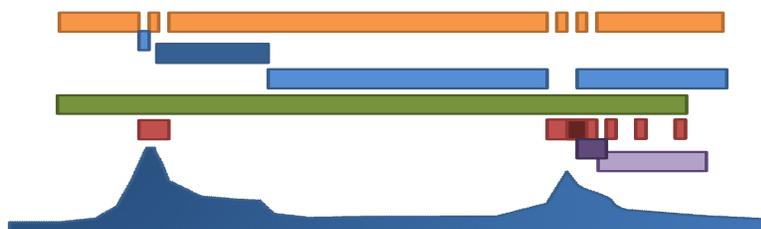


## Adaptations et développement du projet « Réseau Santé Namur »

Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin  
Hôpital psychiatrique du Beau Vallon

Mai 2011



# Plan

Introduction

- 1. Explication sur la vision du projet**
- 2. Groupe cible**
- 3. Objectifs**
- 4. Délimitation du domaine d'activité géographique**
- 5. Description de la nouvelle structure**
  - 5.1. Composition du réseau
  - 5.2. Répartition des tâches au sein du réseau
    - a) *Coordinateur de réseau*
    - b) *Groupes de travail*
    - c) *Comités de réseau*
      - c.1.) *Comité de pilotage*
      - c.2.) *Comité des garants*
    - d) *concertations autour de l'utilisateur*
  - 5.3. Nouveaux rôles
    - a) *Dispositifs de soins*
      - a.1.) *Fonction 1*
      - a.2.) *Fonction 2A*
      - a.3.) *Fonction 2B*
      - a.4.) *Fonction 3*
      - a.5.) *Fonction 4*
      - a.6.) *Fonction 5*
    - b) *Associations d'utilisateurs et de proches d'utilisateurs*
    - c) *Organisation de la fonction médicale*
    - d) *Manager des soins extra-hospitaliers*
  - 5.4. Instruments pour la communication et le suivi de la qualité
  - 5.5. Modèle de gestion et d'administration
    - a) *Comité de gestion « article 107 »*
    - b) *Comité des soins extra-hospitaliers*
    - c) *Comité scientifique*
- 6. Stratégie de développement du réseau**
  - 6.1. Echelonnement du projet
    - a) *Mise en place générale du projet*
    - b) *Mise en place de nouveaux dispositifs de soins*
    - c) *Mise en place de la coordination du réseau*
  - 6.2. Gestion des risques
- 7. Financement et allocation des moyens**
  - 7.1. Simulation salariale
  - 7.2. Budget supplémentaire
    - a) *Investissements*
    - b) *Exploitation*
    - c) *Différentiel de qualification*
- 8. Réponses aux adaptations demandées**
  - 8.1. Inclusion du CHRN et du CHRVS comme partenaires à part entière
    - a) *Rencontres effectuées afin d'envisager les modalités d'inclusion*
    - b) *Soutien aux services d'urgence des hôpitaux généraux dans le cadre de la gestion des situations d'urgences psychiatriques*
  - 8.2. Abandon de la notion de droit de veto
  - 8.3. Partenariat avec les pouvoirs locaux
    - a) *Rencontres réseau organisées avec les pouvoirs locaux*
    - b) *Participation à des échanges trans-sectoriels au sein du réseau*
    - c) *Conclusion*

## Introduction

Le projet « Réseau Santé Namur » souhaite transmettre au travers de ce rapport les adaptations qui ont été effectuées conformément aux demandes formulées par les Autorités initiatrices de la Réforme de même que le développement poursuivi par le projet.

Depuis la rédaction du précédent rapport, de nombreuses initiatives ont été menées par le projet « Réseau Santé Namur » afin de continuer cette démarche d'émergence d'un réseau trans-sectoriel (incluant les acteurs de la santé mentale et les acteurs hors santé mentale), sur l'arrondissement de Namur. Les aspects concrets inhérents à la mise en place d'un projet d'une telle envergure ont également été envisagés.

Tout au long de ce rapport, nous faisons une description des différentes étapes de développement du projet :

- Mise en place de la coordination de réseau (nomination et engagement du coordinateur de réseau, démarrage de ses rencontres-réseau,...)
- Poursuite des démarches vers un réseau trans-sectoriel (partenariat avec les acteurs de la Fonction 3,...)<sup>1</sup>
- Démarches pour la participation des associations d'usagers et de proches d'usagers dans le projet
- Travail de réflexion autour des notions d'urgence et de crise <sup>2</sup>
- Anticipation des aspects concrets de mise en place des nouveaux dispositifs de soins (descriptions de fonction, simulations des horaires, réalisation d'un échéancier,...)
- ...

Les adaptations effectuées par le projet « Réseau Santé Namur » conformément aux demandes formulées par les Autorités sont décrites au Chapitre 8 du présent rapport. Ces adaptations sont au nombre de trois :

- inclusion du C.H.R.N. et du C.H.R.V.S. comme partenaires à part entière
- abandon de la notion de droit de véto
- partenariats avec les pouvoirs locaux

Nous espérons que la lecture de ce rapport vous transmettra

- la motivation du projet « Réseau Santé Namur » à participer à cette grande réforme et à co-construire cette dynamique vers de meilleurs soins en santé mentale
- le souhait du projet « Réseau Santé Namur » de respecter les attentes formulées par les Autorités initiatrices de la Réforme concernant celle-ci,
- la prise en compte de critères de faisabilité du projet dans ses aspects les plus concrets,
- l'envergure du projet (collaboration de deux hôpitaux psychiatriques et réallocation de 60 lits T),
- l'apport d'une fonction de coordinateur de réseau pour l'émergence d'un réseau (comme en témoignent les premières démarches-réseau entreprises)
- et, surtout, la perspective que cette réforme et ce projet augurent de voir se développer sur Namur une dynamique de réseau trans-sectoriel de partenaires articulé autour des 5 fonctions.

Nous remercions le lecteur de l'intérêt qu'il porte au projet « Réseau Santé Namur ».

---

<sup>1</sup> Pour de plus amples informations, nous vous renvoyons à l'annexe n°1 : « Liste des partenaires présents lors des rencontres-réseau préparatoires au projet ».

<sup>2</sup> Psytoyens en débat : « Quelle réponse à la crise ? » (Olivier Croufer, 22 mars 2011)

## 1. Explication sur la vision du projet

Les partenaires du projet de réseau de Soins et de Soutiens en Santé mentale se mobilisent à partir d'un certain nombre de valeurs communes, dont :

- l'éthique du respect de la personne
- l'attention portée à et la mobilisation pour autrui, en particulier celui/celle qui fait face à des difficultés (importantes) sur le plan bio-psycho-social,
- les libertés de choix, d'expression et d'association, tant des patients que des prestataires ;
- la bienveillance ;
- le souci d'agir avec expertise et professionnalisme ;
- l'agir ensemble, de manière convergente et coordonnée en respectant le principe de subsidiarité ;
- le respect du secret professionnel ;
- le principe de prudence, notamment dans l'échange d'informations relatives au patient ;
- ...

Les partenaires du réseau de soins et de soutien en santé mentale s'engagent dans le processus de réforme « vers de meilleurs soins en santé mentale par la réalisation de circuits et de réseaux de soins », initié par les Autorités fédérales, communautaires et régionales belges. Ils s'inscrivent ainsi dans le mouvement de dynamisation des soins en santé mentale, engagé au niveau européen et concrétisé dans certains pays de l'Union (Grande Bretagne, France, Pays-Bas, ...), mais aussi en dehors de celle-ci (Etats-Unis, Canada, Suisse, ...). Les partenaires s'inspirent de ces expériences et des bonnes pratiques développées, ainsi que des outils scientifiques éprouvés (evidence based), afin de construire un projet adapté au contexte belge et plus spécifiquement namurois.

L'élément fondamental qui sous-tend la création, par les partenaires, d'un réseau de soins et de soutien en santé mentale est leur volonté commune d'améliorer la qualité de l'offre actuelle, en étant plus proche du patient et de son contexte de vie. L'objectif est donc de répondre plus rapidement aux besoins du patient et de son entourage et de détecter le plus rapidement possible les signes avant coureurs de décompensation et de crise. Pour y parvenir, il convient de renforcer les dispositifs existants, ainsi que les liens tissés entre ces derniers (coordination de réseau). Plus particulièrement, il est temps de créer de nouveaux dispositifs, c'est-à-dire des équipes mobiles spécialisées et des équipes de soutien à la réhabilitation psycho-sociale, à l'intensification des soins hospitaliers et à l'outreaching.

Au-delà de l'aspect « soins », les partenaires visent fondamentalement à permettre à la personne de renforcer son rôle d'acteur principal de sa propre vie, d'exercer de la manière la plus autonome possible ses droits et de (re)prendre sa place de citoyen dans la société.

## 2. Groupe cible

Il n'y a pas de changements concernant le groupe cible du projet. Nous vous renvoyons donc au rapport précédent (octobre 2010).

### **3. Objectifs**

Grâce à l'émergence et à l'organisation d'un réseau cohérent et coordonné de soins et de soutien, les partenaires visent à permettre aux personnes qui souffrent de troubles psychiques complexes de continuer à vivre, de manière autonome, dans leur milieu de vie naturel, et ce autant que faire se peut.

Ceci se fait, d'abord, par le renforcement des dispositifs existants et par un renforcement des liens entre ces dispositifs. Ensuite, par la création de nouveaux dispositifs de soins et d'accompagnement. Ainsi, s'agissant d'une personne qui vit à son domicile, l'intervention auprès du patient relève, en priorité, du médecin généraliste et des acteurs de première ligne. Grâce à la réforme susvisée, ceux-ci sont désormais en lien direct, avec de nouvelles équipes d'appui, mobiles et spécialisées. Celles-ci sont constituées de professionnels de la santé mentale.

En dehors des situations d'urgence, moyennant acceptation par le patient ou si l'application de la loi (relative à la « protection du malade mental » ou relative à la « défense sociale ») l'exige, ces équipes se rendent auprès du patient pour lui prodiguer les soins et lui offrir (ou l'orienter vers) les soutiens adaptés à sa situation et à ses besoins. Ces équipes mobiles sont en relation directe avec les différents acteurs du champ de la santé (mentale), mais aussi avec ceux actifs dans d'autres secteurs. Elles interviennent, selon leurs missions propres, dans les phases de la maladie dites « de crise » ou dans les phases dites « de stabilisation ». Une mission spécifique consiste à accompagner le patient tout au long de son parcours de « réhabilitation psycho-sociale » et à assurer la continuité de la fonction 3 tout au long du parcours du patient.

L'ensemble des acteurs, agissant chacun au minimum dans le cadre d'une des « cinq fonctions de base », se concertent autour du « Référent de soins », (désigné par le patient ou son représentant légal), afin d'établir un plan de soins et d'accompagnement, adapté aux besoins du patient.

Lorsqu'une hospitalisation (en psychiatrie) s'avère indiquée, celle-ci se doit d'être préparée et doit se limiter au temps nécessaire pour prodiguer des soins dits « intensifiés ». Pendant cette hospitalisation, le réseau met tout en œuvre afin qu'à la sortie, le patient puisse, soit réintégrer son domicile, soit être orienté vers une structure d'habitat spécifique, dans les meilleures conditions possibles ; c'est-à-dire en prévoyant les soutiens adéquats.

Les acteurs évaluent ensemble de manière rigoureuse, en utilisant des outils pertinents et validés sur le plan scientifique (evidence-based), les résultats de leur action. Ils mettent en place et utilisent les outils d'enregistrement qui sont utiles pour cette évaluation et pour rendre compte de leur activité.

Les patients et leur entourage sont associés étroitement tout au long du processus, en ce compris dans l'évaluation. Sauf cas particulier (application de la loi relative à la protection du malade mental ou de la loi de défense sociale), le patient ou son représentant légal peut exercer l'ensemble de ses droits (en particulier ceux prescrits par la loi de 2002 sur les droits du patient) et ce, à tout instant. Ceci vaut en particulier pour les orientations qui lui sont proposées (liberté de choix du prestataire).

Afin de garantir la cohérence de l'ensemble du réseau ainsi qu'une qualité optimale des soins et des soutiens, le Coordinateur de réseau et les Garants institutionnels, issus des cinq fonctions de base, veillent à ce que les objectifs fixés, l'élaboration du plan de soins et d'accompagnement, les procédures/processus d'intervention, les modalités de concertations cliniques, la répartition des rôles de chacun,... soient correctement définis.

### **4. Délimitation du domaine d'activité géographique**

Il n'y a pas de changements concernant la délimitation du domaine d'activité géographique. Nous vous renvoyons donc au rapport précédent (octobre 2010).

## 5. Description de la nouvelle structure

### 5.1. Composition du réseau

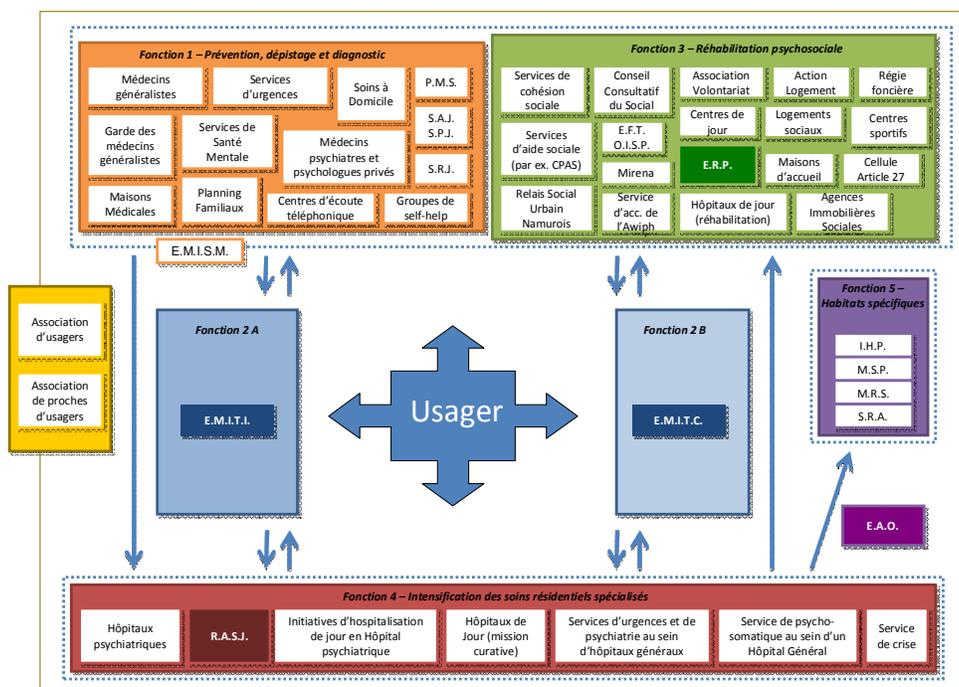
Les différentes rencontres avec les partenaires qui ont eu lieu depuis plusieurs mois nous ont permis d'élargir notre connaissance de la composition du réseau sur l'arrondissement de Namur (principalement concernant la fonction 3, réhabilitation psycho-sociale).

Par ailleurs, le projet « Réseau Santé Namur » envisage la mise en place de cinq nouveaux dispositifs de soins qui viendront étoffer encore la composition du réseau.

Fonctions	Type de renforcement
Fonction 2 A	E.M.I.T.I. : Équipe Mobile d'Intervention de Traitement Intensif en santé mentale
Fonction 2 B	E.M.I.T.C. : Équipe Mobile d'Intervention de Traitement Chronique en santé mentale
Fonction 3	E.R.P. : Équipe extra-hospitalière de Réhabilitation Psychosociale
Fonction 4	R.A.S.J. : Renforcement des Activités et Soins de Jour au sein des hôpitaux psychiatriques
Fonction 5	E.A.O. : Equipe d'Appui à l'Outreaching

Afin d'illustrer la nouvelle composition du réseau sur l'arrondissement de Namur, nous avons souhaité reprendre le graphique illustrant les cinq fonctions dans le Guide « Vers de meilleurs soins en santé mentale » en y apportant les adaptations suivantes :

- Inclure les différents partenaires rencontrés par le coordinateur de réseau depuis son entrée en fonction.
- Positionner au sein du réseau les nouveaux dispositifs de soins proposés par le projet « Réseau Santé Namur ».
- Placer l'utilisateur au milieu du réseau. En effet, le réseau et ses différentes structures existent pour et par celui-ci.
- Positionner les associations d'utilisateurs et de proches d'utilisateurs en dehors d'une fonction spécifique et ce, en raison du fait que leur action n'est pas limitative et participe à chacune des fonctions.



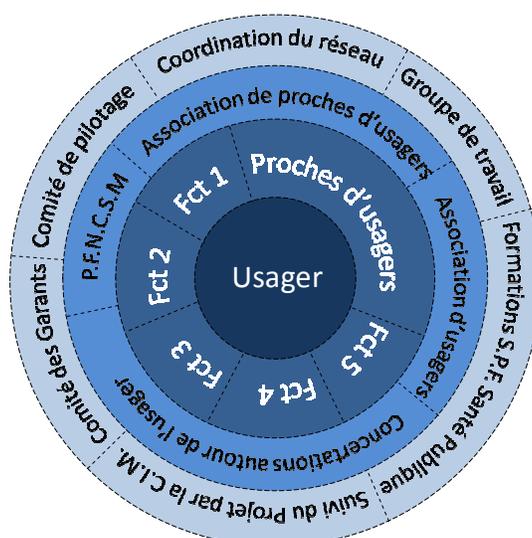
Ce graphique ainsi adapté montre à l'évidence que l'engagement du coordinateur de réseau a permis l'élargissement de la vision du réseau incluant les acteurs de la santé mentale et hors santé mentale. Ceci nous indique à quel point le réseau est vaste, qu'il évolue en permanence, qu'il reste à découvrir et nécessite une personne occupant une position « macro » par rapport au réseau pour mieux l'appréhender. La fonction de coordinateur de réseau apparaît dès lors comme fondamentale à l'articulation d'un réseau trans-sectoriel.

## **5.2 Répartition des tâches au sein du réseau**

Le Projet « Réseau Santé Namur » envisage, selon les missions proposées dans le cadre de la réforme 107, de mettre en place différents outils à disposition du réseau (différents comités).

Ces outils auront pour objectif de soutenir une optimisation de la mise en réseau des différentes ressources et initiatives présentes dans le réseau de l'arrondissement de Namur.

Ces outils sont envisagés comme évolutif et réévaluable afin de permettre une logique de co-construction des outils pour le réseau par le réseau.



### **a) Coordinateur de réseau**

L'intérêt et l'importance de la fonction du coordinateur de réseau ne sont plus à rappeler. Il est bien identifié comme jouant un rôle-clé pour faciliter et participer à l'émergence d'un réseau trans-sectoriel articulé autour des 5 fonctions. Les nombreuses démarches-réseau entreprises par le coordinateur de réseau du projet « Réseau Santé Namur » et les apports de ses démarches dans l'élaboration de ce projet en attestent.

Suite à une procédure de nomination concertée avec les partenaires, le coordinateur de réseau a été désigné en date du 16 février 2011.<sup>3</sup> Celui-ci a été un des principaux contributeurs à l'élaboration du projet (implication depuis le mois de juillet 2010 dans le groupe de travail HNP-HBV) et à sa défense devant les autorités (16 décembre 2010). Il est psychologue clinicien enrichi d'une expérience dans les soins psychiatriques à domicile (S.P.A.D.) et déjà bien connu des structures de santé du namurois.

<sup>3</sup> Veuillez trouver la liste des participants à cette procédure en consultant l'annexe n°1. Vous pouvez également prendre connaissance de la présentation power point effectuée par le candidat coordinateur de réseau lors de la rencontre du 16 février (annexe n° 2).

Le coordinateur de réseau est entré en fonction à partir du 1<sup>er</sup> avril 2011. Il a pu mettre en place les démarches-réseau suivantes :

- Développement de contacts et mise en place de rencontres-réseau avec les partenaires de la fonction 3 (cfr. Chapitre 5.3.a.4)
- Poursuite des rencontres de co-construction du projet avec les partenaires des fonctions 1, 4 et 5
- Rencontre des associations d'usagers et de proches d'usagers (Chapitre 5.3.b),
- Rencontres avec les pouvoirs locaux (Chapitre 8.3.)
- Réflexions sur les procédures-réseau (conceptualisation du comité de pilotage (annexe n° 3), procédures d'intervention des équipes mobiles (annexe n°4).
- facilitateur dans les rencontres avec les hôpitaux généraux du namurois (mise en place du groupe technique médical autour des procédures d'urgence)
- ...

Le coordinateur de réseau a mis à profit tous les outils théoriques à sa disposition pouvant l'aider dans le démarrage de ses activités.

- Participation aux modules de formation proposés par les autorités
- Utilisation des concepts fournis lors des formations dans l'élaboration du projet et dans les démarches-réseau
- Participation au séminaire international des 03 et 04 mai 2011
- Participation à la séance du Cycle de perfectionnement de l'Ecole de santé publique U.C.L. (29 avril)

Afin de transmettre aux partenaires la vision de la réforme « article 107 », le coordinateur de réseau a également été actif à la diffusion d'informations concernant la réforme, en général, et le projet « Réseau Santé Namur », en particulier.

- Allocution lors de la matinée d'échange du 06 mai 2011 <sup>4</sup> (présentation du projet « Réseau Santé Namur » aux partenaires de la fonction 3)
- Projet de participation à la journée du 24 juin 2011 (animation/co-animation d'ateliers concernant les dispositifs de concertation).<sup>5</sup>

Les promoteurs du projet et le coordinateur de réseau accordent une attention particulière au fait que l'indépendance du coordinateur de réseau soit manifeste, explicite et perçue de tous les acteurs du réseau. Il est important que son entrée en fonction s'accompagne d'un message clair : le coordinateur de réseau est financé par les autorités et son mandat lui est donné **par** le réseau et **pour** le réseau.

### *b) Groupes de travail :*

Pour chaque fonction, un groupe de travail est constitué. Les personnes participant à un groupe de travail sont :

- les garants de cette fonction (représentants désignés des institutions ou des services de la fonction)
- le noyau (constitué du coordinateur de réseau, d'un représentant d'association d'usagers et d'un représentant d'association de proches d'usagers).

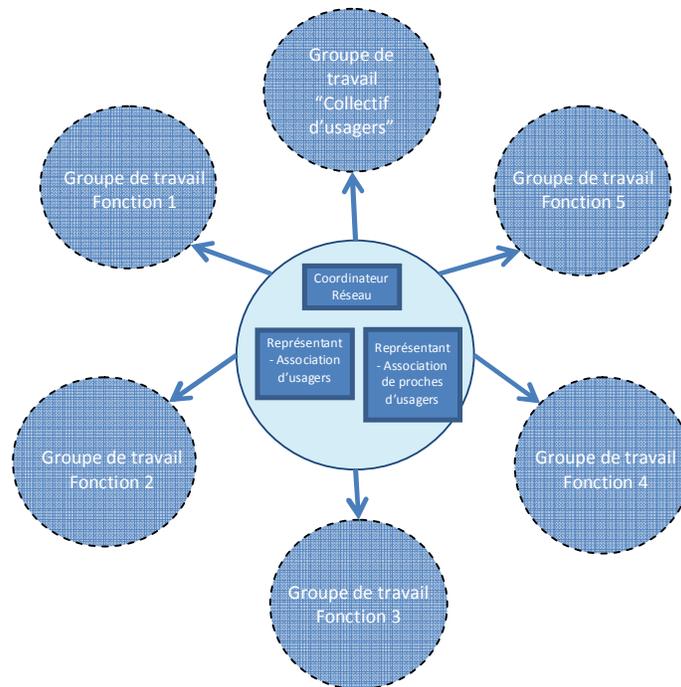
Les groupes de travail se réunissent, selon une fréquence à déterminer (entre 2 et 4 mois) :

- *pour identifier les objectifs et/ou les problématiques spécifiques d'une fonction*
- *pour envisager les rencontres-réseau à mettre en place*
- *pour permettre la rencontre et l'échange entre praticiens d'une même fonction.*

<sup>4</sup> Matinée d'échange « Santé mentale et Précarité » organisée conjointement par le Relais Social Urbain Namurois (R.S.U.) et la Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale (PFNCMSM)

<sup>5</sup> Journée d'échange intitulée « Au-delà des frontières du possible... des chemins d'impasse à la concertation... Quand les dispositifs de l'aide, du soins, de la santé et de la prévention se rencontrent », organisée par le Service de cohésion sociale de la Ville de Namur.

- pour optimiser la concertation entre les praticiens et les associations d'usagers et de proches d'usagers
- pour permettre la mise en commun des pratiques
- pour proposer au Comité de pilotage des adaptations, voire de nouvelles perspectives ;



La fréquence de mise en place des groupes de travail peut varier suivant le nombre de garants à réunir et selon l'évolution des besoins du groupe en matière de rencontres-réseau.

Les groupes de travail ne sont pas auto-centrés. Ils peuvent ponctuellement s'ouvrir vers les acteurs d'autres fonctions suivant les thématiques en cours et les réflexions concernant les trajets de soins. Les groupes de travail mènent des réflexions centrées autour du réseau. Ils ne consistent pas en un espace de concertation clinique centrée autour de situation spécifique.

Le coordinateur de réseau est présent dans chacun des groupes de travail. Il assure la continuité et la longitudinalité du travail de réseau entrepris.

Dans une logique de basculement de paradigme – vers une nouvelle offre de soins en santé mentale – le projet « Réseau Santé Namur » souhaite promouvoir la réflexion et la prise de parole directe des personnes principalement concernées par le réseau ; à savoir les usagers.

La manière proposée par le projet d'intégrer ces personnes à la réflexion de réseau est de constituer un groupe de travail spécifique intitulé « Collectif d'usagers ». Le noyau œuvrera comme interlocuteur entre ce groupe de travail spécifique et les Comités de réseau (Comité de pilotage et Comité des garants).

### c) Comités de réseau

Les Comités de réseau réunissent, de la manière la plus large possible, des représentants des différents dispositifs du secteur des soins (en santé mentale) ou d'autres secteurs (aide sociale, réhabilitation, etc.), actifs sur le territoire du réseau et ayant signé la convention de réseau. Il constitue ainsi la base du réseau.

Composés de gestionnaires et de cliniciens, les Comités de réseau assurent la concertation effective entre les partenaires représentés. La représentation s'organise selon les 5 fonctions de base, en veillant au respect des principes, entre autres, de démocratie, de représentativité, de proportionnalité et de fonctionnalité.

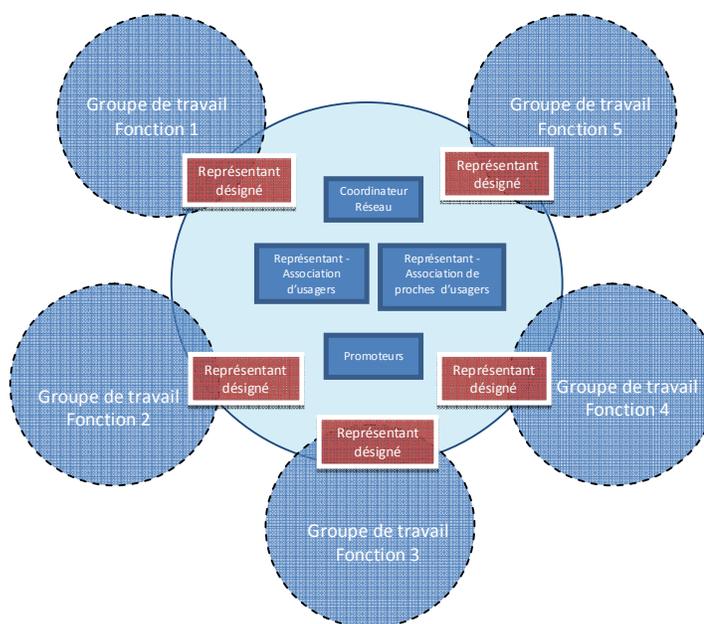
Les Comités de réseau mènent des réflexions stratégiques relatives au développement effectif du réseau.

Dans un premier temps, les Comités de réseau, en partant de l'existant et du projet déposé par les Promoteurs, devront élaborer les réponses aux conditions de mise en œuvre des dispositifs envisagés.

### c.1) Comité de pilotage

Les personnes qui y participent sont :

- un représentant pour chaque groupe de travail (les représentants sont désignés par les groupes de travail)
- le noyau (constitué du coordinateur de réseau, d'un représentant d'association d'utilisateurs et d'un représentant d'association de proches d'utilisateurs)
- les promoteurs du projet (représentants des hôpitaux psychiatriques promoteurs qui ont signé une convention B4 spécifique « Article 107 »)



Le Comité de pilotage<sup>6</sup> se réunit, selon une fréquence à déterminer (entre 3 et 5 mois) :

- pour favoriser la rencontre et l'échange entre praticiens de fonctions différentes.
- pour optimiser la concertation entre les praticiens et les associations d'utilisateurs et de proches d'utilisateurs
- pour envisager la mise en place de consensus (procédures)
- pour formuler des propositions de démarches-réseau à entreprendre par le coordinateur de réseau
- pour effectuer le suivi des démarches-réseau en cours.

<sup>6</sup> La conceptualisation de ce modèle de Comité de pilotage du réseau a émergé lors du module de formation « Project Management » organisé par le S.P.F. Santé Publique. Vous trouverez en annexe n°3 une copie du schéma effectué au cours de ce module et duquel est inspiré le Comité de pilotage tel que décrit ici.

- pour guider les objectifs suivis par le coordinateur de réseau
- pour élaborer, proposer et finaliser les accords de collaboration fonctionnelle entre les Partenaires du réseau. C'est le Comité de pilotage qui assure ensuite le suivi de la mise en œuvre desdits accords.

Le coordinateur de réseau est présent dans chacun des groupes de travail. Il assure la continuité et la longitudinalité du travail de réseau entrepris.

Ce Comité définira en son sein les modes de répartition et la durée des mandats (Présidence, secrétariat, ...).

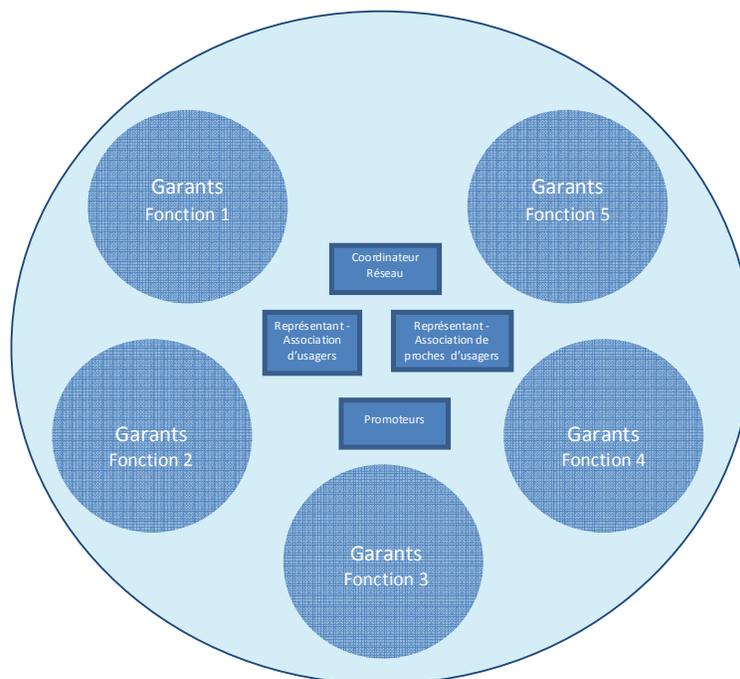
Il conviendra également qu'au sein de ce Comité soient regroupées et analysées toutes les données compulsées dans le cadre du travail en réseau.

Enfin, le Comité de pilotage sera l'interlocuteur des Autorités.

### c.2.) Comité des garants :

Le Comité des garants consiste en un comité de pilotage élargi à l'ensemble des garants. Il rassemble :

- tous les partenaires du projet « Réseau Santé Namur » (les garants des institutions/services dans le domaine de la santé mentale et hors santé mentale)
- le noyau (constitué du coordinateur de réseau, d'un représentant d'association d'utilisateurs et d'un représentant d'association de proches d'utilisateurs)
- les promoteurs du projet (représentants des hôpitaux psychiatriques promoteurs qui ont signé une convention B4 spécifique « Article 107 »)



Le Comité des garants se rassemble, selon une fréquence à déterminer (1 à 2 fois par an) :

- pour mener une réflexion globale sur le réseau
- pour analyser, évaluer et avaliser les procédures élaborées par le Comité de pilotage pour en organiser ensuite la diffusion
- pour évaluer l'activité du réseau ;
- pour proposer au Comité de pilotage des adaptations, voire de nouvelles perspectives
- pour proposer aux groupes de travail des réflexions spécifiques concernant une fonction et/ou l'articulation entre une fonction et une autre

#### d) Concertations autour de l'utilisateur

De nombreuses initiatives de concertations cliniques existent et cohabitent au sein de l'arrondissement de Namur. Ces initiatives sont effectuées par des acteurs de la santé mentale et hors de la santé mentale.

La mise en place, dans le cadre de la réforme, de concertations autour de l'utilisateur est un objectif important pour le projet « Réseau Santé Namur ». <sup>7</sup> Dans un premier temps, il sera nécessaire de prendre connaissance de ces différentes initiatives de concertation et d'identifier leurs spécificités (modes de fonctionnement, présence du patient ou non, référence théorique,...).

L'objectif est d'amener le réseau – par une dynamique de co-construction – à harmoniser les pratiques de concertation autour de l'utilisateur.

Différentes propositions sont en réflexion au niveau du projet « Réseau Santé Namur ». Lors d'un des modules de formations organisées par les Autorités, la notion de « référent de soins » a été envisagée comme pouvant être effectuée de manière bilatérale. Cette fonction serait remplie, d'une part, par un « référent thérapeutique » (personne responsable des soins (médecin traitant de l'utilisateur, médecin psychiatre,...)) et, d'autre part, par un « référent du lien social » (personne identifiée par l'utilisateur comme possédant un lien d'affiliation fort avec celui-ci). Ces deux personnes auraient pour mission d'assurer le « fil rouge » entre les concertations.

Autant de propositions – telle que la mise en place d'un carnet de liaison ou d'un dossier informatisé commun aux acteurs du réseau – et bien d'autres qui sont à réfléchir et à co-élaborer avec les partenaires du réseau.

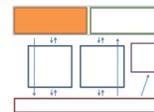
---

<sup>7</sup> Depuis la rédaction du Guide « Vers de meilleurs soins en santé mentale », il a été précisé par les Autorités que le coordinateur de réseau ne participe pas à ces concertations autour de l'utilisateur. En effet, celui-ci poursuit une mission de réflexion globale par rapport au réseau.

## **5.3. Nouveaux rôles**

### **a) Dispositifs de soins**

#### **a.1) Fonction 1 :**



Comme indiqué dans le précédent rapport, le projet « Réseau Santé Namur » ne prévoit pas le développement de nouveaux dispositifs de soins concernant la « Fonction 1 ». De l'état des lieux que nous en avons dressé, il ressort que le réseau du territoire concerné est suffisamment fourni pour apporter à la population des interventions entrant dans le cadre de la « Fonction 1 ».

Cependant, force est de constater qu'il y a trop peu de formations à la prise en charge des problématiques complexes de santé mentale dans le cursus des médecins généralistes (souffrance psychique et ses conséquences notamment au niveau comportemental) et aux sciences humaines. Alors même que ceux-ci sont fréquemment amenés à devoir intervenir pour des personnes souffrant de santé mentale ; que cela soit par des interventions d'urgence, de gestion de crise ou encore de suivi longitudinal des usagers.<sup>8</sup>

Il en est de même pour les services de soins à domicile qui comptent parmi eux des acteurs de première ligne (aides familiales, aides ménagères, gardes malades et infirmières à domicile, etc.) confrontés fréquemment à des situations psycho-sociales et/ou psychiatriques sans pour autant y être formés.

Ces acteurs de première ligne jouent un rôle clef pour les usagers. C'est pourquoi nous saluons leur implication dans le projet et l'intérêt qu'ils ont marqué pour la réforme.<sup>9</sup>

Nous avons, avec eux, des réflexions sur l'appui que pourront apporter les équipes mobiles (fonction 2A et 2B) de même que l'équipe de réhabilitation psycho-sociale (fonction 3) dans leur travail. Nous leur avons également proposé une invitation au Séminaire international organisé les 03 et 04 mai 2011 afin qu'ils puissent s'enrichir des expériences européennes de réseau. S'ils n'ont pas pu s'y rendre pour des raisons d'agenda, leur intérêt pour cette initiative a été manifeste. Ils sont en demande de communication élargie concernant la réforme et les expériences de soins dans la communauté. Des projets de séances d'information dans des GLEM et des Dodeca groupe sont en cours. L'objectif poursuivi est de permettre à la réforme de trouver un écho auprès d'un maximum de médecins généralistes du territoire concerné. Des démarches similaires seront mis en œuvre avec les autres intervenants suivant leurs demandes.

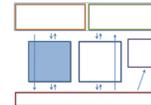
Au niveau de la coordination de réseau, des mises en place de rencontres-réseau seraient intéressantes à formaliser avec l'ensemble des services de santé mentale de l'arrondissement de Namur ainsi que les plannings familiaux. Les maisons médicales qui jouent un rôle prépondérant dans l'accessibilité aux soins pour les personnes en situation précaire seront aussi des acteurs importants à rencontrer dans un futur proche.

Le souhait du projet « Réseau Santé Namur » est d'avoir l'opportunité de poursuivre, au-delà du 06 juin 2011, ces démarches de rencontres et de réflexions avec les partenaires de la « Fonction 1 » en vue de l'articulation progressive d'un réseau de soins trans-sectoriel sur l'arrondissement de Namur.

<sup>8</sup> Le projet « Réseau Santé Namur » peut s'appuyer sur les travaux réalisés par le coordinateur de la Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale (PFNCSM) concernant le soutien aux médecins généralistes et la continuité des soins entre l'hospitalier et l'ambulatoire (« Regard des médecins généralistes sur la collaboration avec la psychiatrie »)

<sup>9</sup> Nous vous renvoyons, pour de plus amples détails à la liste des partenaires en Annexe n°1

## a.2 ) Fonction 2A :



L'état des lieux que nous avons dressé dans le précédent rapport concernant la « Fonction 2A » est le même à l'heure actuelle : le réseau du territoire concerné n'est pas outillé pour assurer des interventions au niveau de la « Fonction 2A ».

Depuis la rédaction du précédent rapport, le service E.M.I.S.M. (Equipe Mobile d'Intervention et d'écoute en Santé Mentale) a été mis en place par la Province de Namur. Ce service est mis à la disposition des professionnels (médecins généralistes et professionnels de première ligne) afin d'aider ceux-ci à coordonner la prise en charge au domicile du patient, pour des patients psychiatriques en situation d'urgence psycho-sociale.

Dans un esprit de recherche de complémentarité, nous basons notre propre proposition sur l'existence de ce nouveau dispositif.

Du point de vue de la gestion de la crise, il n'existe pas d'équipes mobiles proposant une prise en charge intensive, centrée autour de l'utilisateur et effectuée par une équipe spécialisée dans le domaine de la santé mentale au domicile/lieu de vie de celui-ci.

Afin de combler ce manque du réseau, le projet « Réseau Santé Namur » propose un nouveau dispositif de soins intitulé **E.M.I.T.I.** (Equipe Mobile d'Intervention de Traitement Intensif).

<b><i>E.M.I.T.I.</i></b>	<b>Equipe Mobile d'Intervention de Traitement Intensif en santé mentale</b>
<i>Mission :</i>	Traitement intensif en santé mentale avec intervention au domicile du patient.
<i>Fonction renforcée :</i>	« Fonction 2 A ».
<i>Type d'intervention :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Interventions au domicile des patients</li> <li>– Interventions limitées dans le temps</li> <li>– Intensivité des soins (fréquence des rendez-vous et pluridisciplinarité).</li> </ul>
<i>Public-cible :</i>	Patients souffrant de problèmes psychiques aigus, ayant leur domicile sur le territoire du réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur et adressés vers l'équipe par un intervenant du réseau.
<i>Territoire :</i>	Le domicile du patient doit être établi sur le territoire du réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur.
<i>Modalités pratiques :</i>	Interventions effectuées sur/sans (intervention de crise) rendez-vous, 7 jours sur 7, du lundi au vendredi de 09h00 à 21h00 et le week-end de 09h00 à 15h00.
<i>Moyens nécessaires :</i>	Permanence téléphonique 24h/24. 6,30 ETP
<i>Equipe constituée :</i>	3 x 0,80 ETP : Infirmier(ère) (de préférence A1) 3 x 0,80 ETP : Educateur(trice) (de préférence A1) 3 x 0,50 ETP : Psychologue
<i>Fonction médicale :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Coordination thérapeutique des intervenants de terrain par le biais des réunions d'équipe</li> <li>– Déplacement de manière exceptionnelle et dans les heures de prestation</li> <li>– Concertation téléphonique avec la permanence téléphonique</li> <li>– Consultations au sein de la structure mise en place (centre/plateau)</li> </ul>
<i>Objectifs poursuivis :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Participer à la gestion de la crise</li> <li>– Permettre un suivi intensif du patient au moment de la crise</li> <li>– Permettre d'éviter le recours à une hospitalisation dans les cas où celle-ci est évitable</li> </ul>

*Formations :*

- Favoriser l'émergence des aspects volontaires et motivationnels qui entre en jeu dans l'investissement du patient dans la mise en place de son suivi ambulatoire
- Offrir un temps suffisant à l'élaboration d'un plan de soins adapté aux besoins du patient
- Stages d'immersion dans d'autres projets européens de « soins dans la communauté » (accord de principe : Lille et Malte, contacts en cours : Lausanne et Trieste)
- Formations organisées par le S.P.F. Santé Publique
- Formations pour les équipes extra-hospitalières :
  - Information sur le concept de réseau
  - Formation autour de « comment placer le cadre dans le suivi de patient à domicile »
  - Formation à l'entretien motivationnel
  - Formation aux notions de transfert et de contre-transfert

Le temps écoulé depuis la rédaction du précédent rapport a été mis à profit pour envisager les **aspects concrets** de la mise en place de ce dispositif E.M.I.T.I..

- Rédaction de descriptions de fonctions spécifiques pour les profils de compétences souhaités. Celles-ci tiennent également compte de la spécificité de ce nouveau type d'intervention en équipe mobile. Vous pouvez en prendre connaissance en consultant l'annexe n° 5.
- Réflexion et élaboration de la répartition des équivalents temps plein en fonction des plages horaire définies pour l'**E.M.I.T.I.**. Vous pouvez en prendre connaissance en consultant l'annexe n° 6.

Comme énoncé ci-avant au point « a.1 », des réflexions ont été menées avec différents intervenants de première ligne concernant l'appui que l'équipe mobile **E.M.I.T.I.** pourrait leur apporter.

Les hôpitaux généraux souhaitent ardemment, soit un renforcement de leur service d'urgence, via une fonction de soins psychiatriques spécifiques, soit au contraire que les nouveaux dispositifs mis en place désengorgent leur service d'urgence des cas qui ne nécessitent pas une telle prise en charge ou qui peuvent rapidement être réorientés.

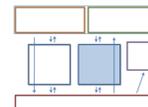
Tel est l'objectif poursuivi par la mise en place de l'équipe mobile **E.M.I.T.I.** conformément aux différentes expériences européennes de « soins dans la communauté ».

A la demande des partenaires (hôpitaux généraux), un groupe technique médical a été mis en place par le coordinateur de réseau afin d'envisager l'appui de l'équipe mobile « fonction 2A » aux services d'urgence et aux intervenants de première ligne.<sup>10</sup> Celui-ci a réuni les hôpitaux généraux de l'arrondissement de Namur ainsi que les deux hôpitaux psychiatriques promoteurs du projet.

Pour faire suite à cela, une séance commune des conseils médicaux des hôpitaux psychiatriques promoteurs a eu lieu. Une deuxième séance du groupe technique médical est prévue. Celui-ci sera élargi à l'ensemble des intervenants de première ligne (médecins généralistes, médecins urgentistes, médecins psychiatres (S.S.M., ambulatoires, hôpitaux généraux,...)) et des psychiatres des hôpitaux psychiatriques.

<sup>10</sup> Liste de participants au groupe technique médical en annexe n° 7. En préparation de ce groupe technique médical, différentes réflexions ont été menées quant aux procédures des équipes mobiles. Vous trouverez en annexe n° 4, un texte et un tableau représentant ces réflexions. Il s'agit de documents de travail qui sont encore en réflexion.

### **a.3 ) Fonction 2B :**



De l'état des lieux que nous avons réalisé, il ressort qu'il manque, sur l'arrondissement de Namur, une équipe mobile s'adressant aux patients psychiatriques chroniques et proposant un travail d'accompagnement régulier au domicile/lieu de vie de l'utilisateur.

Afin de combler ce manque du réseau, le projet « Réseau Santé Namur » propose un nouveau dispositif de soins intitulé **E.M.I.T.C.** (Equipe Mobile d'Intervention de Traitement Chronique).

<b>E.M.I.T.C.</b>	<b>Equipe Mobile d'Intervention de Traitement Chronique en santé mentale</b>
<i>Mission :</i>	Traitement chronique en santé mentale avec intervention au domicile du patient.
<i>Fonction renforcée :</i>	« Fonction 2 B ».
<i>Type d'intervention :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Interventions au domicile des patients.</li> <li>– Interventions qui s'inscrivent dans la durée</li> <li>– Régularité des soins (au travers de rendez-vous mis en place, par exemple, toutes les trois ou quatre semaines).</li> </ul>
<i>Public-cible :</i>	Patients souffrant de problèmes psychiques chroniques ou de troubles psychiques aigus stabilisés, ayant leur domicile sur le territoire du réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur et adressés vers l'équipe par un intervenant du réseau.
<i>Territoire :</i>	Le domicile du patient doit être établi sur le territoire du réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur.
<i>Modalités pratiques :</i>	Interventions effectuées sur rendez-vous, 5 jours sur 7, du lundi au vendredi de 09h00 à 20h00 et le samedi de 09h00 à 15h00.
<i>Moyens nécessaires :</i>	4,20 ETP
<i>Equipe constituée :</i>	2 x 0,80 ETP : Infirmier(ère) (de préférence A1) 2 x 0,80 ETP : Educateur(trice) (de préférence A1) 2 x 0,50 ETP : Psychologue
<i>Fonction médicale</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Coordination thérapeutique des intervenants de terrain par le biais des réunions d'équipe</li> <li>– Déplacements ponctuels, programmés et évalués au cas par cas</li> <li>– Consultations au sein de la structure mise en place</li> </ul>
<i>Objectifs poursuivis :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Etre en contact avec la réalité du patient (vie quotidienne, système familial, conditions de vie, environnement,...)</li> <li>– Pouvoir apporter au patient des réponses adaptées à sa réalité.</li> <li>– Proposer au patient un travail d'accompagnement qui s'inscrit dans la durée et une aide dans la mise en place d'un réseau de soins.</li> <li>– Développer avec le patient d'autres modes d'activation du réseau que le recours à l'hospitalisation.</li> <li>– Permettre de réduire les comportements de « shopping médical » des patients auprès de plusieurs institutions.</li> <li>– Eviter, de la sorte, les trop nombreuses ruptures de lien thérapeutique qui ont notamment deux conséquences : (1) une multiplicité de projets de soins proposés au patient par chacune des équipes qu'il a rencontrées et (2) le développement d'un sentiment d'échec du patient qui n'a pu mettre en place aucun de ces projets de soins.</li> <li>– Diminuer le risque de chronicisation du patient</li> <li>– Assurer une continuité du projet de soins</li> <li>– Permettre l'ouverture d'une phase de transition en vue de la mise en place d'un suivi ambulatoire.</li> </ul>
<i>Formations :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stages d'immersion dans d'autres projets européens de « soins dans la communauté » (accord de principe : Lille et Malte,</li> </ul>

	contacts en cours : Lausanne et Trieste) – Formations organisées par le S.P.F. Santé Publique – Formations pour les équipes extra-hospitalières : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Information sur le concept de réseau</li> <li>○ Formation autour de « comment placer le cadre dans le suivi de patient à domicile »</li> <li>○ Formation à l'entretien motivationnel</li> <li>○ Formation aux notions de transfert et de contre-transfert</li> </ul>
--	---

Depuis la rédaction du précédent rapport, nous avons envisagé, plus avant, les **aspects concrets** de la mise en place de ce dispositif **E.M.I.T.C.**.

- Rédaction de descriptions de fonctions spécifiques pour les profils de compétences souhaités. Celles-ci tiennent également compte de la spécificité de ce nouveau type d'intervention en équipe mobile. Vous pouvez en prendre connaissance en consultant l'annexe n° 5.
- Réflexion et élaboration de la répartition des équivalents temps plein en fonction des plages horaires définies pour l'**E.M.I.T.C.**. Vous pouvez prendre connaissance des simulations horaire en consultant l'annexe n°6.

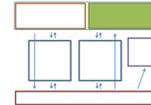
La spécificité de l'équipe mobile **E.M.I.T.C.** (Equipe Mobile d'Intervention de Traitement Chronique) réside dans la proposition d'un suivi longitudinal des usagers. Ce type de prise en charge qui s'inscrit dans la durée nécessite qu'une attention particulière soit accordée à la notion d'alliance thérapeutique.

L'élaboration des grilles horaires de l'équipe **E.M.I.T.C.** a été faite en tenant compte de ce critère fondamental. C'est pourquoi l'équipe est organisée en 2 binômes infirmiers/éducateurs auxquels sont attirés des psychologues référents. L'objectif est qu'une seule et même équipe soit référente de l'usager et qu'il ne soit pas confronté à des situations de discontinuité thérapeutique.

Nous avons évoqué au point « a.2 », les réflexions qui ont été menées concernant l'appui de l'équipe E.M.I.T.C. aux urgences et aux intervenants de première ligne. Nous souhaitons élargir le débat en rappelant l'impact que peuvent avoir sur l'apparition de moments d'urgence et/ou de crise, des actions menées autour de la prévention des risques de rechute et de l'apprentissage de la gestion de la crise (travail autour de l'expression personnelle et émotionnelle, identification des facteurs déclenchants dans le contexte de vie précis de l'usager, psychoéducation et analyse des signes annonciateurs de rechute,...).

Le postulat est donc bien celui d'une action en amont (suivi longitudinal tenant compte du contexte de vie de l'usager par le suivi à domicile, **E.M.I.T.C.**, *fonction 2B*) diminuant les risques de besoins de prise en charge en aval (situations d'urgence, *fonction(s) 1 et/ou 4*, et situations de crise, *fonction 2A*).

Les rencontres effectuées avec les partenaires de la « Fonction 3 » ont permis de mettre en avant l'intérêt qu'ils identifient chez les usagers de pouvoir faire appel à une équipe mobile de type « Fonction 2B ». En effet, ils décrivent des personnes qui, en formulant des projets de réinsertion socio-professionnelle et/ou de recherche de logement, mettent en place des projets à long terme, se projettent dans le temps et pour qui une prise en charge de type longitudinale paraît tout à fait indiquée.



### **a.4) Fonction 3**

Le projet « Réseau Santé Namur » souhaite compléter l'offre de soins en réhabilitation psycho-sociale en proposant un nouveau dispositif de soins intitulé **E.R.P.** (Equipe extra-hospitalière de Réhabilitation Psychosociale).

La conception de ce dispositif de soins a évolué depuis le précédent rapport et ce, grâce aux premières rencontres-réseau qui ont déjà pu être faites par le coordinateur de réseau.

Les missions imaginées au départ concernant ce dispositif de soins restent inchangées : l'**E.R.P.** (Equipe extra-hospitalière de Réhabilitation Psychosociale) consiste en un « guichet social » spécialisé en santé mentale, situé en dehors des deux institutions promotrices (plateau extra-hospitalier 107) et s'adressant à toute personne souffrant de santé mentale (suivant les critères définis au Chapitre 2 de ce rapport).

Les **deux modifications** suivantes sont apportées à ce dispositif :

- Désignation, au sein de l'équipe, de « *chargé de mission spécifique* » (ex. : un chargé de mission « logement », un chargé de mission « emploi/réinsertion », un chargé de mission « resocialisation »,...). Leur rôle sera de développer des connaissances/compétences et des contacts/partenariats privilégiés avec un domaine spécifique de la réhabilitation psycho-sociale.<sup>11</sup>

Les rencontres-réseau ont mis en évidence la pluralité de services, sur l'arrondissement de Namur, participant aux différents aspects de la réhabilitation psycho-sociale. Cette pluralité de services représente tout à la fois une très grande richesse et un haut niveau de complexité et ce, tant pour les usagers que pour les intervenants. Le rôle de « chargé de mission spécifique » sera d'augmenter le degré de clarté et d'efficacité de l'orientation en réhabilitation psycho-sociale proposée par l'**E.R.P.** aux usagers. Par extension, ces connaissances – ainsi développées – bénéficieront à l'ensemble des équipes du projet « Réseau Santé Namur ».

- Entretiens effectués au domicile/lieu de vie de l'utilisateur en soutien aux équipes E.M.I.T.I. (Fonction 2A) ou E.M.I.T.C. (Fonction 2B). Ces entretiens auront principalement pour objectif de faciliter pour l'utilisateur la prise de contact avec l'équipe **E.R.P.** et, par là, la formulation d'une demande.<sup>12</sup>

<b><i>E.R.P.</i></b>	<b>Equipe extra-hospitalière de Réhabilitation Psycho-sociale</b>
<p><i>Mission :</i></p> <p><i>Fonction renforcée :</i></p> <p><i>Type d'intervention :</i></p>	<p>Réhabilitation psychosociale du patient.</p> <p>« Fonction 3 »</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Structure extra-hospitalière à laquelle les patients peuvent s'adresser afin d'être aidés dans l'élaboration d'un projet de réhabilitation psychosociale.</li> <li>- Intervention possible au lieu de vie de l'utilisateur en soutien à l'équipe 2A ou 2B</li> <li>- Désignation de « <i>chargé de mission spécifique</i> » (logement, emploi/réinsertion,...)</li> </ul>

<sup>11</sup> Nous nous sommes inspirés du modèle de soins dans la communauté mis en place à Lille. A titre exemple, citons leur structure d'« appartements associatifs » qui a pu voir le jour grâce au travail mené par un « chargé de missions spécifiques – Logement » qui a œuvré à la création de partenariats entre les équipes de soins et les pouvoirs locaux.

<sup>12</sup> Nous nous sommes inspirés ici du modèle de Maastricht concernant les « soins dans la communauté » ; suite au séminaire international des 03 et 04 mai 2011. Dans leur projet, les dispositifs « fonction 2B » et « fonction 3 » sont intégrés. Ils constituent une seule et même équipe, et leurs interventions se font toutes au domicile. C'est pourquoi, nous avons envisagé, dans une première phase du projet « Réseau Santé Namur », que des déplacements au domicile/lieu de vie des usagers puissent être effectués par l'E.R.P..

<i>Public-cible :</i>	Patients souffrant de problèmes psychiques chroniques stabilisés.
<i>Territoire :</i>	Le patient doit être domicilié sur le territoire du réseau en santé mentale de l'arrondissement de Namur.
<i>Modalités pratiques :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aide dans l'élaboration d'un projet de réhabilitation psychosociale</li> <li>– Recherche au sein du réseau des structures pouvant participer au projet du patient (cfr. membre de l'équipe « chargé de mission spécifique »)</li> <li>– Accompagnement du patient dans certaines démarches (déplacements extérieurs, contacts téléphoniques,...).</li> </ul>
<i>Moyens nécessaires :</i>	3 ETP
<i>Equipe constituée :</i>	2 x 1 ETP : Assistant(e) social(e) 1 x 1 ETP : Infirmier(ère) A1 en Santé Communautaire
<i>Fonction médicale :</i>	Supervision thérapeutique de l'équipe
<i>Objectifs poursuivis :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Permettre une aide à la réhabilitation psychosociale dans une structure en dehors de l'hôpital</li> <li>– S'adresser également aux patients qui ne se font pas hospitaliser</li> <li>– Co-construire avec le patient son projet de réhabilitation psychosociale</li> <li>– Mettre le patient en contact avec les différentes structures du réseau</li> <li>– Apporter une aide concrète dans la réalisation de son projet de réhabilitation psychosociale</li> <li>– Favoriser l'inclusion sociale et la réinsertion du patient dans la société.</li> </ul>
<i>Formations :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stages d'immersion dans d'autres projets européens de « soins dans la communauté » (accord de principe : Lille et Malte, contacts en cours : Lausanne et Trieste)</li> <li>– Formations organisées par le S.P.F. Santé Publique</li> <li>– Formations pour les équipes extra-hospitalières : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Information sur le concept de réseau</li> <li>○ Formation autour de « comment placer le cadre dans le suivi de patient à domicile »</li> <li>○ Formation à l'entretien motivationnel</li> <li>○ Formation aux notions de transfert et de contre-transfert</li> </ul> </li> </ul>

Le temps écoulé depuis la rédaction du précédent rapport a été mis à profit pour envisager les **aspects concrets** de la mise en place de ce dispositif **E.R.P.**.

- Rédaction de descriptions de fonctions spécifiques pour les profils de compétences souhaités. Celles-ci tiennent également compte de la spécificité de ce nouveau type d'intervention en équipe mobile. Vous pouvez en prendre connaissance en consultant l'annexe n° 5.
- Réflexion et élaboration de la répartition des équivalents temps plein en fonction des plages horaires définies pour l'**E.R.P.**. Vous pouvez prendre connaissance des simulations horaires en consultant l'annexe n°6.

Le projet « Réseau Santé Namur » a bénéficié – de par l'engagement du coordinateur de réseau – des différentes démarches-réseau qui ont été effectuées jusqu'à présent et des contacts qui ont été pris avec les partenaires de la fonction 3 (réhabilitation psycho-sociale) en vue de la mise en place de futures rencontres-réseau.

<i>Rencontres-réseau effectuées</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– C.P.A.S., Mr. HISSETTE, chef de cabinet du président du C.P.A.S.</li> <li>– Ville de Namur, Mr. PREVOT, échevin de la Cohésion sociale, du Logement, de la Prévention urbaine, de la Santé et des Sports</li> <li>– Ville de Namur, Mme CLEMENT, attachée de cabinet (Mr. PREVOT)</li> <li>– R.S.U. (Relais Social Urbain), Mme OLIVIER, coordinatrice générale</li> </ul>
-------------------------------------	---

---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Service de cohésion sociale de la Ville de Namur, Mme BRUYR</li> <li>– Mirena (Mission Régionale pour l'Emploi), Mr. DOQUIRE, directeur</li> <li>– Mirena (Mission Régionale pour l'Emploi), Mme VAN STEENKISTE, responsable plate-forme Mirena « Awiph »</li> <li>– ALEAP asbl – Fédération d'E.F.T. et O.I.S.P., Mme DUPONT, chargée de missions socio-pédagogiques</li> </ul>
<i>Contacts pris</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– C.P.A.S., Mr. DEFEYT, président du C.P.A.S.</li> <li>– Conseil Consultatif du Social de la Ville de Namur, Mme ALEXIS</li> <li>– Cellule Concertation &amp; Citoyenneté de la Ville de Namur, Mme WARNY</li> <li>– Relais Santé (Ville de Namur), Mme MATHY</li> <li>– Association pour le volontariat, Mme MARUIT, coordinatrice</li> <li>– Action Logement (C.P.A.S. de Namur), Mme CARULLA, responsable</li> </ul>
<i>Rencontres-réseau planifiées et/ou souhaitées</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– C.P.A.S. des différentes communes de l'arrondissement de Namur</li> <li>– Echevins en charge des affaires sociales des différentes communes de l'arrondissement de Namur</li> <li>– L'abri de nuit (Ville de Namur)</li> <li>– Les lieux/espaces d'accueil social (Restos du cœur, Les Sauverdias, Saint-Vincent de Paul, Li Vi Clotchi,...)</li> <li>– La Bavette (Tamines) et Le Sablier (Auvélais)</li> <li>– Cellule Article 27, Mme JORIS, coordinatrice Namur</li> <li>– La Maison de la culture (Namur)</li> <li>– La Plate-Forme des E.F.T. de Namur</li> <li>– Service des relations partenariales du FOREM</li> <li>– Comité sub-régional de l'emploi et de la formation</li> <li>– . . .</li> </ul>

---

Les rencontres-réseau effectuées à ce jour, nous permettent d'identifier que l'arrondissement de Namur est peu pourvu en structures bénéficiant d'une « convention INAMI » à vocation de réhabilitation psycho-sociale.<sup>13</sup>

Suite aux rencontres-réseau avec les partenaires « fonction 3 » ainsi qu'à la matinée d'échange « Santé Mentale – Précarité »<sup>14</sup>, nous avons adapté certains aspects du projet « Réseau Santé Namur ».

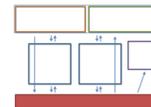
- Elargissement de la notion de domicile à celle de « lieu de vie » pour les équipes mobiles (E.M.I.T.I. et E.M.I.T.C.). De nombreux acteurs de l'aide sociale ont partagé avec nous le constat que certains usagers qui n'ont pas de domicile investissent régulièrement certains lieux de vie transitoires (restaurants sociaux, maison d'accueil,...).
- Modification du timing d'implémentation envisagé lors du premier rapport. Nous souhaitons démarrer la mise en place des nouveaux dispositifs de soins du projet par l'**E.R.P.** (fonction 3). De cette façon, nous privilégierons d'abord le soutien des initiatives de réhabilitation psycho-sociale au démarrage du projet.

Le souhait du projet « Réseau Santé Namur » est d'avoir l'opportunité de poursuivre, au-delà du 06 juin 2011, ces démarches de rencontres et de réflexions avec les partenaires de la « Fonction 3 » en vue de l'articulation progressive d'un réseau de soins trans-sectoriel sur l'arrondissement de Namur.

<sup>13</sup> Nous dénombrons un centre de jour dédié à un public-cible spécifique (dépendance-toxicomanie)

<sup>14</sup> Matinée d'échange organisée par le Relais Social Urbain et la PFNCSM le 06 mai 2011.

## a.5) Fonction 4



Il existe plusieurs institutions de traitement résidentiel en santé mentale sur l'arrondissement de Namur (services de psychiatrie en hôpital général et hôpitaux psychiatriques). Le projet « Réseau Santé Namur » propose d'accroître l'intensivité des soins au sein des hôpitaux psychiatriques par un renforcement des activités et soins de jour.

Ce nouveau dispositif de soins est intitulé **R.A.S.J.** (Renforcement des Activités et Soins de Jour au sein des hôpitaux psychiatriques).

<b>R.A.S.J. Renforcement des Activités et Soins de Jour au sein des hôpitaux psychiatriques</b>	
<i>Mission :</i>	Renforcement des activités et soins de jour au sein des hôpitaux psychiatriques.
<i>Fonction renforcée :</i>	« Fonction 4 »
<i>Type d'intervention :</i>	Soins hospitaliers intensifs.
<i>Public-cible :</i>	Patients souffrant de problèmes psychiques chroniques ou de problèmes psychiques aigus, étant hospitalisés dans une unité de soins.
<i>Territoire :</i>	Unités de soins de l'Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin et de l'Hôpital psychiatrique du Beau Vallon.
<i>Modalités pratiques :</i>	Augmentation de personnel dans les unités de soins afin de renforcer les activités et soins de jour.
<i>Moyens nécessaires :</i>	4 + 4 ETP (au sein d'unités de soins de l'Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin et de l'Hôpital psychiatrique du Beau Vallon)
<i>Equipe constituée :</i>	4 x 1 ETP : Personnel soignant/paramédical
<i>Fonction médicale</i>	Supervision par le médecin-responsable de l'unité
<i>Objectifs poursuivis :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Participer au développement de ressources personnelles du patient</li> <li>– Lui proposer d'autres modalités de soins</li> <li>– Favoriser le développement de compétences autonomes</li> <li>– Être une étape vers l'inclusion sociale et une réinsertion dans la société</li> </ul>

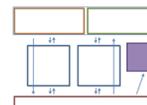
L'objectif visé par ce nouveau dispositif est de soutenir les initiatives d'activités et de soins de jour qui ont déjà lieu depuis plusieurs années au sein de l'Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin et au sein de l'Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon (par ex. : possibilité de retour en hospitalisation de jour après sortie du contexte hospitalier).

Ces initiatives ont démontré que l'accompagnement du patient après sa sortie de l'hôpital joue un rôle prépondérant dans la diminution du risque de rechute. Le fait de pouvoir maintenir au-delà du temps hospitalier l'alliance thérapeutique avec le patient a un effet positif significatif sur cette étape importante que constitue la transition, le passage de l'intra-hospitalier vers l'extra-hospitalier.

Cependant ce type d'initiatives est effectué, en l'état actuel des choses, par l'équipe soignante hospitalière. Cela demande un effort de dégagement de temps de personnel supplémentaire qui n'est pas toujours facile à mettre en place. Le R.A.S.J. permettra – par l'intermédiaire d'une équipe itinérante – de renforcer les équipes soignantes lorsqu'elles mettent en place de telles initiatives. La mise en place de ce type de dispositif mobilisera davantage les équipes hospitalières à intensifier le recours à ce type d'initiatives et ce, pour le bénéfice du patient.

En outre et de manière complémentaire à cette proposition, dans la phase de lancement du projet, les deux hôpitaux psychiatriques souhaitent mettre en place la fonction de « bed op recept ». Celle-ci permettra la réhospitalisation (dans les 24 heures), d'un(e) patient(e) qui avait terminé de manière régulière son hospitalisation en leur sein, mais dont la poursuite du trajet en extra hospitalier a été mise en échec.

## a.6) Fonction 5



Nous faisons le constat que l'offre d'habitats spécifiques sur l'arrondissement de Namur est très développée. Nous prenons pour exemple les structures de Maisons de Soins Psychiatriques (M.S.P.) et d'Initiatives d'Habitations Protégées (I.H.P.) qui, depuis la reconversion de lits effectuée en 1990, sont respectivement au nombre de 180 places et de 126 places.

Depuis plusieurs années, des initiatives d'outreaching ont lieu au sein de l'Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin et au sein de l'Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon.

Ces initiatives d'outreaching consistent en un accompagnement du patient dans ses démarches pour intégrer un autre lieu de vie que l'hôpital (domicile, IHP, MSP, MRS, etc.). Dans ces cas-là, un membre de l'équipe soignante qui dispose d'une affiliation suffisante avec le patient accompagne celui-ci dans la concrétisation de son projet (par exemple par le biais de déplacements extérieurs, de contacts téléphoniques, etc.).

Ce type de travail d'accompagnement est très important pour assurer une continuité des soins et une juste utilisation du lien affiliatif créé entre l'équipe et le patient ; l'objectif étant de favoriser le passage de la « Fonction 4 » à la « Fonction 5 ».

Cependant cela demande un effort de dégagement de temps de personnel supplémentaire qui n'est pas toujours facile à mettre en place.

Afin de soutenir ces initiatives d'outreaching, nous avons développé un dispositif de soins permettant – par l'intermédiaire d'une équipe itinérante – d'intensifier ponctuellement les unités de soins lorsqu'elles mettent en place des démarches d'outreaching (fonction 5).

Nous souhaitons par ce type de dispositif mobiliser encore davantage les équipes hospitalières à intensifier le recours à ce type d'initiatives et ce, pour le bénéfice du patient.

<b>E.A.O.</b>	<b>Equipe d'Appui à l'Outreaching</b>
<i>Mission :</i>	Intensification ponctuelle des soins en unité hospitalière par adjonction transitoire de personnel supplémentaire pour soutenir une unité qui fait des démarches d'outreaching.
<i>Fonction renforcée :</i>	« Fonction 5 »
<i>Type d'intervention :</i>	Adaptativité d'intervention en fonction des besoins de l'unité hospitalière qu'ils intensifient.
<i>Public-cible :</i>	Patients souffrant de problèmes psychiques chroniques ou aigus stabilisés, étant hospitalisés dans une unité de soins.
<i>Territoire :</i>	Unités de soins de l'Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin et de l'Hôpital Psychiatrique du Beau Vallon.
<i>Modalités pratiques :</i>	Intervention ponctuelle d'intensification des soins au sein d'une unité qui a mis en place une initiative d'outreaching.
<i>Moyens nécessaires :</i>	4 ETP (répartis au sein d'unités de soins de l'Hôpital Neuro-Psychiatrique Saint-Martin et de l'Hôpital psychiatrique du Beau Vallon qui font des initiatives d'outreaching).
<i>Equipe constituée :</i>	4 x 1 ETP : Personnel soignant/paramédical
<i>Fonction médicale :</i>	Assurée par le médecin-responsable de l'unité.
<i>Objectifs poursuivis :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Permettre aux unités de soins de dégager du temps de personnel afin d'effectuer des démarches d'outreaching</li> <li>– Accompagner le patient lors de la mise en place d'un projet de changement de lieu de vie</li> <li>– Soutenir le lien affiliatif comme un levier thérapeutique de changement, d'aide à la transition</li> <li>– Faciliter le passage de la « Fonction 4 » à la « Fonction 5 »</li> </ul>

Malgré un nombre élevé de places disponibles dans les structures M.S.P. et I.H.P., nous devons constater une certaine saturation de ces structures.

C'est pourquoi le projet « Réseau Santé Namur » envisage que le coordinateur de réseau prenne des initiatives afin de développer, en partenariat avec les pouvoirs locaux et les agences de logement social, la mise à disposition d'un nombre défini de places réservées pour des patients psychiatriques moyennant l'assurance d'un suivi par les équipes mobiles E.M.I.TI. et E.M.I.T.C..

### b) Associations d'usagers et de proches d'usagers

Depuis la remise du précédent rapport, des rencontres ont eu lieu avec l'association PSYTOYENS (association d'usagers) et l'association SIMILES (association de proches d'usagers).

Rencontre du 15 avril 2011	Association SIMILES	<ul style="list-style-type: none"><li>– Mme Fabienne COLLARD, coordinatrice SIMILES Wallonie</li><li>– Mme Claire VAN CRAESBEECK, responsable SIMILES projet 107</li><li>– Deux membres de SIMILES</li></ul>
Rencontre du 02 mai 2011	Association PSYTOYENS	<ul style="list-style-type: none"><li>– Mme Annick TOUSSAINT, responsable du projet « Participation »</li><li>– Deux membres de PSYTOYENS</li></ul>

Ces rencontres ont été l'occasion d'échanger autour

- des enjeux généraux de la réforme « article 107 »,
- des recommandations du groupe usagers/proches sur la réorganisation des soins en santé mentale<sup>15</sup>
- de la mise en place, par ces associations, de modules de formation pour les coordinateurs de réseau
- de la rédaction qui est en cours – de manière conjointe par les deux associations – d'un guide annexe au guide « Vers de meilleurs soins en santé mentale »
- des aspects concrets proposés par le projet « Réseau Santé Namur »,
- de la fonction du coordinateur de réseau
- des modalités d'implication de leurs associations dans le projet (participation au Comité de pilotage, etc.)

De ces échanges a émergé la proposition qu'une relecture du second rapport du projet « Réseau Santé Namur » soit effectuée avec un représentant de chaque association avant qu'il ne soit déposé au S.P.F. Santé Publique.

Cette relecture a permis :

- une réflexion commune par rapport à la participation/implication des associations PSYTOYENS et SIMILES au sein des groupes de travail et des Comités de réseau proposés par le projet
- l'énonciation d'un accord de principe des associations concernant ces modalités de participation/implication dans la dynamique de réseau.

Dans une logique de basculement de paradigme – vers une nouvelle offre de soins en santé mentale – le projet « Réseau Santé Namur » souhaite promouvoir la réflexion et la prise de parole directe des personnes principalement concernées par le réseau ; à savoir les usagers.

<sup>15</sup> Nous renvoyons le lecteur au rapport rédigé conjointement par les associations Psytoyens et Similes : « Recommandations du groupe usagers/proches sur la réorganisation des soins en santé mentale dans le cadre du projet pilote fédéral « participation des représentations des patients et de leurs familles aux Projets Thérapeutiques et à la Concertation Transversale » (Mars 2010).

La manière proposée par le projet d'intégrer ces personnes à la réflexion de réseau est de constituer un groupe de travail spécifique intitulé « Collectif d'usagers » (comme défini au Chapitre 5.2.b).

### c) Organisation de la fonction médicale

Pour une description générale de la fonction médicale dans le cadre du projet « Réseau Santé Namur », nous renvoyons le lecteur au précédent rapport.

Dans l'évolution de la formalisation du projet, différents aspects concrets de la fonction médicale ont été précisés comme suit :

<b>Fonction médicale</b>	
<i>Equipe médicale psychiatrique :</i>	3 psychiatres à 20H/semaine chacun soit 1,5 ETP psychiatre (60 heures)
<i>Fonctions à couvrir :</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fonctions 2A, 2B et 3 : coordination et suivi médical</li> <li>• N.B. : les Fonctions 4 et 5 sont assurées par les psychiatres hospitaliers</li> </ul>
<i>Présences :</i>	sur place (consultations au plateau extra-hospitalier 107) ou déplacements (domicile/lieu de vie usager, crise, réunions) <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lu-Ve (9H/J) : 9-12 13-16 16-19</li> <li>- Sa (3H)</li> <li>- Di (2H)</li> </ul>
<i>Disponibilité :</i>	Appelable par l'équipe 24h/24

Des démarches ont été entreprises de façon proactive pour chercher des médecins psychiatres intéressés par cette dynamique de soins dans la communauté.

Nous souhaitons souligner l'investissement dans le projet d'un médecin psychiatre – très impliqué au niveau de sa pratique professionnelle dans les dimensions psycho-sociales et témoignant d'un grand intérêt pour les soins dans la communauté. L'investissement de celui-ci dans le projet se manifeste par une participation aux différents groupes de réflexion organisés pour la préparation du projet et au séminaire international des 03 et 04 mai 2011.

### d) Manager des soins extra-hospitaliers

Le manager des soins extra-hospitaliers aura en charge les équipes E.M.I.T.I. (Fonctions 2 A), E.M.I.T.C. (Fonction 2 B) et E.R.P. (Fonction 3) et exercera ses fonctions dans le cadre d'un équivalent temps plein.

Ses principales activités s'organiseront autour de la gestion des équipes, de l'information et de la formation des collaborateurs, de l'élaboration, en concertation avec les partenaires, de projets thérapeutiques ainsi que les aspects relatifs à la gestion des moyens.

Il sera responsable de l'organisation, de la coordination, du contrôle et de l'évaluation de l'activité au sein de ses équipes.

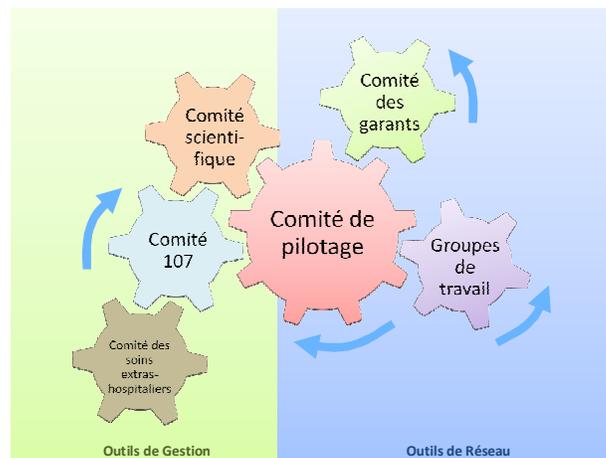
En annexe n°5, vous trouverez la description de fonction du responsable de service / manager des soins extra-hospitaliers.

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

Il n'y a pas de changements concernant la communication et le suivi de la qualité du projet. Nous vous renvoyons donc au rapport précédent (octobre 2010).

## 5.5. Modèle de gestion et d'administration

Pour faire fonctionner le projet « Réseau Santé Namur », la création de trois Comités est envisagée ; ceux-ci s'articulent autour des Comités de réseau.



### a) Comité de gestion « Article 107 » :

Ce Comité rassemble les gestionnaires des hôpitaux qui ont signé une convention spécifique « Article 107 ».

Ces derniers veillent à :

- l'utilisation optimale des moyens prévus dans la convention de financement du réseau (article 63 § 2) ;
- l'utilisation adéquate des moyens dégagés par les hôpitaux psychiatriques et aigus (convention B4 spécifique et/ou moyens propres) ;
- l'adéquation entre les orientations voulues par le Comité de réseau et le contenu des conventions susvisées.

### b) Comité des soins extra-hospitaliers :

Ce Comité rassemble les représentants des institutions qui mettent à disposition des membres de leur personnel respectif, qui sont affectés aux trois équipes extra-hospitalières (E.M.I.T.I, E.M.I.T.C. et E.R.P.).

Le Comité de pilotage assure la supervision générale des équipes susvisées. La gestion opérationnelle est confiée :

- pour ce qui concerne les matières liées aux ressources humaines, à la logistique et à l'administration, au « Responsable de service / Manager des soins extra-hospitaliers », en lien avec les lignes hiérarchiques et les organes de gestion institutionnels respectifs ;
- pour ce qui concerne les orientations cliniques spécifiques, au(x) Médecin(s) coordinateur(s), en lien avec leur médecin chef respectif.

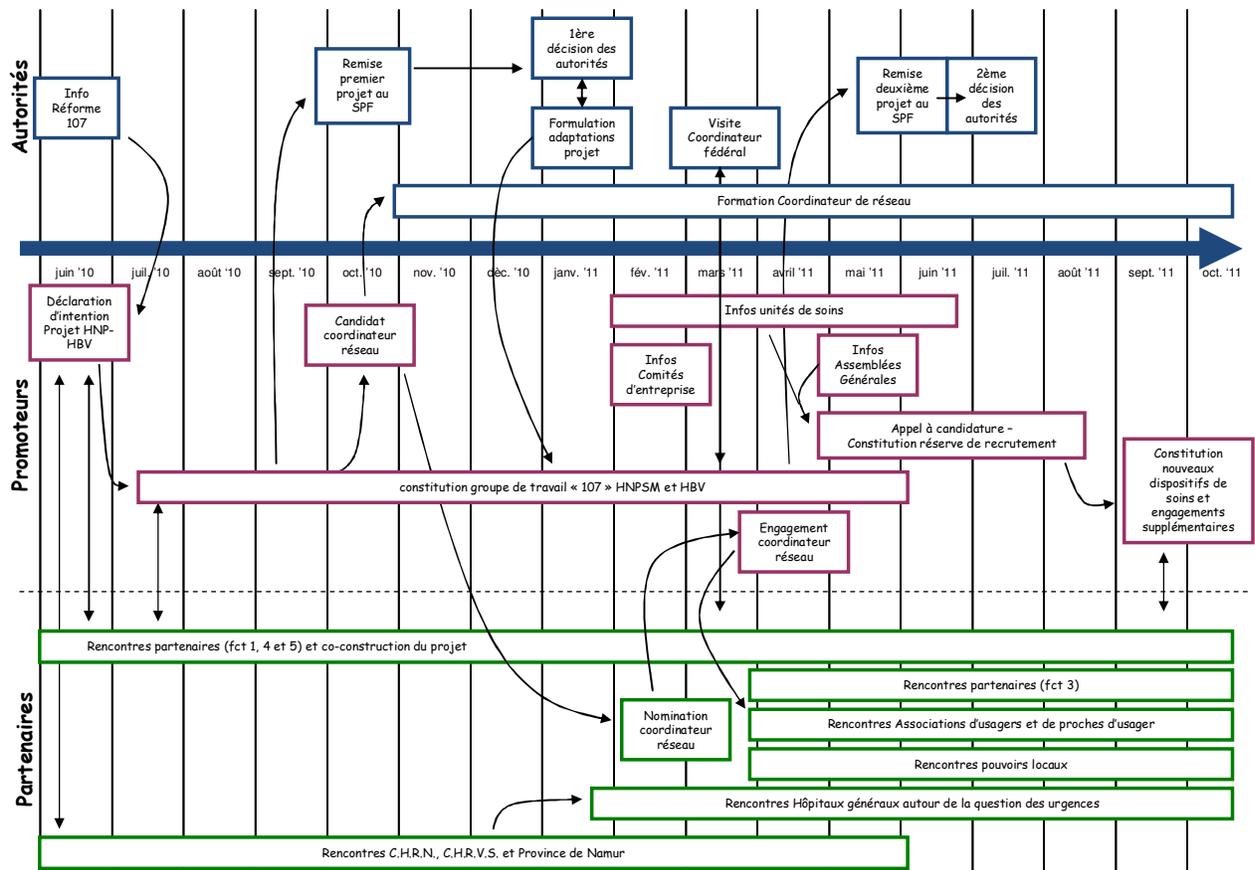
### c) Comité scientifique :

Ce Comité scientifique est en voie de constitution. L'évaluation du projet se fera suivant les directives d'évaluation fournies par le SPF Santé Publique.

## 6. Stratégie de développement du réseau

### 6.1. Echelonnement du projet

#### a) Mise en place générale du projet



#### b) Mise en place des nouveaux dispositifs de soins

En vue de la mise en place des nouveaux dispositifs de soins, un échéancier a été réalisé sous la forme d'un planning à barres (planning Gantt) en tenant compte de différents aspects, parfois très concrets. Vous pourrez prendre connaissance de cet échéancier à l'annexe n°8. Il n'est bien sûr pas exhaustif et devra être réajusté au fur et à mesure de l'avancement des réflexions voire de la mise en place du projet « Réseau Santé Namur ». Celui-ci nous servira néanmoins de guide dans la mise en place des différents dispositifs.

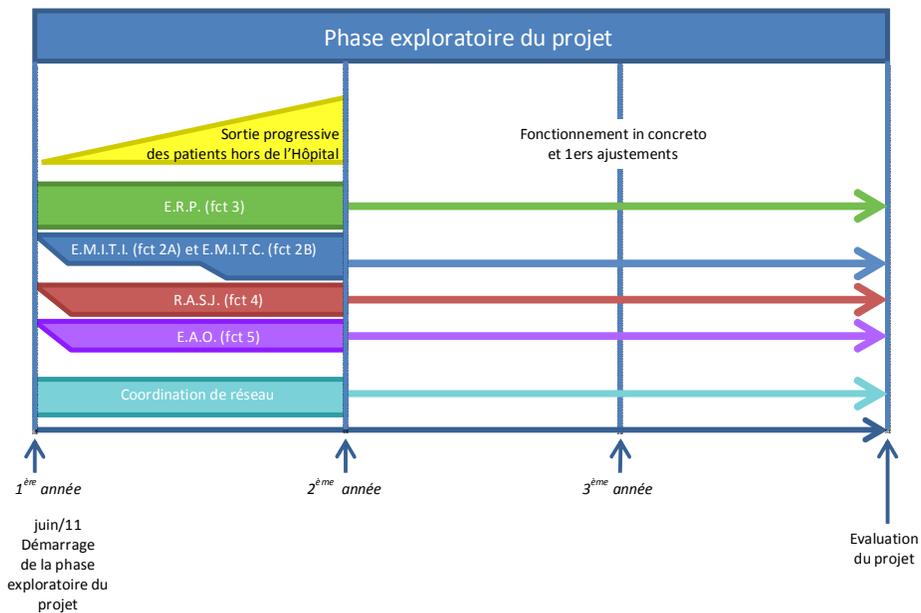
Des descriptions de fonction ont été rédigées pour chaque fonction représentée dans le projet (infirmier, éducateur, psychologue, assistant social, manager des soins extra-hospitaliers et employé administratif) et des simulations horaire, essentiellement pour les équipes mobiles, ont été réalisées dans les créneaux horaire prévus dans le projet.

Une réflexion a également été menée quant aux besoins en formation des professionnels des équipes des fonctions 2A, 2B et 3. Ces formations sont présentées dans le chapitre 5.3 ; celles-ci viendront compléter les formations initiées par le SPF Santé Publique.

Une analyse des règlements de travail des deux hôpitaux promoteurs est en cours ; celle-ci permettra de mettre en avant les similitudes et les divergences entre ces documents, et d'aboutir à la proposition d'un addendum pour les membres du personnel du plateau extra-hospitalier 107.

Les deux hôpitaux promoteurs – soucieux de la bonne information de leur personnel – ont effectué et effectuent encore des présentations de la réforme « article 107 » et du projet « Réseau Santé Namur » (conseils de direction, conseils d'entreprise, conseils médicaux, assemblée générale, informations dans les unités de soins,...). Veuillez trouver en annexe n°9 une liste complète des concertations internes.

Afin de soutenir la mise en place concrète des nouveaux dispositifs de soins, le projet « Réseau Santé Namur » a effectué la recherche d'un plateau extra-hospitalier 107. Une maison de ville intégrant des locaux et bureaux adaptés a été louée à partir du 1<sup>er</sup> avril 2011. Le choix de cette maison située au cœur de la communauté (objectif de déstigmatisation) accorde une grande importance à l'accessibilité pour les usagers (proximité des moyens de transports) et à la symbolique d'un lieu indépendant des deux hôpitaux promoteurs.



### c) Mise en place de la coordination de réseau

Faisant suite à la nomination et à l'engagement du coordinateur de réseau, la mise en place de la coordination de réseau se fera au travers de différentes étapes que le projet « Réseau Santé Namur » envisage comme suit :

- *Rencontres-réseau (prise de connaissance de la globalité du réseau)*
- *Mise en place du comité de pilotage et du comité des garants*
- *Travail autour des trajets de soins et des procédures*
- *Formalisation d'accords de collaboration/parteneriat*
- *Prise de connaissance des initiatives de concertation clinique existantes*
- *Formalisation d'une procédure de concertation (avec inclusion des notions de référent thérapeutique et référent du lien social)*
- ...

Cette liste de démarches-réseau ne saurait être exhaustive. En effet, le réseau est en perpétuelle construction et en constant développement. Les rencontres-réseau effectuées par le coordinateur de réseau devront s'adapter à ces évolutions.

Une dynamique de co-construction avec les partenaires est indispensable au bon développement du réseau. Celui-ci doit prendre pour départ les demandes du réseau afin de trouver des solutions adaptées aux problématiques rencontrées.

## 6.2. Gestion des risques

Il n'y a pas de changements concernant la gestion des risques du projet. Nous vous renvoyons donc au rapport précédent (octobre 2010).

## 7. Financement et allocation des moyens

### 7.1. Simulation salariale :

Cette évaluation en budget de personnel tient compte d'une moyenne d'ancienneté entre 10 et 13 ans.

<i>Fonction /Equipe</i>	<i>Fonction</i>	<i>Nombre d'ETP</i>	<i>Budget</i>
Fonction 2A : E.M.I.T.I. (Équipe Mobile d'Intervention de Traitement Intensif)	Infirmier(ère) A1	3 x 0,80 ETP	152.982 €
	Educateur A1	3 x 0,80 ETP	149.583 €
	Psychologue	3 x 0,5 ETP	90.081 €
<b>Sous-Total :</b>			<b>392.646 €</b>
Fonction 2B : E.M.I.T.C. (Équipe Mobile d'Intervention de Traitement Chronique)	Infirmier(ère) A1	2 x 0,80 ETP	101.988 €
	Educateur A1	2 x 0,80 ETP	99.722 €
<b>Sous-Total :</b>			<b>201.710 €</b>
Fonction 3 : E.R.P. (Équipe extra-hospitalière de Réhabilitation Psychosociale)	Assistant social	2 x 1 ETP	98.298 €
	Infirmière A1 en Santé Communautaire	1 x 1 ETP	58.445 €
<b>Sous-Total :</b>			<b>156.743 €</b>
Fonction 4 : R.A.S.J. (Renforcement des Activités et Soins de Jour au sein des hôpitaux psychiatriques)	Infirmier(ère) A1 ou A2	4 x 1 ETP	233.782 €
<b>Sous-Total :</b>			<b>233.782 €</b>
Fonction 5 : E.A.O. (Équipe d'Appui à l'Outreaching)	Infirmière A1 ou A2	2 x 1ETP	116.891 €
	Educateur A1 ou A2	2 x 1ETP	112.755 €
<b>Sous-Total :</b>			<b>229.646 €</b>
Intervention employeur domicile/lieu du travail (moyenne de 12 km)	387€/an x 21 membres du personnel		4.644 €
<b>Sous-Total :</b>			<b>4.644 €</b>
<b>TOTAL :</b>			<b>1.219.171€</b>

\* montants indexés au 01/05/2011

\*\* cotisations O.N.S.S. plus médecine du travail + assurance Lois

## 7.2. Budget supplémentaire :

### a) Investissements :

		Prix tvac	Q	Total	Durée Amortissement	Charge Amortissement
Mobilier :	bureaux (trois tiroirs) :	1.500€	6	9.000€	10	900€
	chaises bureau :	280€	18	5.040€	10	504€
	armoires à volets :	416€	7	2.912€	10	291€
	chaises visiteurs :	85€	16	1.360€	10	136€
	table de réunion :	335€	2	670€	10	67€
	armoire vestiaire mdp :	115€	23	2.645€	10	265€
	aménagement plateau :	3.000€	1	3.000€	10	300€
	lampe de bureau :	65€	6	390€	10	39€
Informatique :	PC	910€	8	7.279€	5	1.456€
	serveur	1.600€	1	1.600€	5	320€
	licences office + maintenance	1.000€	8	8.000€	3	2.667€
	licences exchange	1.425€	1	1.425€	3	475€
	imprimantes (jet d'encre couleur)	150€	8	1.200€	5	240€
	data projecteur	750€	2	1.500€	5	300€
	fax + photocopieuse :	450€	1	450€	5	90€
Téléphonie :	smartphone	400€	2	800€	5	160€
	centrale téléphonique * :	1.500€	1	1.500€	33	45€
	Gsm	100€	10	1.000€	5	200€
	alarme plateau	2.000€	1	2.000€	10	200€
Matériel roulant :	Opel Combo** :	14.000€	4	56.000€	5	11.200€
				107.771€		19.855€
				Somme à décaisser		Charge d'amortissement annuelle

\* frais d'installation 200 €, abonnement via i-office adsl, 4 combinés, Voip.

\*\* 4 véhicules, déplacements de 2 mdp. 3 restent mdp disponibles par plateau et /ou absences légales.

### b) Exploitation :

		Prix Tvac	Mois/quantités	Total
loyer plateau *		2.000€	12	24.000€
frais de fonctionnement des bureaux (20% de la location)	20%	400€	12	4.800€
charges locatives *		350€	12	4.200€
location de garages en ville*	4	50	12	2.400€
vignettes « riverains »	4	10	1	40€
fournitures diverses (matériel de bureau)		1.000€	1	1.000€
consommables bureaux		30€	12	360€
frais de fonctionnement des véhicules (200 € par mois)	4	800€	12	9.600€
carburant véhicules**		0,32€	30.000	9.600€
carburant véhicules***	4	2.188€	1	8.750€
consommables informatiques		560€	1	560€
téléphonie mobile	12	15€	12	2.160€
dossiers suspendus		2€	300€	600€
frais de réception		500€	2	1.000€
trolley		125€	2	250€
internet		30€	12	360€
assurances (incendie, déplacement de service, ass. objective, ...)		250€	12	3.000€
entretien (4h nettoyage FO / sem.)	4	18€	46	3.312€
matériel "infirmier"		100€	1	100€
abonnement i-office téléphonie		25€	12	300€
supplément assurance RC pour aller au domicile des patients****		2.500€	1	2.500€
Charges salariales*****		372.610€	1	372.610€

- \* > 250 m2, plus de six bureaux centre ville Namur + commodités - immoweb, le 4/10/2010. Idem garages
- \*\* 20.000 km coordinateur + 10.000 km manager (utilisation véhicule personnel)
- \*\*\* 25.000 km par an, prix moyen au litre 1,25 €
- \*\*\*\* la RC actuelle ne couvre pas ce risque
- \*\*\*\*\* cfr. simulation salariale et ETP en *annexe 7*

Charge d'amortissement annuel : 

19.855 €
----------

471.357 €
Total frais d'exploitation

c) Différentiel de qualification :

- Hypothèse SPF quant à la composition des équipes :

	Anciennetés	Barèmes utilisés	Charges salariales annuelles
<b>IA1</b>	13	1.55 + 2	54.637 €
<b>Psy. : master</b>	10	1.80	62.790 €
<b>Para, éduc : bac</b>	10	1.55	50.984 €
<b>Non qualif.</b>	5	1.35	37.440 €

<b>Composition des équipes (ETP)</b>	
<b>2A</b>	<b>2B</b>
6	6
2	2
5	4,5
3	1,5
<b>16</b>	<b>14</b>
<b>30</b>	

<b>Charges salariales des équipes</b>	
<b>2A</b>	<b>2B</b>
327.822 €	327.822 €
125.580 €	125.580 €
254.920 €	229.428 €
112.320 €	56.160 €
<b>820.642 €</b>	<b>738.990 €</b>
<b>1.559.632 €</b>	

- Composition réelle des équipes :

<b>Composition des équipes (ETP)</b>	
<b>2A</b>	<b>2B</b>
6,30	3,20
<b>9,50</b>	

<b>Charges salariales des équipes</b>	
<b>2A</b>	<b>2B</b>
392.646 €	201.710 €
<b>594.356 €</b>	

**Soit ramené à 30 etp :**

<b>1.876.914 €</b>
--------------------

**Différentiel sur 30 etp :**

<b>317.282 €</b>
------------------

  
(budget réseau > budget SPF)

## 8. Réponses aux adaptations demandées

La décision du S.P.F. Santé Publique qui a fait suite au premier rapport remis par le Projet « Réseau Santé Namur » signifiait que celui-ci était accepté en Catégorie 2 : « *projet pouvant être mis en œuvre moyennant adaptations limitées* ».

Ces adaptations demandées étaient au nombre de trois :

1. inclusion du C.H.R.N. et du C.H.R.V.S comme partenaires à part entière
2. abandon de la notion de droit de véto
3. partenariat avec les pouvoirs locaux

De nombreuses démarches ont été entreprises par les promoteurs et le coordinateur de réseau du Projet « Réseau Santé Namur » afin d'évoluer vers une amélioration de ces différents points.

### 8.1. Inclusion du C.H.R.N. et du C.H.R.V.S. comme partenaires à part entière :

#### a) Rencontres effectuées afin d'envisager les modalités d'inclusion

<b>Dates</b>	<b>Objectifs de la rencontre</b>	<b>Personnes présentes</b>
21 sept. 2010	Rencontre avec le Dr. NOTTE et la Province de Namur afin d'envisager un partenariat	Dr. NOTTE (député provincial en charge de la santé mentale), Mme HICGUET (Premier directeur, Province de Namur) et Mme DOQUIRE (Directrice de l'Institut Provincial d'Orientation et de Guidance)
12 oct. 2010	Présentation du projet Réseau Santé Namur au C.H.R.N., au C.H.R.V.S. et à la Province de Namur	Dr. CAES (médecin chef du C.H.R.N.), Dr. LEBRUN (chef de service de psychiatrie), Mme CULOT (Coordinatrice des psychologues du C.H.R.N.), Mme DOQUIRE et Mme HICGUET
27 oct. 2010	Rencontre avec les dirigeants du C.H.R.N. et de la Province à l'initiative de la P.F.N.C.S.M. et/ou des promoteurs	Dr. NOTTE, Mr. ALLARD (président CHRN) et Dr. CAES
28 janv. 2011	Réunion informelle : réflexions cliniques autour de perspectives de partenariat	Dr. LEBRUN et Mme CULOT
28 Février 2011	Rencontre à l'initiative du C.H.R.N. et du C.H.R.V.S.	Dr. NOTTE, Mr. ALLARD, Dr. CAES, Mme CULOT, Mme BACHUS (vice-présidente de l'A.P.P., Association des Pouvoirs Publics), Mlle DEPAIRE (présidente de l'A.I.S.B.S.) et Dr. LEBRUN
04 Avril 2011	Réunion officielle avec le Dr. CAES et le Dr. LEBRUN afin d'envisager la collaboration entre les deux projets	Dr. CAES et Dr. LEBRUN (tous les autres excusés)
05 mai 2011	Réunion au cabinet de Mme MOENS	Mme MOENS, Mr. JACOB, Mme KARLER, Mr. XHROUET, Dr. CAES, Dr. DEPARIS, Dr. VANDER PERRE (chef de service médico-psychologique, médecin psychiatre, C.H.R.N.), Dr. OLEFFE (chef du service d'urgences, C.H.R.N.), Mme CULOT et Dr. LEBRUN

*b) Soutien aux services d'urgences des hôpitaux généraux dans le cadre de la gestion des situations d'urgences psychiatriques*

Lors des concertations relatives au projet « Réseau Santé Namur », la grande majorité des hôpitaux généraux a salué la mise en place d'équipes mobiles. Celles-ci apporteront de fait une réelle plus-value à l'offre actuelle de soins. Par un travail intensif de prévention de rechutes, d'intervention et de suivi à domicile, elles contribueront au mieux-être de patients qui souffrent de pathologies psychiatriques complexes pour lesquels, jusqu'ici, existent peu d'alternatives à une hospitalisation dans un service psychiatrique. Ces équipes offriront aussi progressivement une nouvelle perspective de vie pour certains patients qui sont accueillis au sein des hôpitaux psychiatriques ou de structures d'habitat spécifique, et qui, faute d'accompagnement adéquat, ne peuvent pas (encore) envisager un retour dans une situation de domicile classique.

Toutefois, les hôpitaux généraux du Namurois ont émis des craintes quant à la surcharge de travail qu'ils auraient à supporter du fait de la mise en œuvre de la réforme des soins en santé mentale. En particulier, ils pointent des risques liés au fait que la prise en charge, définie dans le projet initial pour les équipes mobiles, en particulier dans la fonction 2A, ne permet pas de couvrir une intervention physique 24H/24.

Pour rappel, l'accessibilité et la disponibilité « physique » de l'équipe 2A (E.M.I.T.I.) est très large (9 H à 21 H en semaine, 9 H à 15 H le week-end + garde téléphonique 24H/24). Les arguments qui ont conduit à définir ces plages horaires sont, pour l'essentiel, les suivants :

- les initiateurs de la réforme anticipent et les expériences menées depuis de nombreuses années dans les pays limitrophes démontrent que le recours aux services d'urgence diminue grâce aux nouveaux dispositifs d'accompagnement introduits par la réallocation des moyens (humains) en provenance des hôpitaux psychiatriques ;
- pour être suffisamment intensif et porteur de sens, le travail clinique doit pouvoir se fonder sur les soutiens qui connaissent le patient. Or, ceux-ci sont essentiellement disponibles pendant la journée (médecin traitant du patient, entourage familial, services d'accompagnement réguliers de l'utilisateur, etc.) ;
- les moyens considérables réalloués par les deux hôpitaux psychiatriques doivent être utilisés de manière efficiente, c'est-à-dire que chaque « unité d'œuvre » investie dans le projet doit pouvoir bénéficier à un nombre de patients le plus large possible. Or, d'une part, l'intervention ou même l'accessibilité « de nuit » consomme des moyens beaucoup plus importants en termes relatifs. D'autre part, toute prestation de nuit doit se récupérer dans les journées qui suivent, ce qui a un effet délétère sur l'ensemble du système ;
- depuis des années, les hôpitaux psychiatriques sont confrontés à et assument une autre forme d' « urgences psychiatriques » à savoir les mises en observation. Dans la même logique que celle développée par les hôpitaux généraux, ils pourraient s'attendre aussi à une accélération de la recrudescence du recours à ce type d'hospitalisations dites « sous contrainte ». Ils pourraient craindre aussi qu'en corollaire n'augmente le nombre de mises en observation « non indiquées »<sup>16</sup>. Pourtant, ils estiment que la mise en place des nouveaux dispositifs doit permettre de diminuer le recours à ce type d'hospitalisation, qui entraîne une privation de liberté des personnes concernées. D'après les données réelles collectées à notre niveau, les plages horaires définies pour l'intervention physique de l'équipe « 2A » correspondent largement aux heures d'admission des urgences psychiatriques que représentent les hospitalisations sous contrainte ;
- enfin, dans le « Guide de meilleurs soins en santé mentale » et dans tous les exposés officiels qui ont été organisés par les différentes autorités impliquées, la fonction « 2A » est belle et bien définie comme une fonction de « crise » et non pas d' « urgence ».

Dans un esprit d'ouverture, les hôpitaux St Elisabeth et St Luc Bouge ont transmis aux promoteurs du projet une proposition concrète. Celle-ci prévoit un règlement financier, en cas d'intervention de leur service d'urgence respectif, pour des patients qui auraient séjournés en hôpital psychiatrique, mais dont le trajet abouti malheureusement aux urgences, en dehors des heures d'intervention physique prévues initialement pour l'équipe mobile « 2A » et ce, malgré la prise en charge desdits patients par les nouveaux dispositifs (voir en annexe...).

---

<sup>16</sup> Celles qui apparaissent finalement ne pas correspondre aux prescrits de la loi du 26 juin 1990.

Par ailleurs, lors d'une rencontre au Cabinet de la Ministre Onckelinx, le CHRN et le CHRVS n'ont eu de cesse d'insister sur la nécessité pour leur part d'une intervention physique 24H/24 de l'équipe mobile « 2A ».

Après réflexions, les deux hôpitaux psychiatriques promoteurs du projet, dans un esprit d'ouverture réciproque, mais sans remettre en cause les principes de la réforme, font la proposition suivante.<sup>17</sup> Celle-ci vaut pour la première phase de lancement du projet (jusque fin 2012) et moyennant évaluation :

- pour les patients qui ont terminé de manière régulière leur trajet de soins en hôpital psychiatrique, mais qui, après leur sortie, aboutissent aux urgences d'un des hôpitaux généraux du Namurois, en dehors des heures d'intervention physique prévues initialement pour l'équipe mobile « 2A » et ce, malgré la prise en charge desdits patients par les nouveaux dispositifs ;
- deux situations sont alors identifiées :
  - o soit l'hôpital général accueille et prend en charge le patient par ses moyens propres : dans ce cas, acceptation de principe quant à la proposition formulée par les hôpitaux Ste Elisabeth et St Luc Bouge, moyennant accord sur les modalités (délai entre la fin régulière du séjour à l'hôpital psychiatrique, intervention du médecin généraliste, forfait d'intervention, prise en charge par l'équipe mobile ou nouvelle hospitalisation en hôpital psychiatrique, etc.) ; et concertation avec tous les hôpitaux généraux du Namurois qui disposent d'un service d'urgence et la proposition d'élargissement à tous du mode de règlement proposé.
  - o soit l'hôpital général demande l'appui de l'équipe mobile « 2A » (E.M.I.T.I.), au sein de son service d'urgence et le montant forfaitaire est alors porté à la charge de l'hôpital en question.

En outre et de manière complémentaire à cette proposition, dans la phase de lancement du projet, les deux hôpitaux psychiatriques mettront en place la fonction de « bed op receipt ». Celle-ci permettra la réhospitalisation (dans les 24 heures), d'un(e) patient(e) qui avait terminé de manière régulière son hospitalisation en leur sein mais dont la poursuite du trajet en extra hospitalier a été mise en échec.

Par toutes les concertations réalisées et par ces propositions très concrètes, les promoteurs ont mis tout en œuvre, compte tenu du délai entre la première décision de la CIM et l'échéance de remise de ce complément au projet, à la fois pour répondre aux craintes des hôpitaux généraux du Namurois dans leur ensemble et de la demande d'intégration des CHRN et CHRVS.

## **8.2. Abandon de la notion de droit de véto**

L'utilisation de ce terme dans le texte était une erreur malencontreuse. Les promoteurs ont prouvé, notamment à travers leur vision et la mise en œuvre concrète de la fonction de coordination du réseau, qu'ils ne souhaitent pas avoir un pouvoir de blocage ; bien au contraire, ils estiment que le Réseau doit être porté par tous les partenaires. L'expression traduisait leur souci de pouvoir exercer leur responsabilité spécifique, notamment en tant qu'employeur du personnel réalloué dans le projet à travers les équipes mobiles, et en tant qu'un des interlocuteurs vis-à-vis des autorités.

---

<sup>17</sup> Nous vous renvoyons au courrier envoyé à tous les hôpitaux généraux en annexe n°11.

### 8.3. Partenariat avec les pouvoirs locaux

#### a) Rencontres-réseau organisées avec les pouvoirs locaux

L'engagement du coordinateur de réseau a permis la mise à disposition du Projet « Réseau Santé Namur » d'un temps profitable à de nombreuses rencontres-réseau avec les pouvoirs locaux :

<b>Dates</b>	<b>Personnes présentes</b>
08 avril 2011	Monsieur Maxime PREVOT, échevin de la Cohésion sociale, du Logement, de la Prévention urbaine, de la Santé et des Sports Madame Jocelyne CLEMENT, attachée au cabinet de Monsieur PREVOT
27 avril 2011	Madame BRUYR, Service de cohésion sociale (Ville de Namur) Monsieur Philippe DEFEYT, président du C.P.A.S. de Namur Monsieur Olivier HISSETTE, chef de cabinet de Mr. DEFEYT
05 mai 2011	Madame Sabine VANDENBROUCKE, Chef de cabinet de Mr. PREVOT (Service de cohésion sociale de la Ville de Namur) Madame OLIVIER, coordinatrice Relais Social Urbain (R.S.U.)

#### b) Participation à des échanges trans-sectorielles au sein du réseau

La participation à différentes matinées/journées d'échange a été une opportunité pour le coordinateur de réseau de prendre contact avec différents représentants des pouvoirs locaux et avec des intervenants de structures attachées aux pouvoirs locaux. La mission du coordinateur de réseau sera de concrétiser ces prises de contact par la mise en place de rencontres-réseau ultérieures.

<b>Dates</b>	<b>Evènements</b>	<b>Organisation</b>	<b>Information / Communication</b>
06 mai 2011	Matinée d'échange « <i>Précarité et Santé Mentale</i> »	Relais Social Urbain Namurois (R.S.U.) et Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale (PFNCMS)	Présentation du Projet « Réseau Santé Namur » par Monsieur De RIEMAECKER, coordinateur de réseau
24 juin 2011	Journée intitulée : « <i>Au-delà des frontières du possible – Les dispositifs de concertation</i> »	Service de cohésion sociale de la Ville de Namur	Participation à la table ronde et présentation du Projet « Réseau Santé Namur » par Monsieur De RIEMAECKER, coordinateur de réseau

#### c) Conclusion

Le projet « Réseau Santé Namur » souhaite élargir, dès le début de la phase exploratoire, ses rencontres à l'ensemble des pouvoirs locaux des différentes communes présentes sur l'arrondissement de Namur. Il sera également important d'intégrer le réseau développé par les C.P.A.S. de chacune de ces communes.

Une initiative que souhaite initier le projet « Réseau Santé Namur » est de développer, en partenariat avec les pouvoirs locaux et les agences de logement social, la mise à disposition d'un nombre défini de places réservées pour des patients psychiatriques moyennant l'assurance d'un suivi par les équipes mobiles E.M.I.TI. et E.M.I.T.C..

Ce type de projet ne peut se faire que par une synergie incluant les pouvoirs locaux et les acteurs de la santé. Un des objectifs de la coordination de réseau est précisément d'initier pareil type de dynamique.