

Projet de Réseau en Santé Mentale

Région du Centre

Promoteurs du projet : Centre Hospitalier Jolimont Lobbes
Hôpital Saint Bernard a.s.b.l Œuvres des frères de la charité
Le 13 mai 2011

TABLE DES MATIERES

1.	EXPLICATION SUR LA VISION DU PROJET	1
2.	GROUPE CIBLE	2
2.1	Définition	2
2.2	Caractéristiques de la population.....	2
2.3	Etat de santé.....	3
2.4	Santé mentale.....	4
3.	OBJECTIFS	6
4.	DÉLIMITATION DU DOMAINE D'ACTIVITÉ GÉOGRAPHIQUE	7
5.	DESCRIPTION DE LA NOUVELLE STRUCTURE	8
5.1	Composition du réseau :.....	8
5.1.1	Offre de service pour la Fonction 1	9
5.1.2	Offre de service pour la Fonction 2	11
5.1.3	Offre de service pour la Fonction 3	12
5.1.4	Offre de service pour la Fonction 4	14
5.1.5	Offre de service pour la Fonction 5	15
5.2	Répartition des tâches au sein du réseau (*)	16
5.3	Nouveaux rôles	19
5.3.1	Le coordinateur de réseau	19
5.3.2	Le responsable d'un service (le garant)	19
5.3.3	La personne de référence (réfèrent de soins)	20
5.3.4	Le travail dans une équipe mobile (*).....	21
5.4	Instruments pour la communication et le suivi de qualité	23
5.5	Modèle de gestion et d'administration.....	24
6.	STRATÉGIE DE DÉVELOPPEMENT DU RÉSEAU.....	26
6.1	Échelonnement	26
6.2	Gestion des risques ().....	28
7.	FINANCEMENT ET ALLOCATION DES MOYENS	29
7.1	Description de l'organisation du gel des lits	29
7.2	Le plan financier.....	30
Annexes	32

1. Explication sur la vision du projet

Il y a un an, presque jour pour jour, les informations nationales sur la réforme des soins de Santé mentale ont débuté. Chacun d'entre nous y a réagi de façons parfois très différentes, les uns ont dit : « on verra bien, pas d'urgence, pas de panique, attendons de voir ce que ça donne ». D'autres plus inquiets on dit « quelle catastrophe, c'est la fin de l'institutionnel », D'autres encore ont pensé : « Tiens une réforme ? Des solutions nouvelles ? Une ouverture à d'autres façons de travailler ? » Oui mais bon tout de même...ça fait peur !

Quoi qu'il en soit, les uns et les autres avec toutes les différences qui les rassemblent, se sont mis en route. En route disait on dans la littérature vers de meilleurs soins en santé mentale. La route si longue soit elle être, nous a permis depuis un an d'avancer quasi tous ensemble. Quelques soient nos idées philosophiques, idéologiques, politiques, théoriques ou éthiques un point commun peut faire l'unanimité : **le bien être de la personne ayant un problème de Santé mentale.**

(*)Le premier projet déposé en octobre 2010 était un premier pas, maladroit sans doute comme bien des premiers pas. Des modifications nous ont été demandées, à juste titre ; d'abord, l'élargissement du public cible auquel s'adresse le réseau et ensuite, l'investigation de l'offre de services pouvant œuvrer à la réponse de l'ensemble des besoins de la population ciblée par la mise en place de 5 fonctions.

Il est important de préciser que les accords qui sont nés des rencontres et des réunions de préparation de la première version du projet sont toujours actuels. Vous retrouverez, d'ailleurs en annexe les documents qui rassemblent les points importants écrits dans cette version et qui n'ont pas soulevé de critiques particulières.

Le texte présent a scrupuleusement tenu compte des modifications à apporter et le fond des idées n'a pas été modifié.

Nous espérons par contre que cette nouvelle version traduira notre meilleure compréhension de la réforme. Ainsi, l'ambiguïté existant entre la création des équipes mobiles et la création d'un réseau permettant la réalisation de circuits de soins sera éclaircie.

Ce projet écrit est le début d'un processus de création d'un réseau de soins en Santé Mentale. Il a pour base l'ensemble des partenaires du soin mais également l'ensemble des partenaires travaillant au bien être des personnes dans la communauté. Il aura pour originalité de partir des besoins de la personne en souffrance pour offrir des pistes de prise en charge globale issues de nos collaborations et de nos partenariats présents et avenir.

Ce projet est l'œuvre de tous, soucieux du bien être des personnes rencontrant un problème de santé mentale, Patients, Usagers, Familles, Professionnels de tous horizons, nos différences étant autant de forces. Nous sommes convaincus qu'en les unissant nous lutterons pour une prise en charge de qualité.

(*)Pour rappel du document de base voir annexes 1 et 8

2. Groupe cible

2.1 Définition

Notre projet de création du réseau du Centre s'adresse à l'ensemble de la population des jeunes adultes à partir de 16 ans et des adultes rencontrant un problème de santé mentale. La diversité de l'offre de soins en santé mentale, les collaborations d'aujourd'hui et de demain ainsi que les différentes équipes mobiles qui viendront renforcer les maillons manquants sont les fondations de notre réseau et ses circuits de soins.

2.2 Caractéristiques de la population

Les communes concernées par le projet comptent 296.487 habitants au 01.01.2010 (tous âges confondus).

Lieux de résidence 01/01/2010 Source StatBel – SPF économie	Population
CHAPELLE-LEZ-HERLAIMONT	14.385
LA LOUVIERE	78.071
LE ROEULX	8.220
SOIGNIES	26.169
ECAUSSINNES	10.511
ANDERLUES	11.692
ERQUELINNES	9.650
LOBBES	5.619
MERBES-LE-CHATEAU	4.223
THUIN	14.691
ESTINNES	7.627
MORLANWELZ	18.852
MANAGE	22.277
BRAINE-LE-COMTE	21.035
BINCHE	32.749
SENEFFE	10.716
TOTAL	296.487

Ci-dessous sont présentées quelques données analysées par l'Observatoire de la Santé du Hainaut. Certaines analyses ne concernent que La Louvière, commune la plus peuplée sur le territoire couvert par le projet.

Sur un total de 77.616 habitants en 2008, la commune de La Louvière compte 59.013 habitants âgés de 20 ans ou plus (31.184 femmes et 27.829 hommes) dont 12.695 personnes sont âgées de 65 ans et plus (7.672 femmes et 5.023 hommes). On observe que 16 % de la population de La Louvière est âgée de 65 ans et plus. Comme dans le reste de la Wallonie, l'arrivée des générations du "baby-boom" dans

la tranche des 50 ans et plus va entraîner un vieillissement marqué de la population dans les années à venir.

Socio démographie	La Louvière	Hainaut	Région wallonne	Belgique	Années	Sources
Population totale	77 616	1 300 097	3 456 775	10 666 866	2008	SPF Economie- Eco-data- UCL Gadap
Population étrangère (% total de la population)	18,1	11,0	9,1	8,6	2007	
Densité de population (nombre d'habitants au km ²)	1208,2	343,4	205,2	349,4	2008	
Taux de natalité pour 1000 habitants	11,4	11,5	11,3	11,4	2007	
Indice de vieillissement (nombre d'habitants > 65 ans / < 20ans)	0,68	0,68	0,68	0,74	2008	
Familles monoparentales (%)	27,1	28	25,8	20,5	2004	
Revenu médian (euro) par déclaration fiscale	15 302	16 096	17 041	18 417	2005	
Pourcentage d'habitants ayant un diplôme de l'enseignement supérieur	14,9	18,2	21,6	23,1	2001	ONEM
Taux de chômage (%)	24,5	23,5	19,5	12,7	2007	
Revenu d'intégration sociale (nombre de bénéficiaires pour 1000 habitants)	12,6	9,8	10,3	7,5	2006	SPF Intégration sociale

Avec 1208 habitants au km², La Louvière compte parmi les communes les plus densément peuplées du Hainaut (4 fois plus que la moyenne des communes belges).

La population de La Louvière a un taux de natalité et un indice de vieillissement proches de la moyenne hennuyère. Le pourcentage de familles monoparentales est plus élevé que celui de la Région wallonne, lui-même plus élevé que celui de la Belgique.

Les différents indicateurs socio-économiques indiquent une situation moins bonne que la moyenne hennuyère, elle-même inférieure à la moyenne wallonne qui est déjà beaucoup moins bonne que la moyenne belge.

2.3 Etat de santé

Etat de santé	La Louvière	Hainaut	Région wallonne	Belgique	Années	Source
Santé perçue bonne ou très bonne (%)	66,3	67,1	70,8	75,1	2001	Service Public Fédéral Economie ESE
Présence de maladie(s) chronique(s) (%)	27,5	26,6	24,5	21,6		

L'enquête socio-économique de 2001 du Service Public Fédéral Economie montrait que 66,3% des habitants de La Louvière se déclarent en bonne ou très bonne santé.

C'est moins qu'en Wallonie et en Belgique, mais c'est presque pareil à la moyenne de la province.

D'autre part, 27,5% de la population de La Louvière déclare souffrir d'une ou plusieurs maladies chroniques contre 26,6% en Hainaut et près de 25% en Wallonie.

2.4 Santé mentale

L'OSH (Observatoire de la Santé du Hainaut) dispose de peu de données spécifiques à la santé mentale. Il relève la mortalité due aux suicides, les tentatives de suicide, l'idéation suicidaire et la consommation de médicaments psychotropes et/ou antidépresseurs. Il publie également quelques chiffres concernant l'alcool et les drogues illicites.

Le suicide

Est une des principales causes de décès liées à la santé mentale. Les données sont issues des bulletins statistiques de décès et, de manière générale, on estime que les statistiques de mortalité par suicide sous-estiment le nombre réel de décès par suicide. Sur cette base, entre 1993 et 1997, on dénombrait 313 décès annuels par suicide en Hainaut (231 décès masculins et 82 décès féminins). Cela correspond à un taux de décès par suicide de 30,9 hommes pour 100.000 et 11,3 femmes pour 100.000. Le taux de mortalité augmente avec l'âge. Le suicide est l'une des principales causes de décès chez les jeunes mais les personnes âgées (plus de 65 ans) sont, en proportion, plus concernées par le suicide que les adolescents.

Surtout chez les hommes, les taux de suicide sont supérieurs dans le Hainaut par rapport à la moyenne belge mais ils sont équivalents à ceux de la Région wallonne.

Tentatives de suicide

En Hainaut, en 2004, l'Enquête Nationale de Santé¹ rapporte que 6,4% des femmes de 15 ans et plus et 5,2% des hommes déclarent avoir déjà essayé de mettre fin à leurs jours. C'est plus qu'en Région wallonne et c'est près de deux fois plus que pour l'ensemble de la Belgique pour les deux sexes.

Idéation suicidaire

En 2004, en Hainaut, 16% des hommes et 19% des femmes déclarent avoir pensé au suicide au cours de leur vie. Les décès par suicide sont plus fréquents chez les hommes mais les femmes sont plus nombreuses à déclarer avoir déjà pensé au suicide. Elles sont 19,1% en Hainaut contre 17,1% en Région wallonne et 13,7% en Belgique. Les hommes sont également plus nombreux en Hainaut à avoir pensé au suicide au cours de leur vie : ils sont 15,7% contre 13,7% en RW et 10,6% en Belgique.

¹ Demaret S, Gisle L, Hesse E, Miermans PJ et al. Enquête de santé par interview, Belgique, 2004. Rapport n°2006-036. Bruxelles : Institut Scientifique de la Santé Publique; 2006.

Médicaments

L'Enquête Nationale de Santé de 2004 relève qu'en Hainaut, 21,7% des femmes et 15,9% des hommes déclarent avoir pris des psychotropes dans les deux dernières semaines. C'est un peu plus que pour l'ensemble de la Belgique pour les femmes (19,2%) mais nettement plus pour les hommes (11%).

Toujours en 2004, 8,6% de la population hennuyère a déclaré avoir consommé des antidépresseurs dans les quinze derniers jours, soit 40% de plus qu'en Belgique. La consommation augmente avec l'âge. Entre 45 et 64 ans, presque une hennuyère sur 5 consomme des antidépresseurs (et 1 hennuyer sur 10).

Alcool

En Belgique en 2001 (Enquête Nationale de Santé, ISSP), 10,2% des personnes interrogées déclaraient consommer de l'alcool quotidiennement. En Hainaut, le pourcentage atteignait 11,5% (soit 13% de plus que pour l'ensemble de la Belgique). En Hainaut, c'est 17% des hommes qui sont concernés (soit 24% de plus qu'en Belgique) pour seulement 6,6% de femmes (6,9% en Belgique).

A 16 ans, 93% des filles et des garçons hennuyers déclarent avoir déjà consommé des boissons alcoolisées. A 16 ans encore, 50% des garçons déclarent avoir déjà été ivres pour 37% des filles hennuyères (OSH, Enquête CSSV (Centre de Santé Scolaire Vigies) 2003-2004).

Drogues illicites

La fréquence de la consommation de drogues illicites est mal connue chez les adultes. Chez les jeunes, par contre, des enquêtes sont menées par les Centres de Santé Scolaire Vigies (CSSV). Le contact avec des personnes qui consomment des produits illicites ou avec le produit augmente avec l'âge pour aboutir, à 16 ans, à 2 jeunes sur trois connaissant quelqu'un qui se drogue et à 52% des garçons et 37% des filles déclarant qu'on leur a déjà proposé de la drogue.

A 16 ans, la consommation de cannabis touche 31% des garçons et 24% des filles en Hainaut. La consommation au cours du dernier mois concerne 48% des garçons et 40% des filles. La majorité d'entre eux en ont consommé à plusieurs reprises au cours de cette période.

Prévalence des troubles mentaux

Entre 2001 et 2002, une étude européenne² (ESEMeD - European Study on Epidemiology of Mental Disorders) a été menée pour déterminer la prévalence des troubles mentaux dans la population de plusieurs pays, dont la Belgique.

L'objectif était de déterminer la prévalence sur un an et au cours de l'existence des troubles mentaux purs et co-morbides chez les Belges adultes non institutionnalisés.

² BRUFFAERTS R, BONNEWYN A, VAN OYEN H et al. : Prévalence des troubles mentaux dans la population belge. Résultats de l'European Study on Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Louv Med.* 2003 ; **122** : 321-334.

Les chercheurs ont évalué, auprès d'un échantillon représentatif de la population belge (de 18 ans et +) et sur base du DSM-IV, la présence des troubles mentaux suivants: troubles de l'humeur (trouble dépressif, dysthymie), troubles anxieux (anxiété généralisée, phobie sociale, phobie spécifique, trouble lié à des facteurs de stress post-traumatique, agoraphobie, panique) et troubles liés à l'alcool (abus d'alcool, dépendance alcoolique).

Résultats :

- 27,6 % des répondants affirment avoir manifesté un trouble mental au cours de leur vie. Les troubles de l'humeur sont les plus fréquents (14,9%), suivis par les troubles anxieux (13,2%) et les troubles liés à l'alcool (8,1%).
- 10,7 % affirment avoir développé un trouble mental au cours de l'année écoulée. Sur base annuelle, les manifestations anxieuses sont les plus fréquentes (6%), suivies par les troubles de l'humeur (5%) et par les troubles liés à l'alcool (1,8%).
- Le ratio entre la prévalence sur un an et durant l'existence est de 38,8 pour au moins un trouble mental, ce qui signifie que pour environ 39% des répondants, on peut parler de caractère chronique ou de rechute. Ce ratio est de 22% pour les troubles liés à l'alcool, 34% pour les troubles de l'humeur et 46% pour les troubles anxieux.
- La co-morbidité psychiatrique est également souvent évoquée. Parmi les personnes ayant développé un trouble mental dans leur vie, près de 38% en ont eu plus qu'un seul et près de 30% des répondants rapportent la présence de plusieurs troubles mentaux dans l'année écoulée.

Les résultats de cette étude sont fondés sur un échantillon représentatif de la population belge.

Dans cette étude, les corrélats des troubles mentaux développés dans les 12 derniers mois ont révélé que les troubles mentaux chez les jeunes adultes sont plus fréquents (18-24 ans). Les résultats démontrent aussi une plus grande fragilité des personnes qui sont célibataires, séparées ou sans travail.

3. Objectifs

L'objectif général de notre projet est d'assurer une prise en charge la plus optimale possible des personnes présentant un trouble de santé mentale par la création d'une offre globale de services organisés en réseau structuré orienté vers la communauté. Cette offre globale et diversifiée devra permettre à chaque personne de trouver une réponse individualisée à sa situation.

De façon pratique, nous souhaitons renforcer les dispositifs déjà en place en tenant compte de l'offre de soins existante et des besoins de la population de la zone géographique déterminée.

Notre principale ambition est de pouvoir garantir une qualité des soins par l'intensification de la coopération intra et extra muros entre les institutions ou services.

Des soins individualisés, dans le milieu de vie des personnes présentant un problème de santé mentale en collaboration avec toute structure utile à la vision de réadaptation sur un mode non concurrentiel est un objectif commun à l'ensemble des partenaires actuels ayant manifesté leur adhésion et/ou leur intérêt à cette proposition de projet.

Les garants de services en collaboration avec le coordinateur auront à cœur d'évaluer de manière rigoureuse et permanente, les objectifs atteints. Ils se serviront d'outils validés scientifiquement.

Pour atteindre ces objectifs, nous souhaitons :

-) Développer des actions qui viseront à une meilleure connaissance des différents partenaires.
-) Inclure dans nos partenaires les associations de patients et de famille.
-) Intensifier nos échanges de bonnes pratiques.
-) Utiliser l'expérience acquise de la concertation transversale.
-) Établir un cadastre de chaque partenaire
-) Développer les équipes ambulatoires de traitement intensif et de réhabilitation.

Les résultats escomptés par la construction de ce réseau s'étayant sur le développement des cinq fonctions de la réforme sont :

-) De meilleures prises en charge des personnes souffrant d'un problème de santé mentale
-) Une meilleure intégration de ces personnes dans la communauté.
-) une amélioration de la réinsertion professionnelle, sociale et/ou culturelle.
-) Diminution progressive du nombre et surtout de la durée des hospitalisations

4. Délimitation du domaine d'activité géographique

La zone d'action de notre projet de Réseau se répartit sur les 13 communes du Centre (Anderlues, Binche, Braine le Comte, Chapelle lez Herlaimont, Ecaussinnes, Estinnes, La Louvière, Le Roeulx, Manage, Merbes le Château, Morlanwelz, Seneffe, Soignies) plus les communes de Erquennes, Lobbes et Thuin. Ces 16 communes recouvrent une superficie de 730 km². Cela représente une population de presque 300 000 habitants sur le territoire de l'ancienne plate forme du Centre.

Déployée autour de La Louvière, sur deux arrondissements judiciaires (Mons et Charleroi) et trois arrondissements administratifs (Soignies, Thuin et Charleroi), bordée au nord par le Brabant Wallon et Nivelles, au sud par la frontière Française et la Thudinie (Région de Thuin), à l'Est par le Pays de Charleroi, à l'Ouest par la Région de Mons Borinage. La région du Centre ne constitue ni une entité politique ni une entité administrative mais bien une région socio-économique et culturelle dont la circonscription varie selon les groupements, mouvements et organismes qui s'y intéressent.

C'est une région accueillante et ouverte vers l'extérieur ; elle a connu d'importantes vagues d'immigration successives, amenant les travailleurs d'Italie, puis de Turquie et du Maghreb (Maroc et Algérie principalement), attirés par l'importante offre de travail parallèle aux développements industriels. Plus tard, la région a connu une autre vague d'immigration, moins dense, des travailleurs d'Europe de l'Est (Pologne) et d'Afrique (Congo, Rwanda). Ces intégrations ont progressivement constitué une population multiculturelle, facteur de richesse pour la région.

5. Description de la nouvelle structure

5.1 Composition du réseau :

Voici quelques tableaux répertoriant l'offre de services du soin de Santé Mentale ou de services non liés directement à la Santé Mentale mais qui pourraient aider à remplir les fonctions différentes dans le cadre d'accords de collaboration à construire.

Vous trouverez en sous titre, pour rappel l'énoncé de ce que chaque fonction à remplir dans le réseau représente.

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

Offre de services Fonction 1	Nombre	Situation géographique	Types de professionnels impliqués	Groupe ciblé	Type de prestation	Secteur représenté
Les fédérations de médecins généralistes	4	Couvre les 16 communes	Médecins généralistes	/	Soins de première ligne	La santé
Les maisons médicales	2	Binche, La Louvière	Équipes pluridisciplinaires+ Médecins spécialisés	/	Soins de première ligne approche globale/prévention	La santé
Les services d'urgence Au sein des hôpitaux généraux	3	La Louvière, Lobbes, Soignies	Médecins infirmières	/	Soins d'urgence	La santé
Les services intégrés de soins À domicile	2	Couvre les 16 communes	Médecin, kiné, infirmières, assistants sociaux, aides familiales,	/	Soins et services à domicile	La santé
Les centres publics d'actions sociales	16	Un par commune	Assistants sociaux, psychologues, éducateurs de rue, aides familiales...	/	Assure l'aide due par la collectivité Aide palliative, curative préventive	Aide sociale
Les plannings familiaux	6	Binche, La Louvière, Braine le Comte, Soignies.	Médecins, psychologues, assistants sociaux	/	Consultations pluridisciplinaires liées à la vie sexuelles et affective.	La santé
Les polycliniques	4	Lobbes, La Louv, Manage	Médecins spécialisés	/	Consultations	Santé/santé mentale

Les centres psycho médico sociaux (PMS)	6	Soignies, Binche, Morlanwelz, Thuin, La Louvière	Psychologues, assistants sociaux, infirmiers	Enfants et adolescents	Assure la guidance au long du parcours scolaire + bilan multidisciplinaire pour orientation enseignement adapté.	L'enseigne ment
Aide et prévention Enfants parents	1	La Louvière	Assistants sociaux psychologues	Familles	Accueil spécialisé de prévention dans le domaine des situations à risques de maltraitances	Enfance
Les travailleurs médico sociaux (TMS) de l'Office de la naissance et de l'enfance		Sur toutes les communes	Infirmiers et assistants sociaux	Enfant de 0 à 6 ans et ses parents	Prévention à la santé et soutien de la parentalité.	Enfance /santé
Service de l'aide À la jeunesse	2	Mons Charleroi	Assistants sociaux ou psychologues	L'enfant mineur et sa famille	Prévention, aide sous forme de contrat	jeunesse
Service de protection judiciaire	2	Mons Charleroi	Assistants sociaux ou psychologues	L'enfant mineur et sa famille	Applications des décisions du juge de la Jeunesse	jeunesse
Aide aux justiciables, victimes et détenus	2	Mons Charleroi	Assistants sociaux, psychologues, criminologues	Victimes, détenus	Consultations et intervention pluri disciplinaires de 1 ^{ère} ligne	justice
Maisons de justice	2	Mons Charleroi	Assistants sociaux, psychologues, criminologues	Détenus ou internés libérés à l'essai	Coordination,, médiations pénales, suivi de libérés à l'essai	justice

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

Offre de services	Nombre	Situation géographique	Types de professionnels impliqués	Groupe ciblé	Type de prestation	Secteur représenté
Fonction 2						
Service psychiatrique à domicile Saccado	1	La Louvière	Psychologue, assistant social, infirmier.	Adulte de + de 18ans	Accompagnement, concertation et coordination au domicile	Santé mentale
Cellule mobile d'intervention Patch	1	manage	Psychologue, infirmier en santé communautaire et infirmier	Adulte de + de 16 ans présentant un handicap mental +pathologie psychiatrique et troubles du comportement	Intervention de soutien, d'accompagnement, de coordination du réseau et de suivi dans le lieu de vie des personnes	Handicap et santé mentale
Ellipse projet Casa	1	La Louvière	Psychologue, assistant social	Personne souffrant ou ayant souffert d'assuétude	Accompagnement au domicile	Assuétude

5.1.3 Fonction 3 : équipes de réhabilitation travaillant à la réinsertion et à l'inclusion sociale

Offre de services	Nombre	Situation géographique	Type de professionnels impliqués	Groupe ciblé	Types de prestations	Secteur représenté
Fonction 3						
Centre de postcure	2	Carnières Thuin	Équipes pluridisciplinaires	Pers.Souffrant d'assuétudes	Interventions de type réhabilitation	Santé mentale (convention Inami)
Les centres d'éducation et de formation en alternance (CEFA)	4	Morlanwelz, Thuin Erquelinnes, Braine le comte	Professeurs, psychologue, assistants sociaux	Jeunes de 15 à 25 ans	Accueil, encadrement psycho social, formation, insertion socioprofessionnelle	Formation à l'emploi, éducation
Service d'alphabétisation	1	La Louvière	Différents types de professionnels de l'enseignement et de l'éducation	Adultes peu ou pas scolarisé	Activités favorisant l'épanouissement personnel	Enseignement
Centre de formation professionnelle spécialisée	1	Braine le comte	Idem	adultes enregistrés AWIPH	Formation aux métiers du bâtiment	Formation spécialisée
Entreprises de formation par le travail (EFT)	2	Nivelles et charleroi	Idem	Adultes peu qualifiés	Insertion socio professionnelle	Formation

Entreprises de travail adapté (ETA)	5	Strépy Bracquenies, Soignies, Erquelinnes, Houdeng Goegnies, Lobbes	Idem	Adultes ayant un handicap	Offre de l'emploi adapté au handicap	Emploi adapté
Suite offre de service F3	Nombre	Situation géographique	Types de professionnels	Groupe ciblé	Types de prestations	Secteur représenté
Service d'insertion socioprofessionnelle (ISP)	7	3 à Nivelles 2 à Braine le comte 1 Erquelinnes 1 à Charleroi	Idem	/	Socialisation, bilan de compétence, certification, découverte milieu du travail	Insertion emploi
Services d'information sur l'emploi et la formation	7	Braine le comte, Chapelle lez herlaimont, La Louvière, Manage, Morlanwelz, Soignies, Solre sur Sambre	Agents de coaching, équipe de conseillés	Les demandeurs d'emploi	Espace ouverts avec outils à disposition, conseil et accompagnement	Emploi
Agence conseil en développement culturel de la région	1	La Louvière	Opérateurs culturels, centres culturels, artistes, créateurs	/	Travail en réseau visant l'accès à la culture pour tous	Culture

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

Offre de services F4	Nombre	Situation géographique	Types de professionnels	Groupe ciblé	Types de prestations	Secteur représenté
Services psychiatriques en hôpital général	2	La Louvière	Équipe pluridisciplinaire en psychiatrie aigue	Personnes adultes souffrant de troubles psychiatriques aigus	Hospitalisation et consultations	Santé mentale
Hôpital psychiatrique	1	Manage	Équipes pluridisciplinaire en psychiatrie aigue ou chroniques	Personnes souffrant de troubles psy aigus ou chroniques	Consultation ; traitement intensif résidentiel...	Santé mentale psychiatrie
Hôpital de jour	1	Manage	Idem	Personnes en phase de stabilisation	Traitement de jour suivant une hospitalisation	Santé mentale psychiatrie

5.1.5 Fonction 5 : formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible

Offre de services F5	Nombre	Situation géographique	Types de professionnels	Groupe ciblé	Types de prestation	Secteur représenté
Initiatives d'habitations protégées	2 (+/- 70 places)	Haine saint Pierre La Louvière	Éducateurs, Assistants sociaux, psychologues, psychiatres	Personnes présentant des troubles psychiatriques stabilisés	Suivi au quotidien, insertion sociale, psycho éducation, réhabilitation...	Santé mentale, psychiatrie
Maisons de soins psychiatriques	1 de 136 places	Manage	Équipes pluridisciplinaires	Idem mais degré d'autonomie moins élevé	Encadrement au 24/24 d'ordre psycho, médico, social et psychiatrique	Santé mentale psychiatrie

PS : Il faudrait aussi ajouter tous les hébergements spécifiques de l'Awiph,

5.2 Répartition des tâches au sein du réseau (*)

Concernant ce chapitre, il est utile de préciser que la liste des services et institutions citées dans l'offre de services actuelle n'est peut être pas encore complète.

Nous pouvons remarquer que **la fonction 1** semble relativement bien fournie en terme de services de première ligne n'ayant pas toujours de lien clair avec la santé mentale. Néanmoins, la diversité de ces services nous offre un potentiel de partenariat important. Les missions de prévention vont pouvoir se développer en collaboration très certaine avec les médecins généralistes dans la détection de symptomatologie d'ordre psychiatrique. Le rôle de prévention, de détection et de pose d'un diagnostic est clair, il n'en est pas toujours autant quant à la manière dont tous ces services vont pouvoir articuler leur action dans le réseau.

Dans **la Fonction 2**, les trois équipes succinctement décrites ont, mis à part le SPAD des missions concernant des publics ciblés mais sont intéressées et parfois en attente de collaboration avec les nouvelles équipes 2A et 2B.

Dans **la Fonction 3**, un nombre important de services non spécialisés en Santé Mentale sont en tous les cas des partenaires potentiels à approcher dans le travail de réseau si l'on veut agir sur des domaines de la vie comme la formation, l'emploi et le logement. Vous avez sans doute remarqué que nous n'avons pas cités les sociétés de logements sociaux ou les sociétés immobilières sociales, il est évident que des partenariats sont à développer dans ce domaine là également. Bon nombre de personnes se retrouvent souvent dans une grande détresse face à leur problème de logement et les stigmates psychiatriques augmentent encore leur détresse. De plus les structures d'hébergement d'urgence sont parfois démunies devant des situations de symptomatologie psychiatrique.

Dans **la Fonction 4**, le traitement résidentiel intensif. Des hospitalisations mieux ciblées permettront sans aucun doute de rendre à l'hôpital sa fonction de soins. Tant en hôpital général qu'au sein de l'hôpital psychiatrique. Ces deux types de services auront encore à affiner leur définition. La pratique des prés admissions pourra très clairement être accentuée et servira aussi de filtre aux hospitalisations trop rapides ou mal préparées. Quant aux consultations de la polyclinique, elles pourront aussi être l'espace de réflexion dans certaines situations en collaboration avec les équipes mobiles.

Pour **la Fonction 5**, les maisons de soins psychiatriques vont également pouvoir s'articuler dans le réseau avec une vision d'intégration ou d'insertion dans la société, par exemple, une initiative trans générationnelle est née dans un partenariat avec le plan de cohésion sociale de Manage et l'expérience est prometteuse. L'intégration se situe à un autre niveau que celui de la formation ou de l'emploi mais joue un rôle déterminant dans la déstigmatisation.

Les initiatives d'habitations protégées se définissent comme actrices dans les 5 fonctions, excepté bien entendu dans la fonction 4 où elles travaillent en collaboration avec les services psychiatriques.

En ce qui concerne les moyens mis en œuvre, l'appui des promoteurs au niveau techniques sera considérables puisque des locaux de réunions sont déjà à

disposition ainsi que du matériel etc. l'hôpital de Jolimont met aussi à disposition, pour rappel 3 équivalents temps plein pour les équipes mobiles. Les Sisd pourraient aussi organiser la concertation clinique lorsqu'elle est nécessaire dans des situations complexes.

Peu de conventions écrites existent jusqu'à présent et comme vous le lirez dans le modèle de gestion et d'administration, ce sera le rôle du comité de pilotage (garants, promoteurs et coordinateur) de mettre sur pied des conventions de collaboration.

Notre région compte aussi sur et avec ses réseaux locaux (Relais social de La Louvière, Plans de cohésion sociale mais aussi réseau assuétude (le RaSac) et le réseau Wab avec lesquels l'un des deux promoteurs est associé. Vous ne retrouvez pas ces réseaux dans le listing des fonctions parce qu'il s'agit justement de réseaux déjà organisés vers un public cible. Néanmoins, les rencontres diverses ont permis de lister des intérêts communs à travailler en partenariat ainsi que la mise en lumière de risques ou de manquements existants à prendre en considération dans la construction de réseau de Santé Mentale.

Dans l'offre de service détaillée dans les tableaux, vous pouvez constater que notre région du Centre dispose de deux centres de postcure. L'un pour les personnes souffrant d'un usage problématique d'alcool (« l'Espérance » à Thuin) et l'autre pour les personnes souffrant d'un usage problématique de produits illicites (« Ellipse» à Carnières).

Pour accéder à ces centres les personnes doivent être sevrées. Toutefois, afin de permettre un encadrement différent et pour certains patients plus adapté, depuis de nombreuses années déjà la plupart des hôpitaux psychiatriques et généraux ont mis sur pied des unités spécialisées dans le sevrage à l'alcool. La région du Centre dispose ainsi de l'unité de soins « Le Passage » à St Bernard et d'une unité intégrée d'alcoologie à Jolimont, ainsi que d'une unité psychosomatique à Tivoli.

Cette démarche d'offrir un espace et un temps différent a également lieu en matière de toxicomanie, mais certes de manière plus limitée. Les meilleurs résultats obtenus sont les situations où directement à la sortie d'une unité hospitalière, le patient peut entrer dans une structure de postcure.

Depuis deux années, l'unité d'observation de St Bernard a intégré le réseau WaB et travaille également dans ce sens pour des situations complexes pour lesquelles le modèle de réseau intégré a fait ses preuves.

Toujours dans cette même réflexion d'un temps et un espace différents, à Gilly, on a vu l'émergence d'un 'centre de réhabilitation' « Transition » offrant un espace de sevrage extra hospitalier pour les personnes toxicomanes et disposant ainsi de 8 lits directement en lien notamment avec la maison d'accueil socio sanitaire de Charleroi « Diapason » et le centre de postcure de Châtelet « Trempline ».

Les partenaires du réseau du Centre désirent intégrer ces notions dans leur réflexion vers une offre de soins intégrée qui soit la plus complète possible. Et ce d'autant plus que notre région d'une part se situe à mi-chemin entre la MASS de Charleroi

« Diapason » avec une antenne à Chapelle les Herlaimont (Symbiose) et celle de Mons « Parenthèse » avec une antenne à Houdeng sur notre 'territoire' et que d'autre part nous disposons d'un centre de postcure en toxicomanie à Carnières «Ellipse».

Notons également l'absence en Wallonie d'un lieu d'accueil d'urgence offrant un logement de nuit temporaire pour les personnes toxicomanes du type «Transit» à Bruxelles.

Quelques réflexions sur le manque de conventions Inami dans la région du Centre

Convention de réadaptation fonctionnelle

Dans le prolongement de notre propositions de neutralisation de 33 lits T (voir plus loin), il pourrait être envisagé de 'transformer' une unité de 30 lits T dits de 'resocialisation' en **une convention Inami** et ainsi les 'insérer' pleinement dans la fonction 3, ce qui semble être dans la logique de la présente réforme.

Clubs Thérapeutiques

Un nombre de patients plus important va pouvoir vivre au domicile, ce qui leur permettra de rester insérés dans un circuit familial et social a priori.

Nous savons cependant que cette insertion ne va pas de soi car elle n'est souvent portée ni par le désir du patient ni par les structures de la société dont le malade s'est écarté (structures pensées pour des patients en bonne santé psychique).

Il est important que se mettent en œuvre des lieux de socialisation pour ces patients (clubs thérapeutiques, clubs de post-cure, clubs de resocialisation). Seuls actuellement fonctionnent sur la Région, le club Arthur et l'atelier CESAME et nous connaissons le statut précaire de ces structures, surtout de la dernière.

Ces structures d'accueil temporaire de jour sont cependant indispensables pour les patients dans la mesure où elles rythment la vie du patient, lui redonnent sens et favorisent le lien social. Nous devons éviter que les patients se confinent chez eux ou y soient confinés par un entourage surprotecteur et/ou inquiet.

(*) Voir aussi en annexe 3 pour rappel du document de base

5.3 Nouveaux rôles

5.3.1 Le coordinateur de réseau

Le coordinateur de réseau a participé à une sélection organisée par les promoteurs du projet. Des trois candidats cités dans le projet déposé en octobre 2010, Madame Makuch Murielle a été retenue pour ce poste. Le rôle du coordinateur de réseau et l'ensemble des tâches qui s'y rapportent sont assez précisément décrits dans le guide de la réforme.

L'élaboration du rôle au niveau du projet de réseau du Centre se base sur cette description, se construit par la participation active et régulière du coordinateur aux différentes formations, journées d'études, séances d'intervision et autres réunions.

Plus concrètement, il a depuis son engagement œuvré à retravailler, en étroite collaboration avec les promoteurs et l'ensemble des partenaires avec l'aide de la Plate Forme de Concertation du Centre et de Charleroi, le projet en fonction des modifications qui ont été demandées.

Afin de développer la vision de la réadaptation dans le cadre de soins axés sur la société et d'adapter l'organisation en fonction de cette vision, le coordinateur s'assurera du lien permanent entre le comité de pilotage dont il fera partie et le groupe de travail des professionnels (décrits au 5.5) ; L'une des articulations fondamentales de l'organisation du réseau. Outre la longue liste des tâches et compétences liées à la fonction de coordinateur décrite dans la littérature de la réforme et à laquelle nous adhérons, il nous semble utile de mettre en lumière les missions suivantes :

Il continuera de prendre connaissance des ressources spécifiques pour la zone géographique.

Il rencontrera les responsables des structures en vue d'établir des collaborations.

Il facilitera aussi les collaborations entre les réseaux existants.

Il approfondira sa connaissance des ressources disponibles.

Il prendra connaissance des carences du réseau actuel en terme de continuité des soins et aura pour objectif de mettre en œuvre les moyens utiles à les combler.

Il aura le souci permanent d'évaluer les risques liés au travail interdisciplinaire en réseau.

Il sera donc, au niveau macroscopique le facilitateur du développement du réseau.

5.3.2 Le responsable d'un service (le garant)

Le garant de service est la personne qui au sein de son propre service aura pour mission de participer au comité de pilotage du réseau. Pour certaine fonction, le choix du garant de service ne présentera pas de réelles difficultés. Par contre, d'autres fonctions, comme la fonction 1, rassemblant un grand nombre de services, devront faire l'objet d'une attention particulière et d'une organisation assurant la désignation de représentation au sein du comité de pilotage.

Le garant devra s'assurer à son tour de l'information et de la communication au sein de la fonction qu'il représente. Des sous groupes de garants pouvant être organisés avec l'aide du coordinateur de réseau.

Le garant de service devra surtout garantir que la vision de réadaptation se construise et se maintienne de façon transdisciplinaire. Les méthodes de travail choisies qui vont permettre la communication, la coordination et la résolution de problème seront l'essentiel de ces missions non seulement dans le comité de pilotage mais surtout à l'intérieur même de son service et des services qui l'entourent.

Le garant de service doit être une personne ayant un mandat clair du service qu'il représente. Une fonction suffisamment responsable et proche du terrain clinique.

Il sera donc au niveau mésoscopique, l'interlocuteur de son service dans la construction organisationnelle du réseau.

5.3.3 La personne de référence (réfèrent de soins)

Le point commun de chaque réfèrent de soin sera la place privilégiée qu'il aura auprès du patient et de sa famille ou de son entourage, afin de construire un lien suffisamment solide et souple à la fois sur lequel le patient pourra s'étayer pour atteindre ses objectifs. Il sera l'interlocuteur du patient et sera à l'écoute de ses demandes en termes de besoins. Il évaluera avec lui, ses besoins dans les différents domaines (logement, formation, emploi, loisir...) mais aussi l'aidera à mettre en évidence ses capacités.

Il organisera la concertation clinique avec les partenaires du réseau susceptibles de pouvoir intervenir dans la situation. La concertation sera organisée en fonction de la complexité de la situation et aura pour mission de mettre en place les acteurs utiles aux besoins du patient et les moyens à mettre en œuvre pour y arriver ainsi que la façon de les évaluer.

Le réfèrent de soins aura bien intégré la vision de réadaptation qui constituera son fil rouge dans le suivi à mettre en place, cette vision étant l'un des piliers de notre réseau et défendue par les garants de service.

Le réfèrent de soins aura l'occasion régulière de participer à des groupes de réflexions et d'échange de pratiques en collaboration avec le coordinateur de réseau. Il informera le coordinateur des difficultés rencontrées dans le travail de réseau afin que ce dernier puisse avec le comité de pilotage rechercher des solutions en termes organisationnels. Il attirera l'attention du coordinateur sur les partenariats qui seraient bénéfiques à la réalisation des objectifs des patients en général. La vision de réadaptation étant le point commun aux trois nouvelles fonctions.

Il sera donc, au niveau microscopique, le responsable de la réussite du projet de travail en réseau au départ du patient.

5.3.4 Le travail dans une équipe mobile (*)

La création des équipes mobiles est sans aucun doute l'expression la plus concrète de changement de culture de soins que la réforme va nous amener. Elle est la source d'autant de questions que de réponses qu'elle pourrait amener selon le point de vue d'où on se situe.

Changement source d'inquiétude pour les uns, changement espoir de solution pour les autres. Voici comment les partenaires les plus proches du soin envisagent le fonctionnement de ces deux équipes :

Rappelons que les psychiatres des structures promotrices et des partenaires les plus proches (les signataires du projet déposé en octobre 2010) ont mis en lumière que les tâches du psychiatre dans les équipes mobiles sont les suivantes :

- La direction et la politique médicale des deux équipes. Ceci implique que les engagements se feront en concertation avec le ou les médecins responsables.
- La planification, l'exécution et le suivi des activités des deux équipes.
- L'accompagnement à domicile si nécessaire.
- La participation à la garde de l'équipe mobile 2a sera effectuée par les médecins psychiatres des structures promotrices et partenaires les plus proches.

Un dernier point qui paraît pourtant évident mais qui n'avait pas été mentionné dans le projet initial ; le psychiatre assurera avec les équipes mobiles le suivi journalier des situations de patients. Il aura des contacts réguliers avec le médecin généraliste du choix du patient et collaborera avec les autres partenaires du réseau dans la vision de réadaptation, philosophie de base de la réforme.

L'élaboration de ces équipes mobiles va bien entendu se baser sur les exemples européens que nous avons pu approcher dans les différents colloques. Néanmoins tous s'accordent à dire que ces équipes mobiles doivent être pensées au départ, de l'expertise des intervenants psychiatriques.

C'est pourquoi, chaque groupe de professionnels des structures promotrices va pouvoir participer à l'élaboration de ces équipes. Des sous groupes de travail sont en cours de construction et se mettent à l'œuvre dès le mois de juin 2011. Le travail du coordinateur depuis le mois de mars a notamment permis de montrer que les différents groupes de professionnels soucieux de dépasser leurs craintes bien naturelles face au changement, souhaitent participer à la construction du profil de ces équipes.

(*) Pour rappel du document de base voir annexe 7

Néanmoins, les bases sur lesquelles les promoteurs se sont entendus sont les suivantes :

L'équipe 2a :

- interviendra dans des situations de crise pour des patients souffrants de problèmes psychiques complexes aigus en collaboration avec le médecin généraliste.
- Sur le territoire de la zone géographique déterminé plus haut
- L'intervention sera limitée à un mois et l'intensité sera adaptée à la situation
- La crise nécessitant toujours une mise au point diagnostique spécialisée (comme décrit dans la littérature de la réforme) l'équipe mobile 2a interviendra à la demande d'un médecin généraliste ou psychiatre en accord avec le médecin psychiatre de l'équipe mobile. Nous insistons ici sur le diagnostic.
- La pluridisciplinarité de l'équipe sera élaborée sur les besoins des interventions dans la crise.
- Un nombre important de professionnels composant cette équipe travaillera à mi temps dans un service hospitalier et à mi temps dans l'équipe 2a.
- Les interventions se feront en binôme.
- Le fonctionnement de l'équipe 2a sera tout à fait intégré dans le réseau et en lien étroit avec la 2b ou la fonction 4 si aucune alternative différente n'est possible.
- La sortie de l'hôpital considérée dans son risque de crise (changement) pourrait être un motif d'intervention de la 2a qui passerait ensuite la main à la 2b.

L'équipe 2b :

- Elle interviendra dans la phase plus chronique des problèmes psychiques.
- Les interventions se situent dans une temporalité différente et au long cours si nécessaire.
- La zone géographique est pareille, bien entendu
- La pluridisciplinarité de l'équipe serait basée sur une fonction de partenariat avec le secteur de la réinsertion socioculturelle ou socioprofessionnelle.
- Le fonctionnement de la 2b serait tout à fait intégré dans le réseau en lien très étroit avec le secteur de l'insertion pour renforcer la fonction 3.
- Elle aura une mission basée sur la continuité des soins.

- Ses interventions se feront sur rendez vous.
- Elle passera le relais à toute autre équipe du réseau à même de prendre en charge la situation de façon plus légère quand ce sera possible.

Quelques remarques encore :

Les deux équipes travailleront avec le consentement du patient, dans le respect de ses choix, de sa vie privée et prendront le temps d'être à son écoute ainsi qu'à l'écoute de sa famille ou de son entourage. La relation de confiance sera la base de toute intervention.

Autant nous soutenons la pratique du soin ambulatoire, autant nous sommes persuadés que l'un des facteurs de réussite de cette pratique se trouve dans la continuité du soin et nous savons qu'en psychiatrie, elle s'articule autour d'une relation transférentielle avec un membre de l'équipe soignante. C'est cette conviction qui nous fait opter pour une organisation de l'équipe mobile de crise plus intriquée dans l'hospitalier aigu. Ce soignant travaillant dans les deux lieux pourrait remplir plus aisément la fonction de référent de soins.

5.4 Instruments pour la communication et le suivi de qualité

A l'heure du dossier patient informatisé, il nous faudra réfléchir à un outil de travail commun concernant la communication et le suivi de qualité. Dans le projet initial déposé, un exemple de mesure du suivi vous a été présenté, vous le retrouverez en annexe. Il appartiendra au comité de pilotage du réseau de se pencher sur la question et de voir en quelle mesure nous pouvons adapter cette démarche instrumentale dans une pratique de réseau. (*) voir annexe 4

Néanmoins, du point de vue des médecins généralistes associés au projet, il apparaît que pour qu'un réseau multidisciplinaire soit efficace en termes d'interdisciplinarité, il est impératif que les informations pertinentes soient partagées entre les membres du réseau. Cependant, les données relatives à la santé mentale constituent des données à caractère personnel considérées comme sensibles par la Loi sur la vie privée, et la communication de ces informations requiert une attention toute particulière pour respecter les règles en matière de secret professionnel et de vie privée.

Le secret médical partagé relève de la responsabilité des médecins généralistes et spécialistes qui communiqueront les éléments probants de leurs dossiers aux professionnels de la Santé tels que définis par l'A.R 78, et aux prestataires de services autorisés en veillant à recevoir préalablement le consentement éclairé du patient, et à respecter les principes de finalité et de proportionnalité de la Loi sur la protection de la vie privée.

Notre volonté est de promouvoir les échanges informatiques et une collaboration active sera recherchée avec l'asbl FRATEM qui a mis au point le « Réseau de Santé Wallon » auquel adhère la quasi-totalité des hôpitaux wallons, et qui a défini des procédures validées en matière de cryptage des données, de certification des

prestataires, d'objectivations du lien thérapeutique et de consentement éclairé du patient.

5.5 Modèle de gestion et d'administration

Ce qui sera défini ici pourrait être considéré comme un point de départ à la construction de notre réseau. Il nous tient à cœur d'adapter à tout moment le mode de gouvernance en fonction de l'évolution du réseau. Pour faire un lien théorique, nous pouvons nous référer aux trois modèles de gouvernance possibles.

- modèle de gouvernance décentralisée avec une responsabilité partielle.
- modèle de gouvernance modérément décentralisée (avec délégation des tâches)
- modèle de gouvernance centralisée.

Notre choix devant tenir compte de la structure réseau, c'est-à-dire de sa complexité, il nous semble sage de partir d'un modèle de gouvernance modérément décentralisé dans un premier temps. Pour cela nous mettrons sur pied plusieurs groupes chargés de tâches bien définies et fonctionnant en interdépendance les uns avec les autres.

Un comité de pilotage du réseau.

Il se compose des garants des 5 fonctions, des promoteurs et du coordinateur réseau, il aura pour missions :

- de renforcer les collaborations déjà existantes
 - d'élaborer des conventions de collaboration
 - de formaliser des accords de partenariat
 - de soutenir le groupe des partenaires
 - de produire des outils de travail utiles au groupe des partenaires (par ex : des procédures)
 - de définir une méthodologie de travail commune.
 - de s'accorder sur les moyens de communication des données dans le réseau.
- Fréquence des réunions : une fois par mois au moins la première année, ensuite à évaluer

Un groupe de travail des partenaires de terrain /référénts de soins :

Il se compose des professionnels du terrain et du coordinateur réseau, il aura pour mission :

- de discuter de façon transversale de la concertation entre les partenaires.
 - de lister les besoins du terrain en termes de partenariat.
 - de définir et de s'accorder sur la fonction de référénts de soins dans chaque fonction.
 - de trouver un langage commun (définition des termes employés)
 - de faire des propositions de fonctionnement à avaliser par le groupe de pilotage
- Fréquence des réunions : à définir.

Un comité de gestion des moyens financiers

Il se compose des promoteurs du projet de réseau

- il gère les moyens octroyés
- il informe le groupe de pilotage du réseau
- il examine les demandes en termes de budget
- il traite avec les instances qui allouent les moyens.



6. Stratégie de développement du réseau

6.1 Échelonnement

Ébauche et prémices de la construction du réseau :

Cette pré-phase s'étend de l'appel à projet au dépôt du projet (fin octobre 2010)

Dans un premier temps, les promoteurs ont contacté toute une série de partenaires du réseau, essentiellement dans le Soins. Ils ont organisé plusieurs réunions qui avaient pour objectif général l'information sur la réforme et sur le projet de création du réseau santé mentale du Centre.

Les services oeuvrant dans la santé mentale et la santé en général travaillaient pour la plupart en collaboration depuis plusieurs années sans que des conventions spécifiques structurelles n'existent. Vous trouverez en annexe un extrait du projet déposé en octobre 2010 dans le quel on retrouve la trace des marques d'adhésion de ces partenaires.

Les modifications à apporter au projet, demandées par le Jury suite à la décision de nous classer en catégorie trois, consistent, outre l'élargissement du public cible à l'investigation plus approfondie de l'offre de soins et de services dans les cinq fonctions. Vous avez pu vous rendre compte de cette offre au point 5.1

Première phase :

Elle s'étend du 1^{er} mars 2011 engagement de la coordinatrice au 31 mai 2011

Tout en accordant une toute grande importance à l'information sur l'avancement du projet, la coordinatrice, en étroite collaboration avec la plate forme de concertation en Santé Mentale du Centre et de Charleroi a mis sur pied un certain nombre de groupes de réflexion qui auront pour objectif général :

- de travailler à la définition d'un cadastre de leur service ou institution,
- de récolter les besoins et les offres en terme de partenariat possible,
- de mieux connaître le fonctionnement des différents partenaires,
- de travailler à l'élection d'un garant pour chaque fonction,
- de réfléchir à la transmission des informations au sein d'une même fonction,
- de travailler à la définition du référent de soins dans sa propre fonction,

Actuellement les 5 groupes sont en cours de construction. Ils sont ouverts à nos partenaires de la région de Charleroi puisque notre plate forme est commune et que la réflexion autour de la réforme est d'actualité.

- le premier groupe rassemble les centres de santé mentale
- le second, les initiatives d'habitation protégées et les services de soins psychiatriques à domicile
- le troisième groupe rassemble les maisons médicales et les médecins généralistes,

- le quatrième concerne, les services de soins à domicile et les services de soins intégrés à domicile
- le cinquième aura pour public le secteur de la justice / enfance dans son lien avec la santé mentale.

La coordinatrice continue bien entendu de réaliser la cartographie de l'offre de soins et ressources diverses ainsi que le listing des lacunes à combler.

Seconde phase :

Elle commencera dès l'acceptation du projet modifié jusqu'au 30 septembre 2011

Un groupe de travail de professionnels de terrain de la santé mentale (hôpital psychiatrique et hôpital général) va se réunir en partenariat avec des professionnels spécialisés dans le travail au domicile. Ce groupe va co construire le fonctionnement des équipes mobiles. La création des équipes mobiles est un projet en soi et se déroulera par étape avec des réunions régulières sur des thèmes concrets.

Le comité de pilotage créé va, outre l'établissement d'un plan programme (finalité recherchée, objectifs, actions à mener, moyen à affecter, échéancier, évaluation) en vue de l'accomplissement de ses missions (cf 5.5) :

- Examiner et avaliser le contenu des réflexions des différents groupes ou sous groupes de travail dans les différentes fonctions par exemple la construction des équipes mobiles et le profil des référents de soins
- Réfléchir à la place des groupements d'usagers et des familles au sein de ce comité. Actuellement, sur la région du centre, il n'y a pas de groupement connu d'usagers et les groupes de paroles existant au niveau des familles ne se réunissent plus depuis deux ans. Néanmoins ce comité de travail stratégique réservera une place à la voix des usagers et des familles de manière adaptée à notre réalité de terrain.

Travailler à l'échange et la mise en commun des pratiques (organisation d'immersion, échange de bonnes pratiques...)

Mettre sur pied une la **commission de suivi du gel des lits**, cette commission aura pour objectif de planifier et de suivre l'exécution du gel de lits dans le **respect du patient** et de la qualité des soins ainsi que **de leur continuité**.

Troisième phase :

Elle s'étendra du 30 septembre 2011 au 30 novembre 2011. Elle consistera :
Au démarrage progressif du gel des lits en articulation avec la mise en place des équipes mobiles.

L'élaboration des outils d'évaluation du réseau.

Quatrième phase :

Elle prendra cours au début 2012

Elle verra l'ouverture de lits de crise.

Elle consistera notamment en la reconversion de lits :

-) pour renforcer certaines unités de soins spécifiques en Fonction 4
-) Pour diversifier l'offre de soins en ouvrant 18 nouvelles places en Initiatives d'habitations protégées en F5 ainsi qu'intensifier l'offre des maisons de soins psychiatriques.
-) Pour diversifier également l'offre de soins en hôpital de Jour.

Le comité de pilotage en collaboration avec le comité des partenaires réfléchira aussi sur la nécessité de création d'un comité scientifique du réseau

6.2 Gestion des risques ()*

Depuis 2007, les institutions promotrices bénéficient de l'accompagnement du SPF (cellule Qualité & Patient Safety) pour l'instauration d'une démarche Qualité et l'amélioration de la Sécurité du Patient. Quatre ans pendant lesquels, une expérience commence à porter ses fruits. Les organes « Qualité » (Comité pour la Sécurité du Patient/Comité Qualité), les méthodologies employées (Système Dynamique Gestion pour la Gestion des Risques), l'approche processus ainsi que la formulation d'indicateurs pertinents nous ont permis d'acquérir des modèles d'analyse pour l'amélioration de notre Activité. [Vous trouverez une partie de ces modèles en annexe]. Bien que non transférables en l'état, ces modèles peuvent être adaptés à une réalité non hospitalière tout en sachant que **la complexité du système sera plus grande** (logiques de travail diverses à harmoniser, nombre de sources d'information et de communication plus élevé, degrés d'imprégnation de la Culture Sécurité différents, degrés d'habitude diversifiés concernant la déclaration des Evénements indésirables ...).

Un domaine d'attention sera à « soigner » particulièrement sont les points d'articulation de communication autour des projets spécifiques des usagers. La communication organisationnelle rigoureuse (QOQCCP) doit permettre une mise en perspective du sens de chaque projet [**Pour quoi** chacun des acteurs a-t-il à réaliser telle ou telle tâche spécifique dans ce projet spécifique ? Sens : orientation, objectif, signification pour le patient /accompagnant].

* Voir annexe 2 pour rappel du document de base

Le travail sera considéré telle une chaîne de tâches en interaction dans laquelle les acteurs de l'aval dépendront des actions de l'amont. La conscientisation des acteurs commencent dès lors par un décloisonnement des logiques spécifiques au profit d'une logique partagée : l'intérêt de l'utilisateur du réseau. La réussite d'un projet dépend donc de l'implication de chacun dans une nouvelle culture commune de partenariat rapproché autour de l'utilisateur partenaire/bénéficiaire premier de notre Activité Réseau.

7. Financement et allocation des moyens

7.1 Description de l'organisation du gel des lits

Le gel des lits à organiser dans le cadre de la réforme est un point crucial dans la mise en place du réseau tant au niveau de l'interne que de l'externe. Bon nombre de professionnels s'inquiètent quand à l'avenir de ces patients. A Saint Bernard, il est question de 4 unités de soins d'index T (deux unités de soins ouvertes et deux fermées.)

Le gel de 33 lits concernera une unité de soins fermé mais il est évident que ce ne sont pas les personnes pour qui un projet de sortie est réalisable actuellement. Les sorties s'effectueront au départ des unités ouvertes.

Pour le bon déroulement de ces préparations de sortie, une commission de suivi des gels de lit va se mettre en place. Cela permettra d'assurer un suivi régulier des situations en préparation de sortie mais aussi de mettre en place les moyens utiles aux situations les plus complexes

Une partie des patients seront des candidats potentiels aux habitations protégées, d'autres sont déjà en attente de place en Maisons de soins psychiatriques et d'autres encore ont le projet de réintégrer ou d'intégrer un logement. Dans ce dernier cas, un suivi au domicile sera bien entendu assuré.

Comme vous avez pu le constater dans le chapitre sur la population cible, il va falloir compter sur le vieillissement de la population. Dans cette perspectives, différentes pistes sont à l'étude et notamment, l'acquisition d'une maison de repos qui pourrait sur un mode de résidence service accueillir des résidents d'initiative d'habitations protégées. Ces structures sont aussi concernées par le vieillissement de la population.

Il est évident que la conscience professionnelle de tous les collaborateurs de saint Bernard et le travail de collaboration avec les familles présents et le réseau existant constitueront le moteur de ces préparations et suivis de sorties à organiser. Néanmoins nous remercions nos partenaires actuels et futurs de s'inquiéter du devenir de ces personnes.

7.2 Le plan financier

PROJET DANS LE CADRE DE LA SANTE MENTALE

1) DEPENSES A PREVOIR

Equipe 2a

	BAREME	BRUT M.	BRUT AN	PV	PRIME (*)	CH.SOC.	TOTAL AN	ETP	BUDGET
INFIRMIER A1 - 7 ans	1,55/61/77	2.777	33.323	2.555	1.891	15.220	52.989	6	317.932
PSYCHOLOGUES - 7 ans	1,80	3.406	40.873	3.134	2.119	18.469	64.594	4	258.377
PSYCH.GRADUE - 3ans	1/55/61/77	2.367	28.409	2.178	1.742	13.105	45.433	1	45.433
ASSISTANTS SOC - 3ans	1/55/61/77	2.367	28.409	2.178	1.742	13.105	45.433	1	45.433
								12	667.176

Equipe 2b

	BAREME	BRUT M.	BRUT AN	PV	PRIME (*)	CH.SOC.	TOTAL AN	ETP	BUDGET
ASSISTANTS SOC. - 5ans	1,55/61/77	2.437	29.240	2.242	1.767	13.463	46.712	4	186.846
EDUCATEUR A1 - 5ans	1,55/61/77	2.437	29.240	2.242	1.767	13.463	46.712	3	140.135
PSYCHOLOGUE - 5ans	1,80	3.280	39.356	3.017	2.073	17.816	62.262	2	124.525
PSYCH.GRADUE - 3ans	1/55/61/77	2.367	28.409	2.178	1.742	13.105	45.433	1	45.433
Spad Saccado (chiffre 2010)									
PSYCHOLOGUE - 8ans	1,80	3.339	40.072	3.072	2.095	18.124	63.363	0,5	31.681
PSYCH GRADUE - 11 ans	1,55/61/77	2.907	34.887	2.675	1.938	15.893	55.393	0,5	27.696
ASSISTANT SOC. - 6ans	1,55/61/77	2.389	28.667	2.198	1.750	13.216	45.831	0,5	22.915
ASSISTANT SOC. - 4ans	1,55/61/77	2.321	27.952	2.135	1.725	12.866	44.578	0,5	22.289
								12	414.674

Coordinateur

	BAREME	BRUT M.	BRUT AN	PV	PRIME (*)	CH.SOC.	TOTAL AN	ETP	BUDGET
ASSISTANT SOC. - 18ans	1,80	4.086	49.035	3.759	2.367	21.981	77.141	1	77.141

FRAIS DE PERSONNEL

1.158.991

FRAIS DE FONCTIONNEMENT : 20% (Hors Spad Saccado)

210.882

TOTAL GENERAL

1.369.873

2) RESSOURCES DISPONIBLES

Gel progressif de 33 lits

Coût B2 au 1/7/2010	6.851.998
Frais médicaux (fin 2008)	21.593
Coût B2 partie salariale au 1/7/2010	6.830.405
Nombre ETP sur B2	122,5
Coût moyen B2 au 1/7/2010	55.758

Il s'agit du B2 moyen de St Bernard et non de la moyenne nationale

Norme : 30 Lits T = 10 ETP (30 lits A pour 16 ETP)

BUDGET TRANSFERABLE pour 33 lits T 613.342

613.342

Budget complémentaire SPF Santé via B4

500.000

Complément sur FP Jolimont

1ETP PSY - 5 ans financé par Jolimont

62.262

2ETP A1 - 7 ans financé par Jolimont

105.977

168.240

Budget Spad 'Saccado' (chiffre 2010)

104.581

1.386.163

EQUILIBRE POSITIF DU BUDGET

16.290

Annexe 1

Le schéma ci-dessous est notre représentation, après les réformes des années '90, de la volonté actuelle du SPF Santé d'aller plus en avant dans la désinstitutionnalisation de la psychiatrie vers l'ambulatoire et le domicile, de pair avec une intensification d'une partie des lits restant à l'hôpital (fonction 4).

S'il est vrai que les années '90 ont été marquées notamment par la création des IHP et MSP (la fonction 5), il semble que ***l'accent de la réforme actuelle soit mis sur la création de deux équipes mobiles*** (la fonction 2 a et b) devant permettre pour autant que possible de maintenir le patient qui vit une crise à son domicile, voire de prévenir les crises, et ainsi d'éviter des hospitalisations.

Force est de constater que vu le moratoire sur les conventions INAMI de réadaptation fonctionnelle, l'accent devra dans le futur être repositionné, du moins pour la région du Centre, sur la fonction 3 pour la quelle il y a un manque de ce type de structures.

Nous envisageons un réseau qui aurait pour mission la prévention des rechutes et des situations de crises qui peuvent se manifester chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques.

La prévention de ces situations aura pour conséquence de diminuer certaines hospitalisations en services ou hôpitaux psychiatriques. Pour ce faire, notre vision sera de développer dans le travail quotidien une **amélioration de la qualité de vie des personnes** souffrant de troubles psychiatriques chroniques et résidant habituellement dans un domicile privé.

Pour y parvenir, les interventions du réseau peuvent être multiples et se poseront tant en fonction des besoins et demandes des personnes bénéficiaires, qu'en fonction de leurs aptitudes propres et de leurs difficultés.

La clé de voûte de notre vision est de soutenir la personne dans ses projets en s'appuyant sur son réseau propre et en le développant suivant ses demandes.

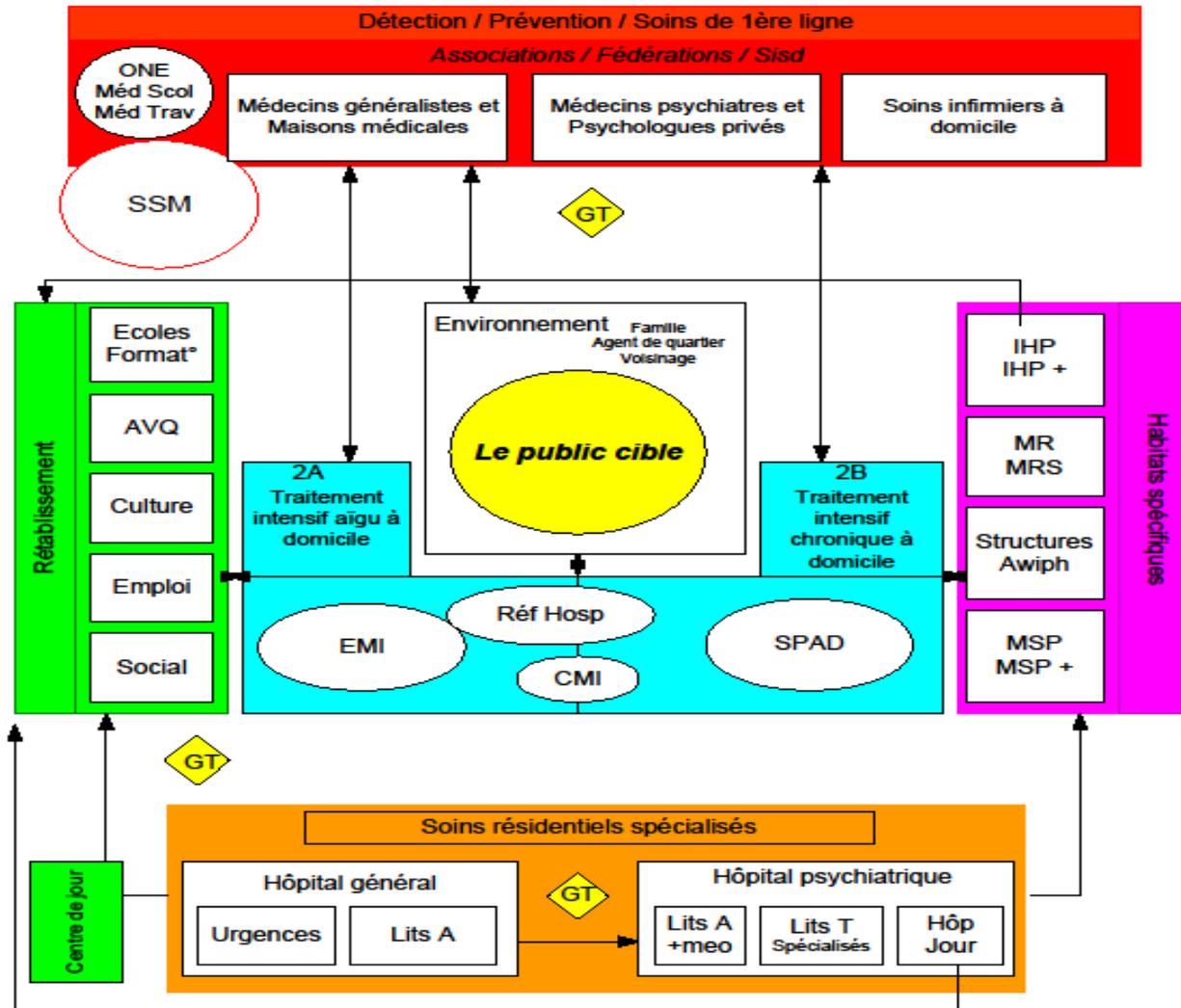
Les différents partenaires repris ci-dessous se sont réunis le 14 octobre 2010 et ***adhèrent tous aux principes et objectifs de la réforme en cours*** qui toutefois nécessitera une concertation plus approfondie et de la créativité pour sa mise en application, afin de ***tenir compte des remarques reprises ci-après.***

- Les partenaires soulignent que le projet a été volontairement limité au territoire de la Région du Centre et ce, afin d'une part de ne pas empiéter sur les territoires voisins de Mons et de Charleroi, et d'autre part de maintenir ***une taille jugée réaliste de 300.000 habitants*** pour ne pas se retrouver à courte échéance avec des équipes mobiles surchargées de demandes.

- Les partenaires indiquent que leur réalité de terrain actuelle est marquée par des listes d'attentes dans les lits A et ainsi l'impossibilité de réagir rapidement aux situations de crises aiguës rencontrées par la première ligne (fonction 1) étant donné **l'absence de lits dits de crise** pour des hospitalisations de très courte durée.

Les partenaires sont disposés à s'impliquer dans le projet mais conscients que régulièrement les patients soignés à domicile devront bénéficier d'hospitalisations courtes et que l'hôpital général via ses urgences ne pourra en sus des urgences absorber toutes les crises. Il semble donc primordial que la réforme visant à davantage de soins délivrés en ambulatoire s'accompagne de la création de lits de crise logés dans l'hôpital général co-promoteur.

- D'autres part, s'il est vrai que la réforme des années '90 a vu la création de nouvelles structures d'habitats spécifiques, les partenaires sont préoccupés par le fait que la présente réforme est en grande partie **financée par la neutralisation de lits T sans revalorisation de la fonction 5**. La réalité de terrain de nos patients chroniques en lits T est plus celle d'une grande voire extrême difficulté à trouver des places au sein d'habitations spécifiques, que d'un éventuel retour au domicile.
- Il nous semble également important de ne pas nier complètement la dimension thérapeutique que des longues hospitalisations psychiatriques peuvent avoir pour certains patients. Le temps psychique du patient n'est pas toujours le temps souhaité par les soignants. Il est dès lors important que des longues hospitalisations restent possibles mais il est évident que si l'hôpital souhaite garder son potentiel thérapeutique sur une longue durée, il doit disposer de suffisamment de moyens et de personnel. Sinon, il y a effectivement un risque de chronicisation iatrogène.
- Les partenaires pensent que la concertation clinique doit faire l'objet d'un cadre professionnel incluant une expertise dans l'organisation de ce type de réunion dans le prolongement de l'expérience déjà acquise par le biais de notre projet thérapeutique 104 et ce afin de garantir la confidentialité, dans le respect du secret professionnel en y incluant uniquement des partenaires avec un mandat thérapeutique. La concertation clinique ne reprendrait que les fonctions de soins autour du patient, c'est-à-dire le noyau. Les autres partenaires sans mandat thérapeutique seraient considérés comme faisant partie de ce que l'on appelle l'équipe satellite (Cf. RIC Ucl 'Itinéraire Clinique') et pourraient faire l'objet de la clinique du relais (Cf 'La Clinique de Concertation', les différentes étapes).
- Il est important de souligner les risques inhérent à une unité de crise qui ne serait pas mise suffisamment vite en place par manque de création de lits de crise ; et également en ce qui concerne la non reconnaissance des structures de soutien (club Arthur, Atelier CESAME, etc.).
- Le réseau devra également garantir la reconnaissance des rôles et fonctions de chacun des intervenants et veiller à ce que le patient reste acteur dans sa prise en charge. Il faut donc que le **patient reste libre de constituer son propre réseau** et ne se voit pas imposer notre réseau.



- Fonction 1 : Mission de base de l'aide et des besoins
- Fonction 2 : Équipe de traitement à domicile
- Fonction 3 : Réhabilitation psychosociale
- Fonction 4 : Intensifier les soins résidentiels spécialisés
- Fonction 5 : Habitats spécifiques

CP St Bernard le 13 octobre 2010

Annexe 2



SOBANE - PROXIMA Check-list d'évaluation chez les bénéficiaires

L'espace et le matériel de travail				
• Sols: en bon état, de niveau, solides, non glissants	NA	☺	☹	☹
• Escaliers: présence de rampe, marches assez larges, de niveau, voire antidérapantes	NA	☺	☹	☹
• Encombrement: rangement et ordre satisfaisants	NA	☺	☹	☹
• Espaces de rangement: suffisants (armoires...) et facilement accessibles	NA	☺	☹	☹
• Matériel de travail: escabeaux (stables, marches antidérapantes...), seaux, brosses, aspirateur, table et fer à repasser... adéquats pour la tâche, en bon état, faciles à utiliser en toute sécurité	NA	☺	☹	☹
• Approvisionnement: en eau, en électricité, en produits d'entretien, en produits alimentaires...	NA	☺	☹	☹
• Déchets: triés et évacués correctement, poubelles adéquates et en nombre suffisant	NA	☺	☹	☹
Commentaires et actions à mener:				
NA ☺ ☹ ☹				

Les risques d'accidents				
• Risques de chute de plain pied: état du sol, dénivellation, ordre et propreté...	NA	☺	☹	☹
• Risques de chute de hauteur: entretien des vitres, lustres... état et entretien des échelles, escabeaux...	NA	☺	☹	☹
• Risques d'accidents dus à des brûlures, coupures, piqûres (seringues)	NA	☺	☹	☹
• Risques électriques				
• Installation électrique générale: compteur, coffret électrique, différentiels, fusibles, mise à la terre...	NA	☺	☹	☹
• Matériel électrique: fils, câbles, rallonges, prises de terre ...en bon état, non dénudés...	NA	☺	☹	☹
• Appareils électriques: en bon état...	NA	☺	☹	☹
• Risques d'incendie et explosion				
• Matières inflammables ou explosives: papiers, cartons, bonbonnes de gaz, bidons d'essence ...	NA	☺	☹	☹
• Sources d'inflammation: flamme nue (cigarettes, bougies...), sources de chaleur (chauffage d'appoint...) ou d'étincelles (appareils électriques...)	NA	☺	☹	☹
• Moyens de lutte: extincteurs...(contrôle périodique)	NA	☺	☹	☹
• Evacuation en cas de danger (portes, fenêtres, issues de secours): libres, accessibles, non encombrées	NA	☺	☹	☹
• Premiers soins: disponibilité d'une boîte de secours	NA	☺	☹	☹
Commentaires et actions à mener:				
NA ☺ ☹ ☹				

Annexe 3

- ***LE RÔLE DE L'HÔPITAL***

Bien que notre projet de réseau avec des équipes communautaires de traitement intensif vise à diminuer les hospitalisations, il n'en demeure pas moins vrai que dans un certain nombre de situations l'hôpital constitue une des éléments du continuum de services.

Le service psychiatrique de l'hôpital général est plus approprié pour accueillir des urgences, des situations où il est question de risque vital et des patients nécessitant des soins somatiques. L'hôpital psychiatrique permet ***d'offrir un espace et un temps différents*** pour des prises en charge plus structurée et qui demandent une contenance psychique ou physique que ne peut offrir l'hôpital général.

La prise en charge des pathologies psychiatriques les plus lourdes nécessite un encadrement spécialisé où de multiples interventions pluridisciplinaires concourent à la restauration d'un fonctionnement psychique adéquat, avec un projet de réhabilitation au long cours. L'hôpital psychiatrique fournit aux patients des projets et des programmes thérapeutiques spécialisés où collaborent de multiples compétences en vue d'une réponse thérapeutique efficace. Ces soins nécessitent une durée d'hospitalisation suffisante et des équipes paramédicales surspécialisées que ne permet pas l'offre de soins limitée dans le temps des autres structures hospitalières.

La gestion des troubles comportementaux consécutifs aux pathologies traitées et des risques potentiels de passages à l'acte, tels que rencontrés dans les hospitalisations sous contrainte, nécessite une structure matérielle et humaine seule disponible en unité psychiatrique spécialisée.

- ***LA NÉCESSITÉ D'UNE UNITÉ DE CRISE EN HÔPITAL GÉNÉRAL***

Extraire le patient de son contexte ne fut-ce que pour quelques jours peut être thérapeutique, voire nécessaire.

Il faudra donc faire preuve de créativité, et c'est là tout l'enjeu, afin de mettre en place un réseau à la fois capable de répondre rapidement à une décontextualisation de courte durée (72h) lorsque nécessaire et à la fois au maintien du patient à son domicile lorsque possible.

La gestion de la crise nécessite souvent une hospitalisation courte, ne serait-ce que pour éviter une évolution potentiellement dangereuse, ou pour extraire le patient d'un milieu ou d'une situation sociale ingérables. Ces situations psychosociales, souvent rapidement réversibles, ne nécessitent pas d'hospitalisation longue et leur psychiatrisation au long cours est péjorative pour le devenir de ces patients.

Une ***unité de crise en hôpital général*** est probablement l'outil le mieux indiqué pour fournir des ressources diagnostiques et thérapeutiques limitées dans le temps,

pouvant s'appuyer en un second temps sur une réponse ambulatoire adéquate ou sur un service psychiatrique classique en cas d'évolution péjorative.³

- **INTENSIFICATION DES LITS PSYCHIATRIQUES CHRONIQUES**

L'unité spécialisée dite 'double diagnostic' de St Bernard accueille des patients présentant un handicap mental léger, modéré, sévère et une psychopathologie en majorité : psychose, autisme, trouble de l'attachement.

Le service hospitalier existe depuis de nombreuses années à titre hospitalier classique. Depuis 6-7 ans, nous élaborons un cadre thérapeutique visant l'apaisement et la construction des savoirs des patients. Ce cadre de repérage consiste en la proposition de projets individualisés en utilisant des ateliers ciblés, un quotidien adapté, un encadrement pour les moments creux d'où l'organisation de loisirs adaptés en se faisant partenaire du travail du patient-sujet.

Avec les moyens actuels, nous n'arrivons pas à assurer un projet individualisé pour tous les patients, faute de moyens : normes T.

Afin d'assurer une qualité de soins adaptée et adéquate, il faut largement augmenter les moyens au niveau du cadre en nombre de personnel qualifié.

A l'heure actuelle, nous ne pouvons pas répondre à la demande venant des parents, institutions, vu nos limitations, alors qu'il y a les ressources, l'expérience et les bases pour construire un service opérationnel qui vise un changement, même une stabilisation des problématiques aussi lourdes, évitant de nombreuses hospitalisations par la suite, très coûteuses d'ailleurs.

Un renforcement des moyens est absolument nécessaire pour pouvoir réaliser ses objectifs d'où la demande de changement des lits T en lits I.B.

³ Cfr. La position de la conférence des médecins chefs des hôpitaux psychiatriques francophones à propos de la fonction de l'hôpital psychiatrique en vue d'une réforme des circuits de soins, secrétaire Dr Jean-Louis KEMPENEERS

Annexe 4

	Différents domaines à gérer à domicile par le patient	Risques/Atteintes patient	Répercussion environnement (y compris soignants externes au réseau)	Répercussion personnel (interne au réseau)*
1°	Gestion des activités domestiques	Blessure, brûlures, coupures, intoxication, chutes, électrocution,...		Appels récurrents/intempestifs aux services d'Urgence, GMG, ...
2°	Gestion sociale/ relationnelle	Sentiment de solitude, ennui, oisiveté, manque d'activation et de sentiment d'utilité sociale et relationnelle, d'exclusion sociale	Donne de lui l'image d'un être « étranger » à la Situation, pas de démarche d'inclusion, ...	
3°	Gestion communicationnelle	Estimation erronée du degré d'urgence d'appel aux soignants, frappe à la mauvaise adresse,...	Lassitude, rejet, ...	Appels récurrents aux services d'Urgence, appels intempestifs à la garde ou absence d'appel en situation sérieuse, lassitude des intervenants concernant les plaintes intempestives de patients spécifiques, ...
3°	Gestion du suivi médical	Pas d'initiative dans la demande de visite médicale, manque de prescription médicale, mauvaise compliance au traitement, augmentation des symptômes,	Donne de lui l'image d'un être « étranger » à la situation, stigmatisation du milieu,	Mise en échec de la prise en charge réseau, ré-hospitalisation possible,...
5°	Gestion de la médication	Pas de visite à la pharmacie, pas d'auto administration des médicaments, auto administration sur dosée, mauvaise compliance au traitement, augmentation des symptômes	Donne de lui l'image d'un être « étranger » à la situation, stigmatisation du milieu,	Mise en échec de la prise en charge réseau, ré-hospitalisation possible,...
6°	Gestion des AVJ	Pas d'initiative dans les activités de nourrissage journalier, dans les activités d'habillage et de gestion de son habillement,	Donne de lui l'image d'un être « étranger » à la situation, stigmatisation du milieu, risque d'exclusion sociale,...	Augmentation des activités des SAD, stigmatisation du patient,
7°	Gestion économique et financière	Manque de ressources pour pourvoir à ses soins, à sa médication, à ses besoins journaliers en termes de nourriture, de confort de vie, non approvisionnement d'eau, électricité, produits d'entretiens et alimentaires...	Donne de lui l'image d'un être « étranger » à la situation, stigmatisation du milieu, risque d'isolement social,...	Augmentation des activités des structures d'aide sociale (CPAS,...)
8	Gestion de l'inclusion sociale du patient par le milieu	Stigmatisation et grande vulnérabilité à l'égard du milieu proche (<i>voisinage</i>)	Exclusion	Augmentation des activités des structures d'accueil et d'aide sociale (CPAS,...)

9°	Gestion comportementale et des conduites socialisées	Manque d'auto-répression spontanée des pulsions agressives et sexuelles,	Donne de lui l'image d'un être « étranger » à la situation, exclusion, inquiétude, violence à l'égard du voisinage, augmentation des interventions des forces de l'ordre,...	Violence du patient à l'égard du personnel
10°	Gestion de l'hygiène corporelle et de l'habitat	Manque d'initiative dans l'hygiène journalière,	Donne de lui l'image d'un être «étranger» à la situation, risque d'isolement social,...	Augmentation des actions de sécurisation minimale pour la bonne Qualité de l'intervention soignante (SAD,...)
11°	Gestion des soins dans le cadre de vie du patient			Méconnaissance ou non connaissance du cadre de vie du patient entraînant une insécurité latente, difficultés dans la gestion de l'imprévu,
12°	Gestion des premiers soins	Méconnaissance, degré d'inconscience relative,		Augmentation du recours aux services d'urgence
13°	Gestion de la sécurisation du milieu de vie (sols, encombrement, déchets, aération suffisante, chaleur adéquate, poste de soins ergonomique minimal ...)	Méconnaissance, degré d'inconscience relative,...	Donne de lui l'image d'un être «étranger» à la situation,	Augmentation d'actions de sécurisation minimale pour la bonne Qualité l'intervention soignante

Annexe 5 : documentation et bibliographie

1. « Equipes communautaires de traitement intensif : description et expérience des équipes parrainées par l'hôpital Montfort. », In *Reflets – Vol. 8, n° 1, printemps 2002*
2. « Se concerter autour du patient : une diversité des pratiques pour un objectif commun ? », demi-journée du 21 octobre 2010 d'échange de pratiques du réseau WaB
3. Position de la conférence des médecins chefs des hôpitaux psychiatriques francophones à propos de la fonction de l'hôpital psychiatrique en vue d'une réforme des circuits de soin, document rédigé par le Dr J-L Kempeneers.
4. « Handboek FACT » Remmers van Veldhuizen, De Tijdstroom uitgeverij, Utrecht, 2008.
5. Le rapport du KCE de 2008 au sujet des séjours psychiatriques de longue durée en lits T
6. « De la psychiatrie vers la santé mentale », Dr Eric Piel & Dr Jean-Luc Roelandt, rapport de mission à l'initiative de Mme Martine Aubry, France, juillet 2001.
7. The REACT Study : randomised evaluation of assertive community treatment in north London, Helen Killapsy, senior lecturer, Department of Mental Health Sciences, University College London, (h.killapsy@medsch.ucl.ac.uk)
8. « Visite du dispositif de santé mentale de Trieste ou la disparition de l'asile », EPSM Lille-Métropole, Docteur Vincent Garcin, septembre 2000.
9. « L'histoire et l'esprit des services de santé mentale à Trieste », Dr G. DELL'ACQUA, Dr M. MARSILI, Dr P. ZANUS
10. Gélinas, D., (2002), *Le suivi intensif en équipe dans la communauté et la réadaptation psychosociale font-ils bon ménage ?* Allocution prononcée à Montréal dans le cadre du colloque **Suivi intensif en équipe dans la communauté : Fidélité au modèle ACT et stratégie d'implantation** organisé par l'Association des hôpitaux du Québec le 21 novembre 2002
11. Site de l'agence en conseil et développement culturel de la région du Centre du Centre

Annexe 6

**Projet de construction du réseau du centre
RENCONTRE DU 31 mars 2011
au Centre Psychiatrique Saint-Bernard**

Nos visiteurs : Mme Vilain III Région Wallonne, Mr Jacob coordinateur Fédéral, Mr Debock INAMI

Présents : Mme Saint Paul du sisd centre et Soignies
Mr Decuyper du sisd carolo
Mme Valfer pour le centre de santé mentale de Jolimont et l'Espérance
Mr Cattiez de IHP L'Entre-Temps
Dr Soupard de la FMGCB
Mr Debelle du Relais Social De La Louvière
Mr Van Den Abeale du dispositif d'urgence sociale CPAS La Louvière
Mme Buys attachée du Cabinet de la présidente du CPAS La Louvière
Mme Recloux du plan de cohésion sociale de Manage
Mme Thiese du Projet Thérapeutique Concerto
Mr Bellon du Spad Saccado
Mme Manccini de l'ASBL Ellipse projet CASA et Antenne ambulatoire
Mr Adam Damien d'Ellipse
Mme Farinari Céline du CMI Patch
Mr Graux Directeur Général de CH Jolimont
Mr Pierrard Directeur Général du CP saint Bernard
Mr Gailly Directeur administratif de CP saint Bernard
Dr Feys Médecin en Chef de CP saint Bernard.

Excusés : Mme Gargano du CHU Tivoli
Mme Deverd et Mr Leborgne de la plate forme régionale en santé mentale de la région du Centre et de Charleroi.
Mr Luisetto Directeur d'Ellipse
Mme Staquet Présidente du CPAS de La Louvière



Coordinatrice du réseau :
Murielle MAKUCH
GSM 0470/23.18.83 murielle.makuch@fracarita.org
Rue Jules Empain, 43 - 7170 MANAGE

Cadre général : la Réforme des soins de santé mentale

Dans le cadre de la visite de Monsieur Jacob, Madame Vilain XIV et Monsieur De Bock, une invitation avait été lancée dans plusieurs structures du réseau existant pour une rencontre d'échanges et d'information.

Les partenaires ont répondu nombreux, je les remercie tous. L'objectif était double, il était pour nos visiteurs de prendre la température sur le terrain et de se rendre compte de l'évolution des discussions autour de la création d'un réseau structuré de soins en santé mentale.

Il a été rappelé que ce projet fait partie d'une réforme fédérale en santé mentale et qu'elle a l'originalité d'être le fruit d'accords entre les régions, les communautés et le fédéral. Les promoteurs locaux pour la région du centre sont le centre psychiatrique Saint Bernard et le centre hospitalier de Jolimont. Actuellement 18 projets ont été retenus, un seul est prêt à démarrer et une nouvelle sélection se fera à l'issue du 13 mai 2011. Les projets seront défendus les 25 et 27 mai 2011 et tout sera transmis à la conférence interministérielle du 6 juin 2011. Dix projets seront alors retenus.

Le budget a été ratifié pour la période exploratoire de trois ans. En ce qui concerne le budget lié à la coordination, l'idée est à l'étude, très clairement, autant nos visiteurs sont convaincus l'intérêt à maintenir une insufflation constante par la coordination, autant ils ne peuvent s'engager dans ce budget pour des projets qui n'auraient pas assez de chances de démarrer.

Discussion autour du projet du centre :

Le CPAS de La Louvière exprime sa crainte quant à la fermeture des 30 lits. Que vont devenir ces patients ? Allons nous les retrouver dans la rue ? Viendront ils gonfler le nombre déjà important de personnes en situation de grande précarité ? Il n'y a pas de logements disponibles sur La Louvière et pas de solutions pour les gens de la rue ayant des problèmes de santé mentale. La collaboration avec les hôpitaux est difficile, les personnes hospitalisées signent des décharges et on les laisse sortir alors qu'elles ont des problèmes de santé !!!!

En réponse, une explication sur la philosophie de la réforme nous est présentée, la création d'un réseau de soins en santé mentale a pour mission d'associer toutes les structures et ressources de la communauté pour avoir une réponse globale et des soins sur mesure. Le gel des lits hospitaliers permettra de transformer une offre de soins résidentiels en offre de



soins mobiles. Les personnes qui sortiront de ces lits, feront l'objet d'une préparation à la sortie spécifique et seront dirigés selon leur état de santé soit en MSP, IHP ou autres structures.

Dans un réseau structuré, le rôle et les fonctions de chacun sont bien définis et les spécificités de chaque structures doivent être respectées pour un fonctionnement optimal, l'hôpital psychiatrique par exemple, a une mission de soins psychiatriques et doit pouvoir passer la main et/ou travailler en partenariat pour d'autres besoins avec d'autres services.

Il est également regretté le peu d'implication des médecins généralistes en ce qui concerne les personnes vivant dans la rue. Il semble cependant que des désirs de collaboration (proposition d'accord) aient été manifestés officiellement par les médecins généralistes vers les CPAS et qu'aucun retour n'ait été donné à ce jour.

Il est aussi question de la transmission des informations entre partenaires, les médecins généralistes du centre évoquent un moyen technique mis au point qui vise actuellement le monde médical mais qui pourrait avoir des ouvertures plus étendues. Sujet dont il faudra débattre dans la construction du réseau.

Des pistes de travail sont également lancées par l'hôpital de Jolimont dans la création de lits de crise futurs et qui seraient créés dans le cadre du projet de réseau. Ceci est fort apprécié par le Relais social Urbain qui nous confirme ses besoins et désirs de collaboration sous diverse formes avec le secteur de la santé mentale.

Il nous est rappelé que la réforme est un processus de changement très lent et qui demandera de nombreuses discussions, échanges de bonnes pratiques et meilleures connaissances de nos partenaires. La création des équipes mobiles est faite pour répondre aux situations de crises 2a et non d'urgence mais aussi pour la 2b en suivi à plus long terme de situations chroniques. Elles s'intégreront dans le réseau comme le SPAD, les CMI ou d'autres services ambulatoires.

A terme, le gel de lit permettra aussi la création de places en IHP, MSP et une intensification de structures hospitalières sous forme de petites unités spécialisées. Ce sont des moyens dégagés des hôpitaux pour aider à une meilleure offre de soins dans la communauté.



Quelques expériences à découvrir : la parole est ici donnée au différentes structures du réseau

Les projets thérapeutiques sont prolongés d'un an.

L'IHP L'Entre temps a créé le club Arthur qui est un lieu d'échanges de rencontres et d'ouverture à l'extérieur. Le Resto privé « chez Arthur » est une initiative de réhabilitation, re donner une place à la personne dans la société, l'aider à se sentir utile à la collectivité.

Ellipse, communauté thérapeutique développe dans son programme de la réinsertion et de la réhabilitation. Une antenne ambulatoire et un projet d'accompagnement (CASA) fonctionne dans la région du centre pour les personnes souffrant de dépendance à un produit.

Notons ici le sentiment de solitude dans réseau qui est exprimé et la difficulté plus générale pour ces projets de fonctionner avec des budgets limités dans le temps.

Le SPAD Saccado est un service de soins psychiatrique à domicile qui travaille aussi à la réhabilitation de la personne en l'accompagnant dans le réseau actuel.

Le plan de cohésion sociale de manage dans son partenariat avec la Maison de soins psychiatrique du Bois de la Fontaine a développé un projet trans générationnel d'activités sportives.

En conclusion, la richesse de la diversité des structures autour de la table devrait permettre de construire ensemble des partenariats allant dans le sens d'une prise en charge mieux adaptée des personnes souffrant de troubles de santé mentale.

L'expertise spécifique de chaque structure peut être complémentaire et l'on peut faire le pari dans le respect des limites et des idéologies de chacun que l'objectif commun à tous, la prise en charge la plus pertinente et globale possible des personnes souffrantes, soit notre ligne de conduite dans la création d'un réseau en santé mentale sur la région du centre.

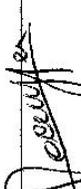
Murielle Makuch
Coordinatrice



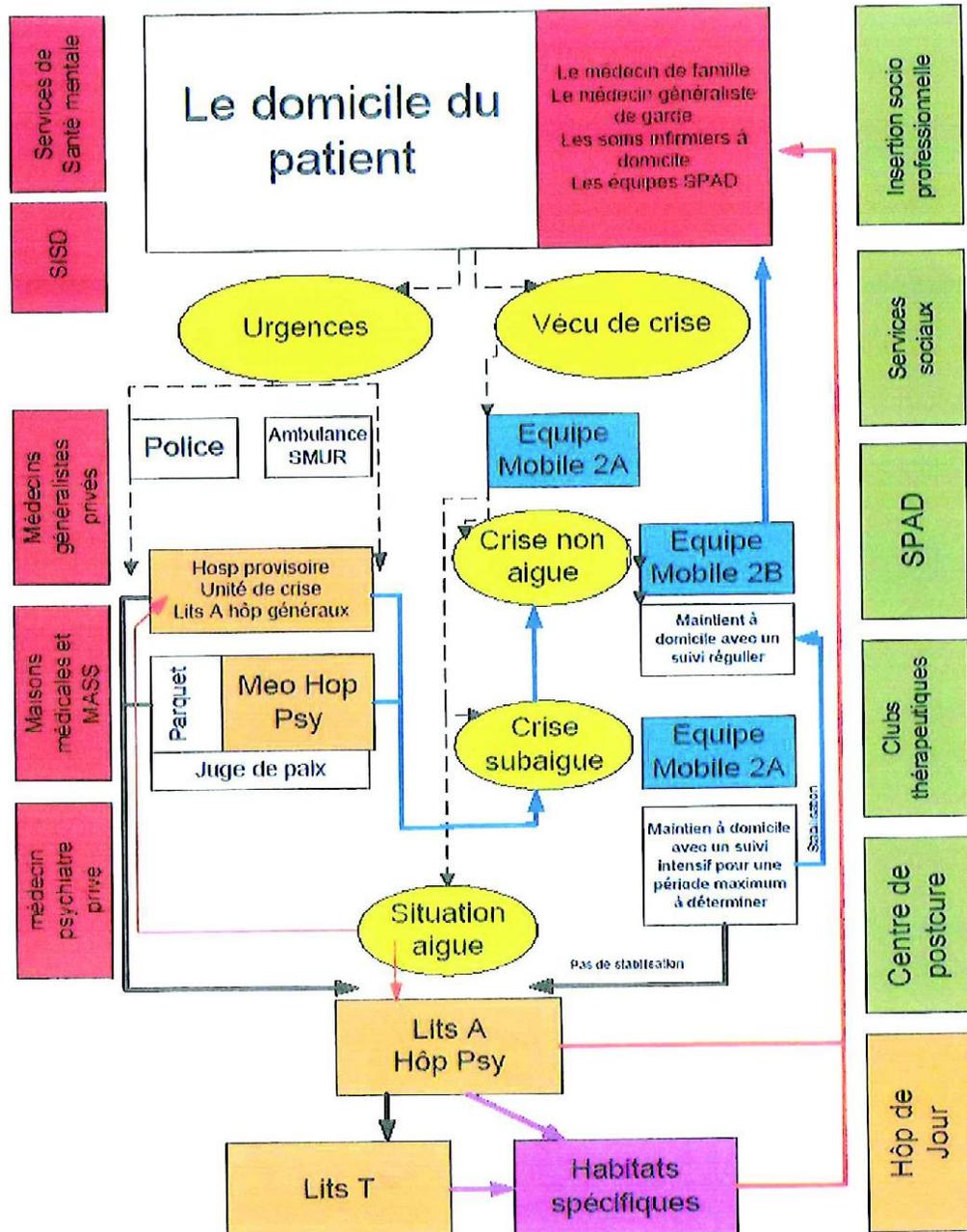
Coordinatrice du réseau :
Murielle MAKUCH
GSM 0470/23.18.83 murielle.makuch@fracarita.org
Rue Jules Empain, 43 - 7170 MANAGE

Listes des structures invitées	Noms des intervenants	Présents ou excusés	Adresses de contact pour l'envoi du PV
Ch Jolimont	Monsieur Graux		Pascal.Graux@Dentilogolimonboise.be marysbovalfer@jolimont.be
	Madame Valfer	Absent	
	Docteur Mathay	Absente	
	Madame Sencie		
Cp saint Bernard	Monsieur Pierrard		michel.pierre@pierreboise.be
	Monsieur Gailly		
	Docteur Feys	présent	
CHU Tivoli	Docteur Lebon	absent	
	Madame Gargano	Excusée	
Plate Forme de Concertation Centre et Charleroi	Madame Deverd	Excusée	
	Monsieur Leborgne	Excuse	
SSM de Jolimont	Mr Verheyen/Mme Valfer		
	Madame Pourtois V	Excusée	
SISD Carolo	Monsieur Decuyper		suscarolo@stagnat.be
SISD du centre et Soignies	Madame saint Paul		marion@stagnat.be

Liste des structures invitées	Nom des intervenants	Présents ou excusés	Adresse de contact pour l'envoi du PV
GAGC	Dr Gérard	Représentant pour M. Deuyffers	
FMGCB	Dr Soupart		JF.SOUPART@SKYNET.BE
Relais social urbain de La Louvière	Monsieur Debelle		secretariat@nouvel.be
Plan de cohésion social de manage	Madame Davers	Excusé	PC.SOCIALE@GMAIL.COM
	Madame Recloux	Recloux	PCS.USAGERS@GMAIL.COM
CPAS de La Louvière	Madame Staquet	Représentée par	
	Madame Buys	CM	buysr5@louviere-cpas.be
CPAS de Manage	Monsieur Boitte	Absent	
Réseau RASAC	Madame Foucart	Absente	
Projet Th Concerto	Madame Thiese		concerto104@gmail.com
SPAD Saccado	Monsieur Bellon		saccado@tdmail.com
CASA ASBL Ellipse - Projet CAS4 et Ambiance Ambulatoire	Madame Mancinni	Mancini Berca	ellipse.ambulatoire@skymel.be
CMI Patch	Farinari Céline		celine.farinari@gmail.com
Ellipse Carrière	Monsieur Luiseto ADAM Damien	Excusé	
L'Espérance	Rep par Madame Valfer Practice H. Van der Veken		
IHP l'Ancrage	Madame Danloy	Excusée	
IHP l'Entre Temps	Monsieur Cartiez		

Listes des structures invitées	Noms des intervenants	Présents ou excusés	Adresses de contact pour l'envoi du PV
Ch Jolimont	Monsieur Graux		Pascal Graux @ Centre Jolimont mauxp@jolimont.be
	Madame Valfer	Absent	
	Docteur Mathay	Absente	
	Madame Sencie		
Cp saint Bernard	Monsieur Pierrard		michel.pierard@pacorita.org
	Monsieur Gailly		
	Docteur Feys	Présent	
CHU Tivoli	Docteur Lebon	absent	
	Madame Gargano	Excusée	
Plate Forme de Concertation Centre et Charleroi	Madame Deverd	Excusée	
	Monsieur Leborgne	Excusé	
SSM de Jolimont	Mr Verheyen/Mme Valfer		
	Madame Pourtois V	Excusée	
SISD Carolo	Monsieur Decuypere		susdecarolo@stijnnet.be
	Madame saint Paul		
SISD du centre et Soignies			marie-a-stijnnet.be

Annexe 7



Annexe 8

31

Conclusions et marques d'adhésion

Le modèle proposé est un modèle souple, adaptatif, répondant aux exigences des autorités.

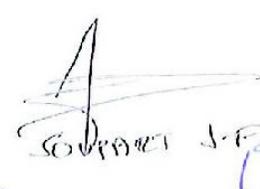
Au cours de la réunion du 14 octobre, tous les partenaires présents ont marqué leur adhésion. Ce modèle est une concrétisation partielle du principe de 'bassin de soins'.

Nous devons insister davantage sur le travail avec la famille car nous partons d'une situation actuelle où la famille « confie » son membre malade à l'hôpital, lui abandonne « le soin de soigner » et quelquefois, s'étant tellement déchargée de ce fardeau lourd à gérer, oublie le patient.

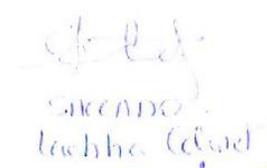
Tandis que la situation de demain sera celle d'une famille qui devient partenaire du soin. C'est elle qui appuie l'équipe de soin ; c'est elle qui porte le patient et supporte les dysfonctionnements qu'il va induire ; et dès lors, le patient non inséré dans des circuits sociaux sera omniprésent (souvent peut-être perturbant).

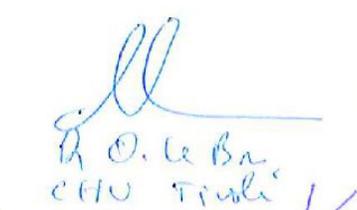
Nous serons dans un schéma tout à fait différent voire inversé où la famille, tout en étant partenaire du soin, devra être elle-même accompagnée, soutenue. On peut dire que dans cette réforme, ce ne sont pas seulement les patients qui changent de place et les soignants de missions, mais aussi et surtout les familles. Ce qui va donner à nos prises en charge une toute autre dimension.


 H. Duffen ✓


 SOUVRET J.-F. ✓

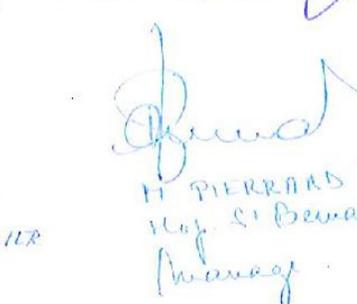

 Dr. Teyssie ✓

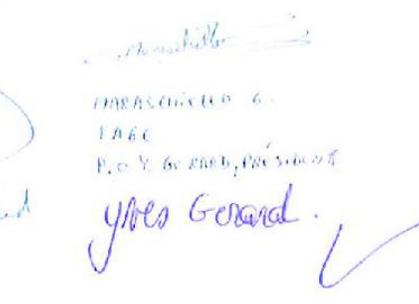

 SACCARO
 tachha (dual) ✓


 Dr. O. Le Ba
 CHU Toulon ✓


 Depuyper
 SIED CAROLO ✓


 R. XAIVERS ✓


 H. PIERRARD
 Hop. St Bernard
 Manager ✓


 Yves Gerard ✓

Conclusions et marques d'adhésion

Le modèle proposé est un modèle souple, adaptatif, répondant aux exigences des autorités.

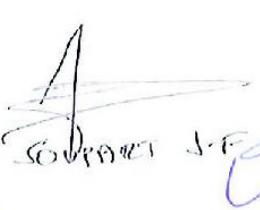
Au cours de la réunion du 14 octobre, tous les partenaires présents ont marqué leur adhésion. Ce modèle est une concrétisation partielle du principe de 'bassin de soins'.

Nous devons insister davantage sur le travail avec la famille car nous partons d'une situation actuelle où la famille « confie » son membre malade à l'hôpital, lui abandonne « le soin de soigner » et quelquefois, s'étant tellement déchargée de ce fardeau lourd à gérer, oublie le patient.

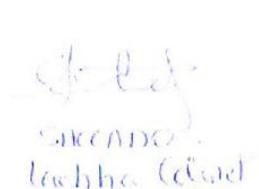
Tandis que la situation de demain sera celle d'une famille qui devient partenaire du soin. C'est elle qui appuie l'équipe de soin ; c'est elle qui porte le patient et supporte les dysfonctionnements qu'il va induire ; et dès lors, le patient non inséré dans des circuits sociaux sera omniprésent (souvent peut-être perturbant).

Nous serons dans un schéma tout à fait différent voire inversé où la famille, tout en étant partenaire du soin, devra être elle-même accompagnée, soutenue. On peut dire que dans cette réforme, ce ne sont pas seulement les patients qui changent de place et les soignants de missions, mais aussi et surtout les familles. Ce qui va donner à nos prises en charge une toute autre dimension.

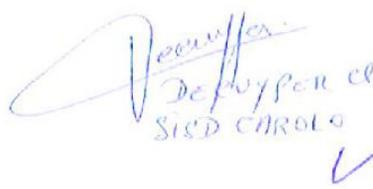

 H. DUFFER ✓

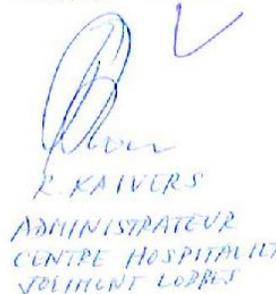

 GOUSSIER J.-F. ✓

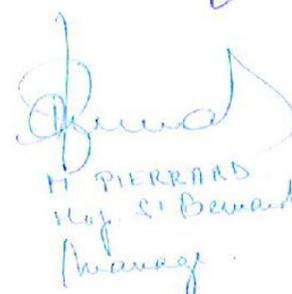

 D. Tays ✓

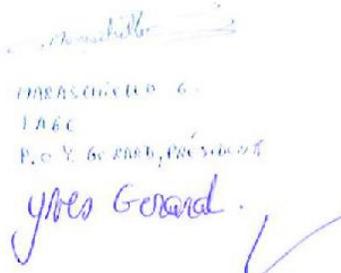

 S. CARADO ✓
 lechha (dnd) ✓


 D. O. Le Ba ✓
 CHU Toul ✓


 Deuyper ✓
 SIED CAROLO ✓


 R. KAINERS ✓
 ADMINISTRATEUR
 CENTRE HOSPITALIER
 VOLHANT LOBBES ✓


 H. PIERRARD ✓
 Hop. St Bernard
 Manager ✓


 Yves Gerard ✓
 MESSANGEUR G.
 TAGG
 P.O. Y. G. 2003, P. 2003 ✓