,61
------------------------	-----------

LOGISTIQUE

Frais de déplacement

Amortissements 1 véhicule	2.840,00	
Assurance omnium	1.374,00	
Taxe de circulation	366,00	
Carburant	1.017,00	
		5.597,00

Administration

Gsm	150,00	
Communications	600,00	
Pc portables	160	
Formation supervision	500,00	
Amortissement mobilier	600	
		2.010,00

COUT TOTAL

69.839,61

Annexes

Annexe 1 : Liste des projets développés par les hôpitaux promoteurs du projet

Annexe 2 : Liste non exhaustive des facteurs complémentaires au diagnostic principal du groupe cible

Annexe 3 : Description plus détaillée du groupe cible

Annexe 4 : Opérateurs culturels de la zone d'action

Annexe 5 : Profil de la Coordinatrice

Annexe 1 : Liste des projets développés par les hôpitaux promoteurs du projet

Ces projets sont décrits succinctement. Une description plus complète est à la disposition du jury

Projet Thérapeutique “Concertho”, Service picard pour l’initiation précoce et transdisciplinaire de la concertation en santé mentale.

De quoi s’agit-il ?

Ce projet a pour but de :

- Chercher avec l’usager un accompagnement adapté à sa situation
- Permettre aux professionnels de différents domaines de mieux travailler ensemble

Il s’agit de créer du lien et du sens entre des professionnels, une personne et ses ressources au niveau psycho-médico-social. Il trouve sa particularité dans deux objectifs globaux :

- Créer ou améliorer une dynamique relationnelle permettant à l’usager de (re)devenir acteur dans la construction et le renforcement du lien social tout en le maintenant dans son milieu de vie. Et favoriser la concertation des intervenants autour de l’usager.
- Soutenir de meilleures interfaces pour toutes les institutions des différents secteurs concernés par la santé mentale et permettre le partage, la reconnaissance des spécificités et savoirs.

Comment ?

- Quelqu’un fait **appel au projet** pour un usager.
- L’envoyeur, l’usager et la coordinatrice se **rencontrent**. Ils préparent la première réunion.
- La coordinatrice organise une première **réunion de concertation** avec les partenaires signataires du projet et toute personne que l’usager aura jugé nécessaire d’inviter. On rédige le plan de prise en charge.
- Quatre réunions de concertation sont organisées la première année ; trois les années suivantes.
- Des rencontres entre les réunions peuvent avoir lieu. Le projet « Concertho » veille au respect des droits et devoirs de chacun comme par exemple, la circulation des informations concernant l’usager.

Pour qui ?

Ce projet s’adresse à toute personne entre 19 et 65 ans rencontrant des difficultés chroniques et complexes en raison de l’instabilité de ses relations interpersonnelles, de leur image de soi, de leurs affects et de leur impulsivité marquée. Elles peuvent (dé)mobiliser un grand nombre d’intervenants. Elles questionnent notre souplesse dans l’abord thérapeutique et la nécessité d’une concertation particulière entre les différents intervenants.

Où ?

Zone d’activité : Ath, Beloeil, Bernissart, Lessines, Le Pays des Collines, Frasnes-lez-Anvaing, Leuze-en-Hainaut, Péruwelz, Mons-Borinage.

Avec qui ?

Ce projet est établi en accord avec des partenaires de référence :

- Hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu.
- Service intégré de Soins à domicile « CECOSTO » (coordinateur administratif du projet).
- Service Provincial de Santé Mentale de Colfontaine.
- Service de Concertation Intégrée Psychiatrique et Individualisée “Médias”.
- Association des médecins généralistes du Grand Ath et des Collines.
- Union des médecins de la région de Leuze-en-Hainaut.
- Centre Hospitalier Hornu – Frameries.
- Clinique neuropsychiatrique de Bonsecours.
- Centre Public d’Action Sociale d’Ath – Centre de Coordination de Soins et Services à domicile.

Personne de contact ?

Claire GANZITTI, Coordinatrice du projet thérapeutique. Adresse administrative : Hôpital psychiatrique Saint-Jean-de-Dieu, Avenue de Loudun, 126, 7900 Leuze-en-Hainaut

Projet thérapeutique « L'Archet »

L'Archet est destiné à toute personne adulte présentant un problème de dépendance à l'alcool, formulant une demande de soutien et habitant les régions de Mons-Borinage, du Centre ou de Soignies.

Le projet poursuit trois objectifs : chercher avec l'usager un accompagnement adapté à sa situation, favoriser la continuité thérapeutique au-travers des différents secteurs (médecins généralistes, services ambulatoires et hospitaliers), et permettre aux professionnels de différents domaines de mieux travailler ensemble en réunissant les personnes pour des concertations.

Les partenaires actuels de référence sont :

- le Centre de Santé Mentale de Mons,
- la Maison Médicale « Le Car d'Or »,
- le Service Psychiatrique de Soins à Domicile MEDIAS,
- l'Initiative d'Habitations Protégées l'Appart,
- la Maison d'Accueil St Paul,
- le Centre de Jour l'Escale,
- le Service d'Aides Familiales « Acasa »,
- le Centre Hospitalier Universitaire Ambroise Paré.

Le Maillon

Le Maillon est une structure intermédiaire qui a pour but d'évaluer et d'accompagner le patient psychotique dans un processus de réhabilitation. Il a pour objectif de maintenir et/ou d'optimiser les compétences de chacun.

Chacun des six patients inclus dans Maillon l'est pour une période d'un an. Il bénéficie d'un cadre hospitalier dans lequel il doit expérimenter sa capacité à gérer sa vie quotidienne (gestion de la médication, de sa chambre, de son agenda, de la préparation d'un repas de midi ...). Sans standard pré-établi, la prise en charge s'effectue en collaboration avec le patient, la famille et le réseau.

La structure est destinée aux patients présentant une symptomatologie relativement stabilisée, demandeurs d'une vie autonome et pouvant accepter la collaboration avec un groupe et avec le réseau familial.

L'Echeveau

Depuis de nombreuses années, l'Echeveau est un service socioculturel organisé au sein de l'hôpital psychiatrique Saint Jean de Dieu. Cherchant à provoquer l'épanouissement culturel de l'individu, l'Echeveau est un espace d'échange, de découverte axés sur les arts, la culture et la créativité. Tout au long de l'année, des spectacles, des rencontres d'artistes, des sorties extérieures ainsi que de nombreux ateliers sont organisés.

L'Echeveau offre aussi aux patients hospitalisés la consultation libre de quelques revues spécialisées ainsi que d'ouvrages issus de sa bibliothèque (romans, BD, ...). Un service de remédiation à la lecture et l'écriture (« Atelier Alpha ») leur est également proposé.

Régulièrement, des manifestations transversales ponctuent l'hospitalisation. De plus, en collaboration avec le Centre Culturel local de Leuze-en-Hainaut, des projets originaux viendront enrichir l'offre culturelle de l'Echeveau.

En ce qui concerne les produits proposés à la vente, ils font partie intégrante du service aux personnes que l'Echeveau s'est fixé comme autre objectif : un bar social en quelques sortes, un espace différent dont le but est d'aider le patient à vivre au mieux son hospitalisation.

Le dispositif culturel transversal leuzois

S'appuyant sur les réalités artistiques et culturelles mises en place au sein de l'hôpital psychiatrique Saint Jean de Dieu, le dispositif culturel transversal a développé de nombreux réseaux de partenariats avec des opérateurs culturels traditionnels et des artistes. Ce développement aide à l'insertion sociale de la personne en proposant, à

partir de leur lieu de vie, des activités culturelles adaptées en objectivant la réalité de leurs moyens de transport, la réalité de leurs moyens économiques, la qualité de leur engagement dans la démarche de leur insertion sociale.

Parallèlement à cela, les modèles de réflexion et du fonctionnement sont développés au sein de structures culturelles locales (par ex : Centre Culturel de Leuze-en-Hainaut), régionales (par ex : Culture.WAPI) et fédérale (par ex : Culture et Démocratie).

L'ETPM Espace Transitionnel Passe Muraille

L'Espace Transitionnel Passe Muraille est un ensemble d'ateliers ouverts à toute personne en hospitalisation complète ou de jour. Il travaille avec les médias d'expression en privilégiant les ateliers comme espaces potentiels de création, de symbolisation et d'élaboration psychique.

Les cadres de référence qui sous-tendent le travail thérapeutique et la réflexion qui l'accompagne s'inspirent de concepts psychanalytiques et de notions d'art thérapie.

Les ateliers actuellement ouverts ont pour médias : la musique, le chant, le cheval, la terre, la danse, le cinéma, la peinture et l'écriture.

L'ETPM réalise aussi des projets événementiels comme des ateliers d'été, des camps, ou des sculptures monumentales (le « cheval de terre », les totems sur le site du Chêne aux Haies).

L'atelier « Art-Rencontre »

L'atelier s'inscrit au sein de l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu à Leuze-en-Hainaut. Celui-ci accueille des adultes en souffrance psychologique.

Qui sommes-nous ?

Comme il se nomme, l'atelier se veut un lieu d'expression créative dans un souci d'échange, de partage, de rencontre autour de l'art. La rencontre de personnes hospitalisées désireuses d'explorer, de découvrir leur potentiel créatif ; d'ouvrir leurs SENS.

L'atelier se situe dans un local à l'extérieur des services de soins. Il est ouvert tous les jeudis de 14h00 à 15h30. Les animatrices responsables de l'atelier sont : Gaëtane Dermond et Hélène Fossé, ergothérapeutes.

Chaque participant s'y investit : le temps qu'il peut ou le temps qu'il veut.

Oser sa créativité, oser s'étonner !

Oui, mais comment y arriver sereinement ?

Tout d'abord :

Le local ; un lieu, un espace défini comme atelier, pendant un temps déterminé, aménagé dans le souci et l'espoir qu'il sera « un sol fécond » à l'expression.

Quelques matériaux ; simples mais transformables et manipulables à souhait : tissu, papier, carton, bois, treillis,...

Des outils ; permettant d'assembler, de structurer, d'unir, de concentrer ses envies créatrices.

Un thème ; un « tremplin », un mot ou un jeu de mots sur lequel chacun a la liberté d'y mettre sa propre imagination.

Des animatrices ; garantes du bon déroulement, du respect de chacun et de sa production. Elles sont conseillères techniques mais surtout accompagnatrices respectueuses de la recherche de « l'être en devenir ».

Les participants ; chacun à son rythme, imaginent, créent, jouent avec les formes, les contours, les couleurs, usent de fantaisie, cherchent et découvrent les richesses mais aussi les limites de la matière.

Dans cet espace protégé de non-jugement et de non-directivité, une énergie circule, c'est de cette énergie que va naître une production.

Cette création sera le lieu et l'objet d'une rencontre, témoin d'histoires et d'émotions.

L'exposition se veut être une opportunité qui redonne à cette œuvre sa valeur existentielle au-delà de sa valeur artistique et esthétique.

L'atelier existe depuis 1999

Les différentes expositions réalisées s'inscrivent dans des projets socioculturels. Les œuvres n'ont pas de valeur marchande mais uniquement relationnelle. Les artistes font le choix de les « mettre en scène » en s'adaptant aux lieux proposés... « toute une histoire »...

Les expositions

- * En 2000 : « UNE TRANCHE D'ÉTRANGE », Salle du Parc du Coron, 7900 Leuze-en-Ht.
- * En 2001 : « PARURE EN PARADE », salle du Mouquet à 7904 Tourpes.
- * En 2003 : « REPRÉSENTATION THÉÂTRALE SURPRISE », salle le Léz'art 9, 7600 Péruwelz.
- * En 2005 : « LE TEMPS D'UN RÊVE », Eglise de Thimougies (7533).
- * En 2006 : « PAS DE DANSE », porte ouverte de l'Hôpital St-Jean-de-Dieu
- * En 2007 : « ENTRE LE CIEL ET L'EAU », à la Réserve Naturelle des Marais d'Harchies.
- * En 2009 : L'Art-Rencontre a fêté ses 10 ans sur le thème « Imagin'aire » en collaboration avec l'asbl « Vous l'ai-je-dit ».
Les animatrices de l'atelier « Art-Rencontre » ont marqué leur désir de partager cette fête avec le public leuzois et des environs. **10 projets créatifs, en lien avec le thème de l'atelier : « L'Art et la Rencontre »**, ont été proposés aux visiteurs. Différents lieux ont été investis à l'intérieur de l'hôpital ainsi qu'à l'extérieur, dans la ville de Leuze.
- * En 2010 : « Bas les masques », Maison de la Culture à 7500 Tournai.

Le projet de Référent Hospitalier pour la continuité des soins

La fonction de Référent Hospitalier pour la continuité des soins vise à prévenir les rechutes fondamentales et/ou les réhospitalisations inadéquates de patients à situation complexe et à haut risque, en vue de leur proposer le contexte de soins le mieux (adapté) approprié.

Cet objectif peut être réalisé en préparant dès l'admission à l'hôpital un retour de qualité vus le milieu de vie et en favorisant de manière générale, la continuité des soins. A cet effet, il convient d'élaborer des processus de collaboration interdisciplinaire dans l'hôpital, de même qu'entre les hôpitaux et les structures hospitalières. Cette fonction se décline en 3 niveaux : micro, méso et macro.

Niveau micro – patients :

- Il prépare qualitativement la sortie du patient, et ce, en accord et en concertation avec celui-ci.
- Il se construit autour d'une démarche holistique en interdisciplinarité.

Démarche holistique :

- Contextualiser les demandes, les besoins et les ressources du patient autour de trois dimensions : biologiques, psychologiques et sociales.
- Rassembler les différents diagnostics élaborés par les différentes disciplines présentes dans l'équipe hospitalière.
- Elaborer ensemble la prise en charge hospitalière et évaluer la continuité des soins en accord avec les différents partenaires : le patient, son entourage et les intervenants intra et extra hospitaliers.

Niveau méso :

- Promotion de la culture de la continuité des soins dans l'hôpital.

Niveau macro

- Favoriser l'interface entre l'intra et l'extra hospitalier.

Contribuer à signaler aux politiques les manquements ressentis au niveau de la continuité des soins.

La Cellule Mobile d'Intervention S.H.P. (Synergie handicap – psychiatrie)

La C.M.I. (Cellule Mobile d'Intervention) a pour public cible des adultes présentant un handicap mental avéré et des troubles graves du comportement. Elle a pour objectifs d'aller vers la situation de crise, de soutenir les équipes et/ou les familles en difficulté, de mettre en place des réponses individualisées en collaboration avec l'entourage et les intervenants et de faciliter l'accès au soin psychiatrique pour les personnes en situation de handicap.

Elle continue son intervention jusqu'à la résolution de la crise et tente, autant que possible, de soutenir des prises en charge qui permettent d'éviter les hospitalisations. Dans les cas où cela s'avère impossible, l'option est alors de proposer une hospitalisation à court terme.

Le club des artistes

“Le Club des artistes” est ouvert à l'ensemble des unités de soins de l'hôpital sans limitation du nombre d'inscription.

Il accueille tous les patients désireux de travailler au sein d'un groupe uni par la même motivation : se détendre, dessiner et peindre en réalisant au mieux les consignes du module engagé. Et dans le respect du travail des autres.

“Le Club des artistes” fonctionne par module, sur un thème choisi, selon une technique de peinture précise, durant une période limitée à 4 semaines maximum. Chaque module est accessible individuellement.

L'atelier est ouvert tous les matins du lundi au vendredi de 9h15 à 9h45. Il est fermé le week-end et les jours fériés.

L'inscription préalable à un module est recommandée. Cette inscription rend la présence requise toute la durée du module choisi.

Toutes les réalisations appartiennent au “Club des artistes”. Elles sont anonymes et peuvent être montrées, exposées, vendues...

L'atelier reste ouvert pendant ses plages horaires et peut être visité sans demande préalable.

Une exposition et vente des travaux réalisés dans le cadre du “Club des artistes”, de “l'Atelier Terre” et de “la Menuiserie” seront organisées au sein de l'Institut.

Au plaisir de vous rencontrer au “Club des artistes”

Pierrette.

L'Assemblée générale

Le concept d'« assemblée générale » est né au Centre hospitalier Psychiatrique « Le Chêne aux Haies », il y a six ans. Il s'agit d'une réunion à laquelle les patients invitent leur famille, leur médecin traitant, un membre de leur réseau psychosocial ... Elle a lieu quatre fois par an, et uniquement pour les patients qui le désirent. Le patient reste donc la cheville ouvrière de l'ensemble de l'organisation qui le concerne et ce, d'un bout à l'autre de son parcours au travers des différentes assemblées.

La réunion est animée par deux membres du « Point du Jour ». Elle a pour objectif d'installer une structure formelle d'échanges entre le patient et ceux qu'il considère comme ses proches, et de tenter ainsi de diminuer l'incompréhension qui peut être celle de l'entourage vis-à-vis d'une prise en charge en psychiatrie. Un autre objectif est de permettre des rencontres de réseau, dans le but d'améliorer les contacts entre les interlocuteurs extérieurs et d'augmenter la cohérence de la prise en charge. Enfin, un troisième objectif est d'intensifier la collaboration entre les réseaux naturel et professionnel du patient.

A l'issue de six ans de fonctionnement (et donc de l'organisation de plus de 20 réunions), on constate que l'Assemblée générale renforce l'appareil psychothérapeutique en place et que les solidarités créées allègent d'autant les parcours de patients en majorité psychotiques ou borderlines. Des interactions entre familles initient,

pas à pas, de réelles empathies à la souffrance psychique, des mots s'inscrivent sur les histoires parallèles qu'elles ont à vivre à des rythmes différents.

Filoulien

POURQUOI CET ESPACE ?

L'idée de Filoulien, espace de rencontres pour parents hospitalisés en psychiatrie à l'Hôpital psychiatrique Saint Jean-de-Dieu et leurs enfants, est née du constat que les unités n'étaient pas adaptées pour recevoir ces enfants et qu'elles étaient non propices aux échanges entre parent et enfant.

Le personnel soignant percevait un certain malaise entre parent et enfant lors des moments de visite et parfois même il assistait au refus de l'enfant à venir en visite ou au refus des parents à recevoir leurs enfants en visite. Dans bien des cas, l'enfant était livré à lui-même, traînant ou jouant dans les couloirs sans aucune prise en charge spécifique.

Les intervenants des unités psychiatriques se posaient des questions quant au vécu de l'enfant, qui parfois pouvait exprimer sa souffrance non seulement face à la maladie de son parent mais aussi face à la séparation imposée par l'hospitalisation.

OBJECTIF DU PROJET « FILOULIEN »

L'objectif premier du projet est de :

- Favoriser la rencontre et les échanges des patients avec leurs enfants et leur famille dans un espace privilégié, accueillant, intime et chaleureux.
- Préserver, soutenir, consolider et parfois même rétablir les liens familiaux et intergénérationnels mis en péril par la maladie, l'hospitalisation en psychiatrie ou l'admission en maison de soins psychiatriques.

Les autres objectifs poursuivis seraient de :

- Dédramatiser le lieu « hôpital psychiatrique », la maladie mentale à travers l'utilisation d'un local accueillant, chaleureux dans lequel il est possible de préserver la relation parents, grands-parents, enfants, petits enfants, au-delà du contexte institutionnel.
- Mettre des mots sur les représentations que l'enfant et les autres membres de la famille peuvent avoir de la maladie mentale et de ses structures. Répondre aux questions qu'ils se posent.
- Répondre à une éventuelle demande du patient de soutien éducatif et/ou thérapeutique dans l'exercice du rôle de parent.
- Accueillir le patient et les membres de sa famille dans le cadre d'entretiens de famille dans un espace plus adapté aux enfants.
- Prévenir l'apparition éventuelle de troubles mentaux chez les enfants.

Annexe 2 : Liste non exhaustive des facteurs
complémentaires au diagnostic
principal du groupe cible

Liste non exhaustive des facteurs complémentaires au diagnostic principal du groupe cible

A ce diagnostic principal, peuvent être associés :

- Un ou plusieurs des facteurs psychopathologiques et comportementaux repris ci-dessous :
 - un maintien dans le milieu de vie ou un retour à domicile difficile,
 - une insertion complexe dans la filière habituelle de soins,
 - un risque de rechute fondamentale ou des rechutes fondamentales répétées,
 - des antécédents de réhospitalisations psychiatriques,
 - un risque ou une non compliance thérapeutique (médicamenteuse, postcure, ...),
 - une incapacité à prendre une part active aux soins et/ou à faire preuve d'initiative dans les accompagnements proposés,
 - une présence de plusieurs pathologies,
 - une grande consommation de soins hospitaliers alors que des alternatives ambulatoires peuvent être activées,
 - un besoin d'évaluation(s) spécialisée(s) et/ou d'un suivi intensif dans le milieu de vie.

Mais également,

- Un ou plusieurs des facteurs psychosociaux repris ci-dessous :
 - une situation financière et/ou sociale (en ce compris le logement) complexes,
 - une mobilisation importante des intervenants (non) professionnels,
 - un manque et / ou une inadéquation du soutien de l'entourage direct (conjoint, famille, proches, ...),
 - des proches nécessitant un soutien face à la maladie mentale,
 - un manque et / ou une inadéquation du soutien de l'entourage professionnel,
 - une absence d'activités « structurées » (travail, loisirs, études, ...),
 - une difficulté majeure à vivre la solitude,
 - des difficultés dans l'exercice du rôle parental,
 - une marginalisation ou un manque d'autonomie.

Annexe 3 : Description plus détaillée du public cible

plan socio-éducatif. De nombreuses personnes atteintes de troubles mentaux font plus appel aux services de soins de santé primaires et moins aux dispositifs de santé mentale.

Communes du 107								
COMMUNES	population âgée de moins de 15 ans	population âgée de plus de 64 ans	Population en âge de travailler	Population totale		Superficie en ha	superficie en km ²	km ²
BOUSSU	3.609	3.259	13.324	20192	250431	2001,36	20,01	583,6
COLFONTAINE	3.966	2.944	13.134	20044		1361,60	13,61	
DOUR	3.090	2.883	10.926	16899		3331,65	33,31	
FRAMERIES	3.647	3.388	13.692	20727		2594,94	25,94	
HENSIES	1.185	1.046	4.495	6726		2599,43	25,99	
HONNELLES	856	820	3.350	5026		4365,48	43,65	
JURBISE	1.856	1.347	6.543	9746		5785,76	57,85	
LENS	826	632	2.661	4119		4942,00	49,42	
MONS	15.142	14.427	61.583	91152		14625,95	146,25	
QUAREGNON	3.362	3.001	12.426	18789		1107,90	11,07	
QUEVY	1.331	1.318	5.085	7734		6515,60	65,15	
QUIEVRAIN	1.106	1.142	4.321	6569		2122,39	21,22	
SAINT-GHISLAIN	3.731	3.994	14.983	22708		7017,62	70,17	
ANTOING	1.356	1.320	4.891	7567		146450	3113,21	
ATH	4.888	4.627	18.071	27586	12694,63		126,94	
BELOEIL	2.355	2.164	9.019	13538	6154,73		61,54	
BERNISSART	2.115	1.797	7.700	11612	4342,37		43,42	
BRUGELETTE	656	481	2.309	3446	2840,28		28,40	
BRUNEHAUT	1.439	1.298	5.003	7740	4610,73		46,10	
CHIEVRES	1.207	1.031	4.170	6408	4691,42		46,91	
ELLEZELLES	989	1.083	3.712	5784	4469,48		44,69	
FLOBECQ	571	647	2.069	3287	2300,13		23,00	
FRASNES-LEZ-ANVAING	1.921	1.945	7.198	11064	11244,38		112,44	
LESSINES	3.289	3.109	11.748	18146	7228,91		72,28	
LEUZE-EN-HAINAUT	2.231	2.342	8.758	13331	7353,21		73,53	
PERUWELZ	3.122	2.746	11.073	16941	6055,97		60,55	
ENGHIEN	2.290	1.937	8.254	12481	4059,27		40,59	108,3
SILLY	1.552	5.331	5.331	12214	6768,14	67,68		
					Source : SPF, statistiques démographiques, au 1er janvier 2008, document du Forem "Analyse du Marché de l'emploi et de la formation - Etat des lieux socio-économique", édition 2009	Capru - communes wallonnes en chiffres- Cellule d'analyse et de prospective en matière de ruralité (Région Wallonne)		
		POPULATION TOTALE ZONE 107		421576	Superficie Totale en Km²	1462,8		

Annexe 4 : Opérateurs culturels de la zone d'action

Nous entendons par OPERATEURS CULTURELS, l'ensemble des personnes et des associations avec qui nous sommes en lien régulier sous formes de projets, de contacts ou de partenariats.

1. Centre Culturel de Leuze. Contact : Madame Laetitia Tarditi.

Principal partenaire pour des raisons de territorialité proche. Nous sommes depuis deux ans membres du conseil culturel et de fait de l'Assemblée Générale - nous sommes membres aussi de la cellule programmation

2. Article 27 asbl - Contact : Madame Bettremieux.

Nous sommes représentant au sein de la structure hospitalière de l'article 27. Article 27 est une structure d'aide financière accordée sous certaines conditions aux personnes fragilisées économiquement. Depuis 2008, +/- 200 tickets ART 27 ont été distribués au sein des différents services de l'hôpital (principalement : TRIEU, MSP, FONTENNELLE, CORON)

3. Direction Générale des affaires culturelles du Hainaut. Contact : Madame Devlaminck.

Institution Provinciale hennuyère d'aide à la mise en place d'atelier artistique.

4. WAPI - ACHO, Contact : Madame Sarah Wlomainck.

L'agence culturelle du Hainaut Occidental - Wallonie picarde est un partenaire culturel permettant une ouverture régionale majeure sur nos activités qui le demande comme : Journée Ethique, Les tables rondes sur la chanson française, ...

5. La Vénérie - Centre Culturel de Watermael-Boitsfort. Contact : Monsieur Thomas Prédour.

Partenaire de fait car son nouveau directeur est Monsieur Thomas Prédour, ancien animateur-directeur de Leuze. Des projets sont en perspectives avec le centre culturel et le l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu dans le courant de l'année 2011.

6. Service Provincial de la Jeunesse - Contact : Monsieur Eric Rigaut.

Autre Institution Provinciale hennuyère pouvant mettre à disposition des animateurs ou du matériel.

7. Foyer socioculturel d'Antoing - Contact : Madame Solenne Lebreton.

Partenaire culturel rayonnant sur les communes d'antoing, Maubray et celles de Brunehaut. Outre des échanges de programmations et d'informations, des suivis dans les programmations sont souvent repris au sein du fil du vent.

8. Bibliothèques de Leuze-en-Hainaut, d'Antoing, Péruwelz, Frasnes, et Brunehaut.

Outre la visite organisée au sein de l'une ou l'autre bibliothèque, elles servent à la fois de relais d'informations d'événements et sont aussi partenaires pour l'une ou l'autre exposition.

9. ContreDanse, Centre national de la danse en communauté française de Belgique - Bruxelles.

Contact : Matilde Cegarra Polo. Asbl bruxelloise, partenaire d'actions précises autour de la danse.

10. Opéra Royal de la Monnaie - Bruxelles. Contact : Anne Florence Delannay.

Partenaire d'action en lien avec la musique classique et/ou l'opéra. cette structure propose des réductions et/ou places gratuites à l'un ou à l'autre de leurs événements.

11. Musique et Espérance

12. Maison culturelle de La Louvière

Nous entendons par OPERATEURS SOCIAUX AUX ORIENTATIONS CULTURELLES, l'ensemble des personnes et des associations issus des sphères sociales mais qui possèdent en leur sein, une dynamique culturelle.

1. **Autre lieu** - Bruxelles. Contact : Madame Aurélie Ehx.

Association questionnant par thématique les dynamiques liées à la santé mentale. Nous appuyons l'une ou l'autre de leurs actions en étant soit diffuseur, soit partenaires de créations.

2. **Culture et démocratie** - Bruxelles. Contact : Madame Marie Poncin.

Asbl soutenue par la Communauté française. Nous participons au réseau art et santé, dans le groupe d'élaboration de projet de développement de ce réseau.

3. **La preuve par 3** - Tournai. Contact : Monsieur Michael Henin.

Centre de jour pour personnes handicapées avec qui nous collaborons autour d'échange d'expositions de réalisations des personnes.

4. **ASBL Solidarité au Sahel** - Leuze. Contact : Noëlle Durieux.

Asbl promouvant la culturel du Sahel. Nous avons établis des contacts et sommes intervenus dans leur manifestation annuelle avec un travail d'atelier autour de la thématique de l'eau.

5. **Collectif des femmes leuzoises**- Leuze. Contact : Suzanne Prédour.

Collectif de femmes cherchant à valoriser le temps de loisir octroyée aux femmes. Nous avons pu échanger différentes manifestations avec ce collectif comme la création de tapisserie murale, la journée de la femme, ...

A titre d'exemple, voici les acteurs culturels, l'ensemble des artistes qui ont collaboré aux programmations culturelles de 2008, 2009 et premier semestre de 2010.

1. Barbara Dits - photographe - Leuze - prix du Hainaut 2008
2. Aurélien Van Trimont - Bruxelles - Comédien professionnel
3. Nicolas Cremery - Lille - Guitariste et concepteur sonore
4. Daniel Dalla Guarda - Paris - Chercheur sur l'oeuvre de Léo Ferré
5. Luc Reubrecht - Montroeil-au-bois - Chanson française
6. Sébastien Cools - Nivelles - Chanson française
7. Christian Leduc - La réole, Gironde, France, Chanson française
8. Chantal Bornarel - Tournai - Joaillière
9. Raphy Rafaël - Huy - Guitariste
10. Poi - Bagas, France, Cirque
11. L'Os de Seiche - Bruxelles, Chanson française
12. Jean-Paul Den - Enghien, Chanson Française
13. Kriss Gadden - Ath, Peintures
14. Cassonade - Tournai, Théâtre et magie pour enfant
15. Braddy Romero - Cuzco - Pérou - Peintures
16. Sandrine Questier - Tournai - Accordéon
17. Anne Rauwel - Ciysoing, France, Peintures
18. France Everard - Enghien, Peintures
19. Benoît Mariage - Bruxelles, Cinéaste

20. Danses & cie - Tournai, Compagnie de danses
21. Rafael Montorsano, Sao Paulo, Brésil, Pianiste
22. Michèle Lenoir - Tournai, Peintures
23. AfterShave - Lille, France, Rock
24. Quentin Dujardin - Durnal, Musique du Monde
25. Marc Herman, Ottignies-Louvain-la-neuve, Humoriste
26. Anne Bouché, Ellezelles, Peintures

Annexe 5 : Profil de la Coordinatrice

Profil de la Coordinatrice du projet de réforme

Mme Ducrotois est infirmière et occupe depuis 1999 la fonction de Référente hospitalière pour la continuité des soins à l'hôpital psychiatrique Saint Jean de Dieu. Elle occupe aussi la fonction de cadre intermédiaire. Elle a initié l'évolution de la culture soignante orientée vers un travail de réseaux. Elle a coordonné la mise en œuvre d'un véritable partenariat avec les structures et personnes impliquées dans l'accompagnement d'aide et de soins des usagers.

En ce sens, elle a développé le projet « Concertho » dont 3 des principes fondamentaux sont :

- la place de l'utilisateur comme acteur de son changement
- la mise en place méthodologique de la concertation
- une intervention là où se situe l'utilisateur.

Mme Ducrotois a développé une collaboration réciproque des structures ambulatoires liées aux fonctions 1 et 3. Elle a une excellente connaissance et reconnaissance des partenaires de la zone d'action.

Pour parfaire sa formation, elle vient de terminer une formation de 4 années en analyse systémique et thérapie familiale, à l'Institut d'Etudes de la Famille de Lille.

Elle siège en tant qu'administratrice au Conseil d'administration de la Plate-forme picarde de concertation en santé mentale.